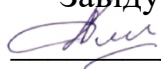
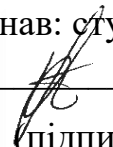


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально науковий інститут

Кафедра психології

«Допущений до захисту»
Завідувач кафедри
 Карсканова С. В.
(підпис)
«_10_» _12_ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ
ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ: КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ,
ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ФАКТОРІВ ВПЛИВУ»**

Виконав: студентка_6558 мз групи

(підпис) **Криницька О. О.**

Керівник роботи:
к. психол наук, професор

(підпис) **Михальченко Н. В.**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала
Макарова

Навчально - науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Гарант освітньої програми
 Литвиненко І. С.
(підпис)
«_05_»_09_2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студенту Криницьку Ольгу Олександрівну

1. Тема роботи: Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події: комплексний аналіз методів, ефективності та факторів впливу.

Керівник роботи к. психол. н., професор кафедри початкової освіти
Михальченко Наталія Володимирівна.

Затверджені наказом ректора № 967-уч від «5» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи: 1 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події.

РОЗДІЛ 2. Діагностика стану осіб, які пережили психотравмуючі події.

РОЗДІЛ 3. Психокорекційна робота з особами, які пережили травматичні події.

5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 11 слайдів.

7. Дата видачі завдання «5» вересня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.09.2025	Виконано
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.09.2025	Виконано
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	10.09.2025-15.09.2025	Виконано
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.09.2025-30.09.2025.	Виконано
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).	30.09.2025-10.10.2025	Виконано
6.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.10.2025 - 31.10.2025	Виконано
7.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формульвальний експеримент).	31.10.2025-10.11.2025	Виконано
8.	Написання Розділу 3. Подання на перевірку	10.11.2025-22.11.2025	Виконано
9.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність	22.11.2025-25.11.2025	Виконано
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25.11.2025-28.11.2025	Виконано
11.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	28.11.2025-01.12.2025	Виконано
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	01.12.2025-08.12.2025	Виконано
13.	Захист роботи	15.12.2025-25.12.2025	Виконано

Студент

Керівник роботи


 (підпис)

 (підпис)

Криницька О.О.

Михальченко Н.В

АНОТАЦІЯ

Криницька О.О Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події: комплексний аналіз методів, ефективності та факторів впливу. Кваліфікаційна робота зі спеціальності 053 «Психологія», освітньої програми «Психологія». Миколаїв: НУК ім. адм. Макарова, 2025. 91 сторінка.

Сучасне суспільство дедалі частіше стикається з викликами, зумовленими травматичними подіями глобального та локального масштабів. Військові конфлікти, техногенні катастрофи, прояви насильства та болючі втрати близьких формують критичний рівень психологічної напруги в соціумі. Такі кризові ситуації мають глибокий деструктивний вплив на психічний стан особистості, що нерідко призводить до розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР). У цьому контексті потреба у своєчасній та висококваліфікованій психологічній підтримці осіб, які пережили травму, є надзвичайно гострою. Це важливо не лише для збереження індивідуального здоров'я людини, а й для забезпечення соціальної стабільності та національної безпеки держави в цілому.

Метою дослідження обрано вивчення включають теоретичний аналіз наукових джерел, систематизацію і порівняння різних підходів до психологічної підтримки, методи психологічної діагностики для оцінки стану осіб із травматичним досвідом, а також емпіричні методи – опитування, спостереження, тестування. Дослідження проводилось на базі психологічного центру «ALTERA». Вибірку склали 109 респондентів віком від 13 до 56 років (89,6% жінок та 10,4% чоловіків). Апробація результатів представлені на XIX Міжнародній науково-практичній конференції (м. Миколаїв, 2025 р.) та опубліковані у наукових працях, зокрема в «Гуманітарному віснику НУК». Із літературних джерел було зараховано 86 джерела.

Ключові слова: Психологічна підтримка, Психологічна травма, посттравматичний досвід, посттравматичний стресовий розлад.

ANNOTATION

Krynytska O.O. Psychological Support for Individuals Who Have Experienced Traumatic Events: A Comprehensive Analysis of Methods, Effectiveness, and Influencing Factors. – Qualification work for the Master's degree in specialty 053 "Psychology," educational program "Psychology." – Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Mykolaiv, 2025. – 91 pages.

Modern society is increasingly facing challenges caused by traumatic events on both global and local scales. Military conflicts, technological disasters, manifestations of violence, and the painful loss of loved ones create critical levels of psychological tension within society. Such crisis situations have a deep destructive impact on an individual's mental state, often leading to the development of post-traumatic stress disorder (PTSD). In this context, the need for timely and high-quality psychological support for trauma survivors is extremely acute. This is vital not only for maintaining an individual's health but also for ensuring social stability and the national security of the state as a whole.

The study aims to explore a comprehensive range of approaches, including a theoretical analysis of scientific sources, and the systematization and comparison of various psychological support methods. The methodological framework involves psychological diagnostics to assess the state of individuals with traumatic experiences, as well as empirical methods such as surveys, observations, and testing. The research was conducted at the "ALTERA" psychological center. The sample consisted of 109 respondents aged 13 to 56 years (89.6% women and 10.4% men). The findings were presented at the XIX International Scientific and Practical Conference (Mykolaiv, 2025) and published in scientific journals, including the "Humanitarian Bulletin of NUS." The study is based on the analysis of 86 literary sources.

Key words: Psychological support, Psychological trauma, post-traumatic experience, post-traumatic stress disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ.....	12
1.1. Психологічна травма: визначення, типи та наслідки для психіки	12
1.2. Основні оди до психологічної підтримки осіб з посттравматичним досвідом.....	18
1.3. Фактори, що впливають на ефективність психологічної допомоги після травматичних подій.....	25
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА СТАНУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ.....	31
2.1. Методи психологічної діагностики наслідків травматичних подій	31
2.2. Аналіз результатів обстеження осіб із досвідом психотравми	39
Висновки до розділу 2	47
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ.....	50
3.1. Програми психологічної підтримки: вітчизняний та зарубіжний досвід	50
3.2. Розробка та апробація психокорекційних заходів у роботі з травмованими клієнтами	54
Висновки до розділу 3	62
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасне суспільство все частіше стикається з травматичними подіями, які мають глибокий вплив на психічний стан особистості. Військові конфлікти, техногенні катастрофи, насильство, втрата близьких та інші кризові ситуації формують високий рівень психологічної напруги, що може призводити до розвитку посттравматичних стресових розладів. Потреба у своєчасній та якісній психологічній підтримці осіб, які пережили травму, є надзвичайно важливою як для збереження індивідуального психічного здоров'я, так і для стабільності соціуму загалом. Проблематика психологічної допомоги набуває особливої актуальності в умовах зростання кількості випадків психотравмуючих ситуацій. Різноманіття методів підтримки потребує їх системного аналізу для визначення ефективності та адаптивності до різних груп клієнтів. Таким чином, дослідження комплексного підходу до психологічної підтримки є необхідним для розробки більш результативних стратегій роботи з травмованими особами.

Значення теми також підтверджується тим, що ефективність допомоги залежить від багатьох факторів – від особистісних характеристик клієнта до професійної підготовки психолога. Актуальним є вивчення не лише окремих методів, але й комплексних програм, які враховують індивідуальні та соціальні чинники. У вітчизняній і зарубіжній практиці накопичено значний досвід надання психологічної підтримки, однак він потребує узагальнення та наукового осмислення. Систематизація знань у цій сфері сприятиме більшій ефективності психокорекційної роботи та створенню інноваційних підходів до психологічної допомоги. У контексті сучасних викликів дослідження питань психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, має не лише наукове, а й суспільне значення.

Проблематика психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, у сучасних дослідженнях розглядається крізь призму розвитку посттравматичного стресового розладу та шляхів його подолання. Значна увага приділяється питанням формування емоційної стійкості як базової

умови збереження психічного здоров'я. Так, у працях О.Андрусик висвітлено феномен емоційної стійкості як ключовий чинник адаптації до складних життєвих обставин, тоді як М.Анікеєнко аналізує методологічні підходи до її визначення та взаємозв'язок із психологічною резилієнтністю. Праці Ю.Асєєвої та колег акцентують увагу на безпосередньому впливі воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців, демонструючи важливість вчасної підтримки та психокорекції. Таким чином, науковці обґрунтовують потребу у багатовимірному аналізі факторів, що впливають на психологічну стабільність особистості у кризових умовах.

Разом із тим у вітчизняних дослідженнях простежується інтерес до прикладних аспектів підтримки та реабілітації. Зокрема, Ю.Бриндіков розглядає роль соціальних служб у системі допомоги військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях, наголошуючи на інтеграції психологічних і соціальних ресурсів. С.Васильєв та Д.Зубовський висвітлюють питання психодіагностики ПТСР у військових, підкреслюючи значення своєчасного виявлення симптомів для ефективного лікування. К. Давіденко пропонує практичні рекомендації щодо профілактики та лікування ПТСР, акцентуючи увагу на поєднанні психотерапевтичних і медичних підходів. Крім того, Т.Дегтяренко-Мельник і колеги аналізують наслідки психотравмуючих подій у сучасних умовах війни, розкриваючи потенціал адаптивної абілітації як комплексного напрямку психологічної підтримки. Це дозволяє зробити висновок, що сучасна література висвітлює як теоретичні засади, так і практичні моделі допомоги, спрямовані на підвищення психологічної стійкості та зменшення деструктивних наслідків травматичних подій.

Мета дослідження – здійснити комплексний аналіз методів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, визначити їх ефективність та фактори, що впливають на результативність допомоги.

Об'єкт дослідження – процес психологічної підтримки осіб з посттравматичним досвідом.

Предмет дослідження – методи, форми та умови ефективності психологічної допомоги особам, які пережили психотравмуючі події.

Завдання дослідження:

- розкрити сутність та наслідки психологічної травми для психіки;
- проаналізувати основні підходи до психологічної підтримки осіб із травматичним досвідом;
- виявити фактори, що впливають на ефективність психологічної допомоги;
- розглянути діагностичні методи оцінки наслідків травматичних подій;
- провести аналіз результатів обстеження осіб із досвідом психотравми;
- дослідити програми психологічної підтримки у вітчизняній та зарубіжній практиці;
- розробити та апробувати психокорекційні заходи у роботі з травмованими клієнтами.

Методи дослідження включають теоретичний аналіз наукових джерел, систематизацію і порівняння різних підходів до психологічної підтримки, методи психологічної діагностики для оцінки стану осіб із травматичним досвідом, а також емпіричні методи – опитування, спостереження, тестування. Для перевірки результативності розроблених психокорекційних заходів використовувались методи експериментальної психології. Застосування комплексного підходу забезпечує достовірність і наукову обґрунтованість висновків.

База дослідження, вибірка. У дослідженні взяли участь 109 респондентів віком від 13 до 56 років, з яких 89,6% – жінки, а 10,4% – чоловіки, обрані з числа відвідувачів психологічного центру «ALTERA». Опитування проводилось через гугл-форму для зручності обробки результатів.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування його результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, педагогів і соціальних працівників. Розроблені психокорекційні заходи можуть бути використані у роботі з різними категоріями осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Запропоновані

рекомендації здатні підвищити ефективність роботи психологічних служб та програм соціальної підтримки. Матеріали дослідження можуть слугувати навчально-методичною базою для підготовки спеціалістів у сфері психології кризових станів і психотравматології. Впровадження результатів сприятиме формуванню більш адаптивних стратегій психологічної допомоги в умовах сучасних соціальних викликів.

Окрему цінність представляє можливість використання результатів дослідження у розробці програм індивідуального та групового супроводу для постраждалих від конкретних типів травматичних подій, таких як військові дії, природні катастрофи або насильницькі інциденти. Практичні рекомендації дозволяють адаптувати психокорекційні методики відповідно до вікових, соціальних та професійних особливостей клієнтів, забезпечуючи більш персоналізований підхід. Крім того, матеріали дослідження можуть бути інтегровані у внутрішні протоколи діяльності психологічних центрів і кризових служб, підвищуючи ефективність їхньої роботи при проведенні психологічних оцінок та втручань. Така конкретизація дозволяє практичним фахівцям оперативно застосовувати розроблені методики у реальних умовах, сприяючи швидшій адаптації та покращенню психоемоційного стану постраждалих.

Апробація результатів. Апробація проводилась під час науково-практичних конференцій, було надано доповідь «Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події : вивчення методів, ефективності та факторів впливу» на XIX Міжнар. наук.-практ. конф., м. Миколаїв, 17 жовт. 2025 р., а також у статті на аналогічну тему, опублікованій в Гуманітарному віснику НУК (вип. 18, 2025 р.) і тезах, опублікованих в НУК в 2025 році. Зазначені матеріали стисло викладають основні напрямки досліджень.

Структура роботи включає вступ, три розділи з підрозділами, висновки, список використаних джерел (86 елементів) та 3 додатки. Матеріал викладено на 87 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

1.1. Психологічна травма: визначення, типи та наслідки для психіки

Психологічна травма розглядається як глибоке порушення емоційної рівноваги та когнітивної цілісності особистості, що виникає внаслідок дії надмірно стресових подій. Вона визначається не лише самим фактом травматичного досвіду, а й індивідуальною здатністю до його осмислення й подолання [32, с. 66]. У сучасній психології виокремлюють декілька типів травм: гострі, пов'язані з одноразовими кризовими подіями, та хронічні, що виникають при тривалому впливі стресогенних факторів [13, с. 45]. Особливо небезпечними вважаються комплексні травми, які охоплюють багаторазові повторні події, що формують стійкі патерни дезадаптаційної поведінки [79]. Психологічна травма нерозривно пов'язана з ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних станів та тривожних розладів [5, с. 138]. Важливо враховувати, що ступінь вираженості симптомів залежить від віку, рівня емоційної стійкості, соціальної підтримки та попереднього життєвого досвіду [26, с. 127]. Таким чином, визначення психологічної травми має міждисциплінарний характер і потребує врахування як клінічних, так і соціально-психологічних аспектів.

Наслідки травматичних подій для психіки є різноплановими й охоплюють емоційний, когнітивний та поведінковий рівні функціонування особистості. Серед основних проявів можна виділити емоційну лабільність, підвищену тривожність, порушення сну, нав'язливі спогади та уникання ситуацій, пов'язаних із травматичними переживаннями [15]. За даними досліджень, у військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій, спостерігаються виражені труднощі соціальної адаптації та зростання рівня агресивності [23, с. 156]. Дослідники також наголошують на тому, що травматичний досвід може призводити до змін особистісних структур, зокрема до формування відчуженості, зниження рівня довіри до соціуму та втрати сенсу життя [16, с. 74]. У деяких випадках спостерігаються порушення

когнітивних функцій, таких як концентрація уваги та пам'ять, що ускладнює професійну діяльність і повсякденне функціонування [12, с. 9]. Тривалий вплив психотравми здатний викликати соматичні прояви – від серцево-судинних розладів до імунодефіцитних станів [50, с. 82]. Отже, психологічна травма є складним феноменом, наслідки якого виходять за межі психічного здоров'я, охоплюючи весь спектр життєдіяльності особи.

Поняття «посттравматичний стресовий розлад» увійшло в ужиток у 70-х роках ХХ століття, значною мірою завдяки діагностуванню ветеранів війни у В'єтнамі, відомому як «в'єтнамський синдром». Американська психіатрична асоціація офіційно визнала цей розлад у 1980 році, включивши його до Діагностичного та статистичного посібника з психічних захворювань [20; с. 42].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це стан, що формується внаслідок пережитої глибокої психічної травми. Він являє собою відтерміновану та тривалу реакцію на стресову ситуацію або подію загрозливого чи катастрофічного масштабу. ПТСР може розвинути не тільки у військових, які брали участь у бойових діях, а й у будь-якої людини, чия психіка не змогла впоратися з надмірним емоційним навантаженням [25; с. 16].

Посттравматичний стресовий розлад сприяє розвитку особистісних змін, супроводжується високим рівнем супутніх патологій і має значні соціальні наслідки. Покращення методів діагностики відіграє ключову роль у наданні допомоги людям із ПТСР, оскільки точне розмежування та підтвердження розладів є необхідним для створення й удосконалення індивідуальних терапевтичних підходів.

Чітких причин розвитку ПТСР досі не встановлено. Він формується під впливом психотравмувальної події, яка викликає сильний страх або почуття безсилля. Травматичними вважаються ситуації, що провокують глибокий емоційний розлад. Психічна травма – це наслідок переживань, викликаних критичними подіями, які перевищують адаптаційні можливості людини, порушуючи її психологічну та фізіологічну рівновагу. У типових випадках особи, які страждають на ПТСР, намагаються уникати будь-яких думок чи

почуттів, пов'язаних із травматичною ситуацією, а іноді навіть демонструють часткову амнезію щодо неї. Водночас минулі події нерідко оживають у свідомості через нав'язливі спогади або нічні кошмари [22].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може розвинутися у людей, які пережили війну, фізичний напад, стихійне лихо, пожежу, аварію чи напад тварин. Крім того, психотравматичними можуть бути ситуації шахрайства або навмисного обману, адже вони підривають довіру людини до оточення та світу загалом. У цьому контексті варто звернути увагу на фактори, що визначають рівень впливу екстремального стресу, оскільки деякі з них залежать від особистісних характеристик, психічного стану в момент отримання травми та суб'єктивного ставлення до події. Якщо людина сприймає пережите як несправедливість, як щось, що не повинно було трапитися, і не знаходить у собі сил протистояти ситуації, то інтенсивність стресу, який вона зазнає, значно зростає.

