

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЛЮДЕЙ З ОЗНАКАМИ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА (проєкт)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: студентка 07-231 Мз групи
спеціальності 053 Психологія
першого (магістерського) рівня
вищої освіти
Наталія Бабій

Керівник: кандидатка психологічних наук,
викладачка кафедри психології
Олена ШЕЛЕСТОВА

Рецензент: кандидатка медичних наук,
лікар-психіатр КНП «ПСИХІАТРІЯ»
Вікторія Ломтева

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЛЮДЕЙ З ОЗНАКАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	7
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у науково-психологічних концепціях	7
1.2. Особливості психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.	12
Висновки до першого розділу.	15
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ З ОЗНАКАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	17
2.1. Опис методології емпіричного дослідження.	17
2.2. Аналізування результатів визначення особливостей людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.	21
2.3. Розробка програми психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.	29
2.4. Оцінка ефективності впровадження програми психологічного супроводу.	33
Висновки до другого розділу.	37
ВИСНОВКИ.....	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	41
ДОДАТКИ.....	48

ВСТУП

Актуальність дослідження. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психологічною проблемою, яка виникає внаслідок впливу травматичних подій, таких як війни, природні катастрофи, насильство чи втрата близьких. В умовах сучасного світу, зокрема в Україні, де триває збройний воєнний супротив проти потужної агресії, кількість людей із симптомами ПТСР невпинно зростає, що робить тему психологічного супроводу осіб із ПТСР надзвичайно актуальною, адже наслідки цього розладу впливають не лише на індивідуальний рівень, але й на суспільство в цілому.

В Україні, яка переживає складний період через війну, багато людей, включаючи військовослужбовців, переселенців і цивільне населення, стикаються з травматичними подіями, що підвищує ризик розвитку ПТСР. Даний розлад характеризується такими симптомами, як нав'язливі спогади, тривожність, уникнення травматичних тригерів і порушення емоційного стану. Без належної психологічної допомоги люди з ПТСР можуть зазнавати соціальної ізоляції, депресії, залежностей чи інших психічних розладів, що ускладнює їхню інтеграцію в суспільство та створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я.

Однією з ключових проблем є обмежена кількість кваліфікованих фахівців і спеціалізованих програм в Україні, які могли б надавати якісну допомогу особам із ПТСР. Багато психологів не мають достатньої підготовки для роботи з цим розладом, а наявні ресурси часто не відповідають масштабам проблеми, що підкреслює необхідність розробки та впровадження сучасних підходів до психологічного супроводу, які враховували б культурні, соціальні та економічні особливості країни.

Раннє виявлення ознак ПТСР і своєчасне втручання відіграють важливу роль у запобіганні хронізації розладу. Профілактичні програми, спрямовані на групи ризику, такі як ветерани, жертви насильства чи люди, які пережили втрату,

можуть значно знизити ймовірність розвитку серйозних психологічних проблем. Дослідження в цій сфері також сприяють підвищенню обізнаності суспільства про ПТСР, що допомагає зменшити стигматизацію та сприяє своєчасному зверненню по допомогу.

Отже, дослідження психологічного супроводу людей із ознаками ПТСР має не лише наукове, але й практичне значення. Воно спрямоване на вирішення актуальних проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям, і сприяє створенню ефективних стратегій підтримки, які допоможуть людям подолати наслідки травматичних подій і повернутися до повноцінного життя. В умовах сьогодення ця тема є критично важливою для забезпечення психологічного добробуту населення та зміцнення соціальної стабільності в Україні.

Теоретична база дослідження. Наукові праці та роботи Ю. Асаєвої, О. Блінова, О. Богучарової, О. Божук, М. Галич, В. Горбунової, Н. Журавльової, В. Коширець, О. Литвиненко, Н. Лук'янчук, І. Марціновської, Л. Нянько, Л. Ободовської, Т. Розумовської та ін.

Об'єкт дослідження: ПТСР як соціально-психологічна проблема.

Предмет дослідження: психологічний супровід людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.

Мета дослідження: теоретично та емпірично дослідити особливості психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.

Завдання дослідження:

1. Визначити поняття посттравматичного стресового розладу у науково-психологічних концепціях.
2. Зазначити особливості психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості людей з ознаками посттравматичного стресового розладу.

4. Розробити програму психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу на основі результатів емпіричного дослідження.

5. Оцінити ефективність впровадження програми психологічного супроводу.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз теоретичних знань та науково-дослідницької літератури, які мають відношення до самого поняття посттравматичного стресового розладу, його проявів та особливостей впливів на людину;
- емпіричні: психодіагностичні методики (PCL-5 опитувальник для оцінки симптомів ПТСР, шкала сприйнятого стресу (PSS-10, в адаптації О. Вельдбрехт та Н. Тавровецької), шкала позитивного та негативного афекту (SPANE, в адаптації В. Олефір, В. Боснюк, К. Малофейкіної), методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер), тест «Мета в житті» Д. Крамбо і Л. Махоліка (адаптація Т. Кулаєвої));
- математичні: визначення кількісних показників у досліджуваній групі для визначення проявів показників, коефіцієнт кореляції Пірсона.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження психологічного супроводу осіб із ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають значний практичний потенціал, оскільки спрямовані на вирішення актуальних проблем психічного здоров'я в Україні, особливо в умовах триваючого збройного конфлікту. Розроблені методи та підходи до психологічної допомоги можуть бути використані для створення спеціалізованих програм підтримки для груп ризику, таких як ветерани, переселенці та цивільне населення, яке зазнало травматичних подій. Впровадження цих програм у медичних, соціальних і громадських установах сприятиме покращенню якості життя людей із ПТСР, зниженню рівня соціальної ізоляції, депресії та інших супутніх розладів.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у поглибленні розуміння психологічних механізмів ПТСР, зокрема особливостей його прояву в українському контексті. Результати сприяють уточненню та розширенню теоретичної бази щодо впливу травматичних подій на психіку людини, а також ефективності різних терапевтичних підходів. Дослідження дозволяє систематизувати знання про культурні, соціальні та психологічні фактори, які впливають на перебіг ПТСР, що є важливим для розвитку психологічної науки в Україні.

Наукова новизна дослідження полягає у розробці та адаптації методів психологічного супроводу осіб із ПТСР з урахуванням особливостей українського соціокультурного контексту. В умовах обмеженої кількості досліджень, присвячених цій проблемі в Україні, робота пропонує унікальний підхід до інтеграції світових практик із місцевими реаліями. Зокрема, новизна проявляється у вивченні ефективності комбінованих терапевтичних методів, таких як поєднання когнітивно-поведінкової терапії з онлайн-консультаціями, що є відносно новим напрямком у психологічній практиці.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження у сфері психологічного супроводу осіб із ПТСР можуть бути спрямовані на поглиблене вивчення ефективності інноваційних технологій, таких як віртуальна реальність чи штучний інтелект, у терапії травм. Важливим напрямком є розробка та впровадження онлайн-платформ для психологічної допомоги, що забезпечать доступність підтримки в віддалених регіонах України.

Структура кваліфікаційної роботи включає у себе вступ, два розділи основного дослідження, висновки, перелік використаної літератури (50 найменувань) та додатків. Загальний обсяг становить 53 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЛЮДЕЙ З ОЗНАКАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психологічним станом, що виникає внаслідок впливу травматичних подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду. В умовах сучасних викликів, зокрема воєнних конфліктів, природних катастроф та соціальних криз, проблема ПТСР набуває особливої актуальності, особливо в Україні, де значна частина населення стикається з наслідками травматичних подій. Психологічний супровід осіб із ознаками ПТСР є важливим напрямком сучасної психологічної науки та практики, спрямованим на відновлення психічного здоров'я, соціальної адаптації та підвищення якості життя.

У цьому розділі розглядаються теоретичні основи ПТСР, ключові аспекти його прояву, а також сучасні підходи до психологічного супроводу, які враховують як світовий досвід, так і специфіку українського контексту. Аналіз літератури та наукових джерел дозволяє окреслити основні концепції, методи та виклики, пов'язані з наданням ефективної допомоги людям, які страждають від цього розладу.

