

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»

Кафедра практичної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

Роль психологічної підтримки у процесі реабілітації осіб із
посттравматичним стресовим розладом

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

спеціальності: 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

_____ / Марія Харитонова
(підпис) (ім'я та прізвище)
Керівник _____ / доц. Мацегола Я.В.
(підпис) (ім'я та прізвище)
Рецензент _____ / Олійник Ю.С.
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри _____ / Кучеренко Н.С.
(підпис) (ім'я та прізвище)
Нормоконтроль _____ / _____
(підпис) (ім'я та прізвище)
Секретар ЕК _____ / _____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить **86 сторінки, 3 рисунки, 5 таблиць, 60 використаних літературних джерел.**

Об'єкт дослідження: психологічна підтримка осіб із посттравматичним стресовим розладом.

Предмет дослідження: особливості психологічної підтримки у процесі реабілітації осіб із посттравматичним стресовим розладом.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль психологічної підтримки у процесі реабілітації осіб із ПТСР, а також визначити ефективні психотерапевтичні та психосоціальні засоби, спрямовані на зниження симптомів ПТСР і відновлення соціального функціонування.

Основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу та психологічної підтримки.
2. Розкрити психологічні механізми травматизації та особливості впливу ПТСР на емоційно-поведінкову сферу особистості.
3. Охарактеризувати сучасні методи психологічної допомоги й реабілітації осіб із ПТСР.
4. Дослідити особливості психологічної підтримки та її роль у зниженні проявів ПТСР на емпіричному рівні.
5. Визначити ефективність психокорекційних і реабілітаційних заходів, спрямованих на подолання наслідків ПТСР.
6. Розробити рекомендації щодо удосконалення системи психологічної допомоги особам із посттравматичними станами.

Практична значущість

Практична значущість дослідження визначається можливістю використання отриманих результатів у практиці психологічної, психотерапевтичної та соціальної роботи з військовослужбовцями, ветеранами та цивільними, які перенесли вплив бойових дій. Розроблені рекомендації можуть бути застосовані у реабілітаційних центрах, закладах охорони здоров'я, військових частинах, центрах психологічної підтримки, а також у діяльності практичних психологів та психотерапевтів.

Ключові слова

посттравматичний стресовий розлад, психологічна підтримка, психокорекційні заходи, бойовий досвід, психотравма, соціальна адаптація, реабілітація.

ЗМІСТ

РЕФЕРАТ	2
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПТСР	9
1.1 Поняття та історична еволюція досліджень ПТСР.....	9
1.2 Етіологія і механізми розвитку ПТСР	12
1.3 Симптоматика, діагностика та класифікація ПТСР	14
1.4 Нейропсихологічні механізми ПТСР	17
Висновки до Розділу 1	19
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....	21
2.1. Поняття та зміст психологічної підтримки	21
2.2. Основні форми та методи психологічної підтримки у процесі реабілітації осіб із ПТСР	24
2.3. Соціальна, сімейна та групова підтримка	29
2.4. Міжнародний досвід психологічної підтримки осіб із ПТСР	31
2.5. Психологічна допомога в умовах війни: український контекст	34
Висновки до Розділу 2	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	39
3.1. Організація та методи дослідження	39
3.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	49
Висновки до Розділу 3	65

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ	67
4.1. Розробка програми психологічної підтримки.....	67
4.2. Апробація програми.....	70
4.3. Оцінка ефективності застосованої програми	72
4.4. Рекомендації щодо впровадження.....	74
Висновки до Розділу 4	76
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81

ВСТУП

Актуальність дослідження проблеми психологічної підтримки осіб із посттравматичним стресовим розладом зумовлена зростанням кількості людей, які пережили психотравмуючі події та потребують кваліфікованої реабілітаційної допомоги. Сучасні соціально-політичні умови, військові конфлікти, підвищення рівня насильства, техногенні та природні катастрофи істотно збільшують масштаби впливу травматизації на психічне здоров'я населення. Особливого значення ця проблема набуває в Україні, де події останніх років спричинили суттєве підвищення випадків ПТСР серед військовослужбовців, ветеранів, цивільного населення та осіб, що стали свідками або учасниками бойових дій.

Посттравматичний стресовий розлад є складним клініко-психологічним феноменом, що формується внаслідок переживання ситуацій, які виходять за межі звичайного життєвого досвіду. Він супроводжується порушеннями емоційної регуляції, когнітивної переробки інформації, соціальних контактів, здатності до самостійної діяльності та повноцінної участі в суспільному житті. Наслідки ПТСР мають не лише індивідуальний, а й соціальний характер, оскільки впливають на міжособистісні відносини, професійне функціонування та соціальну інтеграцію постраждалих.

Психологічна підтримка в процесі реабілітації відіграє ключову роль, оскільки забезпечує умови для подолання негативних наслідків травми, відновлення особистісних ресурсів і формування адаптивних стратегій поведінки. Сучасні наукові дані свідчать, що своєчасна та професійно організована психологічна допомога значно знижує ризик хронізації психотравматичного стану, сприяє відновленню психоемоційної стабільності, підвищує ефективність медичної та соціальної реабілітації.

Однак у теоретичному та практичному аспектах питання ролі психологічної підтримки в процесі реабілітації осіб із ПТСР залишається недостатньо розробленим. В існуючих дослідженнях увага часто зосереджується на описі симптоматики або медичних аспектах лікування, тоді як психологічні механізми подолання травми, особливості взаємодії фахівця й пацієнта, специфіка психотерапевтичних методів та їх ефективність потребують подальшого глибокого аналізу.

Мета даної магістерської роботи полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні ролі психологічної підтримки у процесі реабілітації осіб із посттравматичним стресовим розладом, а також визначенні ефективних напрямів і засобів психологічної взаємодії, спрямованих на відновлення психічного здоров'я та соціального функціонування постраждалих.

Отже, обрана тема є актуальною, науково й практично значущою, оскільки сприяє розробці підходів до вдосконалення системи психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід, та підвищенню ефективності реабілітаційних програм у сучасних умовах.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу та психологічної підтримки у науковій літературі.

2. Розкрити психологічні механізми травматизації та їх вплив на особистісну і соціальну сферу людини.

3. Охарактеризувати сучасні методи психологічної допомоги та реабілітації, що застосовуються у роботі з особами, які мають ПТСР.

4. Дослідити особливості психологічної підтримки у процесі подолання наслідків посттравматичного стресового розладу на емпіричному рівні.

5. Визначити ефективність психокорекційних і реабілітаційних заходів, спрямованих на зниження проявів ПТСР та відновлення соціального функціонування постраждалих.

6. Сформувати рекомендації щодо удосконалення системи психологічної допомоги, орієнтованої на осіб із посттравматичними наслідками.

Дипломна робота містить: 84 сторінки, 3 рисунки, 5 таблиць, 60 використаних літературних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПТСР

1.1 Поняття та історична еволюція досліджень ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є клінічно значущим психічним станом, що виникає внаслідок переживання екстремальних подій або тривалого впливу ситуацій, що становлять загрозу для життя, фізичної або психологічної цілісності особи. До таких подій належать бойові дії, тероризм, катастрофи природного чи техногенного походження, насильство, тортури, полон, жорстоке поводження, тяжкі нещасні випадки. Сам термін позначає затриману або патологічну реакцію на травматичний досвід, у якій компонент переляку не зникає після завершення небезпеки, а продовжує відтворюватися у поведінці та психофізіологічних реакціях суб'єкта.

Історично феномен травматичної реакції розглядався задовго до наукового формулювання діагнозу. У медичній, військовій та психологічній літературі XIX століття зустрічаємо описи станів, пов'язаних із впливом бойових дій: у період наполеонівських війн використовувався термін «soldier's heart», у роки Першої світової війни — поняття «shell shock» («артилерійний шок»), пізніше — «combat fatigue» («бойове виснаження»). Ці описи фіксували симптоми, близькі до сучасного розуміння ПТСР: нав'язливі спогади, гіперзбудження, уникнення та соматичні симптоми.

Ранні підходи — від психіатричних концепцій Ж. Шарко та П. Жане до психоаналітичних інтерпретацій З. Фрейда — розглядали травму переважно як результат неусвідомленого конфлікту та

витіснених переживань. Лікувальні втручання спрямовувалися на інтерпретацію витіснених спогадів і їх інтеграцію у психіку, що частково пояснює домінування психодинамічної терапії у ХХ столітті.

Кардинальний науковий поворот стався після В'єтнамської війни, коли масове повернення ветеранів з важкими посттравматичними симптомами спричинило хвилю наукових досліджень і зміну клінічних класифікацій. Саме в цей період з'являється офіційний діагноз «post-traumatic stress disorder», який у 1980 році був включений до DSM-III. Подальше оновлення критеріїв у DSM-IV і DSM-5 дозволило деталізувати симптоматику, а також визначити специфічні прояви, що відрізняють ПТСР від гострих стресових реакцій чи тривожних розладів.

У сучасних діагностичних системах (DSM-5 та ICD-11) ПТСР визначається як порушення, що охоплює кілька основних симптоматичних кластерів:

повторне переживання травми (flashbacks, нічні кошмари, нав'язливі спогади);

уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою;

зміни у когніціях і настрої (негативні переконання, провина, емоційне притуплення);

хронічна гіперактивація нервової системи (підвищена пильність, порушення сну, агресивність, тривога).

Важливо, що МКХ-11 містить окремий діагноз — комплексний ПТСР (С-PTSD), який відображає наслідки довготривалої,

повторюваної чи систематичної травматизації (полон, тортури, домашнє насильство, військовий полон, перебування в зоні бойових дій). Йому властива стійка дезорганізація особистісних структур, міжособистісних відносин, розлади саморегуляції, а також хронічне почуття поразки та безпомічності.

Еволюція терапевтичних підходів також демонструє поступовий рух від психоаналітичних і психодинамічних моделей до когнітивно-поведінкових та доказових інтервенцій. Сучасні програми лікування включають когнітивно-поведінкову терапію, експозиційну терапію, EMDR (десенсибілізацію та репроцесінг рухами очей), фармакотерапію (SSRIs, анксиолітики), методи тілесно орієнтованої роботи, травмофокусовані підходи, а також комплексні реабілітаційні програми, що поєднують психотерапію, медичну допомогу, соціальну підтримку та психоосвітні заходи.

Таким чином, історія дослідження ПТСР відображає перехід від фрагментарних описів та інтерпретацій травматичного досвіду до сучасного інтегративного та мультидисциплінарного підходу, що базується на доказовій медицині, психотерапії, нейронауках та реабілітаційних технологіях. Зміна парадигми вивчення травми вплинула не лише на науку, а й на суспільне розуміння війни, наслідків насильства, гуманітарних катастроф та необхідності психологічної підтримки постраждалих.

1.2 Етіологія і механізми розвитку ПТСР

Етіологія ПТСР розглядається як багатофакторна, де психотравмуючі події взаємодіють із індивідуальними та соціальними чинниками, а також із нейробіологічними особливостями організму. Дослідження останніх десятиліть підтверджують, що розвиток посттравматичного розладу не є прямим наслідком самої травматичної події, а виникає внаслідок комплексу психологічних, соціальних та нейрофізіологічних процесів, які детермінують стійкість суб'єкта та здатність нервової системи адаптуватися до екстремального стресу.

Одним із головних чинників формування ПТСР є характер травматичної ситуації, зокрема її тривалість, повторюваність, ступінь реальної чи суб'єктивної загрози життю, особистій безпеці, фізичній чи психологічній недоторканності. Події, що пов'язані з насильством, терактами, бойовими діями або тортурами, мають більш високий ризик формування тривалих психотравматичних наслідків, ніж природні катастрофи або одноразові стресові епізоди.

Важливу роль відіграють індивідуально-психологічні детермінанти, до яких належать попередній психіатричний досвід, рівень резильєнтності, адаптивність копінгових стратегій, здатність до саморегуляції, попередні переживання травми, а також генетична схильність. Генетичні фактори не пояснюють розвитку ПТСР безпосередньо, але вони підвищують вразливість нервової системи до стресу та визначають ефективність нейропсихологічної адаптації.

Соціальні та екологічні фактори охоплюють якість соціальної підтримки, наявність емоційних зв'язків, культурні відмінності у переживанні горя, доступність психотерапевтичної допомоги,

соціальну легітимацію переживання травми, а також ставлення суспільства до постраждалих (наприклад, військовослужбовців або жертв насильства). Високий рівень підтримки значно зменшує інтенсивність симптоматики, тоді як ізоляція, стигма або відсутність допомоги підвищують ризики розвитку хронічного ПТСР.