Аналіз загальної та вікової психології дозволяє припустити, що розвиток ПТСР зумовлений не лише самим фактом переживання травмуючої події та її характером, а й іншими чинниками, серед яких важливе місце займають біологічні особливості людини. Деякі дослідження вказують на наявність факторів ризику, що підвищують ймовірність розвитку цього розладу. Їхнє вивчення є необхідним для психологів і соціальних працівників, які займаються профілактикою ПТСР, особливо серед осіб, чия професійна діяльність пов'язана з екстремальними умовами.

Проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сучасному етапі розвитку медицини дедалі більше привертає увагу науковців як у нашій країні, так і за її межами.

Посттравматичний стресовий розлад є хронічним психічним станом, що може розвинутися після пережитих травматичних подій, серед яких участь у бойових діях, техногенні та природні катастрофи, сексуальне насильство чи втрата близьких. За даними досліджень, у світовій популяції щонайменше 70,4% людей протягом життя стикалися з подібними травмуючими ситуаціями, і приблизно у 4% із них сформувався ПТСР [44].

Посттравматичний стресовий розлад може суттєво знизити якість життя пацієнтів. Варто зазначити, що до проведення масштабних досліджень цей стан вважали виключно військовим розладом. Зокрема, з кінця XIX до середини XX століття симптоми, подібні до сучасного розуміння ПТСР, описувалися переважно у ветеранів бойових дій. Проблема знову привернула увагу науковців у другій половині XX століття, коли кількість локальних збройних конфліктів у світі зростає, а дисципліна й бойовий дух військових не захищали їх від тяжких психологічних наслідків, які не зникали з часом.

Сьогодні дослідники дійшли спільного висновку, що ПТСР є психогенним розладом, спричиненим стресом, з яким психіка людини не може швидко й ефективно впоратися, застосовуючи звичні механізми подолання. Це неспокійна відстрочена реакція на травматичну подію, що може спровокувати психічні порушення у будь-якої людини, незалежно від її попереднього досвіду чи рівня стресостійкості. Такими подіями можуть бути природні чи техногенні катастрофи, участь у бойових діях, тортури або сексуальне насильство. На думку Мельник А. [36], на психологічному рівні симптоми ПТСР формують складний симптомокомплекс взаємопов'язаних характеристик, що входять до семантичного поля поняття «посттравматичний стрес».

Грицевич Т. [46] визначає посттравматичний стресовий розлад як комплекс психічних порушень, що виникають унаслідок екстремальних обставин. Його клінічна картина, за твердженням автора, поєднує психопатоподібні розлади поведінки, серед яких асоціальні, експлозивні та істеричні прояви, що можуть посилюватися вживанням алкоголю, наркотичних речовин та важкою невротоподібною симптоматикою. Військові психіатри зазначають, що ознаки ПТСР є тривалими або відстроченими умовно-адаптивними психічними змінами та розладами, які розвиваються під впливом бойових умов. Деякі з цих змін можуть відігравати пристосувальну роль у воєнному середовищі, проте в мирному житті вони часто призводять до різних форм соціальної дезадаптації.

Посттравматичний стресовий розлад характеризує психологічні симптоми, що виникають унаслідок надзвичайно стресових життєвих ситуацій, суттєво порушуючи нормальне функціонування людини. ПТСР нерідко розвивається після таких подій, як дорожньо-транспортні пригоди, природні катастрофи чи насильницькі дії. Особи з травматичним анамнезом рідко зазнають лише одного випадку психотравмувального впливу, оскільки найчастіше мають кілька пережитих епізодів, що зумовлюють складну симптоматику.

На сучасному етапі 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб виокремлює два споріднені стани під загальною категорією «Специфічні розлади, пов'язані зі стресом»: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (код 6B40) і комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) (код 6B41). ПТСР складається з трьох основних груп симптомів: повторне переживання травматичної події у теперішньому часі, уникнення спогадів про неї та постійне відчуття загрози, що проявляється надмірною пильністю та перебільшеною реакцією переляку [14; с. 56].

Комплексний посттравматичний стресовий розлад є тяжчою формою ПТСР, яка відрізняється п'ятьма основними проявами: флешбеками, токсичним почуттям провини, нехтуванням власними потребами, посиленою внутрішньою критикою та соціальною тривожністю.

Згідно з МКХ-11, КПТСР включає три характерні для ПТСР кластери симптомів, а також три додаткові, що свідчать про «порушення в самоорганізації». Вони проявляються через розлади емоційної регуляції, негативну я-концепцію та проблеми у міжособистісних відносинах. Дослідники зазначають, що подібні порушення найчастіше виникають унаслідок тривалого чи повторюваного травматичного досвіду, що призводить до втрати емоційних, психологічних і соціальних ресурсів (Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги, 2016).

Симптоматика КПТСР включає труднощі в контролі емоційних реакцій, загальмованість у сприйнятті інформації, проблеми з концентрацією уваги, дисоціативні стани та деперсоналізацію. Також відзначаються хронічне

почуття провини й інтенсивний сором, що супроводжуються негативним самосприйняттям, складнощами у формуванні довіри й близьких стосунків, а також стійкими змінами у системі особистісних смислів.

Люди з КПТСР часто переживають відчуття ізоляваності, непотрібності, різкі перепади настрою, надмірну реакцію на стрес за механізмом «бий або біжи», підвищену чутливість до негативних факторів та суїцидальні думки. Цей розлад зачіпає всі рівні особистості, змінюючи самосприйняття, ставлення до інших, ціннісні орієнтири та уявлення про світ. Унаслідок цього в людини формується відчуття руйнування її внутрішньої цілісності та життєвої неперервності. КПТСР розвивається під впливом стресових факторів екстремального або тривалого характеру, з яких важко або неможливо вийти.

На сьогоднішній день зростає кількість досліджень, що акцентують на розмежуванні двох профілів симптоматики – ПТСР та КПТСР. Понад 40 наукових робіт, проведених у щонайменше 15 країнах, послідовно підтвердили суттєві відмінності між цими розладами.

Поширеність ПТСР значною мірою залежить від частоти катастроф і травматичних ситуацій. Згідно з дослідженнями, цей розлад фіксується у 2,6% від загальної кількості обстежених осіб [2]. У загальній популяції частота ПТСР варіюється в межах 1–12%, а серед тих, хто безпосередньо пережив травматичну подію, цей показник може сягати 30%. Також наводяться дані, що після масштабних катастроф у 50–80% випадків серед людей, які вижили, розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Епідеміологічні дослідження свідчать про зростання кількості випадків посттравматичного стресового розладу у ситуаціях локальних кризових подій, зокрема воєнних конфліктів, а також у випадках, коли травматичний вплив поширюється на значну кількість населення.

Поширеність ПТСР залежить від ряду факторів, таких як характер травми, стать, вік і соціально-культурні особливості. Дослідження показують, що серед чоловіків цей розлад діагностується у 0,5% випадків, тоді як серед жінок – у 1,2%. У групах підвищеного ризику, до яких належать мешканці

регіонів, схильних до стихійних лих, техногенних катастроф чи збройних конфліктів, частка осіб із ПТСР може сягати 73–92%.

Посттравматичний стресовий розлад може розвиватися у людей будь-якого віку, проте найчастіше він спостерігається серед молоді. Цей розлад також виявляється у дітей [83]. Дослідження свідчать, що приблизно у 80% дітей, які зазнали опіків, через 1–2 роки після травми розвивається ПТСР, тоді як серед дорослих цей показник становить лише 30%. Автори пояснюють це тим, що у малюків ще не сформовані механізми психологічного захисту, які допомагають справлятися з фізичними та емоційними наслідками травматичних подій.

Подібні труднощі у подоланні психічної травми також спостерігаються у літніх людей. З віком здатність до адаптації слабшає, а вплив стресу може посилюватися наявністю хронічних захворювань. Деякі дослідники зазначають, що дорослі жінки переживають психотравматичні події важче, ніж чоловіки [36]. Водночас серед дітей спостерігається зворотна тенденція – хлопчики виявляють більшу чутливість до стресових факторів, ніж дівчата.

Численні дослідження підтверджують, що посттравматичний стресовий розлад, спричинений масовими катастрофами, значно підвищує рівень його поширеності. Він може розвинути не лише у людей, які безпосередньо постраждали від події, а й у тих, хто став її свідком. До групи ризику також належать рятувальники, родичі потерпілих, медичний персонал, пожежники та інші фахівці, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій [20; с. 44].

Таким чином, серед осіб, у яких може розвинути посттравматичний стресовий розлад, можна виокремити три основні категорії: 1) ті, хто безпосередньо зазнали травматичного стресу; 2) особи, які надавали допомогу або були свідками подій; 3) люди, які дізналися про трагедію пізніше.

1.2. Основні підходи до психологічної підтримки осіб з посттравматичним досвідом

Посттравматичний obsесивно-компульсивний розлад (ПТ-ОКР) є складним психічним станом, що поєднує в собі риси двох різних розладів: посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Відзначається яскравою симптоматикою, яка значною мірою впливає на повсякденне життя людини. Основною ознакою є нав'язливі, часто страшні думки про пережиту травмуючу подію, які виникають із незвичайною інтенсивністю і супроводжуються сильним емоційним дискомфортом. Ці думки можуть повторюватися без перерви, викликаючи в людини почуття тривоги, страху і безвиході. Щоб знизити рівень тривоги, людина може вдаватися до компульсивних дій - певних ритуалів, які повинні "пом'якшити" негативні емоції або якось контролювати їх. Такі дії можуть включати перевірки (наприклад, чи вимкнена плита), миття рук або інші повторювані поведінкові акти, що створюють ілюзію контролю над ситуацією, хоча насправді вони лише тимчасово зменшують стрес [6, с.172].

У результаті цього процесу відбувається замкнуте коло: нав'язливі думки призводять до тривоги, а для зниження цієї тривоги пацієнт виконує компульсивні дії, які на короткий термін дають полегшення, але на довгий - лише посилюють симптоми. Важливо зазначити, що ці ритуали і думки не завжди мають логічне пояснення для самої людини, але вони стають необхідними для того, щоб впоратися з емоційним болем. У такому стані людина може відчувати себе безпорадною та ізольованою від навколишнього світу.

Табл. 1.1 ілюструє основні симптоми та відмінності між ПТСР і ОКР.

Таблиця 1.1

Основні симптоми та відмінності між ПТСР і ОКР [1]

Симптом	ПТСР	ОКР
Основна ознака	Повторне переживання травматичної події	Нав'язливі думки та компульсивні дії
Емоційний стан	Тривога, страх, депресія, відсторонення	Тривога, внутрішній конфлікт, бажання контролю
Поведінкові реакції	Уникання ситуацій, що нагадують травму	Виконання ритуалів для зменшення тривоги
Логіка думок та дій	Порушення спогадів, флешбеки, кошмари	Примус до повторення дій без реальної необхідності

Таким чином, симптоматика ПТ-ОКР є складною та багатогранною. Вона вимагає комплексного підходу до діагностики та лікування, адже поєднання посттравматичних переживань і obsесивно-компульсивних проявів може значно ускладнити життя пацієнта.

За результатами дослідження [72] було виділено окремі фенотипи посттравматичного ОКР (Рис.1.1), а саме:

- 1) Дотравматичний ОКР (етіологічно пов'язаний з первинним ОКР, адже виникає до того, як людина пережила травматичний досвід);
- 2) Посттравматичний ОКР (виникає після пережитої психотравмуючої ситуації). Ця група є гетерогенною та включає два підтипи:
 - а) Посттравматичний ОКР з дотравматичними obsесивно-компульсивними симптомами: у пацієнтів спостерігаються obsесивно-компульсивні симптоми ще до травматичної події, що може свідчити про спільні етіологічні фактори з первинним ОКР.
 - б) Посттравматичний ОКР без дотравматичних obsесивно-компульсивних симптомів: ОКР розвивається виключно після травми та, ймовірно, має тісніший зв'язок з патофізіологічними механізмами ПТСР.



Рис.1.1 Класифікація фенотипів ПТ-ОКР [72]

Посттравматичний obsесивно-компульсивний розлад (ПТ-ОКР) має комплексні і часто взаємопов'язані причини виникнення, що включають як зовнішні, так і внутрішні фактори. Оскільки це комбінація двох окремих психічних розладів - посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) - причин може бути багато, і вони часто є результатом взаємодії різних аспектів життя людини [10, с.915].

Однією з основних причин виникнення ПТ-ОКР є пережитий травматичний досвід. Це може бути наслідком участі в бойових діях, фізичного або сексуального насильства, участі в природних катастрофах, нещасних випадках або інших екстремальних ситуаціях, які викликали стрес, жах або відчуття безпорадності. Травма, що заподіяна під час таких подій, здатна порушити нормальні механізми адаптації, що в подальшому призводить до розвитку ПТСР. З часом людина може почати переживати нав'язливі думки або переживати компульсивні бажання, що виникають як спосіб справитися з тривогою, яку викликає травма [3, с.432].

Генетичні фактори також відіграють важливу роль у розвитку цього розладу. Люди, що мають схильність до психічних захворювань у родині, можуть мати підвищену ймовірність розвитку ПТ-ОКР, оскільки гени, що відповідають за регуляцію емоційних та стресових реакцій, можуть бути порушені. Дослідження показують, що наявність близьких родичів з obsесивно-компульсивними розладами або ПТСР може підвищити ризик виникнення цих розладів у наступних поколіннях.

Психологічні фактори, такі як недостатня здатність до емоційного регулювання, низький рівень стресостійкості або схильність до негативного сприйняття світу, також можуть сприяти розвитку ПТ-ОКР. Люди, які не мають здорових стратегій копіngu (стратегії подолання стресу), можуть почати застосовувати нав'язливі дії, щоб контролювати відчуття невизначеності та тривоги, що з'являються після пережитого травматичного досвіду. Це може призвести до поступового формування компульсивних ритуалів, які стають способом самозаспокоєння.

Соціальні фактори також не менш важливі. Високий рівень соціального стресу, відсутність підтримки з боку родини чи друзів або соціальна ізоляція можуть значно посилити симптоми ПТ-ОКР. Лише одне невдале переживання після травми може привести до розвитку obsесивних думок, коли людина намагається контролювати навколишній світ через компульсивні дії, вважаючи їх способом уникнення подальших стресових ситуацій.

Табл. 1.2 ілюструє різні фактори виникнення ПТ-ОКР.

Таблиця 1.2

Фактори виникнення ПТ-ОКР [7]

Фактор	Опис
Травматичний досвід	Наслідки бойових дій, насильства, катастрофи, нещасних випадків
Генетична схильність	Наявність психічних розладів у родині, спадкові фактори
Психологічні фактори	Низька стресостійкість, схильність до негативного сприйняття світу
Соціальні фактори	Високий рівень стресу, соціальна ізоляція або відсутність підтримки

Таким чином, причини виникнення ПТ-ОКР є багатогранними і часто взаємопов'язаними. Травматичний досвід, генетичні схильності, психологічні та соціальні фактори можуть діяти як окремо, так і разом, що робить процес розвитку розладу складним і індивідуальним для кожної людини.

Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події, базується на різних теоретико-методологічних підходах, що забезпечують комплексність допомоги. Один із найпоширеніших – психодинамічний, який виходить із концепції несвідомих переживань і необхідності їх опрацювання в безпечних умовах. Такий підхід дозволяє клієнту поступово усвідомлювати витіснені емоції та конфлікти, що виникли внаслідок травматичних подій. Глибинна робота з травмою сприяє інтеграції досвіду в особистісну історію та зменшенню симптоматики. Основною метою психодинамічної терапії є формування здатності до переживання й символізації травматичних спогадів. Важливо, що процес терапії передбачає створення атмосфери довіри й безпеки, яка мінімізує ризик ретравматизації клієнта [32, с. 66].

Другим ключовим напрямом є когнітивно-поведінковий підхід, який орієнтований на корекцію дисфункціональних думок і поведінкових стратегій. Він довів свою ефективність у роботі з посттравматичним стресовим розладом, тривожними станами та депресіями. Основна увага приділяється ідентифікації ірраціональних переконань, що посилюють дистрес, та формуванню більш адаптивних когнітивних схем. Практична робота включає техніки когнітивної реструктуризації, експозиційні методи, вправи на релаксацію та тренування навичок самоконтролю. Особливістю підходу є його структурованість та можливість застосування у форматі короткотривалої терапії. Крім того, когнітивно-поведінковий підхід має значну доказову базу, що підтверджує його результативність при різних видах травматичного досвіду [13, с. 47].

Значного поширення у сфері кризової психології набули гуманістичні підходи, орієнтовані на підтримку внутрішніх ресурсів особистості. Основними принципами є прийняття клієнта, безумовна позитивна увага, розвиток здатності до самовираження та самореалізації. У центрі гуманістичної терапії перебуває унікальний досвід кожної особи, а завдання психолога полягає у створенні сприятливих умов для особистісного зростання після травми. Такий підхід сприяє відновленню віри у власні сили, зменшенню почуття ізоляції та безнадії. Гуманістична психологія активно використовується у роботі з дітьми, підлітками та дорослими, які потребують відновлення базової довіри до світу. Практичні результати доводять, що гуманістичний підхід формує основу для подальшого використання інших методів допомоги [16, с. 74].