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у науково-психологічних концепціях

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найскладніших і найпоширеніших психічних розладів, що виникають унаслідок впливу надзвичайно стресових або травматичних подій. Даний стан привертає увагу дослідників у всьому світі, оскільки його прояви мають значний вплив на психологічне здоров'я, соціальну адаптацію та загальну якість життя людини. У науково-психологічних концепціях ПТСР розглядається як багатогранне явище, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні аспекти. У цьому підрозділі

розглядаються основні теоретичні підходи до визначення ПТСР, його діагностичні критерії, етіологія та ключові концепції, які пояснюють механізми його розвитку [13].

Т. Тернопольська-Чернікова зазначає: «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це розлад психічного здоров'я, що розвивається після пережитої або побаченої травматичної події. Такою подією може стати побачений бій, побачена загибель людини, ракетний обстріл, сексуальне насильство тощо» [38].

Ю. Асєєва вказує, що посттравматичний стресовий розлад є патологічним станом, що розвивається як реакція на надзвичайно стресову або травматичну подію, таку як участь у бойових діях, природні катастрофи, фізичне чи сексуальне насильство. Даний розлад належить до категорії тривожних розладів і виникає після переживання або спостереження події, що становить загрозу життю чи фізичній безпеці. Характерною особливістю реакції на таку подію є інтенсивні емоційні переживання, зокрема сильний страх, відчуття безпорадності або жаху [3].

Науковці визначають, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може розвинутися у людей будь-якого віку після пережиття травматичних подій, що характеризуються загрозою життю, фізичною чи психологічною безпекою. Однак певні фактори підвищують імовірність виникнення цього розладу, впливаючи на вразливість людини до психологічних наслідків травми:

1. Стать. Дослідження вказують, що стать відіграє значну роль у схильності до розвитку ПТСР. Жінки мають вищу ймовірність розвитку цього розладу порівняно з чоловіками. За даними епідеміологічних досліджень, жінки приблизно вдвічі частіше діагностуються з ПТСР після травматичних подій. Дана різниця може бути зумовлена кількома факторами, зокрема біологічними особливостями, такими як гормональні відмінності, що впливають на регуляцію стресових реакцій [16; 23].

2. Історія психічних розладів. Наявність в анамнезі психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади чи біполярний розлад, значно підвищує ризик розвитку ПТСР. Попередні психічні захворювання можуть свідчити про

знижену стійкість до стресу або дисфункцію у механізмах регуляції емоцій [27; 30].

3. Травми в дитинстві. Досвід травматичних подій у дитинстві, таких як фізичне чи емоційне насильство, нехтування або втрата близьких, є одним із найпотужніших факторів ризику розвитку ПТСР у дорослому віці. Дитячі травми можуть порушувати формування здорових механізмів подолання стресу, що робить людину більш вразливою до психологічних наслідків подальших травматичних подій [32; 37].

4. Відчуття безпорадності або надзвичайного стану. Інтенсивність суб'єктивного переживання травматичної події має вирішальне значення для розвитку ПТСР. Відчуття безпорадності, безсилля або перебування в надзвичайному стані під час травми значно підвищує ризик розладу [40].

5. Довготривале переживання травматичної події. Хронічні або повторювані травми, такі як тривале перебування в зоні бойових дій, домашнє насильство чи затяжні стресові ситуації, підвищують імовірність ПТСР. Довготривалий вплив стресу може призводити до накопичення психологічного навантаження, що перевантажує адаптаційні механізми людини [35; 43].

6. Відсутність соціальної підтримки після травми. Соціальна підтримка є критично важливим фактором, що впливає на здатність людини справлятися з наслідками травматичних подій. Відсутність підтримки з боку сім'ї, друзів чи громади може значно підвищувати ризик розвитку ПТСР. Люди, які відчувають ізоляцію або стигматизацію після травми, менш схильні звертатися по допомогу, що ускладнює процес відновлення [46; 47].

7. Надмірний стрес після травматичної події. Події, що слідують за травмою, також можуть впливати на ймовірність розвитку ПТСР. Надмірний стрес, викликаний, наприклад, втратою роботи, фінансовою нестабільністю, розривом стосунків чи необхідністю адаптації до нових умов (як у випадку переселенців), може ускладнювати відновлення. Такі додаткові стресові фактори перевантажують психологічні ресурси людини, знижуючи її здатність ефективно обробляти травматичний досвід [34; 50].

8. Вживання психоактивних речовин. Вживання алкоголю, наркотичних речовин чи інших психоактивних засобів після травматичної події є ще одним фактором ризику. Люди можуть звертатися до таких засобів як до способу самолікування, щоб приглушити больові спогади чи зменшити тривожність. Однак це лише погіршує ситуацію, оскільки психоактивні речовини порушують нормальну роботу мозку, зокрема систем, відповідальних за регуляцію емоцій і пам'яті [24].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) діагностується на основі певних ознак, які з'являються після пережитої травматичної події. Для встановлення діагнозу необхідно, щоб людина пережила або стала свідком серйозної травми, а також мала певні симптоми, які впливають на її життя. Такі симптоми поділяються на три основні групи: нав'язливі спогади, уникнення або емоційне заціпеніння, а також підвищена тривожність чи збудження. Додатково враховується тривалість цих симптомів і те, як вони впливають на повсякденне життя людини. Вказані критерії застосовуються до дорослих, підлітків і дітей старше 6 років [10].

Для діагнозу ПТСР необхідно, щоб людина пережила травматичну подію, яка загрожувала життю чи безпеці. Симптоми поділяються на три групи [1; 6]:

1. Нав'язливі спогади: людина постійно згадує травматичну подію через мимовільні думки, сни чи яскраві спогади (флешбеки), які викликають сильний дискомфорт.

2. Уникнення або емоційне заціпеніння: людина намагається уникати всього, що нагадує про травму, наприклад, місць, людей чи розмов; може відчуватися байдужість, відстороненість від інших або втрата інтересу до раніше улюблених справ.

3. Підвищена тривожність чи збудження, що може проявлятися через дратівливість, труднощі зі сном, постійне відчуття напруги чи надмірну реакцію на звичайні подразники.

ПТСР може мати додаткові особливості, які враховуються при діагностиці [2; 11]:

1. Дисоціативна специфікація. Деякі люди з ПТСР відчувають дисоціацію – стан, коли здається, що вони втрачають зв'язок із собою чи навколишнім світом, що може проявлятися у двох формах:

- деперсоналізація – людина відчуває себе відстороненою від власного тіла чи думок, ніби спостерігає за собою зі сторони або перебуває у сні;
- дереалізація – світ навколо здається нереальним, далеким або спотвореним, як у фільмі; людина може відчувати, що все довкола виглядає дивно чи ніби вона дивиться на своє життя через скло.

2. Відкладена специфікація. У деяких випадках повний набір симптомів ПТСР проявляється не одразу, а лише через 6 місяців або більше після травми. Хоча окремі ознаки можуть з'явитися раніше, діагноз ставлять, коли симптоми стають вираженими та тривалими.

Діагностичні критерії ПТСР зазнали змін у новішій версії посібника DSM-5 порівняно з попередньою DSM-4. Основні відмінності включають у себе [42; 49]:

1. У DSM-5 уточнили, що раптова смерть близької людини через природні причини (наприклад, хворобу) більше не вважається подією, яка може викликати ПТСР, що звузило коло подій, що кваліфікуються як травматичні.

2. Раніше в DSM-4 вимагалось, щоб людина під час травми відчувала сильний страх, безпорадність чи жах. У DSM-5 цю умову прибрали, оскільки дослідження показали, що вона не впливає на точність діагнозу.

3. У DSM-4 такі симптоми об'єднувалися в одну групу, але в DSM-5 їх розділили на два окремих критерії: уникнення (наприклад, уникнення місць чи розмов, пов'язаних із травмою) та негативні зміни в мисленні й настрої (наприклад, відчуття провини чи втрата інтересу до життя), що означає, що для діагнозу необхідно мати принаймні один симптом уникнення.