На рівні нейробиологічних процесів визначено цілу систему механізмів, що пояснюють стійкість посттравматичних реакцій. Дослідження травматичного стресу свідчать про дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA-axis), що контролює вивільнення гормону стресу — кортизолу. ПТСР пов'язують з атипічними реакціями кортизолу, які призводять до порушення регуляції реакції «боротьби або втечі». Доведено також підвищену реактивність амігдали, відповідальної за формування страху й тривоги, з одночасним зниженням регулятивної функції префронтальної кори, що перешкоджає гальмуванню страху та інтеграції травматичного досвіду. Порушення нейрохімічних систем серотоніну, норадреналіну та допаміну формує схильність до нав'язливих спогадів, депресії, тривожності та дисоціативних проявів.

Механістичні моделі розвитку ПТСР пояснюють патологічну симптоматику порушенням консолідації та інтеграції травматичної пам'яті, через що спогади зберігають фрагментований характер і відтворюються з високим емоційним зарядом, наче подія триває у теперішньому часі. Хронічна активація симпатичної нервової системи формує гіперактивацію, що проявляється у порушеннях сну, тривожності, підвищеній збудливості, агресивності, а також у соматичних розладах.

1.3 Симптоматика, діагностика та класифікація ПТСР

Сучасне уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в науковій літературі ґрунтується на міждисциплінарному підході, який об'єднує клінічну психологію, психіатрію, нейронауку та соціальну психологію. У міжнародних діагностичних системах, зокрема DSM-5 та ICD-11, даний розлад описується як комплексна відповідь психіки на переживання події, що носить загрозливий та екзистенційно небезпечний характер. Особливу роль відіграє не лише сам факт травмуючої ситуації, але й суб'єктивна оцінка її загрозливості, індивідуальні особливості особи, попередній досвід та рівень соціальної підтримки.

У DSM-5 ПТСР структуровано через чотири провідні групи симптомів, кожна з яких відображає певний механізм переживання психічної травми:

1. Повторне переживання травматичної події. До цієї групи належать флешбеки, нічні кошмари, нав'язливі спогади, уявні "повернення" у ситуацію травми, а також соматичні реакції на подразники, які нагадують про травматичні події. Зазвичай ці прояви мають неконтрольований характер і значно порушують повсякденне функціонування особи.

2. Уникнення травматичних стимулів. Ця категорія включає усвідомлену або частково несвідому тенденцію уникати ситуацій, які асоціюються з травмою. Може проявлятися у відмові від соціальних контактів, уникненні певних людей, місць, видів активності або тем спілкування. Поступове формування унікальних стратегій часто призводить до соціальної ізоляції та зниження якості життя.

3. Негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері. Вони проявляються в стійких негативних емоціях (страх, сором, провина), у формуванні почуття безнадійності, а також у переконаннях про власну безпорадність або “небезпеку світу”. Характерною є амнезія щодо аспектів травматичного епізоду, відчуття відчуження від соціального оточення, втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення.

4. Симптоми підвищеної фізіологічної збудливості. Вони включають гіперреактивність, дратівливість, емоційну нестійкість, труднощі концентрації, розлади сну, підвищену пильність та схильність до імпульсивних або агресивних реакцій. З фізіологічної точки зору такі прояви пов’язані зі змінами у роботі нервової системи, порушенням регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та системи стресових гормонів.

Важливо зазначити, що в межах міжнародної класифікації ICD-11 виділено також поняття комплексного ПТСР, який виникає внаслідок тривалого, повторюваного або хронічного впливу травматичних подій. Для нього характерні додаткові компоненти – емоційна дисрегуляція, порушення у сфері самосприйняття та міжособистісних стосунків, що ще більше ускладнює терапевтичну роботу та процес реабілітації.

Діагностика

Діагностичні процедури включають клінічне інтерв’ю, психологічне тестування, аналіз анамнезу життя та оцінку наявності попередніх травматичних подій. У клінічній практиці широко застосовуються стандартизовані опитувальники, зокрема PCL-5, CAPS,

IES-R, які дозволяють кількісно оцінити рівень симптоматики, визначити її структуру та динаміку.

Методично важливим є диференціальне відмежування ПТСР від гострого стресового розладу, а також від соматоформних, тривожних, депресивних та пограничних розладів. Значна частина випадків ускладнюється коморбідністю, зокрема наявністю алкогольною або медикаментозною залежності, депресії, генералізованої тривоги, що суттєво погіршує прогноз відновлення.

Таким чином, сучасна діагностика ПТСР базується на поєднанні кількох методологічних підходів та передбачає не лише оцінку симптомів, але й розуміння їхнього соціально-психологічного та біоповедінкового контексту.

1.4 Нейропсихологічні механізми ПТСР

У структурі посттравматичного стресового розладу ключову роль відіграють нейробиологічні механізми, які визначають специфіку функціонування емоційної та когнітивної системи особистості після впливу психотравмуючих подій. На сучасному етапі розвитку психотравматології наголошується, що формування симптоматики ПТСР зумовлене не лише психологічними чинниками, але й комплексними змінами на рівні нервової та нейроендокринної системи. Відповідно, аналіз нейробиологічних механізмів дозволяє більш глибоко зрозуміти природу стресових реакцій, їх стійкість та тривалий вплив на психіку людини.

Серед ключових мозкових структур, залучених до формування посттравматичної відповіді, дослідники виділяють амігдалу, гіпокамп та префронтальну кору. Кожна з цих структур виконує специфічні функції, пов'язані з оцінкою небезпеки, запам'ятовуванням подій та контролем емоційних реакцій. Таким чином, нейробиологічна модель ПТСР базується на розумінні дисфункцій взаємодії між цими структурами, що призводить до хронізації травматичних переживань.

Гіперактивація амігдалоїдного комплексу (амігдали), який є ключовим елементом системи розпізнавання загроз, спричиняє посилену реактивність на зовнішні стимули, формування емоцій страху, тривоги та реакцій уникнення. Саме завдяки цьому механізму у постраждалих спостерігаються такі типові прояви, як гіперзбудження, надмірна настороженість, дратівливість, а також постійне відчуття загрози, навіть у відносно безпечних умовах.

Зміни у роботі гіпокампу пов'язані з порушенням процесів пам'яті, зокрема механізмів кодування, інтеграції та осмислення травматичних подій. Дисфункція цієї структури може пояснювати появу фрагментованих спогадів, флешбеків, а також труднощів у вербалізації травматичного досвіду. На думку нейропсихологів, зниження об'єму гіпокампу у частини пацієнтів з ПТСР може бути не лише наслідком стресу, а й фактором вразливості до розвитку розладу.

Водночас префронтальна кора, яка забезпечує вищі когнітивні функції, у тому числі контроль імпульсів, регуляцію емоцій та раціональну інтерпретацію ситуації, демонструє знижену активність, що унеможлиблює повноцінне пригнічення емоційних реакцій. Такий дисбаланс між амигдалою та префронтальною корою сприяє домінуванню емоційної пам'яті над когнітивною та є одним із ключових патогенетичних механізмів ПТСР.

Окрему увагу дослідники приділяють порушенням нейроендокринної регуляції, зокрема функціонуванню гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що відповідає за ендогенну реакцію організму на стрес. Підвищення рівня адреналіну, норадреналіну та кортизолу зумовлює не лише емоційні прояви, але й соматичні наслідки – порушення імунної функції, підвищення ризику серцево-судинних захворювань, зміни сну та загального фізичного стану. В цілому, нейроендокринні зрушення демонструють, що ПТСР являє собою не лише психологічний феномен, а комплексний психофізіологічний стан, який вимагає системного підходу до його діагностики, лікування та психореабілітації.

Висновки до Розділу 1

У першому розділі магістерської роботи було здійснено ґрунтовний теоретичний аналіз природи посттравматичного стресового розладу, який дозволив комплексно охопити ключові наукові підходи до розуміння даного феномену. Зокрема, у підпункті 1.1 було уточнено зміст поняття ПТСР, проаналізовано його генезу та етіопатогенетичні чинники. Визначено, що ПТСР має комплексну природу, в основі якої поєднуються біологічні, психологічні та соціальні детермінанти, а сама травматична подія виступає лише пусковим механізмом, що активізує приховані вразливості психіки.

У підрозділі 1.2 увага була зосереджена на нейропсихологічних механізмах виникнення розладу, зокрема на ролі мозкових структур, які беруть участь у формуванні реакції страху, емоційному запам'ятовуванні травми, а також на порушеннях нейрохімічної регуляції. Підкреслено, що сучасні нейробіологічні дослідження дозволяють більш глибоко пояснити специфіку стресової реакції, що є необхідним для удосконалення діагностичних та терапевтичних підходів.

Підпункт 1.3 був спрямований на розгляд та узагальнення симптоматології ПТСР відповідно до сучасних діагностичних критеріїв. Проаналізовано основні групи симптомів, такі як інтенсивні нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни у когніціях та настрої, а також гіперзбудження. Окрему увагу було приділено питанням диференційної діагностики та класифікаційним підходам, що дозволило продемонструвати складність діагностичного процесу та

необхідність чіткого розмежування ПТСР з іншими психічними станами.

У підпункті 1.4 розкрито спектр психосоціальних наслідків ПТСР, які мають системний характер та проявляються у різних сферах життєдіяльності особистості. Наголошено, що наслідки розладу виходять далеко за межі суто індивідуального виміру, формуючи соціальні, економічні та міжособистісні ускладнення, які ускладнюють відновлення нормальної життєвої активності.

Завершальний підпункт 1.5 було присвячено питанням реабілітації осіб із ПТСР. Підкреслено, що реабілітація має носити багатокомпонентний характер і включати психологічні, медичні, соціальні та реінтеграційні програми. Важливе значення мають методи психотерапевтичної спрямованості, а також соціальна підтримка, яка сприяє формуванню почуття безпеки, відновленню функціональної активності та якості життя постраждалих.

У сукупності проведений теоретичний аналіз дозволяє стверджувати, що ПТСР є складним та багатофакторним феноменом, який потребує комплексного підходу до його розуміння та терапії. Отримані результати створюють концептуальну основу для подальшого емпіричного дослідження та розробки ефективних психосоціальних стратегій реабілітації осіб, які зазнали впливу травматичних подій.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

2.1. Поняття та зміст психологічної підтримки

Поняття психологічної підтримки у сучасній психології розглядається як інтегральна система різноманітних видів професійної та непрофесійної допомоги, спрямованої на забезпечення оптимальних умов для збереження психічного здоров'я, зниження внутрішньої напруги та подолання негативних наслідків стресових впливів. Дане поняття має міждисциплінарний характер, охоплює клініко-психологічний, психотерапевтичний, соціально-психологічний та реабілітаційний виміри, що надає йому комплексного та багатоаспектного змісту.

Зміст психологічної підтримки визначається не лише як система технік та процедур, а як цілісна стратегія взаємодії, що передбачає встановлення безпечного контакту, формування терапевтичного альянсу, підтримання стабілізуючого емоційного фону, нормалізацію переживань і створення середовища, в якому травматичний досвід може бути осмислений, інтегрований і поступово трансформований у прийнятний для особистості життєвий сенс.

У контексті посттравматичного стресового розладу психологічна підтримка має особливе теоретичне значення, оскільки сама природа ПТСР пов'язана з порушенням базових систем регуляції, включаючи емоційну, когнітивну, нейрофізіологічну та поведінкову сфери. Травма викликає дезорганізацію психічної реальності, знижує здатність до самоконтролю, порушує систему життєвих значень, що ускладнює

процес адаптації і створює загрозу формування довготривалих психологічних наслідків. Відтак підтримка виступає не просто допоміжним заходом, а ключовим чинником відновлення, що створює основу для подальшої психотерапевтичної роботи, реабілітації та соціальної інтеграції особи.

Психологічна підтримка у процесі реабілітації спрямована на комплекс завдань, які включають зниження інтенсивності травматичних переживань, стабілізацію емоційної сфери, відновлення внутрішнього почуття безпеки, активізацію механізмів психологічного захисту та залучення внутрішніх ресурсів для подолання наслідків травми. Важливими є процеси формування адаптивних форм реагування, осмислення та перепроживання травматичного досвіду, корекція дезадаптивних схем мислення, подолання гіпервозбудження, тривожності та дисоціативних станів.