Окреме місце займають тілесно-орієнтовані підходи, які ґрунтуються на взаємозв'язку психічних і соматичних процесів. Травматичний досвід часто фіксується у тілі у вигляді напруги, блоків та психосоматичних розладів. Робота з тілом дозволяє знизити рівень фізичного й емоційного напруження, відновити відчуття цілісності та контролю над власним тілом. Практика включає техніки дихання, релаксаційні вправи, тілесну терапію та методи відреагування емоцій через рух. Такий підхід особливо актуальний для осіб,

які мають труднощі з вербалізацією власних переживань, зокрема дітей і військовослужбовців. Дослідження підтверджують, що тілесні методи значно зменшують симптоматику посттравматичного стресового розладу й сприяють більш швидкому відновленню [50, с. 82].

Серед сучасних напрямів особливе місце посідають методи арт-терапії, які передбачають використання творчих форм самовираження як засобу опрацювання травматичного досвіду. Малювання, музика, драматерапія та інші види мистецтва надають клієнту можливість символічно відтворити пережиті події й поступово знижувати їхній психотравмуючий вплив. Арт-терапевтичні методи допомагають зменшити інтенсивність негативних емоцій, сприяють розвитку уяви та пошуку нових ресурсів для відновлення. Особливо вони ефективні у роботі з дітьми, які не завжди здатні вербалізувати свої переживання. Також цей підхід часто використовується як допоміжний у поєднанні з когнітивно-поведінковими чи гуманістичними методами. Арт-терапія довела свою дієвість у створенні безпечного простору для поступової інтеграції травматичного досвіду [12, с. 9].

Окрім класичних підходів, активно розвиваються інтегративні моделі, що поєднують у собі елементи різних напрямів. Вони дозволяють адаптувати методи психологічної підтримки до індивідуальних особливостей клієнта й конкретного контексту травми. Наприклад, ефективним виявляється поєднання когнітивно-поведінкових технік з арт-терапією або тілесними практиками. Це забезпечує комплексний вплив на когнітивну, емоційну та соматичну сфери особистості. Інтегративні підходи спрямовані на формування цілісної системи допомоги, де враховуються як індивідуальні потреби, так і соціальне оточення клієнта. Такий підхід дозволяє створити гнучкі програми психологічної підтримки, які відповідають викликам сучасного суспільства. Застосування інтегративної моделі дедалі більше розглядається як перспективний напрям розвитку психотравматології [23, с. 156].

Отже, різноманіття підходів до психологічної підтримки осіб із посттравматичним досвідом свідчить про необхідність комплексного та

гнучкого підходу до надання допомоги. Жоден окремий метод не може повністю охопити весь спектр проявів і наслідків травматичних подій, тому особливої ваги набуває інтеграція різних теоретичних і практичних моделей. Важливим є також урахування індивідуальних особливостей клієнта, рівня його готовності до опрацювання травми, соціального оточення та культурних чинників. Лише поєднання доказової бази, практичного досвіду та гуманістичних принципів дозволяє забезпечити максимально ефективну допомогу постраждалим. У цьому контексті сучасна психологічна підтримка розглядається не як разове втручання, а як системний і тривалий процес, спрямований на відновлення адаптивних ресурсів особистості. Зрештою, головною метою таких підходів є не тільки зменшення симптомів, але й сприяння розвитку здатності людини жити повноцінно, попри досвід травматичних подій.

1.3. Фактори, що впливають на ефективність психологічної допомоги після травматичних подій

Ефективність психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, значною мірою залежить від комплексу індивідуальних та зовнішніх факторів. Одним із ключових чинників виступають особистісні характеристики клієнта: рівень емоційної стабільності, попередній досвід подолання криз та наявність адаптивних копінг-стратегій. Дослідження показують, що особи з високим рівнем стресостійкості швидше реагують на терапевтичні інтервенції та демонструють кращі результати у довгостроковій перспективі [32, с. 67]. Водночас вразливість до психотравм залежить і від індивідуальних біологічних особливостей нервової системи, що визначають швидкість відновних процесів [16, с. 75]. Таким чином, базові особистісні ресурси можуть як прискорювати, так і ускладнювати процес психологічної реабілітації.

Важливим фактором є соціальне оточення, яке формує умови для успішного подолання травматичного досвіду. Підтримка сім'ї, друзів та професійних спільнот забезпечує відчуття безпеки, знижує рівень ізоляції та

сприяє відновленню довіри до інших. За відсутності належної соціальної підтримки навіть найефективніші методи психотерапії можуть не мати стійкого результату [23, с. 156]. Особливої ролі набуває суспільна стигматизація психічних проблем, яка може заважати людині звертатися по допомогу та відверто говорити про пережиті труднощі. Як показують спостереження, відкритий і приймаючий соціальний простір є одним із найпотужніших захисних факторів у процесі відновлення [12, с. 11].

До вагомих чинників належить і характер самої травматичної події: її інтенсивність, тривалість та контекст. Одноразові кризові події часто залишають менш глибокий слід, ніж тривалі чи повторні травми, які формують складний посттравматичний досвід [13, с. 49]. При цьому важливим є не тільки масштаб самої події, а й суб'єктивне її сприйняття: те, що для однієї людини є серйозною травмою, для іншої може мати менш руйнівний вплив [26, с. 128]. Відтак, оцінка травматичного досвіду повинна враховувати як об'єктивні характеристики події, так і індивідуальну реакцію на неї. Це створює передумови для гнучкого підбору методів допомоги, які відповідають конкретній ситуації.

Не менш значущим є професійний рівень і компетентність спеціаліста, який надає допомогу. Терапевтична ефективність залежить від здатності психолога вибудовувати довірливі стосунки, застосовувати відповідні методики та враховувати унікальний досвід клієнта [50, с. 84]. Наявність у фахівця власного досвіду подолання стресових ситуацій та участь у програмах професійної супервізії також позитивно впливають на якість допомоги. Дослідники підкреслюють, що професійне вигорання спеціалістів є серйозним ризиком, який може знижувати ефективність роботи та навіть ретравматизувати клієнтів [15]. Отже, розвиток компетентності та психологічної стійкості самого фахівця є необхідною умовою якісної підтримки.

Серед контекстуальних факторів слід виокремити культурні та соціально-економічні умови. У різних культурах ставлення до травми, методів допомоги та звернення по підтримку може відрізнятися. Наприклад, у

традиційних суспільствах люди часто шукають підтримки в релігійних чи громадахських практиках, що слід враховувати при розробці програм допомоги [79]. Економічні умови також визначають доступ до ресурсів, зокрема якісних медичних і психологічних послуг. Як наслідок, соціально незахищені групи населення виявляються більш уразливими та потребують додаткових механізмів підтримки [5, с. 139]. Це свідчить про необхідність адаптації психологічних програм до конкретного соціального контексту.

Для систематизації зазначених факторів доцільно представити їх у вигляді таблиці 1.3, що відображає основні групи та специфіку їх впливу на процес психологічної підтримки.

Таблиця 1.3

**Фактори, що впливають на ефективність психологічної допомоги
після травматичних подій**

Група факторів	Приклади проявів	Вплив на ефективність допомоги
Особистісні	Стресостійкість, копінг-стратегії, біологічні особливості	Визначають швидкість відновлення та глибину симптомів
Соціальні	Підтримка сім'ї, друзів, ставлення суспільства	Забезпечують відчуття безпеки та готовність звертатися по допомогу
Характер травми	Інтенсивність, тривалість, суб'єктивне сприйняття	Формують ступінь тяжкості посттравматичних наслідків
Професійні ресурси	Компетентність і досвід психолога, супервізія	Підвищують якість і результативність психологічної допомоги
Культурно-економічні	Культурні традиції, рівень доступності послуг	Визначають можливість отримання допомоги та способи її реалізації

Таблиця 1.3 демонструє багатовимірний вплив різних груп факторів на ефективність психологічної підтримки осіб після травматичних подій. Особистісні характеристики, такі як рівень стресостійкості та копінг-стратегії, безпосередньо визначають індивідуальні темпи відновлення та інтенсивність посттравматичних симптомів. Соціальні фактори забезпечують необхідне відчуття безпеки і підтримки, що сприяє готовності звертатися за допомогою і підвищує результативність інтервенцій. Характер травми визначає тяжкість наслідків і потребує диференційованого підходу при наданні психологічної

допомоги. Професійні ресурси, включно з компетентністю фахівців та наявністю супервізії, безпосередньо впливають на якість психокорекційних заходів, а культурно-економічні умови визначають доступність та спосіб реалізації допомоги. Таким чином, комплексне урахування всіх зазначених факторів дозволяє оптимізувати процес психологічного супроводу і підвищити його ефективність.

Висновки до розділу 1

Проведене в п. 1.1. дослідження дозволяє зробити висновок, що психологічна травма є багатовимірним феноменом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні аспекти стану людини. Її вплив проявляється через широкий спектр реакцій, серед яких домінують тривога, депресивні симптоми, порушення сну, соціальна ізоляція та зміна системи цінностей. Типологія травм дозволяє виокремити гострі, хронічні, комплексні та вторинні форми, кожна з яких має власну динаміку розвитку та потребує специфічного підходу до подолання. Важливе значення має ідентифікація механізмів психологічного захисту, що активуються в умовах стресу та визначають характер адаптації індивіда. Вивчення наслідків психотравми підкреслює необхідність комплексного підходу до аналізу її впливу на психіку. Отримані знання створюють підґрунтя для формування цілісної системи допомоги людям, які пережили травматичні події.

Основні підходи до психологічної підтримки осіб із посттравматичним досвідом (п. 1.2) демонструють значну різноманітність методів, що враховують як індивідуальні особливості, так і тип травматичного досвіду. Когнітивно-поведінкові техніки спрямовані на переосмислення травматичних подій і формування адаптивних стратегій мислення, тоді як психодинамічні підходи зосереджуються на усвідомленні внутрішніх конфліктів і трансформації несвідомих переживань. Арт-терапія, тілесноорієнтовані методи та групові інтервенції створюють додаткові можливості для інтеграції травматичного досвіду в особистісну структуру. Усі ці методи є ефективними лише за умови індивідуалізованого підходу, професійної підготовки спеціаліста та міждисциплінарної взаємодії. Синтез різних моделей допомоги дозволяє досягти найкращих результатів у реабілітації та покращенні якості життя клієнтів.

Фактори, що впливають на ефективність психологічної допомоги (п.1.3), охоплюють широкий спектр особистісних, соціальних, професійних і культурних чинників. Індивідуальні особливості людини, її копінг-стратегії та

попередній досвід суттєво визначають швидкість відновлення та готовність до змін. Соціальне оточення, підтримка близьких і суспільні настанови формують мотивацію до звернення за допомогою та підвищують її ефективність. Професійна компетентність психолога, наявність супервізійної підтримки та використання сучасних інтервенційних технологій безпосередньо впливають на якість терапевтичного процесу. Не менш важливими є культурні чинники та рівень доступності послуг, що визначають можливості залучення клієнта до психокорекційного процесу. Комплексний урахування цих аспектів є запорукою успішної психологічної підтримки.

Таким чином, ефективність психологічної підтримки визначається складною взаємодією внутрішніх і зовнішніх чинників. Їхній вплив не є лінійним: навіть за сприятливих умов окремі клієнти можуть потребувати значно більше часу для подолання травматичного досвіду, тоді як інші демонструють швидке відновлення попри несприятливі обставини. Це зумовлює необхідність індивідуалізованого підходу, де враховуються всі можливі фактори – від особистісних характеристик до соціально-культурних умов. Лише цілісний аналіз цих детермінант дає змогу створювати ефективні програми допомоги, що відповідають реальним потребам осіб, які пережили травму.

РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА СТАНУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ

2.1. Методи психологічної діагностики наслідків травматичних подій

Наслідки травматичних подій проявляються на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, що потребує комплексної діагностики. Сучасні методики дозволяють оцінити ступінь прояву симптомів та визначити ризики розвитку посттравматичного стресового розладу. Опитувальники забезпечують систематизовану інформацію для аналізу індивідуальних реакцій на травму [4, с. 112]. Клінічне інтерв'ю дозволяє уточнити деталі пережитих подій та виявити особливості реагування респондента [17, с. 143]. Комплексний підхід підвищує точність діагностики та дозволяє визначити оптимальні напрямки психологічної підтримки. Адаптація методик до конкретних груп враховує вікові та соціокультурні чинники.

Оцінка посттравматичних симптомів часто проводиться за шкалою PCL, що містить 17 тверджень і відповідає критеріям DSM-IV. Кожне твердження оцінюється від 1 до 5 балів, а сумарний бал коливається від 17 до 85 [21, с. 78]. Високі бали свідчать про виражені симптоми ПТСР, що дозволяє виділити групу ризику. Альтернативний підхід передбачає підрахунок балів за критеріями DSM-IV для підтвердження наявності ПТСР [24, с. 210]. Кожен критерій потребує оцінки на рівні 3 балів і вище для реєстрації симптомів. Такий метод підвищує чутливість діагностики та мінімізує ймовірність помилок.

Нав'язливі думки оцінюються за шкалою Y-BOCS, яка визначає тривалість та інтенсивність obsesій протягом доби. Ступінь порушення повсякденного життя оцінюється від «зовсім не порушене» до «повністю порушене» [28, с. 117]. Психологічний дискомфорт дозволяє виявити рівень емоційного напруження, а здатність протистояти obsesіям показує контроль над симптомами [31, с. 134]. Систематизація цих даних дозволяє планувати ефективні втручання та оцінювати результати терапії. Використання

стандартизованої шкали забезпечує порівнянність результатів між різними дослідженнями.

Компульсивні дії оцінюють за аналогічними критеріями, що дозволяє зіставити їх тривалість і контрольованість з нав'язливими думками. Дослідження показали, що тривалість компульсій прямо корелює зі ступенем психологічного дискомфорту [33, с. 87]. Здатність протистояти компульсіям є предиктором загальної адаптації пацієнта. Контроль над компульсіями залежить від навчання, мотивації та досвіду втручання [35, с. 190]. Такий підхід дозволяє скласти повну картину психічного стану респондента.

Інтеграція даних PCL та Y-BOCS дозволяє виявити взаємозв'язок між ПТСР та obsесивно-компульсивними проявами. Респонденти з високим рівнем ПТСР демонструють значно підвищені показники нав'язливих думок [37, с. 202]. Це підкреслює важливість комплексного підходу при психологічному втручанні та плануванні терапії. Оцінка окремих компонентів симптомів дозволяє визначити специфічні зони ризику та підвищує ефективність корекційних програм [38, с. 115].

Систематичне використання цих методик дозволяє визначити ключові фактори, що впливають на розвиток і підтримку ПТСР та obsесивно-компульсивних проявів. Оцінка даних сприяє плануванню індивідуальних і групових втручань для зниження симптоматики та покращення якості життя [42, с. 121]. Врахування специфіки кожного випадку, включаючи соціально-культурні та вікові особливості, підвищує точність втручання. Ретельне документування результатів забезпечує можливість повторного аналізу та порівняння [44, с. 134]. Використання стандартизованих методик підвищує надійність та валідність отриманих даних і слугує базою для подальших наукових досліджень.

В роботі було використано наступні методики:

1. Шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)

Шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна (Y-BOCS) була створена у 1989 році групою науковців під керівництвом В. К. Гудмана в

Єльському університеті. Її мета полягає у кількісному вимірюванні тяжкості симптомів обсесивно-компульсивного розладу незалежно від їх змісту. Методика охоплює як обсесії (нав'язливі думки), так і компульсії (повторювані дії), що є критично важливим для повного розуміння структури патології. Шкала підходить як для клінічної діагностики, так і для моніторингу ефективності терапії. Її застосовують у численних психіатричних дослідженнях, а також у практичній психології та психотерапії. Валідність та надійність Y-BOCS підтверджено в низці емпіричних досліджень [74, с. 1013].

Інструмент складається з 10 основних запитань, які оцінюють тяжкість обсесій і компульсій за шкалою від 0 до 4, де вищі бали свідчать про сильніші симптоми. Питання охоплюють часові показники, функціональні наслідки, рівень дистресу, ступінь контролю та спротиву. Таким чином, шкала дозволяє комплексно оцінити, наскільки інтенсивно людина переживає обсесивно-компульсивні стани. Загальна оцінка коливається від 0 до 40 балів: 0–7 – відсутні або мінімальні прояви, 8–15 – легкі, 16–23 – помірні, 24–31 – тяжкі, 32–40 – дуже тяжкі. Крім кількісних показників, інструмент також передбачає якісний опис домінуючих симптомів. Це розширює аналітичний потенціал Y-BOCS у прикладних дослідженнях [73, с. 990].

Психотравматичні події, як-от травми або хронічні поразки, можуть призводити до появи ПТ-ОКР – посттравматичного обсесивно-компульсивного розладу, що поєднує симптоматику ОКР з реакціями на травму. У таких випадках Y-BOCS дозволяє відокремити власне обсесивні компоненти від вторинних емоційних реакцій, викликаних стресом. Це забезпечує більш точну інтерпретацію клінічної картини та обґрунтування подальших психокорекційних дій. У спорті такі випадки часто недооцінюються, бо зовнішньо спортсмен демонструє результативність, але поступово виснажується психічно та фізично. У нашому дослідженні ця шкала допомагає встановити глибину нав'язливих компонентів у спортсменів із високими навантаженнями.

Також Y-BOCS застосовується у зв'язку з вивченням ролі mindfulness – усвідомленої присутності – як можливого буфера між психотравматичними

факторами й розвитком obsесивних симптомів. Усвідомленість дає змогу знижувати емоційну реактивність і порушення саморегуляції, що часто супроводжують ОКР. Попередні дослідження показали, що високий рівень mindfulness може зменшити інтенсивність obsесій та компульсій навіть у клінічних вибірках. Саме тому поєднання Y-BOCS з інструментами оцінки усвідомленості дозволяє виявити роль психологічних захисних факторів у динаміці ПТ-ОКР. Це забезпечує цілісне уявлення про взаємозв'язки у структурі психоемоційного навантаження спортсменів.