У наукових джерелах зазначається, що у DSM-5 додали нові симптоми, щоб краще описати ПТСР [48]:

- негативні думки та настрої;
- небезпечна чи деструктивна поведінка.

Отже, поняття ПТСР у науково-психологічних концепціях охоплює широкий спектр підходів, від біологічних до психосоціальних, що відображають його складну природу. Діагностика ПТСР базується на чітких критеріях, які враховують вплив травматичної події та наявність симптомів із трьох основних груп: нав'язливих спогадів, уникнення або заціпеніння, а також підвищеної тривожності. Додаткові специфікації, такі як дисоціація чи відкладений прояв, допомагають точніше описати стан людини.

1.2. Особливості психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу

Психологічний супровід осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є складним і багатогранним процесом, який вимагає глибокого розуміння природи цього розладу та індивідуальних особливостей людини. ПТСР виникає як реакція на травматичні події, що супроводжуються сильним страхом, безпорадністю чи жахом, і проявляється через нав'язливі спогади, уникнення пов'язаних із травмою подразників, негативні зміни в мисленні чи настрої, а також підвищену тривожність. Такі симптоми ускладнюють повсякденне життя, впливаючи на соціальні зв'язки, професійну діяльність і загальний добробут [7; 8].

Мета психологічного супроводу полягає в полегшенні цих симптомів, відновленні психічного здоров'я та допомозі в поверненні до повноцінного життя. У цьому підрозділі розглядаються основні підходи до організації такого супроводу, методи роботи, їх адаптація до українського контексту та виклики, з якими стикаються фахівці [14].

Л. Ободовська зазначає, що психологічний супровід осіб із ПТСР має бути зосередженим на травматичному досвіді, щоб допомогти людині переосмислити його в безпечному середовищі. Важливо враховувати індивідуальні особливості, такі як тип травми, вік, стать і культурний фон, оскільки кожен випадок унікальний. Емпатія та безоціночний підхід є основою для побудови довіри між психологом і клієнтом, адже осуд чи тиск можуть погіршити стан. Супровід має

бути стабільним і послідовним, оскільки відновлення від ПТСР часто є тривалим процесом, що може тривати місяці або навіть роки. Комплексний підхід, який поєднує психологічну підтримку з соціальною та, за потреби, медичною допомогою, сприяє цілісному відновленню [27].

Серед методів психологічного супроводу особливе місце займає когнітивно-поведінкова терапія, яка вважається однією з найефективніших для роботи з ПТСР. Даний підхід допомагає людині змінити негативні думки та поведінку, які підтримують симптоми розладу. Додатково застосовуються техніки, спрямовані на заміну песимістичних переконань, таких як відчуття провини чи небезпеки, більш адаптивними думками. Дихальні вправи та методи релаксації допомагають знизити тривожність і напругу, які часто супроводжують ПТСР [17; 44].

3. Кісарчук вважає, що ефективним методом є десенсибілізація та переробка рухами очей, відомий як EMDR, що використовує двосторонню стимуляцію, наприклад рухи очей, щоб допомогти обробити травматичні спогади, які часто зберігаються у фрагментованому вигляді та викликають сильний дистрес. Під час терапії клієнт зосереджується на травматичних образах, одночасно виконуючи рухи очима, що сприяє інтеграції цих спогадів у пам'ять і зниженню їхнього впливу. Даний метод проходить через кілька етапів, включаючи підготовку та закріплення позитивних переконань, і часто дає швидкі результати, особливо для людей із яскравими флешбеками [39].

Групова терапія відіграє важливу роль у супроводі осіб із ПТСР, створюючи простір для обміну досвідом і відчуття спільноти. У групах люди можуть ділитися переживаннями, відчувати підтримку та зменшувати ізоляцію, яка часто супроводжує цей розлад. Такі заняття можуть бути зосереджені на обробці травматичних подій або на розвитку навичок подолання стресу. В Україні подібний метод є особливо цінним для ветеранів і переселенців, які втратили соціальні зв'язки через війну [18].

Інші підходи включають наративну терапію, яка допомагає людині переосмислити травматичний досвід як частину ширшої життєвої історії,

зменшуючи почуття провини чи сорому. Техніки усвідомленості дозволяють клієнтам залишатися в моменті, знижуючи вплив нав'язливих спогадів. Психодинамічна терапія зосереджується на несвідомих процесах і ранніх досвідах, які можуть впливати на реакцію на травму [21; 41].

В Україні психологічний супровід осіб із ПТСР має свої особливості, зумовлені соціальними та культурними факторами. Триваючий збройний конфлікт спричинив масові травматичні події, що стосуються не лише військових, а й цивільних осіб, зокрема дітей і переселенців. Одним із головних викликів є стигматизація психологічної допомоги, через яку багато людей, особливо чоловіки та ветерани, уникають звернення до фахівців, вважаючи це проявом слабкості. Обмежена кількість кваліфікованих психологів, особливо в сільських регіонах, ускладнює доступ до якісної підтримки. Культурні особливості, такі як сильна орієнтація на сім'ю, можуть бути як ресурсом, так і перешкодою, якщо рідні не розуміють природи ПТСР [26; 36].

На думку Л. Дзюбко, раннє втручання відіграє ключову роль у запобіганні хронізації ПТСР. Психоедукація допомагає людям зрозуміти природу їхнього стану та вчасно звернутися по допомогу. Кризове втручання, яке включає техніки стабілізації, такі як дихальні вправи чи методи заземлення, може бути ефективним одразу після травматичної події. Залучення соціальних ресурсів, таких як підтримка громади чи близьких, створює сприятливе середовище для відновлення. В Україні профілактичні програми можуть бути спрямовані на групи ризику, наприклад, ветеранів, які повертаються з бойових дій, або дітей, які пережили обстріли [12].

Серед труднощів, з якими стикаються фахівці, є індивідуальні відмінності в реакції на терапію. ПТСР часто супроводжується депресією, тривожними розладами чи залежностями, що вимагає комплексного підходу до лікування. Емоційне вигорання психологів є ще однією проблемою, оскільки робота з травмами є психологічно виснажливою. Доступ до психологічної допомоги залишається обмеженим через фінансові чи логістичні бар'єри, особливо в умовах економічної нестабільності в Україні [29].

Сучасні технології відкривають нові можливості для психологічного супроводу. Використання віртуальної реальності дозволяє створювати контрольоване середовище для роботи з травматичними спогадами, що може бути ефективним для експозиційної терапії. Онлайн-платформи для консультацій розширюють доступ до підтримки, що є критично важливим для України, де багато людей живуть у віддалених регіонах [22; 33].

У майбутньому розвиток психологічного супроводу має бути зосереджений на міждисциплінарному підході, який поєднує психологічну, медичну та соціальну допомогу. Підготовка фахівців, створення національних протоколів для роботи з ПТСР і адаптація їх до місцевих умов є важливими кроками для підвищення ефективності супроводу [31].

Отже, психологічний супровід осіб із ПТСР є складним, але необхідним процесом, особливо в Україні, де травматичні події мають масовий характер. Використання науково обґрунтованих методів дозволяє досягти значних результатів у полегшенні симптомів і відновленні психічного здоров'я, а адаптація цих методів до українських реалій, подолання стигматизації та розширення доступу до підтримки є ключовими для забезпечення ефективної допомоги.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз проблематики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволяє зробити висновок, що цей стан є складним психологічним феноменом, який виникає внаслідок впливу травматичних подій і має значний вплив на психічне здоров'я та соціальну адаптацію людини. У науково-психологічних концепціях ПТСР розглядається як розлад, що поєднує біологічні, когнітивні, поведінкові та психосоціальні аспекти. Його діагностичні критерії, визначені в DSM-5, включають нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни в мисленні та настрої, а також підвищену тривожність, які проявляються після серйозної травми та впливають на повсякденне функціонування.