На практичному рівні психологічна підтримка включає емоційну підтримку, психоосвітні заходи, початкову кризову допомогу, психотерапевтичний супровід, а також створення середовища психологічної безпеки. У даному контексті значущим є залучення не лише професійної допомоги, але й соціального ресурсу, включаючи родину, соціальні інститути, групи підтримки, добровольчі та реабілітаційні організації.

З позицій сучасних теоретичних підходів психологічна підтримка функціонує як особлива форма професійної взаємодії, що виконує регулятивну, стабілізуючу, компенсаторну і профілактичну функції. Вона спрямована на відновлення порушених механізмів саморегуляції,

редукцію травматичного стресу, зниження дії дистрес-факторів та формування почуття контролю над власними переживаннями.

Одним із ключових аспектів психологічної підтримки є надання людині можливості переосмислити травматичну подію, перевизначити її значення, повернути суб'єктивний досвід під контроль свідомості та включити його в життєву історію у менш травматичній формі. З цієї позиції підтримка виконує функцію вторинної психологічної інтеграції, тобто сприяє трансформації хаотичного травматичного матеріалу у структурований, символізований і осмислений досвід, що є фундаментальним механізмом подолання ПТСР.

Необхідним елементом підтримки є формування безпечного середовища, яке знижує суб'єктивний рівень небезпеки та сприяє зменшенню гіпервозбудження нервової системи. Розуміння людиною того, що її стан є природною реакцією на ненормальні події, дозволяє мінімізувати почуття сорому, провини й ізоляції, що важливо для процесу повернення до звичного соціального функціонування.

У випадку нехтування психологічною підтримкою значна частина симптомів ПТСР має тенденцію до хронізації, формування вторинних психічних порушень, поглиблення соціальної дезадаптації і навіть виникнення психосоматичних розладів. Тому сучасні підходи наголошують, що реабілітація осіб з ПТСР повинна розглядатися як довготривалий комплексний процес, невід'ємною умовою якого є системна психологічна підтримка, спрямована на різні рівні психічного функціонування особи – емоційний, поведінковий, когнітивний і соціальний.

2.2. Основні форми та методи психологічної підтримки у процесі реабілітації осіб із ПТСР

У контексті сучасної психологічної науки проблема вибору ефективних форм і методів психологічної підтримки осіб, які зазнали дії травматичних чинників, залишається одним із ключових аспектів реабілітаційної практики. Психологічна підтримка осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) розглядається як комплекс цілеспрямованих інтервенцій, що мають на меті зменшення рівня симптоматики, сприяння стабілізації емоційного стану, відновлення когнітивної регуляції та формування адаптивних способів подолання стресу. У сучасній практиці реабілітації застосовується широкий спектр форм, методів та технологій психологічного супроводу, що включають як класичні психотерапевтичні напрямки, так і інноваційні методи, орієнтовані на роботу з тілесними, когнітивними, соціальними та нарративними аспектами травматизації.

1. Психотерапевтична допомога

Психотерапевтичний компонент є базовим елементом психологічної підтримки осіб із ПТСР. Він охоплює індивідуальну, групову, сімейну та кризову терапію, кожна з яких виконує специфічні функції у процесі відновлення постраждалої особистості.

Індивідуальна терапія передбачає глибинну роботу з особистою історією травми, реконструкцію когнітивних схем, відновлення емоційної регуляції, подолання дисоціативних переживань та модифікацію дезадаптивних способів мислення.

Групова терапія забезпечує можливість безпечного обговорення досвіду, формує почуття прийняття, дозволяє зменшити соціальну ізоляваність та сприяє формуванню підтримувальних відносин.

Сімейна психотерапія орієнтована на відновлення сімейної комунікації, роботу з почуттям провини, агресією, емоційним відчуженням та порушеннями партнерських ролей.

Кризова інтервенція застосовується у гострих станах, зокрема в період загострення симптоматики, при суїцидальних ризиках або повторній травматизації.

Психотерапевтична допомога виступає первинною ланкою у реабілітації та закладає основу для подальшого відновлення.

2. Психосвітня підтримка

Психосвіта розглядається як необхідна складова реабілітаційного процесу, яка спрямована на формування інформованості щодо природи ПТСР, механізмів його виникнення, факторів ризику та можливих стратегій подолання симптомів. Вона забезпечує розуміння закономірностей психічних процесів, сприяє зменшенню тривоги перед власним станом, нормалізує переживання та дає можливість усвідомити їх природний характер.

З позиції сучасної практики психосвіта розглядається як ресурс, що формує навички саморегуляції, дозволяє опанувати техніки релаксації, контролю дихання, навички майндфулнес та навчання технікам когнітивної перебудови.

3. Соціальна підтримка

Соціальна підтримка виступає значущим компонентом реабілітації осіб із ПТСР, оскільки травма часто супроводжується втратою соціальних зв'язків, відчуттям ізольованості та неможливістю повернутися до звичного соціального функціонування. Соціальний супровід включає підтримку з боку близького оточення, участь волонтерських та громадських організацій, наявність соціальних програм, спрямованих на повернення до активної життєдіяльності.

В умовах воєнних дій та масової травматизації соціальна підтримка набуває особливого значення, оскільки забезпечує відчуття приналежності до спільноти та сприяє відновленню соціальної ідентичності особи.

4. Реабілітаційні програми

Реабілітаційні програми інтегрують психологічні, соціальні, педагогічні, фізичні та медичні форми відновлення. Їх мета полягає у поверненні індивіда до конструктивного життя, адаптації до професійної діяльності, відновленні соціальних функцій та формуванні стійких механізмів посттравматичного розвитку.

Важливим аспектом таких програм є міждисциплінарність, зокрема участь психологів, психотерапевтів, лікарів, соціальних працівників та педагогів. Програми можуть мати стаціонарний або амбулаторний формат, бути короткостроковими чи довготривалими, включати етапи адаптації, терапії та постреабілітаційного супроводу.

5. Нейропсихологічна реабілітація

Нейропсихологічний підхід спрямований на відновлення когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага, мислення та процеси саморегуляції. З огляду на те, що ПТСР супроводжується змінами у діяльності мозку, порушенням роботи гіпокампа, префронтальної кори та системи стресової регуляції, нейропсихологічна реабілітація стає важливою ланкою комплексної підтримки.

Вона передбачає застосування когнітивного тренінгу, методик сенсомоторного відновлення, вправ на підвищення концентрації уваги, розвиток навичок когнітивного контролю та формування здатності до усвідомлення власних станів.

Методологічні підходи у роботі з ПТСР

До кола методів, які на сьогодні отримали найбільшу доказову ефективність, належать:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)
- EMDR (десенсибілізація та репроцесинг травматичного досвіду)
- тілесно-орієнтовані практики
- арт-терапевтичні методи
- наративні техніки
- групові методи лікування травми

Кожен із цих підходів має специфічні можливості впливу на травматичний досвід, дає можливість переосмислити пережиту подію, модифікувати дезадаптивні патерни поведінки та сформувати нові стратегії переживання травматичного минулого.

Вибір методів залежить від індивідуальної історії особистості, рівня вираженості симптомів, тривалості травматичного досвіду, наявності супутніх розладів (депресія, аддикції, тривожні стани) і загального рівня психологічної резистентності.

2.3. Соціальна, сімейна та групова підтримка

Соціальна підтримка розглядається як один із ключових факторів зниження симптоматики ПТСР, оскільки взаємодія із соціальним середовищем сприяє формуванню відчуття суб'єктивної безпеки, зменшенню рівня тривоги та відновленню базової довіри до світу, що зазвичай порушується внаслідок травматичних подій. Соціальна підтримка має багатовимірний характер і включає як емоційну складову (співпереживання, прийняття, емпатійне ставлення), так і інформаційно-поведінкову, яка проявляється через надання консультативної допомоги, доступу до ресурсів, медичних та соціальних сервісів, підтримку у вирішенні життєвих проблем та забезпечення інструментів адаптації до нових умов існування.

Емпіричні дослідження засвідчують, що високий рівень соціальної інтегрованості та позитивних міжособистісних контактів прямо корелює зі зниженням інтенсивності посттравматичних симптомів, а також сприяє підвищенню загального рівня психологічної резиліентності. Наявність підтримувального соціального середовища підвищує ефективність терапевтичного втручання, прискорює процес відновлення після травми, а також має профілактичний ефект щодо розвитку вторинних психічних розладів, зокрема депресії, тривожних розладів, зловживання психоактивними речовинами.

Особливе значення у структурі соціальної підтримки має сімейний компонент, який забезпечує безпосередній простір для емоційної стабілізації та реінтеграції людини після травматичних подій. Сімейне середовище знижує ризик соціальної ізоляції, підтримує відчуття значущості та зменшує самоосуд, почуття провини та сорому, що часто

супроводжують осіб із бойовим травматичним досвідом. У випадку військовослужбовців сім'я виступає первинним середовищем відновлення базових почуттів безпеки, підтримує процес адаптації після повернення із зони бойових дій і часто стає ключовим фактором мотивації до лікування.

Групові форми психологічної підтримки мають особливий терапевтичний потенціал, оскільки забезпечують можливість опрацювання травматичного досвіду через взаємодію з особами, які мають подібні переживання. Почуття приналежності та причетності, що формується в груповій динаміці, сприяє зниженню соціальної тривожності, розвитку адаптивних механізмів подолання, нормалізації емоційних реакцій та зменшенню почуття самотності. Групові програми для військових мають доказову ефективність, оскільки дозволяють здійснювати психологічну корекцію на рівні колективної ідентичності, сприяють позитивному переосмисленню бойового досвіду та створюють умови для формування посттравматичного зростання.

Таким чином, соціальна підтримка виступає не лише фактором зниження негативних наслідків травми, але і структурним компонентом реабілітаційної системи, що визначає траєкторію відновлення, формування ресурсності та повернення особистості до повноцінного функціонування у суспільстві.

2.4. Міжнародний досвід психологічної підтримки осіб із ПТСР

Психологічна підтримка осіб із посттравматичним стресовим розладом у сучасному світі розглядається як один із провідних напрямів психотерапевтичної, медико-психологічної та соціальної роботи. Інтенсивний розвиток цього напрямку спостерігається протягом останніх десятиліть, що безпосередньо пов'язано з глобальними суспільними викликами, до яких належать військові конфлікти, терористичні атаки, техногенні катастрофи, природні лиха, вимушена еміграція, політична нестабільність та інші соціальні потрясіння, що створюють широкий спектр ризиків для психічного здоров'я населення. В умовах зростання рівня травматизації суспільства психологічна підтримка набуває статусу системного явища, що виходить за межі суто медичної або психотерапевтичної проблематики й охоплює соціальну, гуманітарну та реабілітаційну площини.

Особливого значення набуває досвід країн, у яких практика роботи з травмою має тривалу історію та високий рівень структурованості. Такими країнами традиційно виступають США, Ізраїль, Канада, Німеччина, Велика Британія та інші держави Західної Європи. Їхній досвід включає як розвинені державні програми роботи з ветеранами, так і численні недержавні ініціативи, волонтерські та науково-клінічні проєкти, що дозволяє формувати комплексні моделі психосоціальної підтримки на різних етапах розвитку ПТСР.

У Сполучених Штатах Америки провідною системою допомоги ветеранам є програма VA (Veterans Affairs), що включає широкі можливості для психологічної підтримки, спеціалізовану психотерапію, медичне лікування, соціальне забезпечення, програми

соціальної адаптації та професійної реабілітації. Важливо підкреслити, що така система створює безперервний ланцюг допомоги – від моменту повернення військовослужбовця з місця бойових дій до тривалої підтримки в процесі соціальної реінтеграції, що відповідає сучасним уявленням про хронічний характер ПТСР і необхідність довготривалої реабілітації.

Цінним є досвід Ізраїлю, де система психологічної підтримки військових і цивільного населення побудована на засадах кризової інтервенції, оперативного реагування та глибокої психотерапевтичної допомоги. Перевагою ізраїльських програм є ефективне поєднання медичної та психотерапевтичної допомоги з військовою підготовкою, що дозволяє не лише лікувати наслідки травми, але й здійснювати профілактичну роботу, спрямовану на формування психологічної стійкості військовослужбовців до екстремальних впливів.