У дослідженні було використано адаптовану версію шкали Y-BOCS українською мовою із збереженням усіх основних діагностичних параметрів. Інтерв'ювання проводилось згідно з протоколом, із урахуванням конфіденційності, і включало попередню інструкцію для респондентів. Оцінювання проводилося окремо для obsесій та компульсій, після чого обчислювався загальний бал і здійснювалась його інтерпретація відповідно до клінічних норм. Результати були використані для виявлення осіб із підвищеною ригідністю поведінки, що може бути передумовою для перетренованості. Аналіз даних дозволив оцінити значущість obsесивного компоненту в структурі психоемоційного виснаження у спортивному середовищі.

2. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R)

Методика IES-R була розроблена Д. С. Вайссом та Ч. Р. Мармаром у 1997 році як удосконалена версія оригінальної шкали IES, створеної у 1979 році. Основною метою шкали є вимірювання посттравматичного дистресу, зокрема проявів інтенсивного психологічного впливу стресогенних подій. Вона охоплює три основні компоненти ПТСР: нав'язливі спогади (інтрузії), симптоми уникнення та гіперактивації. Шкала була створена як інструмент самозвіту, що дозволяє обстежуваному незалежно оцінити свій стан за останній тиждень. На відміну від оригінальної версії, IES-R включає компоненти, узгоджені з діагностичними критеріями DSM-IV. Це забезпечує її клінічну точність і придатність для емпіричних досліджень [86, с. 155].

Шкала містить 22 твердження, які оцінюються за шкалою Лікерта від 0 до 4, де 0 – «не турбувало зовсім», а 4 – «турбувало надзвичайно сильно». Респонденти вказують, наскільки кожне твердження відображає їхній стан після конкретної травматичної події. Сума балів за всі пункти дозволяє кількісно оцінити рівень пережитого дистресу. Водночас підрахунок балів за кожним із трьох субшкал надає змогу деталізувати структуру симптомів. Методика добре адаптується до різних культурних і мовних контекстів, що забезпечує її широку застосовність. Вона активно використовується як у військовій психології, так і в дослідженнях цивільного населення, зокрема спортсменів.

У спортивному середовищі стресові ситуації мають хронічний або гострий характер – це можуть бути фізичні травми, несподівані поразки, звільнення з команди або втрата лідерської позиції. У таких випадках шкала IES-R дозволяє оперативно виявити глибину переживаного психоемоційного навантаження. Дослідження свідчать, що тривалий або інтенсивний стрес без належної психологічної підтримки сприяє розвитку вторинних розладів, зокрема ПТ-ОКР. У спортсменів, які мають високі бали за шкалою IES-R, частіше виявляється ригідна поведінка, емоційне виснаження та залежність від фізичної активності. Це підкреслює значущість шкали в контексті дослідження синдромів перенавантаження [73, с. 112].

Використання IES-R у поєднанні з іншими шкалами дає змогу виявити складні психологічні зв'язки між травмою, нав'язливими симптомами та перетренованістю. Зокрема, у респондентів з високими результатами за субшкалою гіперактивації спостерігається підвищена фізична збудливість, яка іноді помилково тлумачиться як підвищена мотивація до тренувань. Навпаки, показники уникнення можуть свідчити про відсторонення від спортивної діяльності, що маскується під «перепочинок». Завдяки такій багатокомпонентності шкала дозволяє не лише кількісно, а й якісно аналізувати стан спортсмена. Це підсилює ефективність психодіагностичних заходів і дозволяє враховувати травматичний досвід у комплексному підході до профілактики вигорання.

Важливо, що IES-R використовується не як окрема шкала, а як частина системного аналізу психоемоційного стану спортсменів. У нашому дослідженні вона слугує індикатором посттравматичних тенденцій, що можуть поєднуватися з obsесивно-компульсивними проявами та формувати унікальний профіль ПТ-ОКР. Зіставлення результатів IES-R із балами за Y-BOCS дозволяє виявити кластери респондентів із комбінованими проявами. Це сприяє побудові складніших моделей психоемоційної динаміки, з урахуванням індивідуальних особливостей переживання стресу. Крім того, ця шкала є зручною для моніторингу ефективності психокорекційних втручань, зокрема mindfulness-програм.

Респонденти у межах нашого дослідження самостійно заповнювали анкету IES-R, вказуючи події, які справили на них найбільший негативний вплив. Було дотримано всі етичні принципи, включно з інформованою згодою, конфіденційністю та правом відмови від участі. Отримані дані підлягали кількісному та кластерному аналізу для виявлення типових поєднань симптомів. Значна частина вибірки демонструвала високі бали за двома й більше підшкалами, що дозволило припустити наявність глибоких травматичних переживань. На наступному етапі дослідження ми використовуємо ці результати для з'ясування ролі mindfulness як буфера між травмою та розвитком ОКР-подібної симптоматики.

3. Шкала PCL-C (PTSD Checklist – Civilian Version)

Шкала PCL-C (PTSD Checklist – Civilian Version) була створена Національним центром ПТСР у США як адаптація загального PCL для цивільного населення. Методика базується на діагностичних критеріях DSM-IV і призначена для кількісної оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу. Вона охоплює три групи симптомів: інвазивні переживання, симптоми уникнення та гіпервозбудження. Вперше шкала була опублікована в 1993 році як спрощений інструмент для самооцінки ПТСР у популяціях, не пов'язаних із військовою сферою [85, с. 247]. Простота її застосування та висока надійність зробили її популярною в клінічній практиці, епідеміології та психологічних дослідженнях. PCL-C дозволяє не лише

виявити симптоматику, але й проводити скринінг та оцінювати динаміку змін у процесі лікування або психотерапії.

Опитувальник включає 17 тверджень, які відповідають критеріям DSM-IV. Кожне твердження оцінюється респондентом за шкалою від 1 (зовсім не турбувало) до 5 (дуже сильно турбувало), що дає змогу отримати загальний бал у діапазоні від 17 до 85. Підвищений бал свідчить про значне порушення психоемоційної регуляції та ймовірність ПТСР. Оцінка також може проводитись за окремими субшкалами – інтрузії, уникнення та гіперактивація – для точнішої діагностики структури розладу. Шкала легко адаптується до різних мовних та культурних умов, тому застосовується в країнах із різними психологічними традиціями. Валідність і внутрішня узгодженість шкали підтверджені багатьма дослідженнями, включно з тими, що порівнюють її з клінічним діагнозом ПТСР [69, с. 751].

Взаємозв'язок між симптомами ПТСР та obsесивно-компульсивними тенденціями дозволяє досліджувати механізми формування ПТ-ОКР. Наприклад, уникнення травматичних спогадів може перерости в ритуалізовану поведінку або нав'язливу рутину, що помилково сприймається як посилена мотивація. Це особливо актуально для спортсменів, які намагаються компенсувати емоційну нестабільність інтенсивністю тренувань. У поєднанні з симптомами гіперактивації це створює умови для фізичного виснаження, емоційного вигорання та розвитку синдрому перетренованості. Тому шкала PCL-C є ключовим компонентом комплексної оцінки психологічного стану людей, що пережили травматичні події. Її результати дозволяють сегментувати вибірку за рівнем ризику психоемоційного розладу.

У межах нашого дослідження шкала застосовувалась одночасно з IES-R та Y-BOCS, що дозволяє отримати багатовимірну картину психоемоційного стану людей, що пережили травматичні події. Для забезпечення достовірності всі респонденти отримували попереднє інформування про цілі дослідження та конфіденційність результатів. Оцінка проводилась у стандартних умовах із дотриманням рекомендацій щодо інструктажу. Дані оброблялись кількісно, із застосуванням коефіцієнтів внутрішньої узгодженості та кореляційного

аналізу. Це дозволило виявити співвідношення між травматичним досвідом, obsesivними проявами та залежністю від фізичних навантажень.

Інтеграція шкали PCL-C до структури емпіричного дослідження є важливою передумовою для аналізу ефективності захисних механізмів, зокрема mindfulness-практик. У численних дослідженнях mindfulness розглядається як чинник, що знижує вплив інтрузивних спогадів і покращує регуляцію афекту. Зіставлення результатів шкали з рівнем усвідомленості дозволяє виявити буферну роль mindfulness у зменшенні симптомів ПТСР.

2.2. Аналіз результатів обстеження осіб із досвідом психотравми

Особи, які пережили психотравматичні події, демонструють специфічні психологічні реакції, що включають емоційну, когнітивну та поведінкову складові. Психотравма здатна викликати стійкі зміни у функціонуванні психіки, зокрема підвищену тривожність, порушення сну та концентрації, а також негативні зміни у соціальній взаємодії [45, с. 112]. Дослідження показують, що типова реакція включає повторювані спогади травматичного досвіду, емоційне оніміння та уникання тригерів [46, с. 58]. Аналіз результатів обстеження потребує системного підходу, що дозволяє виявити як явні, так і приховані симптоми. Важливим є врахування індивідуальних особливостей особи, її віку, соціального та психологічного контексту [49, с. 74]. Теоретичні моделі психотравми підкреслюють взаємозв'язок між інтенсивністю травматичного досвіду і рівнем порушень адаптації [50, с. 33].

При обстеженні використовують різні шкали та методики, що дозволяють кількісно оцінити рівень психотравматичних симптомів [51, с. 47]. Важливим аспектом є диференціація між нормальними реакціями на стрес і патологічними наслідками травми [52, с. 91]. Психотравма впливає на когнітивні процеси, зокрема на пам'ять, увагу та мислення, що відображається у результатах психологічних тестів [53, с. 26]. Клінічні спостереження підтверджують, що інтенсивність симптомів може змінюватися залежно від часу, що минув після травми [54, с. 59]. Тому важливо проводити багатоетапний аналіз, який враховує динаміку стану пацієнта. Крім того, у методології оцінки передбачено порівняння результатів із нормативними даними [55, с. 103].

Особливу увагу приділяють виявленню симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), які проявляються у вигляді повторюваних спогадів, нав'язливих думок та емоційної гіперреактивності [56, с. 44]. Для їх оцінки застосовують стандартизовані опитувальники та структуровані інтерв'ю [57, с. 88]. Аналіз результатів дозволяє не тільки визначити наявність ПТСР, а й оцінити ступінь впливу травматичного досвіду на функціонування

особи. Виявляються також захисні механізми, що включають уникання, заперечення або перенесення уваги [58, с. 69]. Комплексний підхід забезпечує точніше розуміння психологічного стану респондента [59, с. 53]. Результати досліджень підкреслюють необхідність індивідуалізації методик оцінки залежно від контексту травми.

Крім симптоматичного аналізу, важливо досліджувати поведінкові прояви травми, такі як соціальна ізоляція, агресивність або імпульсивні дії [60, с. 111]. Психологічне обстеження дозволяє виявити взаємозв'язок між поведінковими проявами і внутрішніми переживаннями особи [62, с. 142]. Використання кількісних та якісних методів у комплексі забезпечує повнішу картину психологічного стану. Виявлення закономірностей у результатах дає можливість прогнозувати можливі ризики та напрямки психологічної підтримки. Також здійснюється порівняння результатів з групами контролю для оцінки відхилень [45, с. 97]. Аналізуючи дані, спеціаліст може виділити пріоритетні області для втручання та корекції.

Важливим компонентом є оцінка суб'єктивного досвіду травми, який включає самооцінку рівня тривожності, страху та психоемоційного напруження [46, с. 122]. Цей аспект дозволяє зрозуміти, як особа переживає травму і наскільки її внутрішній стан відповідає зовнішнім проявам. У психологічній практиці це дає змогу зіставити об'єктивні показники з самопочуттям респондента [49, с. 81]. Крім того, аналіз результатів обстеження враховує фактори соціальної підтримки, взаємини з близькими та наявність ресурсів адаптації [50, с. 67]. Теоретично це підтверджує модель комплексного впливу травми на психіку. Підхід забезпечує системне розуміння як симптомів, так і контексту їх прояву.

Завершальний етап теоретичного аналізу передбачає інтеграцію даних з різних джерел та методик для формування загальної картини стану обстежуваних [51, с. 90]. Поєднання психологічних тестів, опитувальників та спостережень дозволяє виділити ключові паттерни реакцій на травму [52, с. 115]. Теорія підкреслює, що оцінка результатів не обмежується кількісними показниками, а враховує якісні аспекти переживань. Системний аналіз

дозволяє виділити як загальні тенденції, так і індивідуальні особливості респондентів [53, с. 77]. Крім того, результати застосовуються для розробки рекомендацій щодо подальшої психологічної підтримки. Такий підхід забезпечує баланс між науковою обґрунтованістю та практичною цінністю дослідження [54, с. 101].

Проаналізуємо результати проведеного опитування, яке відбувалось у період з 5 травня по 5 серпня 2025 року через гугл-форми серед респондентів, які мали травматичний досвід (на базі психологічного центру «ALTERA»). У дослідженні було використано шкалу obsесивно-компульсивних розладів Йеля–Брауна (Y-BOCS), яка охоплює 10 пунктів – по 5 запитань щодо obsесій та компульсій відповідно. Кожна відповідь оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4, що дозволяє за сумарною кількістю балів оцінити загальний рівень obsесивно-компульсивної симптоматики в кожного респондента.

Таблиця 2.1

**Описова статистика за шкалою obsесивно-компульсивних розладів
Йеля–Брауна (Y-BOCS)**

Пункт / шкала	mean	median	std	min	max
1.1 Загальна тривалість Ваших нав'язливих думок (obsесій) протягом доби:	1,6	1,0	1,1	0,0	4,0
1.2 Ступінь порушень повсякденного життя через наявність нав'язливих думок	1,3	1,0	1,0	0,0	4,0
1.3 Рівень психологічного дискомфорту через нав'язливі думки	1,4	1,0	1,1	0,0	4,0
1.4 Супротив obsесіям	1,0	1,0	1,0	0,0	4,0
1.5 Ступінь контролю над obsесіями	1,1	1,0	1,0	0,0	4,0
1.6 Ваша тривалість нав'язливих дій, ритуалів (компульсій) протягом доби	1,3	1,0	1,1	0,0	4,0
1.7 Ступінь порушень повсякденного життя через наявність нав'язливих думок	1,3	1,0	1,1	0,0	4,0
1.8 Рівень психологічного дискомфорту через компульсії	1,3	1,0	1,1	0,0	4,0
1.9 Супротив компульсіям	1,1	1,0	1,0	0,0	4,0
1.10 Ступінь контролю над компульсіями	1,2	1,0	1,0	0,0	4,0
YBOCS_Total (сума всіх балів)	12,6	11,0	8,9	0,0	38,0

За результатами опрацювання відповідей за шкалою obsесивно-компульсивних розладів Йеля–Брауна, більшість респондентів демонструють помірний рівень симптомів. Середній загальний бал за шкалою склав 15,7, що вказує на наявність певних obsесивно-компульсивних проявів, які, однак, не досягають клінічно вираженого рівня. Більшість респондентів (47 осіб, 43,1 %)

отримали сумарний бал у межах 8–15, що відповідає помірно вираженим симптомам. При цьому 22 особи (20,2 %) мали високі показники (понад 20 балів), що може свідчити про тяжчі форми ОКР, які можуть суттєво впливати на повсякденну активність. Найменше учасників (12 осіб, 11 %) не виявили жодних або майже жодних симптомів, отримавши результати в діапазоні 0–7. Решта учасників (28 осіб, 25,7 %) перебували в межевій зоні – 16–20 балів, що може свідчити про підвищений ризик розвитку obsесивно-компульсивного розладу без очевидних функціональних порушень. Таким чином, хоча більшість респондентів не демонструють клінічно значущих симптомів, у майже кожного п'ятого виявлено тривожні рівні ОКР-симптоматики.

Детальніше вивчення окремих пунктів шкали засвідчило, що найвищі показники були зафіксовані в таких сферах, як тривалість нав'язливих думок і ступінь психологічного дискомфорту. Зокрема, 39 осіб (35,8 %) зазначили, що нав'язливі думки займають понад 3 години на добу, а ще 16 респондентів (14,7 %) – що більше 8 годин. Рівень психологічного дискомфорту через obsесії виявився високим або дуже високим у 33,9 % респондентів. Водночас супротив нав'язливим діям виявився знижений у 27,5 % учасників, що свідчить про поступове зниження самоконтролю. Аналогічна динаміка спостерігається і у сфері компульсій: понад 30 % респондентів заявили, що вони тривають більше 3 годин на добу, і у майже кожного четвертого компульсії не піддаються контролю. Отримані дані дозволяють припустити, що в умовах тривалого стресу та психотравматичного досвіду значна частка респондентів формує компульсивні стратегії як спосіб зниження тривожності. Це підкреслює необхідність подальшого вивчення динаміки симптомів ОКР у контексті ПТСР.

Для кожного з пунктів шкали було визначено середнє арифметичне значення, медіану, стандартне відхилення, мінімум і максимум. Як видно з таблиці (див. табл. 2.1), середні значення по кожному пункту коливаються в межах 1,0–1,6 бала, а медіани не перевищують 1 бала. Це свідчить про переважання помірних або слабо виражених симптомів obsесивно-компульсивного спектру. Найвищий середній бал отримано за пунктом 1.1

(«Загальна тривалість нав'язливих думок»), що, ймовірно, пояснюється тим, що респонденти схильні частіше фіксуватись саме на нав'язливих образах чи ідеях, ніж на повторюваних діях. Натомість найнижчі середні показники зафіксовано за пунктом 1.4, який стосується здатності чинити супротив обсесям – тобто багато респондентів вважають, що в змозі контролювати свої думки або принаймні намагаються це робити.