Психологічний супровід осіб із ПТСР є багатогранним процесом, який вимагає індивідуалізованого, емпатійного та комплексного підходу. Основними методами є когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR), групова терапія, а також наративні та психодинамічні підходи, які допомагають зменшити інтенсивність симптомів і сприяють відновленню. В Україні цей процес ускладнений стигматизацією психологічної допомоги, обмеженістю ресурсів і масовістю травматичних подій. Раннє втручання, психоедукація та залучення соціальної підтримки відіграють ключову роль у запобіганні хронізації розладу. Використання сучасних технологій, таких як онлайн-терапія чи віртуальна реальність, відкриває нові можливості для підвищення доступності та ефективності психологічного супроводу.

Отже, теоретичний огляд підкреслює необхідність інтеграції світових практик із локальними реаліями, щоб забезпечити якісну допомогу людям із ПТСР, сприяючи їхній соціальній адаптації та психологічному благополуччю.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ З ОЗНАКАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психологічною проблемою, яка впливає на емоційний стан, поведінку та соціальну адаптацію людини після пережитих травматичних подій. В умовах сучасної України, де значна частина населення зазнала впливу війни, втрати близьких чи інших стресових ситуацій, емпіричне вивчення психологічних особливостей осіб із ПТСР набуває особливого значення.

Даний розділ присвячений аналізу результатів практичного дослідження, спрямованого на виявлення характерних психологічних рис, емоційних реакцій осіб із ознаками ПТСР, а також оцінці ефективності методів психологічного супроводу. Дослідження має на меті поглибити розуміння індивідуальних проявів розладу та визначити оптимальні стратегії підтримки, адаптовані до потреб українського суспільства.

2.1. Опис методології емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей людей з ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було проведено з метою поглибленого вивчення проявів цього розладу, зокрема в контексті сучасних українських реалій, зумовлених війною та її наслідками. Для забезпечення достовірності та об'єктивності результатів було ретельно розроблено методологію, яка охоплює вибірку учасників, набір психодіагностичних інструментів, організацію експериментального втручання та методи обробки даних. У цьому підрозділі детально описано організацію дослідження, характеристики вибірки, застосовані методики, процедуру експерименту та підходи до аналізу отриманих даних.

Дослідження проводилося за участю 54 осіб, які зазнали впливу травматичних подій, пов'язаних із воєнними діями в Україні, втратою близьких, окупацією, ракетними обстрілами чи іншими подібними подіями. Вибірка включала осіб віком від 21 до 58 років, що дозволило охопити широкий спектр вікових груп і життєвих досвідів. Із загальної кількості учасників 38 були жінками, а 16 – чоловіками, що відображає гендерну диспропорцію, яка часто спостерігається в дослідженнях ПТСР, оскільки жінки мають вищу схильність до розвитку цього розладу. Вибірка формувалася з урахуванням добровільної участі, анонімності та конфіденційності, що сприяло створенню довірливого середовища для збору даних.

Для вивчення психологічних особливостей осіб із ознаками ПТСР було використано комплекс психодіагностичних інструментів, які дозволили оцінити симптоми розладу, рівень стресу, емоційний стан, суб'єктивне благополуччя та сенс життя:

1. Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Одним із ключових інструментів дослідження став Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), розроблений Національним центром із ПТСР США на основі діагностичних критеріїв DSM-5. Даний інструмент є стандартизованим методом самооцінки, який складається з 20 питань, що відповідають чотирьом основним групам симптомів ПТСР: нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни в мисленні та настрої, а також підвищена збудливість [5].

Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 (симптом відсутній) до 4 (симптом надзвичайно виражений), що дозволяє отримати загальний бал від 0 до 80. Вищі бали вказують на більшу тяжкість симптомів. PCL-5 використовувався для скринінгу ПТСР, кількісної оцінки симптомів і моніторингу їхньої динаміки. Заповнення опитувальника займає 5-10 хвилин, що робить його зручним для використання в емпіричних дослідженнях [4].

2. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10). Для оцінки рівня сприйнятого стресу була застосована Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) в адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької. Даний інструмент є визнаним у світі методом для

вимірювання психологічного стресу, що дозволяє оцінити, наскільки людина сприймає своє життя як непередбачуване, неконтрольоване чи перевантажене. PSS-10 складається з 10 тверджень, які респонденти оцінюють за п'ятибальною шкалою, відображаючи частоту стресових переживань за останній місяць [9].

3. Шкала позитивного та негативного афекту (SPANE). Для аналізу емоційного стану учасників було використано Шкалу позитивного та негативного афекту (SPANE) в адаптації В. Олефір, В. Боснюк і К. Малофейкіної. Даний інструмент складається з 12 прикметників, що описують як загальні, так і специфічні емоції [28].

Учасники оцінювали частоту переживання цих емоцій протягом останніх чотирьох тижнів за п'ятибальною шкалою – від «дуже рідко або ніколи» (1 бал) до «дуже часто або завжди» (5 балів). SPANE дозволила оцінити баланс між позитивними та негативними емоціями, що є важливим для розуміння емоційних проявів ПТСР, зокрема таких симптомів, як емоційне заціпеніння чи негативний афект [28].

4. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі, адаптована Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, була використана для оцінки рівня суб'єктивного благополуччя учасників. Дана методика включає 24 пункти, які оцінюються за п'ятибальною шкалою, і складається з трьох субшкал: психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя, а також стосунки. Перша субшкала вимірює здатність людини контролювати своє життя, відчувати оптимізм і впевненість у своїх переконаннях. Друга субшкала оцінює задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну та повсякденною активністю. Третя субшкала аналізує комфортність у спілкуванні, наявність щасливих стосунків і здатність звертатися по допомогу [15; 25].

5. Тест «Мета в житті». Для оцінки сенсу життя та його впливу на психологічний стан учасників було використано тест «Мета в житті» Д. Крамбо і Л. Махоліка в адаптації Т. Кулаєвої. Даний опитувальник складається з 20 тверджень, які респонденти оцінюють за п'ятибальною шкалою, що дозволяє

визначити два виміри: наявність сенсу життя (чи вважає людина своє життя осмисленим) і пошук сенсу (мотивація до розуміння сенсу життя). Загальний бал варіюється від 20 до 100, причому оцінка нижче 50 може вказувати на відчуття екзистенційної порожнечі чи відсутність життєвих цілей [19; 20; 45].

Після здійснення первинної діагностики за допомогою зазначених психодіагностичних інструментів учасників було поділено на дві групи: контрольну групу (КГ) і експериментальну групу (ЕГ), по 27 осіб у кожній. Поділ здійснювався з урахуванням вираженості симптомів ПТСР, щоб забезпечити порівнянність груп.

Учасники контрольної групи не отримували спеціалізованого психологічного втручання, тоді як для експериментальної групи було розроблено та впроваджено програму психологічного супроводу. Розроблена програма включала комбінацію методів, таких як елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації та групові заняття, спрямовані на зменшення симптомів ПТСР, підвищення емоційної стабільності та покращення суб'єктивного благополуччя. Програма тривала визначений період, після чого було проведено повторне тестування обох груп за тими ж психодіагностичними методиками. Результати втручання порівнювалися для оцінки ефективності програми психологічного супроводу, зокрема щодо зменшення тяжкості симптомів ПТСР, рівня стресу, покращення емоційного стану та суб'єктивного благополуччя.

Для аналізу отриманих даних використано математичні методи, зокрема визначення кількісних показників для оцінки проявів ПТСР та інших психологічних характеристик у вибірці, що включало обчислення середніх значень, стандартних відхилень і розподілу показників за різними методиками. Для виявлення взаємозв'язків між змінними, такими як тяжкість симптомів ПТСР, рівень стресу, емоційний афект і суб'єктивне благополуччя, було застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона. Порівняння результатів контрольної та експериментальної груп здійснювалося за допомогою статистичних методів,

що дозволило оцінити вплив програми психологічного супроводу на психологічний стан учасників.

Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів, зокрема добровільності участі, конфіденційності даних і захисту особистої інформації учасників. Процедура збору даних включала заповнення опитувальників у письмовій або електронній формі, залежно від умов, з якими стикалися учасники. Час заповнення варіювався залежно від методики, але загалом не перевищував 30-40 хвилин на одного учасника. Для забезпечення достовірності даних учасникам надавалися чіткі інструкції, а в разі потреби – додаткові роз'яснення від дослідників.