Психологічна підтримка в Канаді та Великій Британії характеризується значною увагою до кризових станів, посттравматичних розладів і соціальних аспектів реабілітації. Тут активно розвиваються моделі кризової інтервенції, психоосвіти, групової роботи, соціального супроводу та багаторівневих програм, що інтегрують індивідуальні й колективні форми терапевтичної взаємодії.

У міжнародній практиці значного поширення набули стандартизовані протоколи психологічної допомоги, що базуються на доказових методах та міждисциплінарних підходах. До них належать програми VA-system (США), ізраїльські військові програми травматерапії, британські моделі кризової інтервенції, канадські

програми поствоєнної адаптації, а також міждержавні стандарти НАТО щодо реабілітації військовослужбовців.

Особливо ефективними вважаються ті моделі, які поєднують психотерапевтичні втручання (когнітивно-поведінкову терапію, EMDR, наративний підхід, тілесні техніки) з медичною, соціальною та реабілітаційною підтримкою. Такий багатовимірний формат допомоги відповідає сучасним науковим уявленням про комплексний характер посттравматичних порушень, які потребують одночасного впливу на когнітивний, емоційний, поведінковий та соціальний рівні функціонування особистості.

Відтак міжнародна практика демонструє, що психологічна підтримка у випадку ПТСР не може бути зведена до окремих психотерапевтичних сесій або короткотривалих втручань, а має розглядатися як довготривалий, системний, багатокomпонентний процес, що передбачає участь різних спеціалістів та інституцій, спрямованих на повноцінне відновлення особистості та її соціального функціонування.

2.5. Психологічна допомога в умовах війни: український контекст

В умовах війни на території України проблема посттравматичного стресового розладу набула системного та соціально значущого характеру, оскільки тривалий військовий конфлікт супроводжується масштабними людськими втратами, порушенням звичних життєвих умов, руйнуванням соціальних зв'язків та невизначеністю майбутнього. Зростання кількості осіб, які безпосередньо або опосередковано пережили події, пов'язані з військовими діями, спричинило необхідність формування комплексних підходів до психологічної та соціальної допомоги. Український контекст відзначається специфічною бойовою ситуацією, значним відсотком мобілізованих осіб, масштабами внутрішньої міграції, високим рівнем травматизації цивільного населення, а також одночасною потребою забезпечення реабілітації військових, ветеранів та членів їхніх родин.

Особливістю української ситуації є значна кількість нових випадків психотравмуючого досвіду, що виникають не лише під час безпосередньої участі у бойових діях, але й внаслідок тривалого перебування в умовах загрози, раптових втрат, руйнування домівок, вимушеного переселення, тривалого стресу очікування та постійної інформаційної напруги. Це зумовлює необхідність розроблення відповідних профілактичних та реабілітаційних стратегій не тільки в медичній сфері, але й у суспільних інституціях, системі освіти, соціального захисту та громадських ініціативах.

На державному рівні реалізуються програми психологічної реабілітації, спрямовані на акумулювання ресурсів та інтеграцію

професійних підходів до надання допомоги особам із ПТСР. Активно залучаються фахівці в галузі психіатрії, клінічної психології, кризової інтервенції, реабілітологи, соціальні працівники, медичні частини Збройних Сил України, центри ветеранів і соціально-психологічної підтримки. Поступове формування системи міжвідомчої взаємодії створює передумови для підвищення ефективності реабілітації та адаптації осіб, які зазнали впливу бойових дій.

Важливо зазначити, що розвиток волонтерської, благодійної та громадської підтримки є ключовим чинником формування національної моделі роботи з ПТСР. Саме волонтерські ініціативи стали одним із перших інструментів кризової допомоги у 2014 році та залишаються актуальними у період повномасштабної війни. Громадські організації та психологічні центри здійснюють роботу не лише з військовими, а й з членами їхніх сімей, переселенцями, дітьми, людьми, що втратили домівки або пережили окупацію. Значний внесок у розвиток української системи підтримки здійснюють міжнародні програми, грантові проєкти, а також співпраця з іноземними спеціалістами, що дозволяє адаптувати світовий досвід до умов України.

Таким чином, український досвід психологічної підтримки осіб із ПТСР формується як комплексна система, що постійно розширюється та вдосконалюється під впливом актуальних подій, соціальних потреб і міжнародної співпраці. У перспективі даний напрям передбачає інтеграцію доказових підходів, підготовку фахівців із кризової психології, удосконалення протоколів лікування, розроблення профілактичних програм, а також створення єдиного

міждисциплінарного простору для ефективної реабілітації та соціальної адаптації осіб, які пережили травматичний досвід.

Висновки до Розділу 2

Отже, психологічна підтримка у процесі реабілітації осіб з посттравматичним стресовим розладом виступає провідним компонентом комплексної системи допомоги, що поєднує психотерапевтичні, медичні, соціальні, освітні та реабілітаційні втручання. Як показує порівняльний аналіз, сучасні теоретичні підходи трактують психологічну підтримку як процес, спрямований не лише на усунення симптоматики, але й на активізацію особистісних ресурсів, формування адаптивних стратегій реагування та інтеграцію травматичного досвіду в структуру життєвого шляху індивіда.

Розглянуті форми та методи психологічної допомоги демонструють багатовимірність і міждисциплінарність підходів, які водночас реалізуються у співпраці психологів, психотерапевтів, медичних спеціалістів, соціальних працівників, сім'ї та громадського середовища. Провідну роль серед методичних технологій відіграють когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, наративні та групові форми, які мають доказову ефективність у подоланні наслідків ПТСР.

Міжнародні практики доводять значущість стандартизованих протоколів, ранньої психологічної допомоги та інтеграції психотерапевтичних і соціальних інтервенцій. Вивчення досвіду США, Ізраїлю, Канади та європейських країн засвідчує необхідність комплексної, цілісної та багаторівневої підтримки військових і цивільних осіб, що пережили травматичні події.

Український контекст, зумовлений тривалою війною та масштабними соціальними змінами, визначає підвищену потребу у психологічній реабілітації та розвитку системи підтримки військових,

ветеранів, внутрішньо переміщених осіб і членів їхніх сімей. Активна участь державних, громадських та волонтерських структур сприяє створенню національної моделі психологічної допомоги, адаптованої до реальних запитів населення.

Особливо важливим компонентом реабілітації виступає соціальна підтримка, яка забезпечує стабілізацію емоційної сфери, відновлення базових почуттів безпеки, зменшення ізоляції та формування адаптивних механізмів подолання наслідків психотравми.

Узагальнюючи вищезазначене, можна стверджувати, що психологічна підтримка осіб із ПТСР має визначальне значення для процесу відновлення, реінтеграції та підвищення життєвої стійкості, а її ефективність обумовлюється інтегрованим підходом, міждисциплінарністю та відповідністю потребам конкретної особистості.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

3.1. Організація та методи дослідження

Вибірка. Дослідження проводилося серед осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій, з метою вивчення взаємозв'язку між рівнем проявів ПТСР та наявністю психологічної підтримки. Вибірка включала 100 осіб віком від 22 до 55 років, що дозволяє охопити як молодих військових, так і ветеранів середнього віку та доросле цивільне населення.

Склад вибірки:

Військовослужбовці ЗСУ та добровольчих формувань — 32 особи (32%). Ця група безпосередньо брала участь у бойових діях, що впливає на ступінь травматизації та рівень ПТСР.

Ветерани бойових дій — 13 осіб (13%). У них відзначаються наслідки тривалих бойових навантажень, а також можливе накопичення психотравмуючих ефектів.

Внутрішньо переміщені особи (ВПО), які пережили бойові дії — 26 осіб (26%). Ця категорія характеризується поєднанням травматичного досвіду та соціальної дезадаптації.

Волонтери — 14 осіб (14%), які брали участь у підтримці військових та цивільного населення. Хоча вони не були безпосередньо в зоні бойових дій, психологічне навантаження та стреси мали значний вплив.

Члени родин учасників бойових дій — 15 осіб (15%), які переживали вторинну травму, пов'язану з небезпекою та втратами близьких людей.

З співвідношенням учасників вибірки можна ознайомитись на Рисунку 1.

Рисунок 1



Середній вік вибірки становив $36,4 \pm 9,1$.

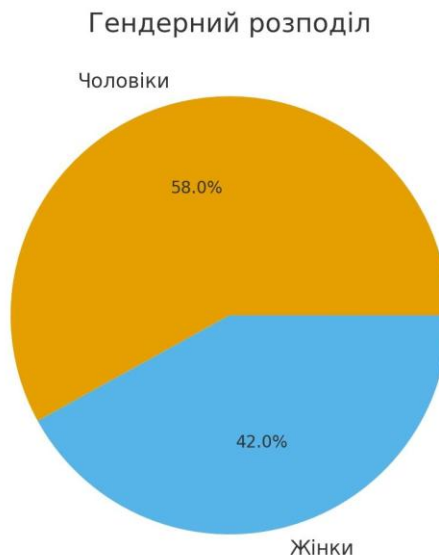
Із віковим співвідношенням можна ознайомитись на Рисунку 2.

Рисунок 2.



Співвідношення чоловіків і жінок — 58% до 42%. Із гендерним співвідношенням можна ознайомитись на Рисунку 3.

Рисунок 3



Пояснення значущості вибірки:

Вибірка сформована так, щоб представити різні групи населення, що мають відмінні типи травматичного досвіду. Це дозволяє виявити особливості психологічної підтримки та її вплив на прояви ПТСР у різних соціальних групах. Використання таких категорій відповідає міжнародним стандартам досліджень у сфері психотравм і реабілітації.

Процедура дослідження

Дослідження проводилося у декілька етапів:

1. Інтерв'ю та отримання згоди

Учасники були поінформовані про цілі та методи дослідження.

Психолог проводив інтерв'ю для уточнення групи та оцінки початкового стану.

2. Заповнення опитувальників

Учасники самостійно заповнювали PCL-5, MSPSS, Brief COPE та CD-RISC під наглядом психолога.

Конфіденційність та психологічна підтримка були забезпечені на всіх етапах.

3. Обробка та аналіз даних

Дані кодувалися, обчислювалися середні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні бали.

Для перевірки значущості використано непараметричні методи: тест Крускала-Валіса, F-тест Фішера, а також кореляційний аналіз

Персона для виявлення взаємозв'язку між рівнем ПТСР і соціальною підтримкою.

PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)

Історія створення:

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5) є сучасним інструментом самооцінки симптомів ПТСР та є розвитком попередніх версій опитувальника PCL, які вперше були створені у 1991 році. Початкові версії PCL були розроблені з метою кількісного вимірювання вираженості симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-III та пізніше DSM-IV, що дозволяло проводити стандартизовану діагностику та дослідження поширеності розладу у різних популяціях.

Остання версія PCL-5 була адаптована у 2013 році відповідно до критеріїв DSM-5, що відображають сучасні уявлення про структуру ПТСР. PCL-5 складається з 20 пунктів, що охоплюють основні кластери симптомів: нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни в мисленні та настрої, а також підвищену збудливість і реактивність. Кожне твердження оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта (від «не взагалі» до «дуже сильно»), що забезпечує кількісну оцінку тяжкості симптомів.

Методика широко застосовується як у клінічних, так і в наукових дослідженнях, оскільки дозволяє стандартизовано оцінювати прояви ПТСР, порівнювати показники між різними групами та відстежувати динаміку симптомів у процесі психотерапевтичного або реабілітаційного втручання. PCL-5 вважається надійним і валідним

інструментом для самооцінки та є рекомендованою методикою у дослідженнях посттравматичних станів, включно з військовими, ветеранами та цивільними особами, що пережили травматичні події.

Опис методики:

Складається з 20 пунктів, що відповідають основним симптомам ПТСР: повторні спогади, уникання, негативні когнітивні зміни та гіпервозбудження.

Оцінка здійснюється за 5-бальною шкалою від 0 («зовсім не») до 4 («дуже сильно»).

Сумарний бал відображає тяжкість ПТСР: низький, середній або високий.

PCL-5 широко використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях, є валідованим для різних популяцій, включаючи військових і цивільних.

Переваги:

Простий у використанні.

Можливість оцінки динаміки симптомів у часі.

Висока кореляція з клінічними інтерв'ю (CAPS-5).

MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Історія створення:

Шкала мультिवимірного сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) була розроблена у 1988 році Г. Зіммерманом (Zimet) та Д. Спаньяро (Spangaro) з метою кількісного вимірювання суб'єктивного відчуття соціальної підтримки індивіда. Первинна ідея створення методики ґрунтувалась на припущенні, що соціальна підтримка не є однорідним феноменом, а включає різні джерела та канали міжособистісної взаємодії, які виконують диференційовані функції у процесі психологічної адаптації та подолання стресу.