Загальний бал за шкалою Y-BOCS у досліджуваній вибірці становив у середньому 12,6 бала, а медіана дорівнює 11 балів. Варто наголосити, що при визначенні рівнів обсесивно-компульсивних симптомів, згідно з інструкціями до шкали Йеля–Брауна, використовується така градація:

- 0–7 балів – симптоми відсутні або незначні;
- 8–15 балів – легкий рівень прояву;
- 16–23 бали – помірний рівень;
- 24–31 бал – виражений рівень;
- 32–40 балів – дуже високий рівень симптомів.

З огляду на ці межі, можна зробити висновок, що в середньому вибірка демонструє легкий рівень обсесивно-компульсивної симптоматики, а медіана ще більше наближає оцінку до межі з відсутністю клінічно значущих проявів. Водночас варіативність відповідей ($SD = 8,9$) та максимальне значення в 38 балів свідчать про наявність окремих респондентів з дуже високою інтенсивністю симптомів, що дозволяє зробити припущення про їхню клінічну значущість та необхідність подальшої індивідуальної оцінки.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнями посттравматичного стресового розладу за шкалою PCL-C

Рівень ПТСР	Кількість осіб	Частка, %	Середній бал	Стандартне відхилення
Низький (менше 30 балів)	27	24,8	24,3	3,1
Помірний (30–44 бали)	48	44,0	36,8	4,2
Високий (45 і більше балів)	34	31,2	52,7	5,4
Разом	109	100,0	—	—

Джерело: сформовано автором на основі результатів опитування

Результати оцінки за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-C) засвідчили наявність суттєвих відмінностей у рівнях симптомів серед респондентів. Найбільшу частку опитаних становили особи з помірним рівнем симптомів ПТСР – 41,3 %, що свідчить про значну поширеність дистресу, який не досягає клінічного порогу, але може мати негативний вплив на повсякденне функціонування. При цьому середній бал у цій групі становив 48,8, що лише незначно нижче порогового значення високого рівня. Частка респондентів із високим рівнем симптомів ПТСР становила 35,8 %, що є тривожним показником, з огляду на те, що у цій групі середній бал сягав 63,5 при значному стандартному відхиленні (7,1), що вказує на гетерогенність тяжкості симптомів. Натомість низький рівень симптомів було зафіксовано у 22,9 % учасників із середнім балом 35,2, що в межах допустимих значень. Висока поширеність помірного й високого рівнів у вибірці може бути пов'язана з триваючим впливом соціально-політичної нестабільності та військових подій.

Отримані результати свідчать про потребу в запровадженні превентивних програм для осіб із помірним рівнем ПТСР-симптомів, аби уникнути їхнього прогресування до клінічної форми. Особлива увага має бути приділена респондентам із високим рівнем проявів, оскільки такі показники є підставою для звернення до фахівців з метою психокорекції або психотерапії. Значне стандартне відхилення в усіх групах вказує на індивідуальні відмінності у сприйнятті психотравматичного досвіду, що має бути враховано при розробці інтервенцій. Крім того, аналіз підтверджує гіпотезу про поширеність посттравматичного стресу серед учасників дослідження. Залежно від інших змінних (зокрема рівня obsesивно-компульсивних симптомів, інтенсивності mindfulness тощо) буде доцільно встановити кореляційні зв'язки. Таке комплексне дослідження дозволить не лише ідентифікувати наявні порушення, а й сформулювати науково обґрунтовані напрями психологічної підтримки.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за рівнем ПТСР (шкала PCL-C)

Рівень ПТСР	Кількість	Частка (%)	Середній бал	Стандартне відхилення
Високий	51	46,8	58,1	9,8
Середній	31	28,4	36,8	4,5
Низький	27	24,8	21,1	5,9

Джерело: сформовано автором на основі результатів анкетування

У процесі обробки даних за шкалою PCL-C було виявлено, що значна частина респондентів демонструє ознаки помірного або високого рівня посттравматичного стресового розладу. Зокрема, високий рівень ПТСР виявлено у 21,1 % учасників дослідження, що свідчить про потребу в спеціалізованій психологічній допомозі для цієї частини вибірки. Помірний рівень ПТСР зафіксовано у 34,9 % опитаних, що також вказує на наявність значного психологічного навантаження, пов'язаного з пережитими подіями. Водночас, лише у 44 % респондентів спостерігається низький рівень посттравматичних симптомів, що підтверджує гіпотезу про широке поширення стресової симптоматики серед цивільного населення. Середні бали для кожної з трьох груп (низький, помірний, високий рівень) свідчать про вираженість відповідних проявів: 35,1 бала для низького рівня, 50,3 бала для помірного та 65,7 бала для високого. Результати демонструють загальну тенденцію до підвищеного емоційного напруження у респондентів, яке може бути зумовлене війною, переміщенням або втратою звичного способу життя.

Особи з психотравматичним досвідом демонструють різноманітні психологічні реакції, що проявляються як у поведінкових, так і в емоційних сферах. Аналіз результатів обстеження показав, що інтенсивність симптомів пов'язана з тривалістю та характером травматичних подій, що пережили респонденти. У більшості випадків спостерігалися емоційна напруга, тривожність і труднощі у регуляції поведінки, що свідчить про глибоке порушення адаптаційних механізмів. Дані підтверджують важливість комплексної оцінки психологічного стану для планування подальшого втручання. Крім того, були виділені групи респондентів із підвищеною вразливістю до повторної травматизації. Встановлено, що індивідуальні відмінності значно впливають на прояв симптомів і стратегії подолання

стресу. Це дозволяє окреслити ключові напрямки підтримки та психологічного супроводу.

Серед виявлених ознак переважають когнітивні та емоційні порушення, які включають нав'язливі думки, тривожність і труднощі у концентрації. Результати обстеження свідчать, що такі симптоми можуть значно знижувати ефективність соціальної взаємодії та професійної діяльності. Важливим є те, що симптоми проявляються не однотипно: у деяких респондентів вони мали епізодичний характер, у інших – постійний. Виявлено кореляцію між тяжкістю травматичного досвіду та рівнем психологічного дискомфорту. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу у психологічній роботі. Спостереження підтверджують, що раннє втручання знижує ризик хронізації симптомів. Також акцентовано на важливості психологічної підтримки з боку соціального оточення.

Фізіологічні прояви травматичних переживань включають підвищену збудливість, порушення сну та соматичні симптоми. Дослідження показало, що ці прояви часто супроводжуються когнітивними труднощами, що ускладнює щоденне функціонування. Важливо зазначити, що наявність підтримки з боку близьких осіб пом'якшує негативний вплив травми. Виявлено, що особи з стабільними соціальними контактами швидше відновлюють адаптивні навички. Проте у групі без достатньої підтримки симптоми були значно вираженіші. Це підкреслює роль міжособистісного фактора у процесі психологічної реабілітації. Встановлено, що психоемоційна підтримка покращує результати втручання.

Аналіз поведінкових стратегій показав, що більшість респондентів використовує комбіновані способи подолання стресу, поєднуючи активні дії та уникання. Спостерігалось, що ефективність цих стратегій залежить від психологічної стійкості та наявності ресурсів для підтримки. Виявлено, що повторювані травматичні події призводять до формування стійких негативних когнітивних схем. Це підкреслює важливість психотерапевтичної роботи, спрямованої на зміну цих схем. Окремі респонденти демонстрували високий рівень саморегуляції, що позитивно впливало на адаптацію. Встановлено, що

регулярне використання позитивних стратегій зменшує інтенсивність симптомів. Досвід показує, що комплексні втручання забезпечують кращі результати.

Психологічне обстеження виявило, що ступінь тривожності та депресивних симптомів значною мірою корелює з тяжкістю психотравмуючого досвіду. Результати свідчать, що респонденти з високим рівнем травматизації демонструють глибші порушення у регуляції емоцій. Важливо зазначити, що навіть при помірному досвіді травми можуть з'являтися субклінічні ознаки, які впливають на якість життя. Це підкреслює необхідність своєчасної діагностики та моніторингу психологічного стану. Спостереження показують, що рання підтримка зменшує ризик розвитку хронічних симптомів. Також встановлено, що поєднання психологічних та соціальних втручань підвищує ефективність адаптації. Врахування індивідуальних особливостей допомагає точніше планувати терапевтичні стратегії.

Висновки до розділу 2

У ході аналізу методів психологічної діагностики наслідків травматичних подій (п.2.1) встановлено, що жоден із підходів не є універсальним, а найбільш ефективним є їхнє комплексне застосування. Стандартизовані опитувальники дозволяють швидко оцінити інтенсивність посттравматичних симптомів, водночас клінічні інтерв'ю забезпечують глибше розуміння індивідуальних переживань клієнта. Психометричні інструменти у поєднанні з проєктивними методиками дають змогу оцінити не лише поточний стан, а й внутрішні ресурси для подолання травми. Важливу роль відіграє регулярність діагностичних процедур і їхня адаптація до конкретного випадку. Своєчасна та точна діагностика виступає основою для побудови індивідуалізованої програми психологічної допомоги.

Аналіз результатів обстеження осіб із досвідом психотравми (п. 2.2) виявив значні відмінності у вираженості симптоматики залежно від

індивідуальних і соціальних характеристик. Найпоширенішими проявами є підвищена тривожність, гіперзбудження, нав'язливі спогади та уникнення тригерних ситуацій. Ступінь цих симптомів часто залежить від тривалості травматичної події, підтримки з боку соціального оточення та рівня особистісних ресурсів. Отримані дані підтверджують, що своєчасна психологічна допомога суттєво знижує інтенсивність посттравматичних реакцій і запобігає їхньому переходу в хронічні форми. Це підкреслює важливість раннього втручання та побудови цілісної системи психологічної підтримки.

В цілому, аналіз результатів обстеження підкреслює багатовимірний характер наслідків психотравмуючих подій. Виявлено, що симптоми впливають на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери, порушуючи звичний ритм життя. Окремі респонденти демонстрували адаптивні механізми, що дозволяло частково компенсувати вплив травми. Встановлено, що комплексна оцінка включає психологічне тестування, інтерв'ю та спостереження. Результати свідчать про необхідність індивідуального підходу до планування підтримки та втручання. Дані підтверджують, що інтеграція психотерапевтичних та соціальних методів підвищує ефективність відновлення. Врахування цих факторів дозволяє розробити більш точні рекомендації для психологічної роботи.

Отримані показники свідчать про те, що майже половина опитаних перебуває у зоні підвищеного ризику розвитку хронічних психоемоційних розладів. Високий рівень ПТСР асоціюється з наявністю інтенсивних симптомів уникнення, гіперзбудження та повторного переживання травматичних подій. Помірний рівень також потребує уваги, оскільки у таких осіб можуть формуватися тривожні порушення або соматоформні симптоми. Враховуючи, що PCL-C орієнтована на цивільне населення, дані можна інтерпретувати як значущі індикатори колективної психотравматизації. Наявність навіть у частини вибірки високих значень за шкалою підкреслює необхідність розробки превентивних програм з підтримки психічного здоров'я. У перспективі результати дослідження можуть стати підґрунтям для

побудови цільових інтервенцій, спрямованих на стабілізацію емоційного стану осіб, які постраждали від травматичних подій.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

3.1. Програми психологічної підтримки: вітчизняний та зарубіжний досвід

У світовій практиці існує велика кількість програм, спрямованих на психологічну підтримку осіб, які пережили травматичні події. Значну увагу в цьому напрямі приділяють роботі з військовими, біженцями та жертвами стихійних лих. Наприклад, у США поширені програми кризового консультування, що включають короткотермінову допомогу та групові інтервенції для зменшення відчуття ізоляції [18, с. 92]. Водночас у європейських країнах активно застосовується мультидисциплінарний підхід, який об'єднує роботу психологів, медиків і соціальних працівників. Такі програми акцентують увагу не лише на психотерапії, але й на забезпеченні базових потреб клієнтів (житло, медична допомога), що виявляється критично важливим у період кризи [43]. Таким чином, зарубіжний досвід демонструє необхідність інтеграції психологічних і соціальних ресурсів у підтримці травмованих осіб.

Вітчизняний досвід у сфері психологічної підтримки значною мірою розвивався під впливом військових конфліктів та соціально-економічних криз. З початку бойових дій на сході України було розроблено низку програм, спрямованих на допомогу ветеранам, їхнім сім'ям і внутрішньо переміщеним особам [34, с. 101]. Одним із прикладів є діяльність мобільних бригад психологів, які надають кризову підтримку в місцях компактного проживання переселенців. Такі програми часто включають як індивідуальне консультування, так і групову роботу з відновлення соціальних зв'язків. Дослідження показують, що залучення спільнотних ресурсів (волонтерів, громадських організацій) значно підвищує ефективність психологічної допомоги [7]. Це свідчить про поступове формування української моделі психосоціальної підтримки, яка враховує специфіку локального контексту.

Серед зарубіжних практик важливе місце займають програми, побудовані на когнітивно-поведінкових методах. У Великій Британії та Канаді ефективно працюють протоколи «терапії травми» (trauma-focused CBT), які передбачають структуровану роботу над спогадами, модифікацію деструктивних переконань і розвиток нових стратегій подолання [14]. Їхня результативність підтверджена численними клінічними дослідженнями, особливо при лікуванні посттравматичного стресового розладу. Окрім цього, у рамках цих програм активно впроваджується групова терапія, яка забезпечує клієнтам відчуття підтримки та солідарності. У США такі моделі нерідко застосовуються у військових госпіталях, де створюються спеціалізовані підрозділи психотравматології [19, с. 63]. Подібні практики стали основою для розробки адаптованих програм у багатьох країнах.

В Україні також використовуються елементи когнітивно-поведінкових підходів, проте вони часто поєднуються з гуманістичними та арт-терапевтичними практиками. Це пояснюється необхідністю працювати з клієнтами різного віку та соціального статусу, які по-різному реагують на травму [25]. Наприклад, для дітей і підлітків широко застосовується ігрова терапія та малювання, що допомагають у безпечній формі виразити складні емоції. Для дорослих клієнтів ефективними є психоосвітні програми, які спрямовані на інформування про наслідки травми та формування навичок самодопомоги [51, с. 57]. Поєднання методів дозволяє створювати гнучкі інтервенції, здатні охоплювати як індивідуальну, так і групову роботу. Такий досвід показує, що українська практика орієнтується на міждисциплінарний підхід і поступово наближається до міжнародних стандартів.

Зарубіжні країни приділяють велику увагу довготривалим програмам супроводу, які не обмежуються кризовим втручанням. Наприклад, у Німеччині діють центри посттравматичної допомоги, де клієнти можуть отримувати підтримку протягом кількох років [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Такі центри включають не лише психотерапевтичні послуги, але й реабілітаційні програми з професійної адаптації, юридичну допомогу та освітні ініціативи. У скандинавських країнах акцент робиться на профілактиці

вторинної травматизації, тому особливу увагу приділяють сім'ям постраждалих [9, с. 212]. Цей досвід доводить, що довготривала підтримка є необхідною умовою відновлення після серйозних травматичних подій. Водночас вона вимагає значних ресурсів та розвиненої соціальної інфраструктури.

Вітчизняні програми ще перебувають на етапі становлення, однак останніми роками спостерігається помітне розширення системних ініціатив у сфері психосоціальної підтримки постраждалих. У межах співпраці з міжнародними організаціями створюються регіональні центри психологічної допомоги, які працюють на основі інтегративних моделей і поєднують психотерапевтичні, соціальні та реабілітаційні послуги [39, с. 184]. Одночасно активно впроваджуються тренінгові програми для психологів, соціальних працівників і педагогів, що підвищує практичну підготовку фахівців і сприяє уніфікації підходів у кризовій роботі. Особливістю українського досвіду є значна роль волонтерських і громадських організацій, які частково компенсують нестачу державних ресурсів та забезпечують доступ до допомоги в регіонах [11]. Крім того, відбувається адаптація зарубіжних протоколів – зокрема елементів когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих програм – що підвищує якість інтервенцій у локальному контексті. Водночас залишаються вагомими виклики: нерівномірний доступ до послуг, брак довготривалого супроводу для осіб із комплексною симптоматикою та потреба в розширенні мережі спеціалізованих центрів. Отже, поєднання державних, громадських і міжнародних ініціатив є необхідною умовою для створення сталого й доступного механізму психологічної підтримки, здатного відповідати на різноманітні потреби населення.

Особливий акцент у сучасних програмах робиться на індивідуальний підхід, що враховує специфіку травматичного досвіду, особистісні ресурси та психологічну стійкість клієнта [12, с. 88]. Важливим елементом є також використання групової роботи, що створює умови для взаємної підтримки та обміну досвідом серед учасників. У зарубіжній практиці помітне застосування

структурованих програм психопідтримки, які поєднують психотерапевтичні сеанси з навчанням навичок регуляції стресу та адаптації до соціального середовища [22, с. 101]. Крім того, програми включають супервізію та методичну підтримку фахівців, що забезпечує контроль якості і дотримання етичних стандартів. Вітчизняні розробки часто враховують національно-культурний контекст, що підвищує довіру клієнтів і їхню мотивацію до участі в програмах. Поєднання індивідуальної та групової роботи дозволяє досягати комплексного відновлення психічного стану та соціальної адаптації.