Методологія емпіричного дослідження була розроблена з урахуванням комплексного підходу до вивчення психологічних особливостей осіб із ознаками ПТСР. Вибірка, що включала 54 учасники з різним травматичним досвідом, дозволила отримати репрезентативні дані, враховуючи гендерні та вікові особливості. Поділ на контрольну та експериментальну групи, а також впровадження програми психологічного супроводу для експериментальної групи, створили умови для оцінки ефективності втручання. Застосування валідних і надійних психодіагностичних інструментів забезпечило багатогранний аналіз симптомів ПТСР, рівня стресу, емоційного стану, суб'єктивного благополуччя та екзистенційних аспектів.

2.2. Аналізування результатів визначення особливостей людей з ознаками посттравматичного стресового розладу

Першочергово нами було проаналізовано результати за опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5), що представлені нами у вигляді рис. 2.1.

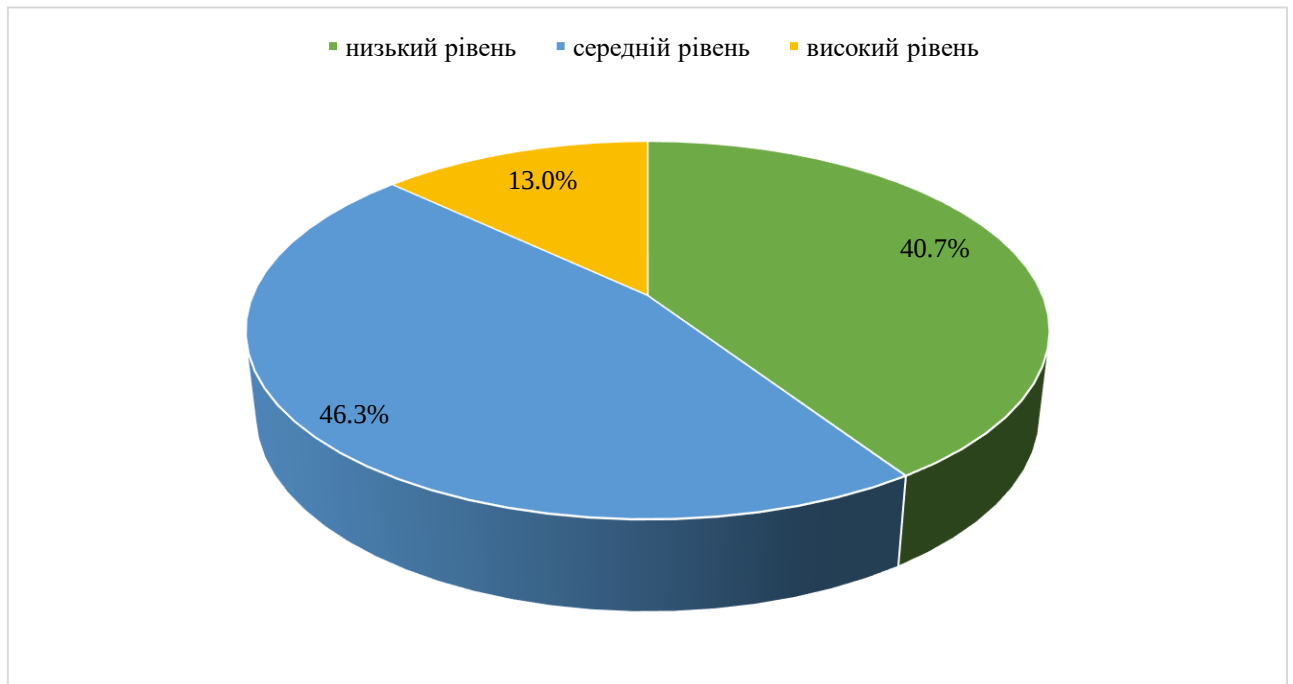


Рис. 2.1. Показники проявів ПТСР (PCL-5), n=54

За підсумками обробки даних, отриманих за допомогою PCL-5, було встановлено, що низький рівень симптомів ПТСР спостерігався у 40,7% учасників, що вказує на те, що значна частина вибірки мала слабо виражені або мінімальні прояви розладу, які не досягали клінічно значущого порогу. Середній рівень симптомів ПТСР був зафіксований у 46,3% учасників, що становить найбільшу частку вибірки. Даний результат свідчить про помірну вираженість симптомів, які можуть впливати на повсякденне життя, але не завжди відповідають повному діагностичному критерію ПТСР. Високий рівень симптомів, який вказує на значну тяжкість розладу та ймовірність клінічного діагнозу, був виявлений у 13% учасників. Такі особи, ймовірно, відчувають серйозний дистрес і потребують інтенсивного психологічного супроводу.

Розподіл результатів за рівнями вираженості симптомів ПТСР відображає гетерогенність проявів розладу у вибірці, що може бути зумовлено різноманітністю травматичних подій (військові дії, втрата близьких, ракетні обстріли тощо), індивідуальними психологічними особливостями, а також наявністю або відсутністю соціальної підтримки.

Далі нами було проаналізовано результати за шкалою сприйнятого стресу (PSS-10), що представлені нами у вигляді рис. 2.2.