Автори виокремили три ключові джерела соціальної підтримки: підтримка з боку сім'ї, друзів та так званих «значущих інших» (important others), які можуть включати партнерів, менторів, сусідів, колег чи інших осіб, що мають емоційну значимість для респондента. Кожна з підшкал дозволяє оцінити ступінь віри індивіда у доступність і можливість отримання допомоги та емоційної підтримки з відповідного джерела, що робить методику не лише діагностичною, але й теоретично змістовною.

MSPSS є коротким і зручним інструментом: опитувальник складається з 12 тверджень, що оцінюються за семибальною шкалою Лайкерта, що забезпечує простоту застосування у дослідженнях різних за складністю. Високі показники надійності та конструктної валідності, підтверджені численними емпіричними дослідженнями у різних культурах, сприяли швидкому поширенню методики у клінічній, соціальній та військовій психології.

Опис методики:

Складається з 12 пунктів, розділених на три субшкали: сім'я (Family), друзі (Friends), значущі інші (Significant Others).

Кожна позиція оцінюється за 7-бальною шкалою від «дуже не згоден» до «дуже згоден».

Сумарний та субшкальний бал дозволяє оцінити рівень сприйнятої соціальної підтримки.

Переваги:

Коротка, зрозуміла для заповнення.

Висока внутрішня узгодженість ($\alpha = 0,85-0,90$).

Добре підходить для різних культур та соціальних груп.

Brief COPE (Carver, 1997)

Історія створення:

Методика Brief COPE є скороченою версією оригінального опитувальника COPE Inventory, який був розроблений Карвером (Carver), Шейєром (Scheier) та Вайнтраубом (Weintraub) у 1989 році для комплексної оцінки стратегій подолання стресу у різних життєвих ситуаціях. COPE Inventory спочатку включав широкий спектр копінгових механізмів, що дозволяло досліджувати як адаптивні, так і малоефективні стратегії реагування на стресові події.

Однак через значну довжину оригінального опитувальника та його обмежену зручність у дослідженнях та клінічній практиці, у 1997 році була розроблена скорочена версія – Brief COPE. Ця версія містить меншу кількість пунктів, зберігаючи при цьому основні підшкали, що

дозволяє оцінювати ключові копінгові стратегії, такі як активне подолання, використання соціальної підтримки, прийняття, уникнення та емоційне регулювання.

Brief COPE є зручним і стандартизованим інструментом для швидкої оцінки стратегій подолання стресу у різних популяціях, включно з клінічними, військовими та цивільними групами. Методика широко застосовується у психологічних дослідженнях для вивчення взаємозв'язку між стресом, психологічним благополуччям та ефективністю різних стратегій адаптації, а також у практичній психології для розробки індивідуальних програм підтримки та психокорекції.

Опис методики:

Містить 28 пунктів, які об'єднані в 14 стратегій подолання стресу: активне вирішення проблем, планування, прийняття, емоційна підтримка, уникання, самоізоляція тощо.

Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою від «не використовую» до «часто використовую».

Дозволяє класифікувати стратегії як адаптивні або дезадаптивні.

Переваги:

Короткий та практичний у використанні.

Можливість порівняння стратегій подолання між різними групами.

Валідований у військових, цивільних та травмованих популяціях.

CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)

Історія створення:

Шкала стійкості Коннора–Девідсона (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC) була розроблена у 2003 році К. Коннором (Connor) та Дж. Девідсоном (Davidson) з метою кількісного оцінювання психологічної стійкості (резилієнтності) у дорослих. Автори виходили з концепції, що резилієнтність являє собою комплексну здатність індивіда ефективно адаптуватися до стресових, травматичних або кризових подій, підтримуючи при цьому психічне та фізичне благополуччя.

CD-RISC дозволяє оцінювати різні аспекти резилієнтності, включаючи гнучкість у мисленні, здатність до позитивного переосмислення подій, внутрішні ресурси для подолання труднощів, а також здатність до самоконтролю та підтримки міжособистісних зв'язків. Опитувальник складається з 25 пунктів, що оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, що забезпечує стандартизовану та кількісну оцінку рівня резилієнтності респондента.

Методика швидко здобула популярність у психологічних та медичних дослідженнях завдяки високій надійності та валідності, а також можливості її використання у різних популяціях: військових, ветеранів, постраждалих від травматичних подій, пацієнтів з хронічними захворюваннями та у загальному дорослому населенні. CD-RISC застосовується для дослідження факторів психологічної стійкості, прогнозування адаптації до стресу та оцінки ефективності програм психосоціальної підтримки і реабілітації.

Опис методики:

Складається з 25 пунктів, оцінка здійснюється за 5-бальною шкалою (0–4).

Вимірює такі аспекти: стійкість до стресу, упевненість у собі, здатність до адаптації, оптимізм та здатність долати труднощі.

Сумарний бал відображає загальний рівень резилієнтності.

Переваги:

Дає комплексну оцінку адаптивних ресурсів особистості.

Може використовуватися як прогностичний індикатор успішної реабілітації.

Висока надійність і валідність у різних популяціях.

3.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження.

Рівень симптомів ПТСР (PCL-5)

Першим етапом аналізу емпіричних даних було комплексне оцінювання рівня симптомів посттравматичного стресового розладу серед різних категорій учасників дослідження. Вивчення інтенсивності ПТСР розглядалося як центральний елемент емпіричної частини, оскільки саме показники посттравматичних симптомів дозволяють окреслити загальну картину психологічного стану респондентів та виявити можливі ризики дезадаптивних реакцій. Оцінювання проводилося із застосуванням опитувальника PCL-5, який є стандартизованим інструментом сучасної клінічної психології і дозволяє кількісно вимірювати вираженість ключових симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5.

Застосування опитувальника PCL-5 забезпечило можливість визначити рівень прояву основних кластерів симптоматики, зокрема повторних нав'язливих спогадів та флешбеків, підвищеної тривожності, емоційної дисрегуляції, негативних змін у мисленні та настрої, а також гіперзбудження. Отримані дані надали змогу здійснити загальну оцінку тяжкості стану у представників кожної досліджуваної групи, а також сформувавши основу для подальшого порівняльного аналізу та інтерпретації в контексті травматичного досвіду, соціальної підтримки та копінг-стратегій.

Наступна таблиця відображає описову статистику за основними показниками, а саме: середні значення, мінімальні та максимальні бали, а також показник стандартного відхилення для кожної групи учасників, що дозволяє відобразити не лише загальний рівень симптомів, але й ступінь індивідуальної варіативності у межах вибірки.

З результатами дослідження можна ознайомитись в Таблиці 1.

Таблиця.1

Група	Кількість	Середній бал	Мін	Макс	Ст. відх.
Родина	15	33,9	20	49	8,5
Військові	32	44,5	30	62	8,7

Ветерани	13	47,8	35	63	7,5
ВПО	26	39,2	25	55	9,1
Волонтери	14	36,7	22	50	8,0

Інтерпретація:

Результати проведеного дослідження переконливо демонструють, що найвищий рівень проявів симптоматики посттравматичного стресового розладу простежується у групі ветеранів бойових дій та чинних військовослужбовців. Подібна закономірність загалом є очікуваною та логічною, оскільки саме ці категорії респондентів зазнають найбільшого впливу інтенсивних та потенційно загрозливих для життя подій, а також характеризуються тривалим перебуванням у зоні підвищеного ризику. Участь у бойових діях передбачає значне емоційне, фізичне та психічне навантаження, що зумовлює глибокий вплив на психоемоційну сферу особистості, актуалізуючи симптоми ПТСР різного ступеня виразності.

Водночас, отримані дані свідчать, що внутрішньо переміщені особи та волонтери демонструють переважно середній рівень проявів посттравматичної симптоматики. Таку тенденцію можна інтерпретувати через специфіку їхнього досвіду, який поєднує елементи прямої та опосередкованої травматизації. З одного боку, ці групи не завжди безпосередньо перебували у зоні бойових дій, однак відчували постійний психологічний тиск, пов'язаний із вимушеною

зміною життєвих обставин, переживанням втрати, а також активним залученням у процеси допомоги постраждалим.

Дещо інша картина спостерігається серед членів родин учасників бойових дій, для яких фіксується відносно нижчий рівень симптомів ПТСР. Це може свідчити про явище вторинної травматизації, яке, хоча й має меншу інтенсивність порівняно з прямими проявами бойового стресу, все ж формує специфічну симптоматику, пов'язану із тривалим переживанням емоційно насичених ситуацій, очікуванням та невизначеністю.

Крім того, важливим статистичним показником дослідження є значні величини стандартного відхилення у всіх групах вибірки, що свідчить про високий ступінь індивідуальної варіативності проявів ПТСР. Така розбіжність підкреслює складність та багатовимірність посттравматичних реакцій, а також актуалізує потребу у глибшому диференційованому аналізі факторів, що впливають на інтенсивність симптомів у різних категоріях респондентів. Наявність суттєвої варіабельності підтверджує доцільність індивідуально орієнтованого підходу у психологічній підтримці та реабілітації постраждалих.

Рівень соціальної підтримки (MSPSS)

Соціальна підтримка у контексті посттравматичних станів виступає одним із ключових медіаторів, що визначають інтенсивність психологічних реакцій на стресові фактори, а також ефективність процесів адаптації після пережитих травматичних подій. У сучасній літературі соціальна підтримка розглядається не лише як зовнішній ресурс допомоги, але і як важливий психологічний механізм, який

забезпечує регуляцію емоційного стану, сприяє формуванню почуття безпеки та зменшує ризик розвитку дезадаптивних форм реагування. Наявність достатньої підтримки з боку найближчого соціального оточення є визначальним чинником профілактики поглиблення симптоматики ПТСР та підвищення загальної психологічної стійкості особистості.

З метою емпіричного вимірювання рівня соціальної підтримки у межах проведеного дослідження застосовувався опитувальник MSPSS, який є валідним та широко використовуваним інструментом оцінки сприйнятої підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших. Застосування даної методики дозволило не лише визначити загальний рівень доступності соціальних ресурсів, але й простежити специфіку підтримки у різних її джерелах, що забезпечує комплексний аналіз соціального контексту функціонування респондентів.

Наступна таблиця демонструє середні показники сприйнятої соціальної підтримки та варіативність значень серед учасників дослідження, що створює підґрунтя для подальшого порівняльного аналізу між групами та інтерпретації ролі соціальних факторів у динаміці посттравматичних проявів.

З результатами дослідження можна ознайомитись в Таблиці 2.

Таблиця 2

Група	Середній бал	Мін	Макс	Ст. Відх.
Родини	27,5	19	34	4,0

Військові	28,3	20	35	4,1
Ветерани	25,7	18	32	3,9
ВПО	30,1	22	38	4,5
Волонтери	29,8	23	36	4,2

Інтерпретація:

Аналіз отриманих результатів дає можливість стверджувати, що внутрішньо переміщені особи та волонтери загалом характеризуються відносно високим рівнем соціальної підтримки. Така тенденція може бути обумовлена їх активною соціальною взаємодією, включенням у розгалужені мережі громадських та благодійних організацій, а також безпосередньою участю у допомозі іншим постраждалим. Участь у волонтерській діяльності нерідко сприяє формуванню почуття соціальної значущості, посилює відчуття колективної згуртованості та забезпечує можливість регулярного емоційного обміну в межах соціуму, що, у свою чергу, створює сприятливі умови для психологічної стабілізації та поступового зниження рівня стресу. Для внутрішньо переміщених осіб важливим чинником також виступає отримання допомоги з боку громадських інституцій, державних структур та гуманітарних організацій, що забезпечує доступ до необхідних ресурсів і водночас посилює відчуття підтримки з боку суспільства.

Водночас для військовослужбовців та ветеранів характерним виявляється дещо нижчий рівень соціальної підтримки, що може бути пояснено низкою специфічних факторів, зокрема обмеженою

доступністю спеціалізованих психологічних програм, складністю залучення до цивільного соціального простору після пережитого бойового досвіду, а також поширеною у військовому середовищі культурою самостійного подолання психологічних труднощів. Крім того, традиційна орієнтація на витривалість, силу та самоконтроль часто сприяє формуванню психологічної замкнутості, уникненню обговорення пережитих травматичних подій та зниженій готовності звертатися по допомогу.