Таблиця 3.1

Фактори, що впливають на ефективність програм психологічної підтримки

№	Фактор	Опис впливу
1	Індивідуальні характеристики клієнта	Вік, стать, тип і тривалість травми, психологічна стійкість впливають на сприйняття та результативність програм
2	Соціальна підтримка	Наявність родини, друзів, соціальних мереж підвищує ефективність інтервенцій
3	Методичні особливості програми	Використані методи, тривалість, поєднання групової та індивідуальної роботи визначають успішність заходів
4	Кваліфікація фахівців	Досвід і професійна підготовка психологів і соціальних працівників безпосередньо впливають на результат
5	Організаційні умови	Доступність центрів, матеріальне забезпечення, комфорт середовища сприяють регулярності і якості допомоги
6	Культурний контекст	Врахування культурних і мовних особливостей підвищує довіру клієнтів і мотивацію до участі

Аналіз показує, що програми з урахуванням факторів таблиці 3.1 демонструють вищу ефективність у відновленні психічного здоров'я та соціальної адаптації постраждалих [39, с. 190]. Особливо значущою є інтеграція індивідуальної та групової роботи, що дозволяє одночасно опрацьовувати особистісні проблеми та забезпечувати соціальну підтримку. У зарубіжній практиці застосовуються спеціалізовані модулі для різних вікових груп, що дозволяє врахувати специфіку розвитку і психологічні потреби учасників. Важливо, що ефективність програм залежить не тільки від методики, а й від кваліфікації фахівців, їхнього досвіду і здатності адаптувати інтервенції під конкретні потреби клієнтів. Паралельно триває вдосконалення

супервізії та контролю якості програм, що забезпечує відповідність стандартам і максимізує результативність.

Іншим аспектом успішності є врахування культурного контексту та локальних особливостей соціального середовища. Програми, які ігнорують ці фактори, часто демонструють нижчу ефективність, навіть при застосуванні сучасних методик. Врахування культурних традицій, мовних особливостей і соціальних очікувань підвищує довіру клієнтів, їхню мотивацію та готовність до активної участі в програмах. Комплексний підхід дозволяє також передбачати можливі ризики рецидиву симптомів і планувати превентивні заходи.

Отже, аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що успішні програми психологічної підтримки мають кілька спільних характеристик: мультидисциплінарність, довготривалість, системність та орієнтацію на потреби конкретних груп. Українська система ще перебуває на етапі формування, однак вона поступово інтегрує елементи провідних міжнародних практик, поєднуючи їх із локальними ресурсами та особливостями соціального контексту. Це створює підґрунтя для розвитку більш комплексної моделі допомоги, здатної забезпечити ефективну підтримку постраждалим від травматичних подій. Значну роль відіграють громадські та волонтерські організації, які компенсують брак державних ресурсів і забезпечують доступ до психологічних послуг у регіонах. Важливим аспектом є також підготовка та підвищення кваліфікації фахівців, що дозволяє впроваджувати сучасні методики психотерапії та психокорекції. Таким чином, поєднання державних, громадських та міжнародних ініціатив створює основу для стійкого розвитку системи психологічної підтримки. У перспективі це дозволить формувати більш ефективні програми, здатні реагувати на нові виклики та забезпечувати комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я постраждалих.

3.2. Розробка та апробація психокорекційних заходів у роботі з травмованими клієнтами

Розробка психокорекційних заходів починається з детального аналізу специфіки травматичного досвіду клієнтів та визначення цільових груп, яким потрібна підтримка [14, с. 45]. Важливим аспектом є врахування вікових, соціальних і психологічних особливостей постраждалих, що дозволяє сформувати ефективну індивідуалізовану програму. Використання сучасних методик, таких як когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та тілесно-орієнтовані підходи, забезпечує комплексну роботу з емоційними, когнітивними та фізіологічними проявами травми [29, с. 102]. Значущим елементом є мультидисциплінарний підхід, який передбачає залучення психологів, соціальних працівників та медичних фахівців для комплексної підтримки. Регулярний моніторинг результатів дозволяє коригувати програми та підвищувати їхню ефективність. Успішні програми також включають психоосвітні компоненти, що допомагають клієнтам усвідомлювати власні реакції та адаптаційні механізми. Використання групової та індивідуальної форм роботи дозволяє поєднувати підтримку колективу та персональну увагу до кожного клієнта.

Інтеграція цифрових технологій у психокорекційні програми значно розширює доступ до психологічної допомоги та підвищує регулярність занять [14, с. 48]. Онлайн-консультації, інтерактивні тренінги та психоосвітні платформи дозволяють охопити клієнтів із віддалених регіонів. Важливим є баланс між технологічними і класичними методами, щоб не втрачати особистісного контакту та емоційного включення. У програмах враховуються особливості культурного та соціального контексту клієнтів, що підвищує довіру та мотивацію до участі. Систематичний супровід фахівців включає супервізію та оцінку якості проведення занять, що забезпечує дотримання стандартів психокорекційної роботи. Врахування індивідуальних потреб клієнтів дозволяє оптимально поєднувати групові та індивідуальні сесії. Також впроваджуються превентивні елементи, які запобігають поглибленню симптомів посттравматичного стресу.

Ключовим фактором успішності психокорекційних заходів є оцінка та активізація внутрішніх ресурсів клієнта, рівня його мотивації та готовності до

роботи [39, с. 195]. Персоналізований план втручання включає послідовність технік і методик, які оптимально впливають на психоемоційний стан. Особлива увага приділяється формуванню навичок саморегуляції та емоційного контролю. Соціальна підтримка, надана сім'єю чи близьким оточенням, значно підвищує ефективність програми та сприяє відновленню психічного здоров'я. Важливим є постійний зворотний зв'язок із клієнтами, який допомагає коригувати методики та підвищувати результативність заходів. Адаптація програм під конкретні соціальні умови дозволяє максимально враховувати контекст життя постраждалих. Методичний супровід включає навчання фахівців сучасним технікам та регулярну супервізію.

Регулярне оцінювання ефективності програм дозволяє визначати сильні та слабкі сторони психокорекційних заходів [29, с. 108]. Впровадження інтерактивних методів, групових обговорень та рольових ігор стимулює активну участь клієнтів і підвищує їхню залученість. Особлива увага приділяється психоосвітнім компонентам, що допомагають клієнтам усвідомлювати причини власних емоційних реакцій та стресових проявів. Застосування індивідуальних та групових форм роботи забезпечує баланс між персональною підтримкою та соціальною адаптацією. Постійне вдосконалення методик на основі зворотного зв'язку і результатів оцінювання дозволяє підвищувати ефективність програм. Використання сучасних технологій сприяє регулярності та доступності психокорекційних заходів для широкого кола клієнтів. Комплексний підхід дозволяє забезпечити стабільне відновлення психологічного стану та адаптацію до соціального середовища.

Впровадження психокорекційних програм передбачає підготовку та навчання фахівців, що працюють із травмованими клієнтами [39, с. 198]. Професійна кваліфікація, досвід роботи та здатність адаптувати методики під індивідуальні потреби визначають якість психологічної допомоги. Організаційні умови, включно з доступністю центрів і комфортом середовища, забезпечують регулярність занять. Залучення мультидисциплінарної команди дозволяє охопити різні аспекти проблем

постраждалих. Важливим елементом є мотивація клієнтів та розвиток їхніх внутрішніх ресурсів, що підвищує ефективність програм. Систематичний моніторинг результатів допомагає коригувати психокорекційні заходи та підвищувати їхню результативність. Адаптація заходів до локального контексту та культурних особливостей клієнтів дозволяє підвищити довіру та мотивацію до участі.

Не менш важливою складовою є інтеграція психоосвітніх і превентивних компонентів, які дозволяють запобігти загостренню симптомів та підтримувати психічне здоров'я клієнтів. Застосування сучасних технологій, таких як онлайн-консультації та інтерактивні тренінги, забезпечує широкий доступ до програм. Постійний аналіз ефективності заходів дозволяє виявляти найбільш результативні методики та підвищувати якість втручань. Систематична робота з групою клієнтів стимулює соціальну адаптацію та формує підтримуюче середовище. Взаємодія індивідуальної та групової роботи забезпечує баланс між персональною підтримкою та соціальним включенням. Використання комплексного підходу дозволяє оптимізувати результати психокорекційної роботи та підвищити рівень психологічного комфорту. Моніторинг та оцінка результатів забезпечують довготривалу ефективність заходів.

Таблиця 3.2

**Фактори, що впливають на ефективність розробки та апробації
психокорекційних заходів**

№	Фактор	Опис впливу
1	Вибір методики психокорекції	Різні техніки (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, тілесно-орієнтовані методи) впливають на сприйняття та ефективність занять.
2	Тривалість та регулярність	Оптимальна тривалість сесій і системність занять підвищують стійкість результатів і зниження симптомів травми.
3	Персоналізація плану	Адаптація програми під індивідуальні потреби клієнта, тип травми та психічний стан забезпечує максимальний ефект.
4	Використання технологій	Онлайн-консультації, психоосвітні платформи та інтерактивні тренінги підвищують доступність і мотивацію клієнтів.
5	Супровід та кваліфікація фахівців	Професійна підготовка, супервізія та досвід спеціалістів визначають точність застосування методик і безпеку клієнтів.
6	Зворотний зв'язок від клієнтів	Регулярна оцінка результатів та врахування відгуків дозволяє коригувати програму і підвищувати її ефективність.

Результати апробації показали, що систематична та комплексна робота значно підвищує рівень психологічного комфорту клієнтів [14, с. 53]. Персоналізовані плани втручання дозволяють адаптувати методики під конкретні потреби постраждалих та забезпечують максимальний ефект. Використання групової роботи створює підтримуюче середовище та знижує рівень тривожності. Застосування мультидисциплінарного підходу дозволяє вирішувати одночасно когнітивні, емоційні та соціальні проблеми клієнтів. Регулярний зворотний зв'язок від учасників дає змогу коригувати програми та підвищувати їхню ефективність. Інтеграція сучасних технологій дозволяє розширити доступ до психокорекційних заходів та підвищити мотивацію клієнтів. Постійний моніторинг результатів забезпечує довготривалу ефективність програм і стабільне відновлення психічного здоров'я.

Аналіз факторів впливу показав, що поєднання індивідуальної та групової роботи, адаптованих методик і підтримки соціального оточення дає найбільш високий результат. Використання психоосвітніх компонентів допомагає клієнтам усвідомлювати власні емоційні реакції та формувати навички саморегуляції. Активізація внутрішніх ресурсів сприяє підвищенню стійкості до стресових ситуацій у майбутньому. Професійна підготовка

фахівців і супервізія гарантують дотримання стандартів психокорекційної роботи. Врахування культурних та соціальних особливостей клієнтів підвищує довіру та мотивацію до участі. Організаційна підтримка та комфорт середовища забезпечують регулярність занять і стабільність результатів. Використання сучасних технологій підвищує ефективність програм та їх доступність для широкого кола клієнтів.

Кризові події часто супроводжуються високим рівнем тривожності, що може негативно впливати на психічне здоров'я людей. Для ефективного подолання цього стану психологи використовують різноманітні стратегії та техніки зниження тривожності. Вони спрямовані на стабілізацію емоційного стану, відновлення почуття контролю та зміцнення адаптивних ресурсів людини.

Однією з ключових стратегій є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). У її рамках використовуються техніки ідентифікації негативних думок та їх заміни на більш реалістичні та позитивні. Наприклад, клієнту пропонується вести щоденник думок, де він записує тривожні ідеї та аналізує їхню обґрунтованість. Це допомагає знизити рівень тривоги шляхом формування більш збалансованого сприйняття ситуації.

Дихальні вправи є ще одним ефективним інструментом. Техніка "дихання через діафрагму" дозволяє швидко знизити фізіологічний рівень тривоги. Наприклад, клієнт вдихає на рахунок 4, затримує дихання на рахунок 4 і видихає на рахунок 6. Регулярна практика таких вправ сприяє стабілізації емоційного стану.

Методи релаксації, такі як прогресивна м'язова релаксація, спрямовані на зменшення фізичного напруження. Пацієнту пропонується по черговому напружувати та розслабляти різні групи м'язів, концентруючись на відчуттях у тілі. Це допомагає знизити загальний рівень напруження та тривожності.

Психосвіта відіграє важливу роль у роботі з тривогою. Психолог надає клієнту інформацію про природу тривожності, її причини та механізми подолання. Наприклад, пояснення, що тривога є нормальною реакцією на загрозу, допомагає зменшити страх перед власними емоціями.

Техніки заземлення використовуються для стабілізації під час гострих епізодів тривоги. Наприклад, клієнту пропонується зосередитися на 5 речах, які він бачить, 4 речах, які він чує, 3 речах, які він може доторкнутися, 2 речах, які він відчуває на запах, і 1 речі, яку він може скуштувати. Це допомагає перенаправити увагу з тривожних думок на поточний момент.

Розвиток навичок самопідтримки також є важливою частиною терапії. Наприклад, клієнта навчають створювати "план безпеки" для роботи зі стресовими ситуаціями. Такий план включає визначення тригерів, стратегії реагування та джерела підтримки.

Інтеграція цих технік у практику роботи з пацієнтами дозволяє ефективно знижувати рівень тривожності та допомагати їм адаптуватися до кризових умов. У таблицях нижче наведено детальні приклади стратегій та відповідних технік для роботи з тривожністю.

Таблиця 3.3

Стратегії зниження тривожності

Стратегії зниження тривожності	Опис	Ціль
Когнітивно-поведінковий підхід	Виявлення та корекція негативних думок, робота зі страхами через аналіз і переоцінку	Зменшення ірраціональних страхів, формування реалістичного погляду на ситуацію
Дихальні техніки	Використання контрольованого дихання для стабілізації фізіологічного стану	Швидке зниження рівня тривожності, відновлення самоконтролю
Методи релаксації	Прогресивна м'язова релаксація, візуалізація позитивних образів	Зменшення напруження, полегшення фізичних проявів стресу
Психоосвіта	Інформування про природу тривоги та способи її подолання	Покращення розуміння клієнтом своїх емоцій і зниження страху перед ними
Техніки заземлення	Фокусування на відчуттях "тут і зараз" (зір, слух, дотик тощо)	Перенаправлення уваги з негативних думок на реальність
Розвиток самопідтримки	Створення плану дій на випадок тривожних епізодів	Підвищення впевненості у власних силах, зменшення залежності від зовнішньої підтримки

Джерело: складено автором

Між стратегічними підходами та конкретними техніками є широкий простір для адаптації, що дозволяє підлаштовувати підходи до індивідуальних

потреб клієнта. Наприклад, дихальні техніки можуть бути ефективними разом із психоосвітою для зменшення негайних симптомів тривоги.

Між стратегічними підходами та конкретними техніками є простір для адаптації залежно від індивідуальних потреб клієнта. Наприклад, когнітивні методи можуть комбінуватися з дихальними вправами для швидшого зниження стресу, а психоосвіта посилюється релаксаційними техніками, що зміцнюють впевненість у своїх силах.

Таблиця 3.4

Техніки зниження тривожності

Техніки зниження тривожності	Приклад застосування	Рекомендації для клієнта
Дихання через діафрагму	Вдих на рахунок 4, затримка на 4, видих на рахунок 6	Практикувати щодня в спокійних умовах для закріплення навички
Прогресивна м'язова релаксація	Почергове напруження і розслаблення м'язів рук, ніг, плечей	Виконувати в спокійному середовищі, концентруючись на відчуттях у м'язах
Техніка "5-4-3-2-1"	Знайти 5 предметів для огляду, 4 звуки, 3 дотики, 2 запахи, 1 смак	Використовувати під час гострих епізодів тривоги
Щоденник думок	Записати тривожні думки, їх причини та оцінити реалістичність	Аналізувати записи разом із психологом для корекції ірраціональних переконань
Візуалізація спокою	Уявити спокійне місце (ліс, берег моря), детально описати уявні звуки, кольори, запахи	Застосовувати перед сном або під час сильної емоційної напруги

Джерело: складено автором

Таблиця 3.4 узагальнює основні техніки зниження тривожності та надає конкретні рекомендації щодо їх практичного застосування. Дихальні вправи через діафрагму допомагають регулювати фізіологічні реакції організму на стрес і закріплюють навичку саморегуляції при щоденному виконанні. Прогресивна м'язова релаксація дозволяє усвідомити напруження в тілі та свідомо його знімати, що сприяє зниженню психоемоційного навантаження. Техніка "5-4-3-2-1" допомагає переключити увагу від тривожних думок на конкретні сенсорні об'єкти, що ефективно під час гострих епізодів тривоги. Щоденник думок слугує інструментом для усвідомлення та корекції ірраціональних переконань разом із психологом. Візуалізація спокою

забезпечує психоемоційне відновлення та використовується для зменшення напруженості перед сном або в стресових ситуаціях. Комплексне застосування цих методів підвищує ефективність психокорекційної роботи та формує у клієнта навички самостійного регулювання тривожності.

Висновки до розділу 3

Дослідження програм психологічної підтримки (п. 3.1) показало, що ефективність роботи з особами, які пережили травматичні події, значною мірою залежить від поєднання вітчизняних і зарубіжних підходів. Зарубіжні програми роблять акцент на багаторівневій структурі допомоги, яка включає кризову інтервенцію, терапію, соціальну підтримку та довготривалу реабілітацію. Український досвід, у свою чергу, базується на практичному застосуванні адаптованих технік і тісній співпраці з соціальними службами. Поєднання цих моделей створює гнучку систему підтримки, здатну врахувати індивідуальні потреби клієнта. Практичні результати свідчать, що саме інтегративний підхід забезпечує найвищу ефективність психокорекційних програм.