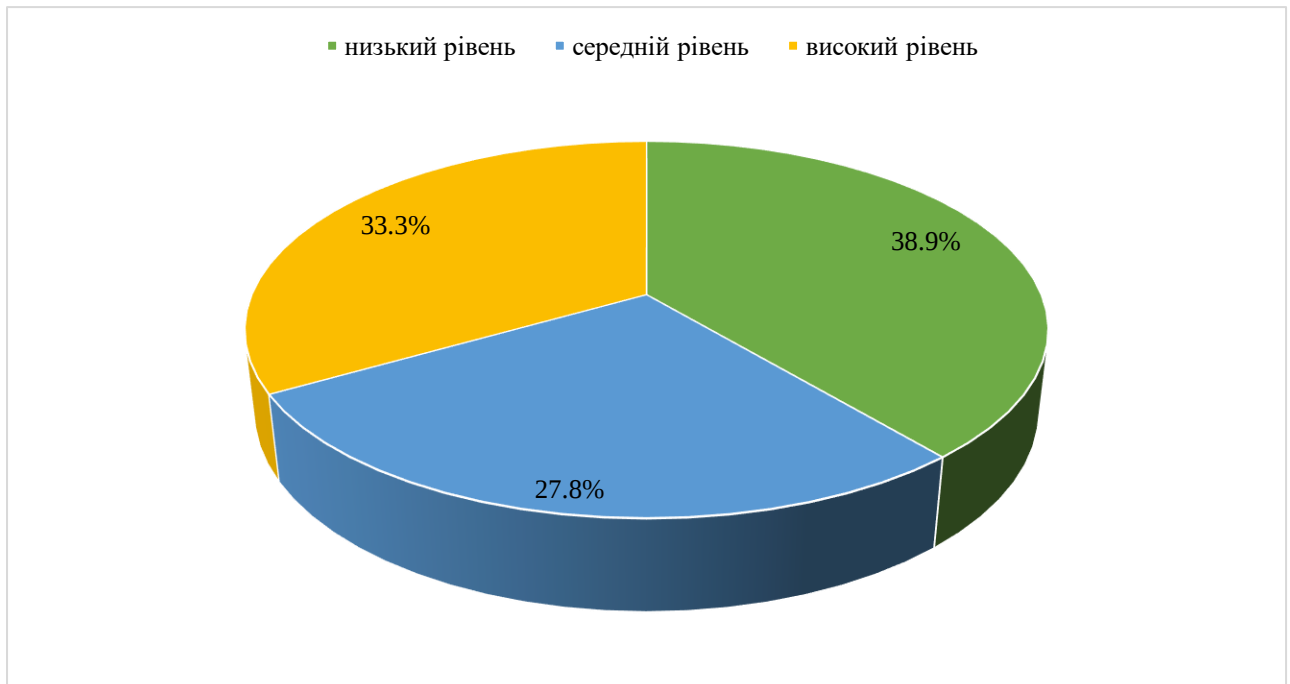


Рис. 2.2. Показники рівня сприйнятого стресу (PSS-10), n=54

Результати аналізу даних, отриманих за PSS-10, показали розподіл учасників за рівнями сприйнятого стресу. Низький рівень стресу, що свідчить про відносно стабільне сприйняття життєвих ситуацій і мінімальний вплив стресових факторів, був зафіксований у 38,9% учасників, що може вказувати на те, що частина осіб у вибірці мала достатні адаптаційні ресурси для подолання стресу, попри пережитий травматичний досвід. Середній рівень сприйнятого стресу, який відображає помірне відчуття напруги та перевантаження, спостерігався у 27,8% учасників. Дана група, ймовірно, відчуває періодичний дискомфорт, але їхній стан не досягає критичного рівня. Високий рівень сприйнятого стресу, що вказує на значне суб'єктивне перевантаження та труднощі в управлінні життєвими ситуаціями, було виявлено у 33,3% учасників. Такий рівень може посилювати прояви ПТСР, зокрема тривожність і емоційне виснаження, що потребує особливої уваги при розробці психологічного супроводу.

Отриманий розподіл результатів за PSS-10 підкреслює різноманітність реакцій на стрес у досліджуваній вибірці, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями, типом травматичних подій і наявністю соціальної підтримки. Високий рівень стресу в третини учасників вказує на

необхідність цілеспрямованих інтервенцій для зниження психологічного навантаження.

Наступним кроком нами було аналізування результатів за шкалою позитивного та негативного афекту (SPANE), що представлені у вигляді рис. 2.3.

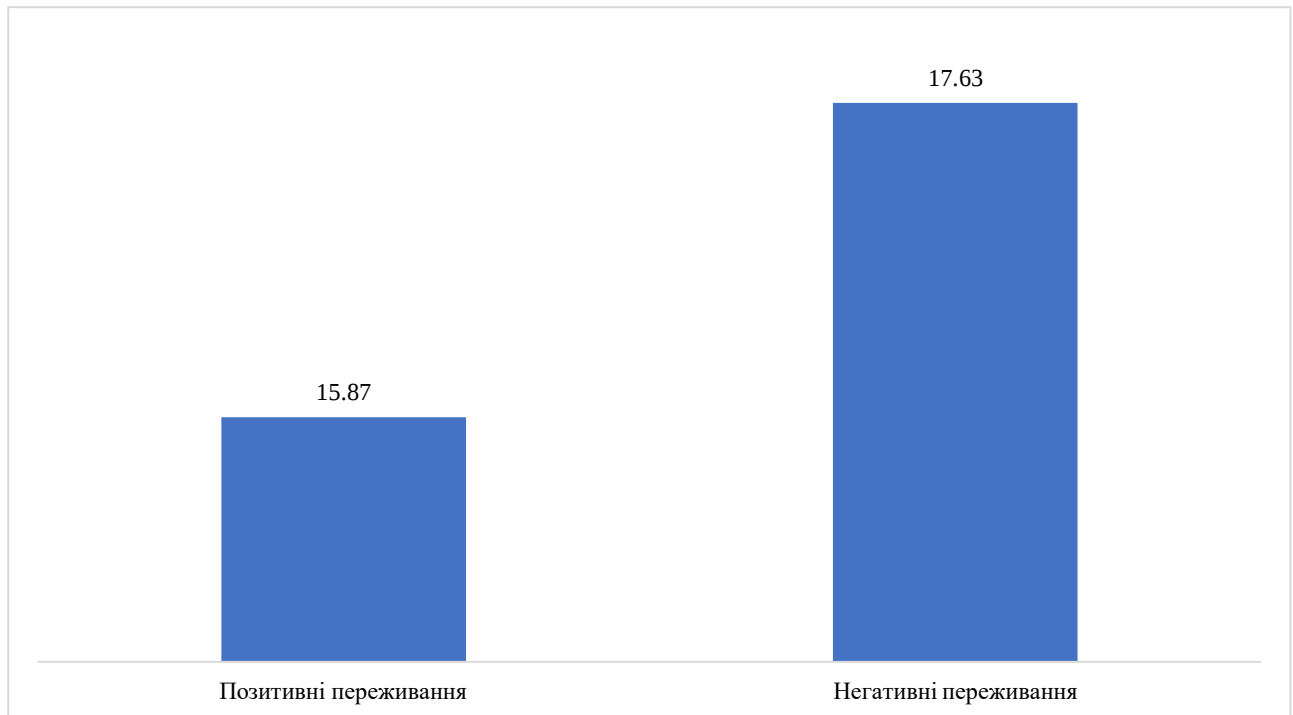


Рис. 2.3. Показники за шкалою позитивного та негативного афекту (SPANE), n=54

Результати аналізу даних за SPANE показали середні значення для двох основних шкал. Позитивні переживання, які відображають частоту таких емоцій, як радість, задоволення чи натхнення, отримали середній бал 15,87. Даний показник свідчить про відносно низький рівень позитивних емоцій у вибірці, що може бути пов'язано з впливом травматичного досвіду, який часто призводить до зниження здатності відчувати радість чи оптимізм. Негативні переживання, що включають емоції, такі як тривога, смуток чи гнів, мали середній бал 17,63. Вищий показник негативного афекту порівняно з позитивним вказує на переважання негативних емоційних станів серед учасників, що є характерною рисою ПТСР, особливо в умовах хронічного стресу, спричиненого війною.

Отримані результати підкреслюють дисбаланс між позитивними та негативними емоціями в досліджуваній групі, що може погіршувати

психологічний стан і ускладнювати соціальну адаптацію. Переважання негативного афекту, ймовірно, пов'язане з такими симптомами ПТСР, як нав'язливі спогади чи підвищена тривожність, що підтверджується попередніми результатами за PCL-5 і PSS-10.

Далі нами було проаналізовано результати за модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БiБiСi, що відображені у вигляді рис. 2.4.