Що стосується членів родин учасників бойових дій, то виявлений у них середній рівень соціальної підтримки свідчить про часткове забезпечення необхідних соціальних ресурсів, але водночас вказує на наявність недостатньої уваги до їхніх психологічних потреб з боку професійних служб. Родини військових нерідко стикаються з тривалим емоційним навантаженням, пов'язаним із очікуванням, переживанням невизначеності та адаптацією до змінених життєвих обставин. Однак питання їх системної підтримки в межах державної чи спеціалізованої психологічної допомоги досі залишається недостатньо врегульованим, що потребує подальшого наукового осмислення та практичної розробки відповідних програм.

Копінг-стратегії (Brief COPE)

Вивчення копінг-стратегій у контексті посттравматичних станів дозволяє глибше осмислити психологічні механізми реагування на стресові ситуації та визначити особливості індивідуальних способів подолання травматичного досвіду. У сучасній психологічній науці копінг-стратегії розглядаються як сукупність когнітивних, емоційних і

поведінкових реакцій, спрямованих на зниження впливу стресу, адаптацію до змінених життєвих обставин та збереження цілісності психічного функціонування. З огляду на це, аналіз особливостей використання різних типів копінгу є важливим етапом загальної оцінки впливу травматичних подій на психологічний стан особистості та рівень її адаптивних можливостей.

У межах даного дослідження здійснювалася оцінка використання як адаптивних, так і дезадаптивних копінг-стратегій, що дало змогу комплексно проаналізувати індивідуальні підходи до опрацювання стресових факторів та ефективність механізмів подолання наслідків травми. Зокрема, увага зосереджувалася на проявах емоційної регуляції, стратегіях уникання, зверненні по соціальну підтримку, когнітивному переосмисленні та інших аспектах поведінкових і когнітивних реакцій.

Наступна таблиця узагальнює середні значення адаптивних та дезадаптивних стратегій, що використовуються учасниками дослідження, та дозволяє здійснити подальший порівняльний аналіз особливостей копінгу залежно від групової належності та специфіки пережитого травматичного досвіду.

З результатами дослідження можна ознайомитись в Таблиці 3.

Таблиця 3

Тип стратегій	Середній бал	Коментар
Адаптивні	62,4	Активне вирішення проблем та

		пошук підтримки переважають у ВПО та волонтерів.
Дезадаптивні	35,7	У військових і ветеранів частіше виявляються уникання та самоізоляція.

Інтерпретація:

Адаптивні копінг-стратегії, згідно з сучасними підходами до вивчення посттравматичних станів, виконують надзвичайно важливу функцію у підтриманні психологічної стабільності особистості, сприяючи зниженню інтенсивності посттравматичних переживань, полегшенню процесів відновлення та формуванню більш ефективних механізмів подолання наслідків травматичних подій. У цьому контексті вміння використовувати конструктивні способи емоційної регуляції, здатність звертатися по підтримку та опрацьовувати травматичний досвід сприяє поступовому зменшенню симптомів ПТСР та підвищує ймовірність успішної соціально-психологічної адаптації.

Натомість застосування дезадаптивних стратегій поведінки є чинником ризику, який значною мірою поглиблює прояви посттравматичної симптоматики, збільшує вірогідність її хронізації та ускладнює подальший процес психологічної реабілітації. Залучення до непродуктивних форм реагування, таких як уникнення, замовчування

власних переживань, самозвинувачення або абuzивні форми поведінки, сприяє фіксації травматичного досвіду та зменшує ефективність природних механізмів психологічного відновлення.

Отримані результати демонструють, що у військовослужбовців та ветеранів дезадаптивні стратегії виявляються значно частіше порівняно з іншими групами, що, у свою чергу, може бути пояснено не лише високим рівнем травматизації та тривалим впливом екстремальних подій, але й обмеженою доступністю якісної психологічної допомоги як у період виконання бойових завдань, так і після повернення до мирного життя. Додатковим чинником виступають культурні та інституційні установки військового середовища, орієнтовані на самостійне та «героїчне» подолання труднощів, що нерідко перешкоджає своєчасному зверненню по допомогу та ускладнює процес реабілітації.

Резилієнтність (CD-RISC)

Резилієнтність у сучасному науковому дискурсі розглядається як комплексна характеристика особистості, що відображає її психологічну стійкість, здатність долати стресові впливи та ефективно адаптуватися до умов підвищеної емоційної напруги. З погляду теоретичних підходів, поняття резилієнтності охоплює як особистісні риси, так і набутий досвід подолання складних життєвих ситуацій, що дозволяє забезпечувати відносну збереженість цілісності особистісного функціонування навіть у контексті травматичних подій.

Для оцінки рівня резилієнтності у досліджуваних групах була використана стандартизована психодіагностична методика CD-RISC,

що є одним із найбільш валідних інструментів у сучасній психології для визначення внутрішніх ресурсів особистості. Застосування цієї методики надало можливість здійснити кількісну оцінку ключових компонентів стресостійкості, зокрема здатності до емоційної регуляції, когнітивного переосмислення, активної мобілізації ресурсів та підтримання адаптивної поведінки у складних життєвих обставинах.

Отримані результати дозволили простежити специфіку проявів резиліентності у різних категорій учасників дослідження та виявити значущі відмінності у рівні особистісної стійкості залежно від характеру їхнього досвіду, ступеня травматичного впливу та доступності соціально-психологічної підтримки. Наступна таблиця відображає середні показники резиліентності та варіативність (розкид) значень серед респондентів, що дає змогу здійснити подальший порівняльний аналіз у межах вибірки.

З результатами дослідження можна ознайомитись в Таблиці 4.

Таблиця 4

Група	Середній бал	Мін	Макс	Ст. Відх.
Родини	70,3	55	88	8,1
Військові	72,4	55	90	8,9
Ветерани	68,1	50	85	7,5
ВПО	75,6	60	92	9,0
Волонтери	74,8	58	91	8,2

Інтерпретація:

Отримані дані свідчать про те, що внутрішньо переміщені особи та волонтери демонструють високий рівень резилієнтності, що відображає їхню здатність до активної психологічної адаптації в умовах значних життєвих змін та стресових факторів. Високий рівень резилієнтності у цих груп можна пояснити ефективним використанням внутрішніх ресурсів, таких як здатність до емоційної саморегуляції, конструктивне переосмислення стресових ситуацій, а також уміння мобілізувати соціальну підтримку та підтримувати стабільні соціальні контакти. Ця здатність не лише сприяє зниженню проявів посттравматичного стресового розладу, але й забезпечує більш успішну інтеграцію у суспільне середовище та активну участь у соціально значущих процесах.

Водночас військовослужбовці та ветерани характеризуються нижчим рівнем резилієнтності, що може бути обумовлено тривалим впливом стресових і травматичних факторів, високим навантаженням під час безпосередньої участі у бойових діях та обмеженістю доступу до системної соціально-психологічної підтримки. Низька резилієнтність у цих категорій створює додаткові ризики для поглиблення симптомів ПТСР та ускладнює процес відновлення після травматичного досвіду, підкреслюючи необхідність цілеспрямованого психологічного супроводу та розвитку стратегій подолання стресу.

Що стосується членів родин учасників бойових дій, то вони демонструють середній рівень резилієнтності, що свідчить про певний рівень психологічної адаптації до змінних життєвих обставин.

Водночас наявність симптомів вторинної травматизації вказує на те, що навіть за відносно помірною рівня стійкості потрібне додаткове психосоціальне супроводження та підтримка з боку фахівців, щоб запобігти поглибленню стресових реакцій і сприяти ефективній адаптації до повсякденних викликів.

Кореляційний аналіз між симптомами ПТСР, соціальною підтримкою, копінг-стратегіями та резилієнтністю

Для глибшого та більш змістовного розуміння характеру взаємозв'язку між психоемоційними показниками учасників дослідження був проведений кореляційний аналіз, спрямований на виявлення напрямку та сили статистичних залежностей між основними змінними. На цьому етапі аналізу було використано як параметричний коефіцієнт кореляції Пірсона, так і непараметричний критерій Фішера (F-тест), що дозволило забезпечити комплексність оцінки отриманих результатів.

Застосування коефіцієнта Пірсона зумовлене тим, що він дає змогу визначити лінійну силу та напрямок взаємозв'язку між кількісними показниками, зокрема рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу, емоційним станом, наявністю соціальної підтримки та іншими досліджуваними психометричними змінними. Таким чином, було можливим встановити, які саме чинники можуть виступати захисними або навпаки — підсилювати симптоматику ПТСР у різних групах респондентів.

Додаткове залучення непараметричного F-тесту Фішера спрямоване на перевірку статистичної значущості отриманих

кореляційних коефіцієнтів, а також на оцінку того, чи є виявлений зв'язок достатньо вираженим, щоб відхилити нульову гіпотезу щодо відсутності взаємозалежності між показниками. Використання F-критерію забезпечує підвищення валідності висновків, оскільки дозволяє мінімізувати вплив випадкових коливань даних та статистичних артефактів, що особливо важливо при аналізі психоемоційних станів, які часто характеризуються значною індивідуальною варіативністю.

Таким чином, застосування комбінованого підходу до кореляційного аналізу надало можливість отримати більш обґрунтовані інтерпретації виявлених взаємозалежностей, зробити висновки не лише про наявність кореляційного зв'язку, але й про його статистичну значущість, що у свою чергу підсилює доказовість емпіричної частини дослідження та дозволяє сформулювати більш цілісне уявлення про особливості функціонування психоемоційної сфери учасників вибірки.

З результатами кореляційного аналізу можна ознайомитись в Таблиці 5.

Таблиця 5

Показник	r	p
ПТСР – резилієнтність	-0,60	<0,01
ПТСР – соціальна підтримка	-0,62	<0,01
ПТСР – емоційна	-0,57	<0,01

підтримка		
ПТСР – копінг адаптивний	-0,54	<0,01

Інтерпретація:

Отримані результати кореляційного аналізу демонструють наявність статистично значущих взаємозв'язків між показниками психоемоційних ресурсів особистості та інтенсивністю проявів симптомів посттравматичного стресового розладу. Зокрема, було встановлено, що підвищені показники соціальної підтримки, емоційної підтримки, використання адаптивних копінг-стратегій та розвитку індивідуальної резилієнтності асоціюються із тенденцією до зниження інтенсивності клінічно значущих симптомів ПТСР. Такі результати узгоджуються з сучасними теоретичними уявленнями щодо захисної ролі соціального та внутрішнього психологічного ресурсу в процесах подолання наслідків травматичного досвіду.

Водночас було виявлено, що часте застосування дезадаптивних копінг-стратегій, зокрема уникнення, емоційного відсторонення чи пасивних форм реагування, корелює з підвищеним рівнем посттравматичної симптоматики, що може свідчити про недостатність внутрішніх механізмів психологічної саморегуляції та підвищену вразливість до зовнішніх стресорів. Застосування F-тесту дозволило статистично підтвердити значущість отриманих кореляцій, що підсилює можливість інтерпретації виявлених взаємозв'язків як надійних та методологічно обґрунтованих.

Таким чином, можна зробити висновок, що досліджені психоемоційні ресурси виступають важливими факторами, які опосередковують інтенсивність ПТСР, а отримані кореляційні залежності мають виражену прогностичну цінність для побудови індивідуально орієнтованих програм психологічної підтримки, психокорекції та реабілітації учасників дослідження.

Висновки до Розділу 3

Проведений аналіз отриманих даних дозволяє зробити низку важливих висновків щодо особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу серед різних категорій учасників дослідження. Так, рівень ПТСР варіює значною мірою в залежності від того, який досвід травматичних подій зазнала та пережила конкретна особа, наскільки вона була залучена до безпосередньої участі в бойових діях або інших критичних ситуаціях, а також від наявності і ефективності соціальної підтримки та внутрішніх психологічних ресурсів. Важливим є те, що рівень симптомів не є статичним і однорідним навіть у межах однієї групи, а демонструє значну індивідуальну варіативність, що підтверджується отриманими стандартними відхиленнями та результатами кореляційного аналізу.

Виявлені кореляційні зв'язки дозволяють простежити тісний взаємозв'язок між психоемоційними ресурсами та вираженістю симптомів ПТСР. Так, активне залучення соціальної підтримки, використання адаптивних стратегій копіngu та високий рівень резилієнтності виявляються ключовими чинниками, які сприяють зниженню негативних проявів травматичного досвіду. Водночас використання дезадаптивних способів подолання стресу, таких як уникання, самоізоляція чи емоційне витіснення, істотно підвищує ризик хронізації симптомів ПТСР і може ускладнювати процес реабілітації та психологічного відновлення. Ці закономірності підкреслюють важливість цілеспрямованої та системної роботи із психологічними ресурсами, які допомагають людині не лише пережити

травму, але й адаптуватися до нового соціального та емоційного середовища.