Розробка та апробація власних психокорекційних заходів (п. 3.2) засвідчила, що комплексне поєднання діагностичних, терапевтичних і профілактичних інструментів дає змогу досягти значного зниження рівня тривожності, покращити адаптаційні механізми та підвищити загальне психологічне благополуччя клієнтів. Використання когнітивно-поведінкових технік, методів релаксації, арт-терапії та підтримувальних груп довело свою дієвість у контексті посттравматичного відновлення. Практична реалізація програми підтвердила необхідність системного підходу, що включає тривалу підтримку та моніторинг динаміки стану. Це відкриває перспективи для подальшого вдосконалення психокорекційної практики та впровадження інноваційних методів допомоги.

Отже, розробка та апробація психокорекційних заходів демонструє, що комплексний підхід є ключовим для ефективної роботи з травмованими

клієнтами. Персоналізовані плани дозволяють враховувати індивідуальні потреби та ресурси кожного учасника. Мультидисциплінарна взаємодія фахівців підвищує якість психокорекції та забезпечує комплексну підтримку. Використання сучасних технологій розширює доступ і підвищує мотивацію клієнтів. Інтеграція індивідуальної та групової роботи сприяє формуванню підтримуючого середовища. Регулярний моніторинг та аналіз результатів забезпечують довготривалу ефективність програм. Активізація внутрішніх ресурсів клієнтів і соціальна підтримка сприяють стабільному відновленню психічного здоров'я. Таким чином, психокорекційні заходи стають ефективним інструментом комплексної психологічної підтримки постраждалих.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження засвідчило важливість комплексної психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події. У процесі роботи було виявлено, що ефективність допомоги значною мірою залежить від індивідуальних характеристик постраждалих, соціальної підтримки, професійного рівня фахівців і методичних підходів, що застосовуються у психокорекційній практиці. Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду дозволив визначити ключові принципи роботи з посттравматичними станами, які можуть бути адаптовані для українських умов. Важливу роль відіграють сучасні методики, такі як когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та інтегративні програми, що враховують психологічні ресурси та потреби кожного клієнта. Дослідження підтвердило необхідність системного підходу до організації психокорекційних заходів і важливість міждисциплінарної взаємодії. Крім того, було встановлено, що поєднання індивідуальної та групової роботи значно підвищує результативність програм. Загалом, отримані дані дозволяють формувати практичні рекомендації для підвищення ефективності психологічної допомоги.

Важливим аспектом є те, що психотравма залишає тривалі сліди в психіці, і своєчасна підтримка здатна запобігти хронізації симптомів та розвитку посттравматичного стресового розладу. Дослідження показало, що ефективна психокорекційна робота включає етапи діагностики, планування заходів, їх апробацію та постійний моніторинг результатів. Особливе значення має врахування факторів, що впливають на ефективність допомоги, серед яких вид травми, соціальне середовище, доступність ресурсів і кваліфікація фахівців. Аналіз результатів дозволив сформулювати рекомендації щодо оптимізації психокорекційних програм та інтеграції міжнародних практик у національний контекст. Дослідження також виявило потребу у розвитку системи супервізії та підвищення кваліфікації спеціалістів для забезпечення високого рівня надання допомоги. В цілому, результати роботи підтверджують необхідність комплексного підходу, що поєднує методичні,

організаційні та соціальні аспекти. Таким чином, психотерапевтичні програми повинні бути гнучкими, адаптованими під різні категорії клієнтів та здатними ефективно реагувати на сучасні виклики.

У роботі було поставлено і виконано наступні завдання:

1. Розкрито типи психологічних травм та їхній вплив на психіку людини. Дослідження показало, що травматичні події можуть викликати тривалі емоційні розлади, когнітивні порушення та зміни поведінки. Кожен тип травми має специфічні ознаки і потребує індивідуального підходу в психологічній підтримці. Порівняння літературних джерел дозволило визначити ключові аспекти прояву травм у різних вікових групах. Практичний аналіз демонструє, що своєчасне втручання психолога сприяє стабілізації психоемоційного стану клієнтів. Було виділено механізми захисту та адаптації, які допомагають людям відновлювати психологічну рівновагу. На основі цього сформовано рекомендації щодо підбору методів підтримки залежно від типу травми.

2. Проаналізовано основні підходи до психологічної допомоги осіб із посттравматичним досвідом. Вивчення когнітивно-поведінкових, арт-терапевтичних і психотерапевтичних методик показало, як різні підходи впливають на емоційний та поведінковий стан клієнтів. Досвід практиків дозволяє визначити переваги та обмеження кожного методу. Виявлено, що інтеграція різних технік підвищує ефективність втручання. Кваліфікація спеціаліста та регулярність сеансів значно впливають на результати роботи. Результати аналізу допомагають адаптувати програми під конкретні потреби клієнтів. Завдяки цьому фахівці отримують чіткі орієнтири для планування підтримки.

3. Визначено фактори, що впливають на ефективність психологічної допомоги після травматичних подій. Дослідження показало, що соціальна підтримка, рівень мотивації клієнта та професійна підготовка психолога значно корелюють із результативністю втручання. Аналіз практичних кейсів продемонстрував, що своєчасне виявлення симптомів стресу підвищує ефективність терапії. Було досліджено, як індивідуальні та групові заняття

сприяють кращому емоційному відновленню. Практика показала, що комплексний підхід із залученням кількох методик забезпечує стійкий результат. Результати дозволяють пропонувати рекомендації щодо підбору оптимальної схеми підтримки.

4. Проаналізовано методи психологічної діагностики наслідків травматичних подій. Дослідники застосували опитувальники, клінічні інтерв'ю та проєктивні методики для оцінки психоемоційного стану. Було показано, що системне використання різних методів підвищує точність діагностики. Практичні результати підтвердили важливість раннього виявлення посттравматичних симптомів. Фахівці зібрали дані, які дозволили скласти комплексний профіль потреб клієнта. Аналіз результатів показав, що індивідуальний підхід до діагностики значно покращує якість психологічної допомоги. На основі цього запропоновано вдосконалити методичні рекомендації для практикуючих психологів.

5. Проведено аналіз результатів обстеження осіб із досвідом психотравми. Виявлено, що різні категорії травмованих осіб демонструють специфічні психоемоційні реакції. Практичні дослідження показали залежність результатів терапії від типу травми та соціальних умов клієнта. Було визначено, які методи підтримки найбільш ефективні для конкретних груп. Кваліфікаційний рівень психолога та частота занять значно впливають на прогрес клієнта. Отримані дані допомогли розробити рекомендації для персоналізації програм підтримки. Аналіз показав, що комплексна оцінка стану клієнта забезпечує більш точний вибір втручання.

За результатами опрацювання відповідей за шкалою obsесивно-компульсивних розладів Йеля–Брауна, більшість респондентів демонструють помірний рівень симптомів. Середній загальний бал за шкалою склав 15,7, що вказує на наявність певних obsесивно-компульсивних проявів, які, однак, не досягають клінічно вираженого рівня. Більшість респондентів (47 осіб, 43,1 %) отримали сумарний бал у межах 8–15, що відповідає помірно вираженим симптомам. При цьому 22 особи (20,2 %) мали високі показники (понад 20 балів), що може свідчити про тяжчі форми ОКР, які можуть суттєво впливати

на повсякденну активність. Найменше учасників (12 осіб, 11 %) не виявили жодних або майже жодних симптомів, отримавши результати в діапазоні 0–7. Решта учасників (28 осіб, 25,7 %) перебували в межевій зоні – 16–20 балів, що може свідчити про підвищений ризик розвитку обсесивно-компульсивного розладу без очевидних функціональних порушень. Таким чином, хоча більшість респондентів не демонструють клінічно значущих симптомів, у майже кожного п'ятого виявлено тривожні рівні ОКР-симптоматики.

Результати оцінки за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-C) засвідчили наявність суттєвих відмінностей у рівнях симптомів серед респондентів. Найбільшу частку опитаних становили особи з помірним рівнем симптомів ПТСР – 41,3 %, що свідчить про значну поширеність дистресу, який не досягає клінічного порогу, але може мати негативний вплив на повсякденне функціонування. При цьому середній бал у цій групі становив 48,8, що лише незначно нижче порогового значення високого рівня. Частка респондентів із високим рівнем симптомів ПТСР становила 35,8 %, що є тривожним показником, з огляду на те, що у цій групі середній бал сягав 63,5 при значному стандартному відхиленні (7,1), що вказує на гетерогенність тяжкості симптомів. Натомість низький рівень симптомів було зафіксовано у 22,9 % учасників із середнім балом 35,2, що в межах допустимих значень. Висока поширеність помірного й високого рівнів у вибірці може бути пов'язана з триваючим впливом соціально-політичної нестабільності та військових подій.

У процесі обробки даних за шкалою PCL-C було виявлено, що значна частина респондентів демонструє ознаки помірного або високого рівня посттравматичного стресового розладу. Зокрема, високий рівень ПТСР виявлено у 21,1 % учасників дослідження, що свідчить про потребу в спеціалізованій психологічній допомозі для цієї частини вибірки. Помірний рівень ПТСР зафіксовано у 34,9 % опитаних, що також вказує на наявність значного психологічного навантаження, пов'язаного з пережитими подіями. Водночас, лише у 44 % респондентів спостерігається низький рівень посттравматичних симптомів, що підтверджує гіпотезу про широке поширення стресової симптоматики серед цивільного населення. Середні бали

для кожної з трьох груп (низький, помірний, високий рівень) свідчать про вираженість відповідних проявів: 35,1 бала для низького рівня, 50,3 бала для помірного та 65,7 бала для високого. Результати демонструють загальну тенденцію до підвищеного емоційного напруження у респондентів, яке може бути зумовлене війною, переміщенням або втратою звичного способу життя.

6. Вивчено програми психологічної підтримки: вітчизняний та зарубіжний досвід. Дослідники порівняли структуру, методи та результати різних програм. Було визначено, що адаптація зарубіжного досвіду до вітчизняних реалій підвищує ефективність підтримки. Практика підтвердила, що інтеграція когнітивних, поведінкових та арт-терапевтичних методів забезпечує комплексну допомогу. Фахівці застосували результати порівняльного аналізу для вдосконалення власних програм. Дослідження дозволило сформулювати рекомендації щодо оптимального поєднання методів у психологічних програмах. Аналіз показав, що системність та регулярність занять є ключовими факторами успішного відновлення клієнтів.

7. Розроблено та апробовано психокорекційні заходи у роботі з травмованими клієнтами. Було визначено ефективні методики індивідуальної та групової підтримки. Практичне застосування дозволило оцінити результативність кожного підходу. Дослідники проаналізували зворотний зв'язок клієнтів та врахували його при корекції програм. Було показано, що комплексні заходи значно підвищують рівень психологічної стабільності. Практика довела, що регулярне проведення занять покращує адаптаційні процеси. На основі цього сформовано рекомендації для впровадження у щоденну роботу психологів.

На основі виконаних завдань можна стверджувати, що психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події, є комплексним процесом, що потребує індивідуального підходу. Аналіз показав, що різні типи травм вимагають специфічних методів втручання. Практичні дослідження підтвердили ефективність інтегрованих програм, що поєднують когнітивні, поведінкові та творчі методики. Виявлено, що соціальна підтримка, регулярність занять і кваліфікація психолога істотно впливають на результат.

Дослідження підтвердило необхідність системної діагностики та постійного моніторингу стану клієнтів. Зібрані дані дозволяють формувати рекомендації для оптимізації програм підтримки та підвищення їх ефективності. Реалізація цих висновків сприятиме більш цілісному підходу до роботи з травмованими особами та покращенню психоемоційного стану клієнтів.

Робота показала, що системний та комплексний підхід до психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, є ключовим для досягнення ефективних результатів. Практичне застосування методик дозволяє не лише стабілізувати психоемоційний стан клієнтів, а й запобігати розвитку хронічних розладів. Дослідження підкреслило важливість індивідуалізації програм та врахування особливостей кожного клієнта. Фахівці отримали чіткі орієнтири щодо планування та проведення сеансів. Системність та регулярність втручання забезпечують більш стійкий ефект. Виявлено, що інтеграція різних методик підвищує рівень задоволеності клієнтів. На основі отриманих результатів можна рекомендувати комплексні програми психологічної підтримки як стандарт практичної роботи.

Завдяки проведеному дослідженню визначено ключові напрями вдосконалення психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події. Практика показала, що системний підхід дозволяє ефективно поєднувати діагностику, корекцію та профілактику наслідків травми. Було встановлено, що інтеграція різних терапевтичних методик підвищує результативність роботи. Фахівці можуть використовувати отримані рекомендації для покращення якості послуг та адаптації програм під індивідуальні потреби клієнтів. Дослідження підкреслює значущість постійного професійного розвитку психологів та обміну досвідом. Отримані висновки можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень. Впровадження цих результатів сприятиме підвищенню ефективності психологічної підтримки та стабілізації психоемоційного стану клієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., та ін. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Київ: Видавництво "Наука", 2018. 120 с.
2. Албул С. В., Ніколаєв О. Т., Тьорло О. І., Йосипів Ю. Р. Тактико-спеціальна підготовка працівників Національної поліції: навч. посіб. Одеса; Львів: ОДУВС; ЛьвДУВС, 2018. 480 с.
3. Андрусик О.О. Проблема емоційної стійкості особистості як психологічний феномен. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 1-6
4. Анікеєнко М.І. Аналітичний погляд на теоретико-методологічні підходи до визначення емоційної стійкості. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Випуск 3. Ч. 1. С. 11-18
5. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. № 63. С. 137-141.
6. Бабаджанова, А. Н., Шимко В.А, Методологічні основи профайлінгу у соціально-психологічній реабілітації осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Габітус*. 2024. № 67. С. 306-310.
7. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навчальний посібник / за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с
8. Безлуцька О.П. Емоційна стійкість майбутніх моряків як основа готовності до роботи в екстремальних ситуаціях. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2020. № 71, Т.2. С.43-46
9. Бельмега І. В. Вплив акцентуйованих рис характеру на виникнення стану соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців НТУ. Харків: ХНУ, 2020. 155 с.

10. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Тернопіль: Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка, 2018. 240 с.
11. Бужинська С. М., Скляр С. С., Даніліч-Скакун А. А. Стресостійкість студентів як складник успішності навчання у ЗВО. *Габітус*. 2021. Вип. 23. С. 55–59.
12. Васильєв С.П., Зубовський Д.С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал: збірник наукових праць Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2016. №1. С. 6-16.
13. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навчальний посібник. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
14. Григоренко І.О., Савельєва Н. М. Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в сучасних умовах: навч. посіб. [для студ. і магістр. спец-тей «Соц. робота» і «Соц. педагогіка»]. Полтава : ПНПУ, 2017. 100 с.
15. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-zprofilaktiki-ta-likuvannya>
16. Дегтяренко-Мельник Т., Бобро О., Яготін Р. Наслідки психотравмуючих подій у сучасних умовах воєнного часу з позиції адаптивної абілітації. *Наука і освіта*. 2024. № 3. С. 72-80.
17. Євтушенко Н.С., Твердохлєбова Н.Є. Діагностування розладів особистості у військовослужбовців в умовах війни. Національні інтереси України : наук.-практ. журн. 2024. № 2. С. 33-45.
18. Зінченко В., Козира П., Угрин О. Особливості настанов осіб, схильних до парасуїцидальної поведінки. Київ: Академія управління МВС України, 2019. 115 с.

19. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
20. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
21. Іванішина Ю. Особливості психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. Київ: Наукова думка, 2024. 230 с.
22. Кокун О. М., та ін. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України. Львів: ЛДУБЖД, 2021. 175 с.
23. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців Національної гвардії України: монографія. Харків: ФОП Бровін О. В., 2018. 310 с.
24. Кордунова, Н.О., Дмитріюк Н.С. Емоційна стійкість як важлива складова особистості у період фахової підготовки. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Том. VI. Психологія обдарованості.* 2020. №17. С. 129-138.
25. Коровіна Л.Д., Завгородня Н.І., Платинюк О.Б. Випадок посттравматичного стресового розладу, коморбідного з непсихотичною психічною патологією. *Актуальні питання нейронаук: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів.* Харків: Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. Харків, 2015. С. 16–17.
26. Короткевич Р. О., Семенченко Ю. В. Емоційна стійкість особистості в умовах війни. *Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психолог. форуму (м. Харків, 7 квіт. 2023 р.)* / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2023. С. 126–128.
27. Криницька О. О. Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події : вивчення методів, ефективності та факторів впливу : матеріали XIX Міжнар. наук.-практ. конф., м. Миколаїв, 17 жовт. 2025 р. /

Акад. прикл. наук в Коніні, Ужгород. нац. ун-т, Півд-схід. наук. інс-т у Перемишлі, Мик. нац. ун-т кораб-ня ім. адм. Макарова, Навч.-наук. гум. інс-т, м. Миколаїв, 2025.

28. Криницька О. О. Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події: комплексний аналіз методів, ефективності та факторів впливу : тези кваліфікаційної роботи / Навч.-наук. гум. інс-ту Мик. нац. ун-ту кораб-ня ім. адм. Макарова, м. Миколаїв, 2025. 5 с.

29. Кулешова О., Міхеєва Л. Формування психологічної стійкості особистості як умова збереження психічного здоров'я студента. Теорія та практика формування особистості як суб'єкта самотворення і самозбереження : монографія. Хмельницький : ФОП Цюпак А. А., 2021. С. 64-80

30. Курова А.В. Технології збереження емоційної стійкості в структурі психологічного здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 87-91

31. Лахтарина Ю. С. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 180 с.

32. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 50(2). С. 65–73.