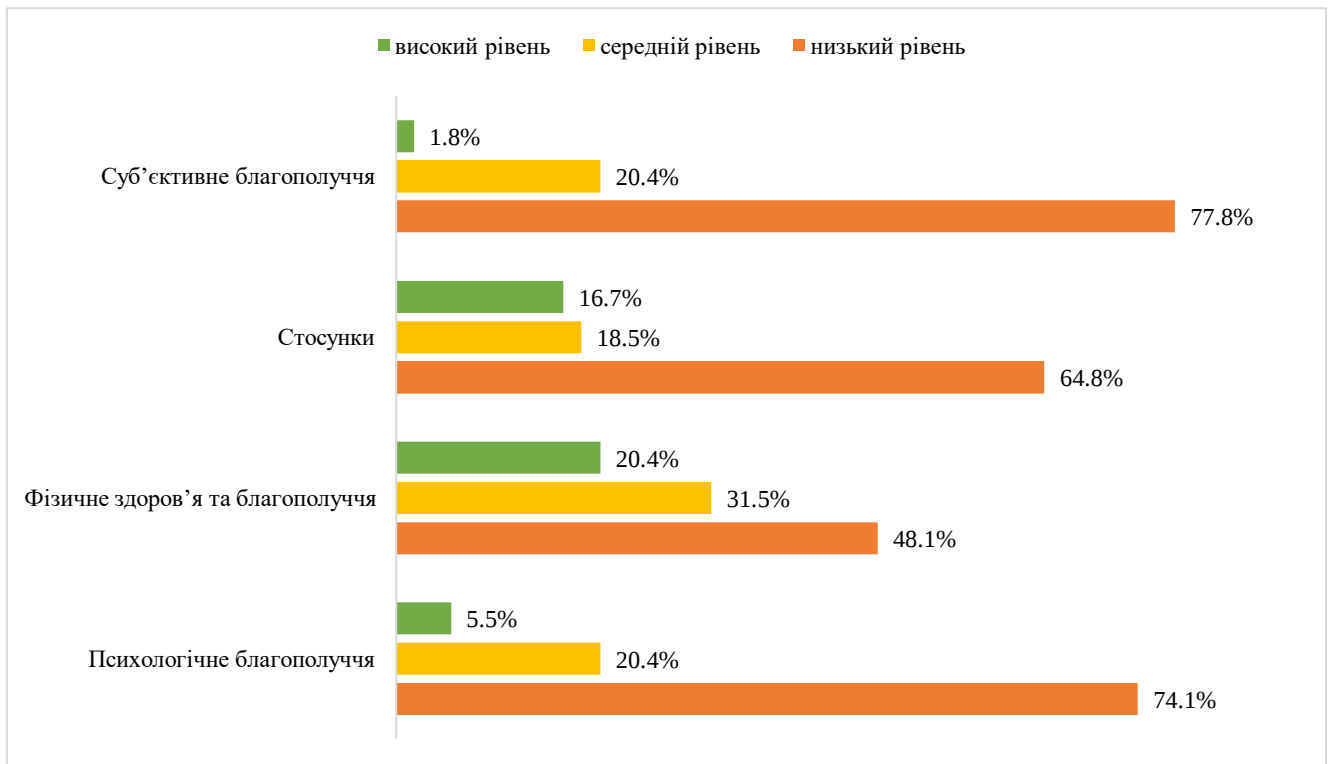


Рис. 2.4. Показники суб'єктивного благополуччя, n=54

Результати за субшкалою психологічного благополуччя, яка вимірює здатність людини відчувати контроль над своїм життям, оптимізм щодо майбутнього та впевненість у власних переконаннях, показали, що 74,1% учасників мали низький рівень цього показника, що свідчить про значні труднощі в учасників із підтримкою позитивного сприйняття себе та своїх можливостей, що може бути пов'язано з такими симптомами ПТСР, як почуття безпорадності чи негативні когнітивні схеми. Середній рівень психологічного благополуччя спостерігався у 20,4% учасників, що вказує на часткову здатність справлятися з психологічними викликами. Лише 5,5% учасників продемонстрували високий рівень психологічного благополуччя, що є

очікуваним у контексті травматичного досвіду, який часто знижує відчуття контролю та оптимізму.

За субшкалою фізичного здоров'я та благополуччя, яка оцінює задоволеність фізичним станом, якістю сну, здатністю виконувати повсякденні справи та відсутність депресії чи тривоги, низький рівень був зафіксований у 48,1% учасників. Такий результат відображає значний вплив травматичних подій на фізичне самопочуття, що може проявлятися через порушення сну чи соматичні скарги, характерні для ПТСР. Середній рівень фізичного благополуччя спостерігався у 31,5% учасників, що вказує на помірні труднощі в цій сфері. Високий рівень, який свідчить про добре фізичне самопочуття, був притаманний 20,4% учасників, що може бути пов'язано з індивідуальними ресурсами стійкості чи менш тяжкими проявами ПТСР.

Субшкала стосунків, яка оцінює комфортність у спілкуванні, наявність щасливих дружніх чи особистих зв'язків і здатність звертатися по допомогу, показала, що 64,8% учасників мали низький рівень цього показника, що підкреслює значний вплив ПТСР на соціальну сферу, зокрема через ізоляцію чи труднощі у встановленні довірливих стосунків. Середній рівень стосунків був зафіксований у 18,5% учасників, що може вказувати на часткову збереженість соціальних зв'язків. Високий рівень, який відображає міцні та підтримувальні стосунки, спостерігався у 16,7% учасників, що є відносно низьким показником, але свідчить про наявність соціальної підтримки у частини вибірки.

Загальний показник суб'єктивного благополуччя, який інтегрує дані всіх трьох субшкал, продемонстрував, що 77,8% учасників мали низький рівень, що вказує на значне зниження загального відчуття благополуччя внаслідок травматичного досвіду. Середній рівень суб'єктивного благополуччя спостерігався у 20,4% учасників, що відображає помірне збереження здатності адаптуватися до життєвих обставин. Високий рівень суб'єктивного благополуччя був зафіксований лише у 1,8% учасників, що підтверджує серйозний вплив ПТСР на якість життя більшості вибірки.

Отримані результати свідчать про значне зниження суб'єктивного благополуччя в досліджуваній групі, особливо в психологічній і соціальній сферах, що узгоджується з попередніми даними за PCL-5, PSS-10 і SPANE. Низький рівень психологічного благополуччя та стосунків, а також високий відсоток учасників із низьким загальним суб'єктивним благополуччям підкреслюють необхідність цілеспрямованого психологічного супроводу для відновлення цих аспектів.

Далі нами було проаналізовано результати за тестом «Мета в житті», що представлені у вигляді рис. 2.5.

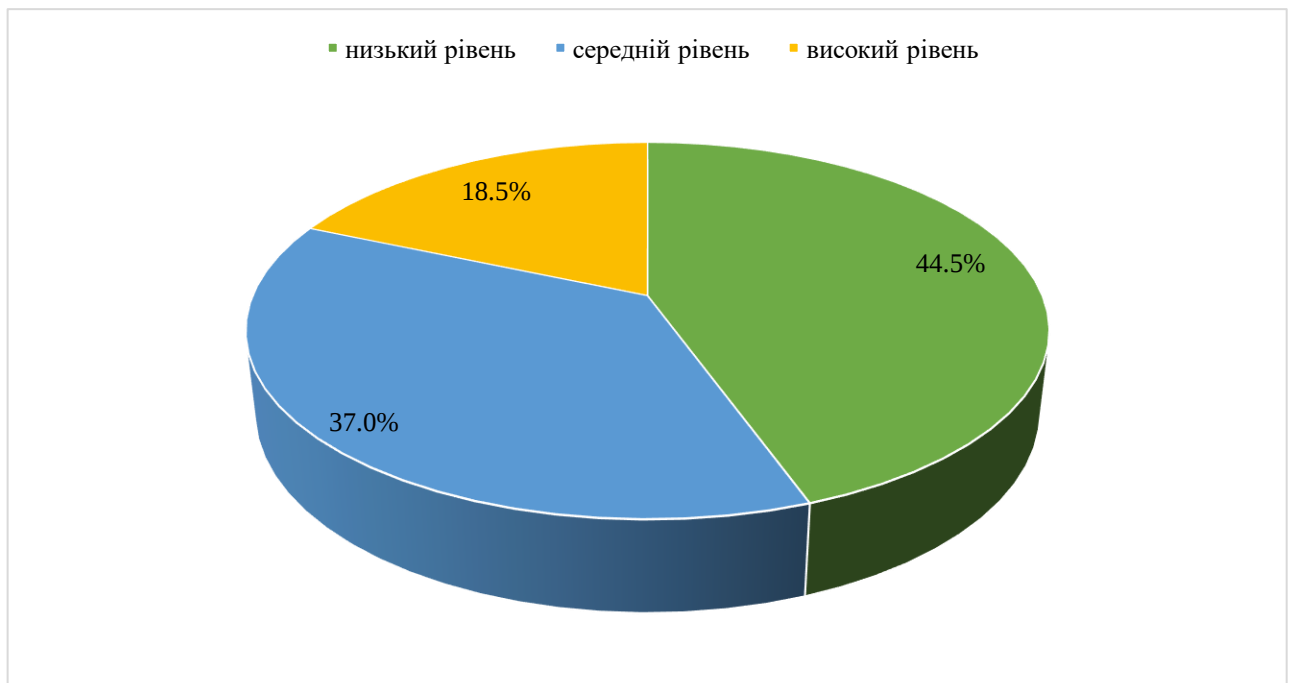


Рис. 2.5. Результати за тестом «Мета в житті», n=54

Результати аналізу даних за тестом «Мета в житті» показали розподіл учасників за рівнями осмисленості життя. Низький рівень, який може вказувати на відчуття екзистенційної порожнечі чи відсутність життєвих цілей, було зафіксовано у 44,5% учасників. Такий високий відсоток свідчить про значний вплив травматичного досвіду на сприйняття сенсу життя, що є характерним для осіб із ПТСР, адже такі симптоми, як емоційне заціпеніння чи песимістичні думки, можуть підривати відчуття мети. Середній рівень осмисленості життя спостерігався у 37% учасників, що вказує на помірну здатність знаходити сенс

або мотивацію до його пошуку, попри пережитий травматичний досвід. Високий рівень, який відображає чітке відчуття мети та мотивацію до осмислення життя, був притаманний 18,5% учасників. Такий показник, хоча й відносно низький, свідчить про наявність у частини вибірки психологічних ресурсів для збереження екзистенційної орієнтації.