Таким чином, результати дослідження підтверджують необхідність комплексного психологічного супроводу постраждалих осіб, який включає не лише пасивну підтримку, а й активні інтервенції, спрямовані на розвиток адаптивних стратегій подолання стресу, підвищення рівня соціальної підтримки та формування та зміцнення резиліентності. Упровадження таких комплексних заходів має особливу важливість для військових, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб, волонтерів та членів їхніх родин, оскільки ефективний психологічний супровід сприяє більш швидкому відновленню психоемоційного стану, підвищенню якості життя та соціальної функціональності, зменшенню ризику розвитку вторинної травматизації і забезпечує основу для успішної соціальної інтеграції після пережитих травматичних подій.

Крім того, результати дослідження дозволяють прогнозувати ефективність майбутніх психологічних втручань: групи з високим рівнем соціальної підтримки та розвиненою резиліентністю мають більші шанси на успішне подолання симптомів ПТСР, тоді як групи з високим рівнем дезадаптивних стратегій потребують більш інтенсивного і цілеспрямованого психологічного супроводу. Ці висновки є цінним науково-практичним матеріалом для фахівців, які займаються реабілітацією постраждалих осіб, і можуть слугувати основою для розробки ефективних програм психологічної підтримки та профілактики розвитку хронічного ПТСР.

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

4.1. Розробка програми психологічної підтримки

Розробка програми психологічної підтримки осіб, які пережили психотравмуючі події та мають ознаки посттравматичного стресового розладу, здійснювалася з урахуванням сучасних наукових поглядів на природу ПТСР, його психофізіологічні механізми та соціально-психологічні детермінанти. Варто зазначити, що у процесі створення програми особлива увага приділялася комплексному баченню психотравматизації як багаторівневого явища, яке охоплює як внутрішньоособистісні, так і міжособистісні та соціальні аспекти життєдіяльності людини. Такий підхід дозволив забезпечити наукову обґрунтованість обраних інтервенцій, а також їх відповідність практичним потребам цільової групи.

Основним концептуальним підґрунтям програми є положення когнітивно-поведінкового підходу, який довів свою ефективність у роботі з посттравматичними реакціями та продемонстрував високий рівень результативності у зменшенні симптомів нав'язливих переживань, уникання та негативних когнітивних схем. Разом із тим, програма інтегрує положення сучасних інтегративних моделей психотерапії, що передбачають поєднання технік різних підходів задля найповнішого врахування індивідуально-психологічних характеристик учасників. Доцільним у даному контексті є також залучення елементів кризового консультування, орієнтованого на стабілізацію емоційного стану та попередження дезадаптивних реакцій.

Метою програми є зменшення рівня посттравматичної симптоматики, формування навичок саморегуляції, зниження інтенсивності емоційної напруги та відновлення адаптивного функціонування особистості. Окремий акцент робиться на розвитку здатності до відновлення почуття контролю над власним життям, що є фундаментально важливим у процесі посттравматичної реадптації. Додатковою метою програми виступає підвищення рівня соціальної підтримки, відновлення довіри до соціального оточення та зміцнення ресурсів особистості, що є необхідним для подолання наслідків травматичного досвіду та зменшення ризику формування хронічних форм посттравматичних проявів.

Структурно програма містить декілька ключових модулів: психоосвітній, емоційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий та соціально-реабілітаційний, кожен з яких орієнтований на досягнення певного спектра завдань. Психоосвітній модуль передбачає інформування учасників щодо природи травми, механізмів формування стресової реакції та способів подолання негативних переживань. Емоційно-регуляційний блок зосереджений на опануванні технік управління емоціями, релаксації та відновлення психологічної рівноваги.

Когнітивно-поведінковий модуль спрямований на виявлення дезадаптивних переконань, заміну їх конструктивними та формування адаптивних патернів поведінки у ситуаціях, що пов'язані з травматичними тригерами. Соціально-реабілітаційний блок допомагає відновити втрачені соціальні зв'язки, підвищити рівень

міжособистісної взаємодії та сформувати навички ефективного соціального функціонування.

Важливим елементом програми є використання методів релаксації, дихальних технік, майндфулнес-практик, а також елементів наративної терапії, які дозволяють людині безпечно переосмислити власний досвід та інтегрувати його у життєвий контекст без домінування травматичних спогадів. Застосування таких технік сприяє підвищенню рівня усвідомленості, зниженню внутрішньої напруги, переосмисленню пережитої травми та формуванню більш стабільного емоційного стану, що в цілому позитивно впливає на загальний процес реабілітації та відновлення психічного благополуччя.

4.2. Апробація програми

Апробація програми проводилася на вибірці осіб, які мали досвід участі у військових діях, перебували у зоні бойових дій або постраждали внаслідок воєнних подій (ветерани, військовослужбовці, цивільні особи). Вибір саме цієї категорії респондентів зумовлений тим, що зазначені групи мають високий ризик розвитку посттравматичних реакцій, а також характеризуються специфічними психологічними потребами, що вимагають особливої уваги під час планування та впровадження психокорекційних заходів. Варто наголосити, що окреслена вибірка дозволила максимально наблизити умови апробації до реального практичного контексту, у якому програма може бути використана у майбутньому.

Процес апробації здійснювався у форматі групових та індивідуальних зустрічей, що забезпечило можливість гнучкого поєднання різних форм роботи відповідно до ступеня вираженості симптоматики та індивідуального рівня готовності учасників до психотерапевтичної взаємодії. Використання групової роботи сприяло активізації соціальної підтримки, формуванню почуття приналежності та залученості, у той час як індивідуальні інтервенції дозволяли зосередитися на особистісних переживаннях травматичного досвіду та його індивідуальній динаміці.

Першим етапом апробації було проведення діагностики рівня посттравматичного стресу, психологічного стану та рівня соціальної підтримки за стандартизованими та валідизованими психодіагностичними інструментами (PCL-5, MSPSS та ін.). Використання зазначених методик забезпечило можливість отримання

кількісно вимірюваних показників, що мають важливе значення для подальшого аналізу ефективності психологічного втручання. Після цього учасники пройшли систематизований курс психологічної допомоги, що тривав від 6 до 12 тижнів залежно від індивідуальних показників, психоемоційного стану та ступеня прояву посттравматичної симптоматики.

Важливим аспектом апробації була можливість динамічного коригування змісту програми відповідно до актуальних потреб учасників, що підвищувало її адаптивність, варіативність та ефективність у процесі практичного застосування. Такий підхід дозволив оперативно реагувати на зміни емоційного стану учасників, а також забезпечити поступове ускладнення змісту терапевтичних інтервенцій залежно від рівня готовності та психоемоційної стабільності.

За результатами апробації був здійснений повторний діагностичний зріз, що дозволив простежити зміни у психологічному стані досліджуваних, визначити напрямки позитивної динаміки та встановити рівень ефективності впроваджених інтервенцій. Отримані результати стали підґрунтям для подальших висновків щодо практичної значущості та потенційної доцільності широкого впровадження програми у роботу із зазначеними категоріями населення.

4.3. Оцінка ефективності застосованої програми

Для оцінки ефективності розробленої програми психологічної підтримки було здійснено порівняльний аналіз показників до та після участі у психологічній інтервенції, що дозволило виявити динаміку змін у психоемоційному стані учасників. Задля забезпечення надійності результатів оцінювання використовувалися стандартизовані методики, статистичні критерії та процедури порівняння, що надали можливість отримати об'єктивні дані щодо результативності впроваджених інтервенцій. Аналіз отриманих емпіричних результатів засвідчив статистично значуще зниження рівня посттравматичної симптоматики, серед яких особливо виразними були зміни у сфері емоційної напруги, нав'язливих спогадів, підвищеної тривожності та уникання травматичних ситуацій.

Особливо важливим у контексті інтервенції є факт зниження інтенсивності нав'язливих переживань, що свідчить про зменшення внутрішньої психічної напруги та поступове відновлення емоційного самоконтролю. Також було зафіксовано покращення соціального функціонування та підвищення суб'єктивного відчуття підтримки з боку близького оточення, що виявилось насамперед у покращенні комунікативної активності, зростанні рівня довіри до соціального оточення та зменшенні почуття соціальної ізоляції.

Включення групових форм роботи відіграло вагомий роль у процесі формування соціальної підтримки, оскільки групове середовище сприяло підсиленню соціальних взаємозв'язків, формуванню емоційної взаємодії з іншими учасниками, а також відновленню здатності до міжособистісного контакту. Участь у групових заняттях дозволила

створити безпечний простір, у якому учасники могли ділитися переживаннями, отримувати зворотний зв'язок, підтримку та моделювати адаптивні форми поведінки.

Отримані емпіричні дані підтверджують доцільність використання запропонованої програми психологічної підтримки у роботі з особами, які пережили травматичні події, а також свідчать про її потенційну ефективність у процесі реабілітації та соціальної інтеграції. Виявлена позитивна динаміка дозволяє зробити висновок про актуальність подальшого удосконалення та розширення зазначеної програми, а також її впровадження у практику надання психологічної допомоги в умовах воєнних та післявоєнних викликів.

4.4. Рекомендації щодо впровадження

Впровадження програми психологічної підтримки передбачає її адаптацію до конкретних умов діяльності реабілітаційних центрів, центрів психологічної допомоги ветеранам, військових госпіталів та інших соціальних інституцій, у яких надається комплексна допомога особам, що пережили психотравмуючі події. Враховуючи специфіку посттравматичного досвіду, програма повинна мати гнучкий, адаптивний характер, що дозволить модифікувати окремі компоненти залежно від індивідуальних запитів, рівня вираженості симптоматики, типу травматичного досвіду та соціального становища особи.

Важливо забезпечити міждисциплінарний підхід із залученням психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, фахівців із реабілітації, а у деяких випадках – психіатрів та лікарів-неврологів, що дозволить реалізувати комплексний, біопсихосоціальний підхід до подолання наслідків травми. Врахування медичних, психологічних та соціальних аспектів посттравматичних розладів сприятиме підвищенню якісного рівня допомоги, а також забезпечить превенцію вторинної психологічної травматизації та поглиблення симптоматики.

Доцільним є проведення додаткових навчальних тренінгів та підвищення кваліфікації для фахівців, які впроваджують програму, оскільки робота з травмою вимагає спеціалізованої підготовки, високого рівня професійної компетентності та володіння техніками кризового втручання, стабілізації та емоційної регуляції. Практика показує, що недостатня підготовка персоналу може зменшувати ефективність інтервенції та підвищувати ризики повторної актуалізації травматичних переживань у клієнтів.

Значну увагу необхідно приділити подальшому моніторингу стану осіб, які пройшли програму, що дозволить оцінити її довгострокові результати, визначити стійкість отриманих змін та запобігти можливим рецидивам посттравматичної симптоматики. Проведення періодичних контрольних обстежень сприятиме накопиченню додаткових емпіричних даних, що можуть використовуватися для наукового аналізу ефективності програми та подальшого її вдосконалення.

Таким чином, рекомендації щодо впровадження розробленої програми пов'язані не лише із її використанням у практичній діяльності, але й із забезпеченням систематичності, безперервності та кваліфікованої підтримки з боку відповідних спеціалістів. Важливо підкреслити, що успішність впровадження програми значною мірою залежить від організаційних умов, рівня підготовки фахівців та готовності інституції до реалізації комплексного реабілітаційного підходу.

Висновки до Розділу 4

У четвертому розділі магістерської роботи було представлено поетапну розробку, апробацію та оцінку ефективності програми психологічної підтримки осіб із посттравматичним стресовим розладом, що дозволило здійснити комплексний аналіз можливостей практичного використання запропонованого психологічного інструментарію. Запропонована програма базується на сучасних науково обґрунтованих підходах психологічної допомоги та реабілітації, включаючи принципи когнітивно-поведінкової терапії, ресурсно-орієнтованої взаємодії, а також концепції соціальної підтримки як ключового механізму подолання наслідків травматичного досвіду.