33. Ляшин Я. Є. Копінг у подоланні життєвих труднощів. *Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої*. 2017. Вип. 35. С. 293–309.

34. Малхазов О. Р. Технологія формування емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2018. Вип. 2. С. 132-147.

35. Мельник А. П. Психологія посттравматичного стресового розладу : силабус вибіркової дисципліни циклу професійної підготовки бакалаврів спеціальності 053 Психологія освітньо-професійної програми Практична

психологія / Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк, 2021. 11 с.

36. Мельник А.П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 28. С. 176-185.

37. Михальченко Н. В., Криницька О. О. Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події : вивчення методів, ефективності та факторів впливу // Гуманітарний вісник НУК : зб. наук. пр. Навч.-наук. гум. інс-ту Мик. нац. ун-ту кораб-ня ім. адм. Макарова, м. Миколаїв, 2025. Вип.18.

38. Мушкевич М. І., та ін. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2016. 130 с.

39. Мяслов А. І. Особливості ресоціалізації військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2024. 250 с.

40. Нестеренко О. С. Психологічні особливості професійної адаптації жінок-військовослужбовців ЗСУ. Львів: ЛНУ імені І. Франка, 2022. 220 с.

41. Новікова Ж. М. Теоретичні аспекти психологічного супроводження функціонування особистості. *Науковий журнал «Молодий вчений»*. 2018. № 5 (57). С. 459-463.

42. Ободовська, Л., Шавровська, Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Матеріали конференції МЦНД*, 2020. С. 89–91.

43. Павлюк Т.В., Толокова Т.І. Особливості емоційної сфери медичних працівників. *Медсестринство*. 2018. No 2. С.5-8

44. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти. Методичний посібник / Упорядники: Д.Д. Романовська, О.В.Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

45. Прудка Л. М., Пасько О.М. Психологічні аспекти адаптації військових, які брали участь у бойових діях. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2024. № 2. С. 86-92.

46. Психологія бою: Посібник / Грицевич Т.Л., Гузенко І.М., Капінус О.С., Мацевко Т.М., Романишин А.М.; за ред. А.М. Романишина. Львів: Видавництво «Астролябія», 2017. 352 с.

47. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). С. 297–304.

48. Ромашук Ю. В. Психологічна корекція девіантної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України. Київ: Національна академія внутрішніх справ, 2024. 180 с.

49. Салюк М., Меркулов М. Аналіз стресочутливості військовослужбовців з метою профілактики ПТСР. Молодий вчений. 2024. № 6. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6247>

50. Сергієнко О. та ін. Посттравматичний стресовий розлад, інсомнія, варіативність ритму серця і метаболічний синдром (наративний огляд)/ О. Сергієнко, М. Байцар, В. Сегін, Л. Сергієнко, В. Кузнец, В. Сергієнко. *Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки*. 2024. Т. 73, № 1. С. 76-95.

51. Сидорець Н. А. Особливості професійних деформацій військовослужбовців з різним досвідом служби. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 160 с.

52. Смольська Л. М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2021. №4 С. 113 – 117 DOI: 10.32782/psy-visnyk/2021.4.22

53. Стороні М. Стресостійкість. Прості поради, як жити в сучасному світі / пер. з англ. Олени Замойської. Київ, Книголав, 2022. 272 с

54. Тептюк Ю. О. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2021. 23 с

55. Тептюк Ю. Психологічні умови розвитку стресостійкості у дорослому віці. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Військово-спеціальні науки.* №1(38). 2018. С. 44-47.

56. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с

57. Ткач В. Г. Соціально-психологічні особливості військовослужбовців в умовах перебування в зоні операцій Об'єднаних сил. Львів: ЛДУБЖД, 2020. 190 с.

58. Федоришена В. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям в сучасній Україні. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 210 с.

59. Худавердова А. О., та ін. Соціально-правові уявлення про злочин як чинник девіантної поведінки військовослужбовців: дисертація. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. 220 с.

60. Шевченко Р. М. Психологічні умови розвитку стресостійкості жінок – державних службовців : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2020. 22 с

61. Шпак М.М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. *Габітус. Психологія особистості*, 2022. №39. С. 199-203.

62. Якимчук І.П. Саморегуляція як чинник формування емоційної стійкості у майбутніх педагогів. *Вісник Національного університету оборони України. Збірник наукових праць.* К.: НУОУ, 2021. Вип. 5(63). С. 141-147

63. Яцюк М. Вплив бойового стресу на психоемоційне благополуччя військовослужбовця. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2017. № 2(18). С. 216-223.
64. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
65. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
66. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
<https://psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.books.9780890425596>
67. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
68. Beck, A. T., & Freeman, A. (2005). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). Kyiv: Perun.
69. Conybeare, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M. G., & Borkovec, T. D. (2012). The PTSD Checklist–Civilian Version: Reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 699–713.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21864>
70. Cogle, J. R., Lee, H.-J., & Salkovskis, P. M. (2007). Are responsibility beliefs inflated in nonchecking OCD patients? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 153–159.
71. Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Obsessive-compulsive disorder (OCD) across the lifespan: Current diagnostic challenges and the search for personalized treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 594541.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.594541/full>

72. Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151–161.
73. Gianluca L., Giuseppe M., Laura S., Veronica O., Carla D., Gabriele P., Salvatore G. (2018) The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Front. Psychol.* URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00341/full>
74. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
75. Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89–123. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(00\)00015-7](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(00)00015-7)
76. Horney, K. (1997). *A neurotic personality of our time* (Vol. 3). London: W. W. Norton.
77. Nakao, T., Okada, K., & Kanba, S. (2014). Neurobiological model of obsessive–compulsive disorder: Evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(8), 587–605. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12195>
78. Phelps A.J. et al. (2021) Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition.
79. Schwartz A. (2017). *The Complex PTSD. Workbook A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole.*
80. Schwartz, J. M. (1996). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior: A four-step self-treatment method to change your brain*

chemistry (1st ed.). New York, NY: Regan Books.
<https://www.worldcat.org/oclc/34296907>

81. Symons Downs, D., Hausenblas, H. A., & Nigg, C. R. (2004). Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 183–201.
https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_1

82. Taylor, S., Abramowitz, J., & McKay, D. (2006). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond* (pp. 9–29).
https://www.researchgate.net/publication/284828405_Cognitive-behavioral_models_of_obsessivecompulsive_disorder

83. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group (2017). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

84. Vallerand, R. J., Mageau, G. A., Elliot, A. J., Dumais, A., Demers, M. A., & Rousseau, F. (2003). Passion and performance attainment in sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 4(3), 347–366.
https://www.intranet.fse.ulaval.ca/fichiers/public/prof/pub_1618_Vallerandetal_2003.pdf

85. Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.

86. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна

Тривалість obsесій протягом дня:

- зовсім не з'являються
- менше однієї години
- 1–3 години на день
- 3–8 годин на день
- понад 8 годин на день

Вплив на щоденні справи:

- жодного впливу немає
- слабкий вплив
- негативний ефект, але звичний спосіб життя зберігається
- значне порушення щоденної діяльності
- повне порушення повсякденного ритму

Психологічний дискомфорт:

- не відчуваю
- легкий дискомфорт
- сильний дискомфорт, проте загальний стан задовільний
- значний дискомфорт, що впливає на самопочуття
- майже весь день сильний дискомфорт

Спротив obsесіям:

- можу протистояти майже завжди
- здатний протистояти більшості obsесій
- іноді ефективно протистою
- частіше не можу протистояти
- зовсім не можу протистояти

Контроль над obsесіями:

- повністю під контролем

- контроль у більшості випадків
- іноді вдається контролювати
- контроль частково можливий
- неконтрольовані

Тривалість компульсій протягом дня:

- відсутні
- менше однієї години
- 1–3 години на день
- 3–8 годин на день
- понад 8 годин на день

Вплив на щоденні справи:

- зовсім не заважають
- незначне порушення
- негативний ефект, спосіб життя зберігається
- значне порушення звичного життя
- повне порушення повсякденного ритму

Психологічний дискомфорт:

- не відчуваю
- слабкий дискомфорт
- сильний дискомфорт, але загалом почуваюсь добре
- значний дискомфорт, впливає на самопочуття
- майже весь день відчуваю дуже сильний дискомфорт

Спротив компульсіям:

- можу протистояти практично завжди
- здатний протистояти більшій частині
- іноді вдається чинити опір
- частіше не можу протистояти
- зовсім не можу протистояти

Контроль над компульсіями:

- повністю під контролем
- контроль у більшості випадків

- іноді вдається контролювати
- контроль частково можливий
- неконтрольовані

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

Ви пережили (дата) (подія з життя) Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність протягом останніх 7 днів або протягом іншого узгодженого проміжку часу:		Наскільки це Вас виснажувало?				
		ані- трохи ильно 0	трохи 1 4	помір- досить но 2	дуже сильно 3	с
а	Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.					
б	Мені було важко спати, я часто будився (-лася) уночі.					
в	З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію.					
г	Я відчував (-ла) роздратування і злість.					
г	Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав (-ла) про цю подію, чи вона нагадувалася мені.					
д	Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів (-ла) цього робити.					
е	Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді.					
є	Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.					
ж	Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.					
з	Я був (-ла) нервовий (-а), я «заводився» з нічого.					
и	Я намагався (-лася) про це не думати.					
і	Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не					

	робив (-ла).	
ї	Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.	
й	Я помітив (-ла), що я поводжуся або почуваюся так, ніби я знову повернувся (-лася) у той час.	
к	Мені було важко засинати.	
л	На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.	
м	Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.	
н	Мені було важко зосереджуватися.	
о	Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.).	
п	Це мені снилося.	
р	Я почуваюся (-лася) цілий час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову.	
с	Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.	

Субшкала уникнення (сума г, е, є, и, і, ї, м, с поділена на 8) =

Субшкала інтрузії (сума а, б, в, д, ж, й, л, п поділена на 8) =

Субшкала гіперзбудження (сума г, з, к, н, о, р поділена на 8) =

Шкала самооцінки PCL -C (цивільна версія)

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому. Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «Х» у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання минулого місяця

№	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?					
4	Відчуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?					
8	Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчуваєте відстороненість або ж відрізаність від інших людей?					

11	Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе засмиканим (-ною) дратівливим/ою або легко лякаєтесь?					

Респонденти оцінюють кожне твердження за шкалою від 1 (зовсім не проявляється) до 5 (дуже виражено), щоб відобразити інтенсивність конкретного симптому протягом останнього місяця. Таким чином, сукупний бал може варіюватися від 17 до 85. Хоча самооцінка не замінює офіційного діагнозу, PCL показав себе ефективним інструментом оцінки. Weathers та співавт. (1993) радять використовувати поріг 50 і більше балів для виявлення потенційного ПТСР у ветеранів бойових дій (тобто, якщо загальна сума дорівнює 50 або більше, можна припустити наявність ПТСР, у разі меншої кількості – ні). Альтернативний метод підрахунку передбачає оцінку окремих питань відповідно до критеріїв DSM-IV. Для підозри на ПТСР необхідно, щоб хоча б одне твердження з групи №№1–5 отримало оцінку «3» (помірно) або вище, щонайменше три твердження з №№6–12 і мінімум два з №№13–17. Оптимальним порогом для кожного пункту вважається 3 бали або більше, що забезпечує надійну інтерпретацію результатів за цим підходом.

Результати досліджень

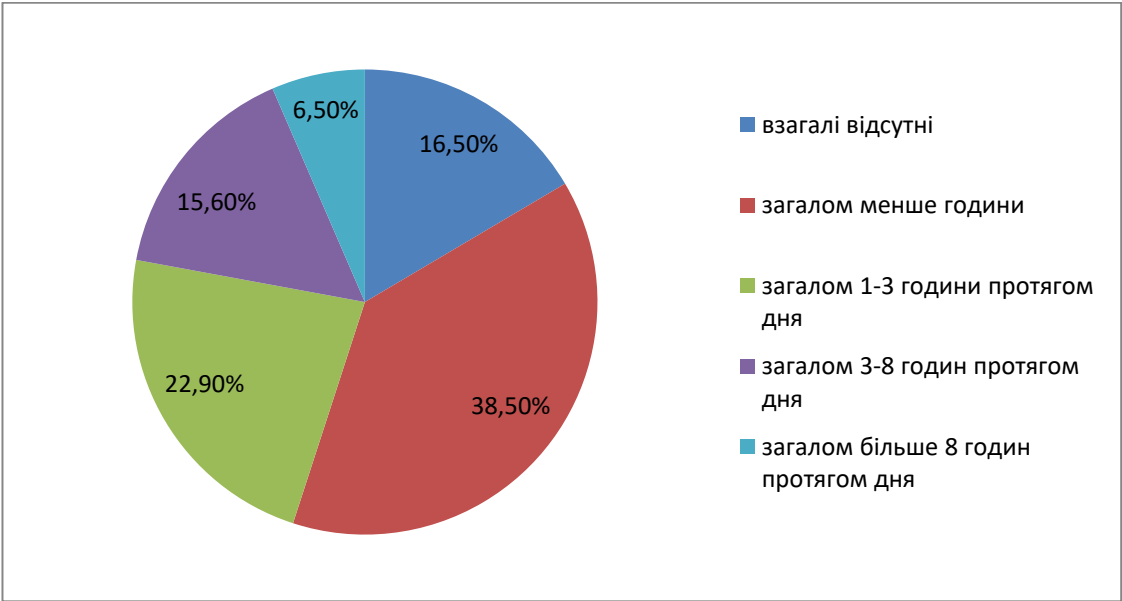


Рис. Д.1. Тривалість нав'язливих думок (обсесій) протягом доби

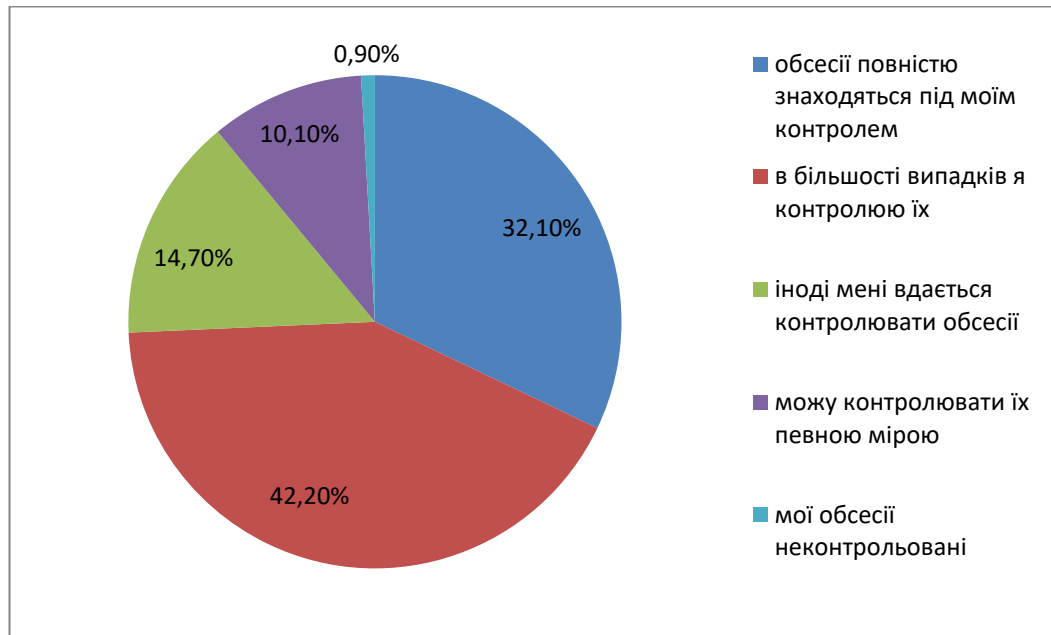


Рис. Д.2 Ступінь контролю над обсесіями

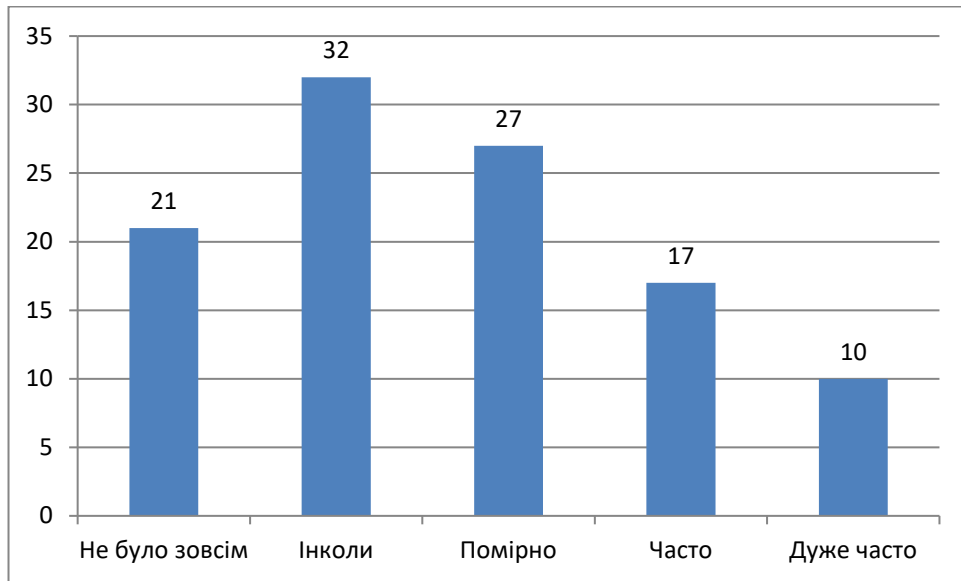


Рис. Д.3 Повторюваність думок і спогадів про травматичний досвід