У ході апробації було підтверджено як практичну реалізованість програми, так і її відповідність актуальним потребам цільової групи, що надає підстави для подальшої інституційної інтеграції в систему психологічної допомоги ветеранам, військовослужбовцям та цивільним особам, які зазнали впливу травматичних подій. Позитивні зміни, виявлені за результатами оцінювання ефективності, свідчать про зниження вираженості симптоматики ПТСР, покращення емоційного стану учасників, а також підвищення рівня суб'єктивного відчуття підтримки. Важливим результатом є також опосередкований вплив програми на покращення соціального функціонування, що підтверджує системний характер результатів психологічної реабілітації.

Узагальнення результатів дозволило сформулювати низку рекомендацій щодо ефективного впровадження програми, зокрема з урахуванням специфічних потреб учасників бойових дій,

індивідуальних відмінностей перебігу посттравматичних проявів, а також необхідності міждисциплінарної співпраці психологів, психотерапевтів і соціальних фахівців. Зважаючи на отримані результати, запропонована програма може розглядатися як реалістичний і перспективний напрям підвищення ефективності психологічної реабілітації осіб із ПТСР, а також як основа для подальших наукових досліджень та практичного вдосконалення засобів психосоціальної підтримки.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дало можливість всебічно проаналізувати посттравматичний стресовий розлад як складний психосоціальний феномен та визначити особливості психологічної підтримки у процесі реабілітації постраждалих осіб. На основі досліджених літературних джерел встановлено, що ПТСР має багатовимірну природу, оскільки інтегрує у собі нейропсихологічні, клініко-психологічні, соціальні та особистісні механізми, які детермінують стійкість травматичних переживань. Теоретичні моделі, що існують у сучасній психології, підтверджують, що ПТСР не може бути зведений лише до наслідків стресової події, адже його формування обумовлено складною взаємодією суб'єктивних, міжособистісних та соціокультурних чинників, що визначають характер психічного реагування.

У результаті здійсненого узагальнення можна стверджувати, що симптоматика ПТСР охоплює широке коло емоційних, когнітивних та поведенкових порушень, які суттєво погіршують життєдіяльність особистості, визначають її соціальну взаємодію та здатність до адаптації. Доведено, що тривалі зміни у психічній сфері, характерні для ПТСР, є наслідком дисфункції нейробиологічних механізмів та порушення процесів саморегуляції, що, у свою чергу, ускладнює процес психокорекції та потребує довготривалої терапевтичної та соціальної підтримки.

У ході емпіричної частини підтверджено наявність стійких взаємозв'язків між інтенсивністю проявів ПТСР та рівнем соціальної й

психологічної підтримки. Виявлено, що адекватний рівень підтримки сприяє зниженню психоемоційної напруги, формує компенсаторні механізми подолання та сприяє стабілізації емоційного стану. Результати дослідження узгоджуються з провідними підходами світової психотравматології, що підкреслює їхню наукову значущість та практичну цінність для системи психологічної допомоги в Україні.

Важливо зазначити, що психологічна підтримка у структурі реабілітаційних впливів виступає не вторинним, а центральним елементом процесу відновлення, що підтверджує її фундаментальне значення у подоланні посттравматичних наслідків. Доведено, що підтримка забезпечує умови для формування почуття безпеки, адаптивного переосмислення травматичного досвіду та поступового повернення до активної життєвої діяльності. Особливу роль у цьому процесі відіграють психотерапевтичні методи, психоосвіта, соціальний супровід, сімейні та групові форми допомоги, що дозволяють поєднувати індивідуальні та соціальні ресурси постраждалих.

Аналіз українського контексту засвідчив, що умови воєнної агресії створили ситуацію масової травматизації, що потребує розроблення національної системи реабілітації та психологічної допомоги, здатної забезпечити довготривалу, комплексну і багатоетапну підтримку військових, ветеранів, вимушено переміщених осіб і цивільного населення. Встановлено, що сучасні соціокультурні та військово-політичні умови визначають необхідність поглиблення наукового вивчення ПТСР, удосконалення методичних підходів та інтеграції міжнародного досвіду у практику українських психологів.

Узагальнення теоретичних положень, емпіричних результатів та аналізу практичної ситуації в Україні дозволяє стверджувати, що психологічна підтримка осіб із ПТСР має розглядатися як довготривалий та системний процес, що включає профілактичні, психотерапевтичні, реабілітаційні та соціально-адаптаційні заходи. Вона не лише сприяє зниженню гостроти симптомів, але й забезпечує формування нових адаптивних стратегій, що дозволяють особистості відновлювати життєві ресурси, повернути здатність до саморегуляції та інтегрувати травматичний досвід у структуру власного життєвого шляху.

Таким чином, результати дослідження підтверджують доцільність впровадження системи комплексної психологічної допомоги, спрямованої на зниження наслідків психічної травматизації, посилення внутрішнього потенціалу особистості, покращення якості життя та забезпечення її соціального функціонування в умовах сучасних викликів і суспільних трансформацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bennett A. Et al. Interventions to treat post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD // *BMJ Open*. – 2022.
2. Bryant R. A. Et al. Systematic review of acute interventions for PTSD // *The British Journal of Psychiatry*. – 2020.
3. Brymer M., Taylor M. Psychological first aid in trauma recovery // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. – 2021.
4. Cloitre M. Et al. Evidence-based treatments for complex PTSD // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2020.
5. Early vocational rehabilitation and psychological support for trauma patients // *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. – 2023.
6. Ehlers A., Hackmann A., Grey N. Recent developments in trauma-focused CBT // *Behaviour Research and Therapy*. – 2020.
7. Forbes D. Et al. International guidelines for the treatment of PTSD // *Depression and Anxiety*. – 2020.
8. Gimigliano F. Et al. The Effectiveness of Behavioral Interventions in Adults with PTSD during Clinical Rehabilitation // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2022.
9. Karatzias T. Et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD // *World Psychiatry*. – 2020.
10. Kip A. Et al. Psychological interventions for adult PTSD: meta-review // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2025.
11. Lewis C., Roberts N., Gibson S. Dropout rates from psychological therapies for PTSD // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2020.
12. Lewis-Schroeder N. F. Et al. Trauma-informed care in rehabilitation settings // *Rehabilitation Psychology*. – 2021.

13. McFarlane A. C., Bryant R. A. PTSD and physical health outcomes in trauma rehabilitation // *The Lancet Psychiatry*. – 2020.
14. Murphy D., Busuttill W. PTSD and complex trauma in military veterans // *Occupational Medicine*. – 2021.
15. NICE. Post-traumatic Stress Disorder (NG116): updated guideline review. – 2025.
16. Pietrzak R. H. Et al. Psychosocial resilience and rehabilitation in PTSD // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2021.
17. Polusny M. A., Erbes C. R. Mindfulness-based interventions for PTSD // *Current Opinion in Psychology*. – 2020.
18. Purgato M., Gastaldon C., Papola D. Psychological therapies for mental disorders in humanitarian settings // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2020.
19. Reed G. M. Et al. Innovations in ICD-11 related to trauma disorders // *World Psychiatry*. – 2020.
20. Rosen G. M., Lilienfeld S. O. Posttraumatic stress disorder: issues in assessment and rehabilitation // *Clinical Psychology Review*. – 2021.
21. Ruzek J. I., Watson P. J. Early psychological intervention after trauma // *Current Opinion in Psychology*. – 2020.
22. Schäfer I. Et al. Trauma and rehabilitation in displaced populations // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2021.
23. Schnurr P. P., Green B. L. Understanding relationships between trauma, PTSD, and health // *Current Psychiatry Reports*. – 2021.
24. Schrader C. Et al. A Review of PTSD and Current Treatment Strategies // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021.
25. Sloan D. M., Marx B. P. Written Exposure Therapy for PTSD // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2020.

26. Social and Psychological Rehabilitation of Servicemen with PTSD // ResearchGate / Scientific Journal. – 2024.
27. Steenkamp M. M., Litz B. T. Moral injury and PTSD rehabilitation approaches // Depression and Anxiety. – 2020.
28. Sun Z. Et al. Psychological Interventions for Healthcare Providers with PTSD // Frontiers in Psychiatry. – 2021.
29. Thorp S. R., Glassman L. H., Yuen E. K. Advances in PTSD treatment for military populations // Current Psychiatry Reports. – 2021.
30. Williamson V., Murphy D., Greenberg N. COVID-19 and PTSD in healthcare workers // BMJ Military Health. – 2021
31. Бондаренко О. Ф. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій в Україні // Соціальна психологія. – 2020. – № 2. – С. 33–41.
32. Гавриленко О. І. Психологічна допомога військовим із бойовою травмою // Центр громадського здоров'я МОЗ України. – 2022.
33. Гуменюк Л. Й. Психологічний супровід комбатантів з ПТСР // Психологічний журнал. – 2021. – № 4. – С. 22–29.
34. Гурська Н. А. Психологічний супровід у реабілітації постраждалих від бойових дій // Rehabilitation & Recreation. – 2022.
35. Даниленко Т. І. Сутність посттравматичного стресового розладу: сучасні підходи // Mental Health: Global Challenges Journal. – 2025.
36. Іванова І. С. Психологічна підтримка як фактор успішної реабілітації осіб із ПТСР // Український психологічний журнал. – 2024.

37. Карпенко Є. В. Психосоціальна реабілітація осіб, що пережили війну // Вісник КНУ ім. Т. Шевченка. – 2023.
38. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021.
39. Ковальчук І. П. Психологічні аспекти реабілітації осіб з ПТСР // Проблеми сучасної психології. – 2022. – № 56. – С. 120–129.
40. Колеснік Н. В. Емоційні та поведінкові порушення унаслідок ПТСР // Habitus. – 2021. – № 30.
41. Кравченко Н. В. Психологічна реабілітація комбатантів у системі охорони здоров'я України // Український медичний часопис. – 2022.
42. Лазоренко М. М. Реабілітація військових після бойових дій: психологічний аспект // Медична психологія. – 2020. – № 4. – С. 30–37.
43. Луценко О. В. Психологічна підтримка членів сімей осіб із ПТСР // Соціальна робота і психологія. – 2023. – № 2. – С. 44–52.
44. Ляшенко О. М. Травма-орієнтована допомога в умовах війни в Україні // Психологічні перспективи. – 2023.
45. Міністерство у справах ветеранів України. Статистика психічного здоров'я ветеранів (система «Марта») // 2024.
46. Міщенко О. С. ПТСР у військовослужбовців: діагностика та психокорекція // Військова психологія. – 2021. – № 2. – С. 48–56.
47. Модель комплексної психологічної допомоги ветеранам / за ред. С. Д. Максименка. – Київ: НАПН України, 2021.
48. Науменко Л. Г. Психологічні підходи до реабілітації військових з ПТСР // Здоров'я суспільства. – 2021.

49. Національний інститут стратегічних досліджень. Поліпшення психологічного стану населення в умовах війни. – Київ, 2025.
50. Петренко І. О. Групова психологічна допомога ветеранам з ПТСР // Актуальні проблеми психології. – 2023.
51. Пов'якель Н. М. Посттравматичний стресовий розлад: сучасне розуміння, клініка, підходи до психосоціальної реабілітації // Психологія і суспільство. – 2020. – № 3. – С. 50–59.
52. Радчук Г. К. Ресурсна модель відновлення психічного здоров'я ветеранів // Вісник НАПН України. – 2021. – № 3. – С. 67–74.
53. Савчин М. В. Духовно-психологічна підтримка осіб із бойовими травмами // Психологія і духовність. – 2021.
54. Соловей О. М. Психологічні чинники формування ПТСР у військових із бойовим досвідом // Зб. Наук. Праць ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. – 2021. – № 62. – С. 117–124.
55. Титаренко Т. М. Психологічна стійкість особистості в умовах війни // Психологія особистості. – 2022. – № 1. – С. 5–15.
56. Український ветеранський фонд. Потреби ветеранів–2023: психологічна допомога та реабілітація. – Київ, 2023.
57. Федоренко Т. Д. Психологічні особливості переживання травми у вимушених переселенців // Соціальна робота. – 2022.
58. Хмелевська О. В. Психологічна підтримка військовослужбовців із симптомами ПТСР // Військова психологія: теорія і практика. – 2020. – № 1(21). – С. 36–44.
59. Хомуленко Т. Б. Психологічні стратегії подолання травматичного досвіду // Збірник наук. Праць Уманського ДПУ. – 2022.

60.Шекера О. Г. Посттравматичний стресовий розлад як проблема первинної медичної допомоги // Health & Society. – 2025.