Отримані результати підкреслюють, що травматичні події, пов'язані з війною та іншими кризовими ситуаціями, значно впливають на екзистенційні аспекти життя учасників, призводячи до переважання низького рівня осмисленості у значної частини вибірки. Отримані дані узгоджуються з попередніми результатами за PCL-5, PSS-10, SPANE та модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БіБіСі, які вказують на зниження психологічного благополуччя та емоційного балансу. Високий відсоток учасників із низьким рівнем сенсу життя підкреслює необхідність включення екзистенційних компонентів у програми психологічного супроводу, спрямовані на відновлення мети та мотивації.

Для визначення взаємозв'язку між досліджуваними параметрами нами було здійснено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнту Пірсона, адже отримані дані відповідають нормальному розподілу. Отримані результати представлені у вигляді табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Показники кореляційного аналізу

	Ступінь проявів ПТСР
Сприйнятий стрес	0,271; $p \leq 0,05$
Суб'єктивне благополуччя	-0,286; $p \leq 0,05$
Мета в житті	-0,237; $p \leq 0,05$

Результати кореляційного аналізу показали наявність статистично значущих зв'язків між ступенем проявів ПТСР та досліджуваними параметрами. Позитивний кореляційний зв'язок між ступенем проявів ПТСР і сприйнятим стресом ($r = 0,271$, $p \leq 0,05$) вказує на те, що вищий рівень симптомів ПТСР

асоціюється з більшим відчуттям стресу, що узгоджується з теоретичними уявленнями, оскільки ПТСР часто супроводжується відчуттям непередбачуваності та перевантаження, що посилює суб'єктивне сприйняття стресових ситуацій.

Негативний кореляційний зв'язок між ступенем проявів ПТСР і суб'єктивним благополуччям ($r = -0,286, p \leq 0,05$) свідчить про те, що зростання тяжкості симптомів ПТСР пов'язане зі зниженням рівня суб'єктивного благополуччя, що відображає вплив розладу на психологічне самопочуття, фізичне здоров'я та соціальні зв'язки, що підтверджується високим відсотком учасників із низьким рівнем благополуччя за модифікованою шкалою БіБіСі.

Аналогічно, негативний кореляційний зв'язок між ступенем проявів ПТСР і сенсом життя ($r = -0,237, p \leq 0,05$) вказує на те, що вища вираженість симптомів ПТСР асоціюється зі зниженням відчуття мети та осмисленості життя, що може бути пов'язано з такими проявами ПТСР, як емоційне заціпеніння чи песимістичні думки, які ускладнюють пошук екзистенційних орієнтирів.

Отримані кореляційні зв'язки, хоча й мають помірну силу, є статистично значущими ($p \leq 0,05$), що підтверджує їхню релевантність. Отримані результати підкреслюють комплексний вплив ПТСР на психологічний стан, зокрема на сприйняття стресу, суб'єктивне благополуччя та екзистенційні аспекти, і створюють основу для подальшого аналізу ефективності програми психологічного супроводу, застосованої до експериментальної групи, та порівняння з контрольною групою, щоб оцінити, як втручання впливає на ці взаємозв'язки.

2.3. Розробка програми психологічного супроводу людей з ознаками посттравматичного стресового розладу

Розробка програми психологічного супроводу для осіб із ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) була здійснена з урахуванням результатів первинної діагностики, проведеної на вибірці з 54 осіб, які зазнали впливу травматичних подій, таких як воєнні дії, втрата близьких, окупація чи

ракетні обстріли. Після аналізу даних за психодіагностичними методиками (PCL-5, PSS-10, SPANE, Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі, тест «Мета в житті») та кореляційного аналізу було виявлено значний вплив ПТСР на психологічне благополуччя, емоційний стан, рівень стресу та осмисленість життя. На основі цих даних було створено програму психологічного супроводу для експериментальної групи (ЕГ) з 27 осіб, яка проводилася у дистанційному форматі. Програма мала на меті зменшення тяжкості симптомів ПТСР, зниження рівня сприйнятого стресу, покращення емоційного балансу, суб'єктивного благополуччя та відновлення відчуття сенсу життя. У цьому підрозділі описано принципи, етапи, методи та організацію програми, а також її адаптацію до дистанційного формату.

Програма психологічного супроводу базувалася на кількох ключових принципах, які забезпечують її ефективність і безпеку:

- Програма була травмофокусованою, що передбачало роботу з травматичними спогадами в безпечному середовищі, щоб допомогти учасникам переосмислити їхній досвід.
- Програма враховувала індивідуальні особливості учасників, такі як рівень симптомів ПТСР, вік, стать і культурний контекст, що дозволило адаптувати методи до потреб кожного.
- Емпатія та безоціночний підхід були основою для побудови довірливих стосунків між учасниками та фасилітаторами.
- Програма була комплексною, поєднуючи психологічні техніки з елементами психоедукації та соціальної підтримки.
- Дистанційний формат вимагав використання зручних і доступних технологій, щоб забезпечити участь усіх 27 осіб, незалежно від їхнього географічного розташування.

Програма психологічного супроводу складалася з трьох основних етапів: підготовчого, основного (інтервенційного) та заключного.

На підготовчому етапі учасники знайомилися з метою програми, її структурою та основами психоедукації щодо ПТСР. У дистанційному форматі це

здійснювалося через вступну онлайн-сесію, де фасилітатори пояснювали природу ПТСР, його симптоми та можливі шляхи подолання. Учасники отримали доступ до інформаційних матеріалів у вигляді коротких відео та текстів, які допомогли їм зрозуміти свій стан і підготуватися до терапевтичної роботи. Даний етап додатково включав створення безпечного віртуального простору через використання захищеної платформи для відеоконференцій, що сприяло формуванню довіри.

Основний етап передбачав активне застосування психологічних методів, спрямованих на зменшення симптомів ПТСР. Програма поєднувала елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), техніки релаксації та групові заняття. У рамках КПТ учасники працювали над зміною негативних думок, пов'язаних із травмою, через техніки когнітивної реструктуризації, які проводилися під час індивідуальних онлайн-сесій.

Техніки релаксації, такі як глибоке дихання та прогресивна м'язова релаксація, навчали учасників справлятися з тривожністю та гіперактивністю. Групові заняття, проведені через відеоконференції, сприяли обміну досвідом і створенню відчуття спільноти, що допомагало зменшити соціальну ізоляцію. Учасники отримували домашні завдання, такі як ведення щоденника емоцій або виконання вправ на усвідомленість, які адаптувалися до дистанційного формату через електронні платформи.

Заключний етап був спрямований на закріплення отриманих результатів і оцінку прогресу. Учасники повторно проходили психодіагностичні тести (PCL-5, PSS-10, SPANE, Модифікована шкала БіБіСі, тест «Мета в житті»), щоб оцінити зміни в симптомах ПТСР, рівні стресу, емоційному стані, суб'єктивному благополуччі та осмисленості життя. Під час заключної онлайн-сесії фасилітатори обговорювали з учасниками їхні досягнення, надавали рекомендації щодо подальшого самодопомоги та, за потреби, скеровували до додаткових ресурсів, таких як спеціалізовані центри чи індивідуальна терапія.

Дистанційний формат програми був розроблений з урахуванням сучасних викликів, зокрема обмеженого доступу до очних консультацій в Україні через

воєнні дії та логістичні труднощі. Для реалізації програми використовувалася захищена платформа для відеоконференцій, яка забезпечувала конфіденційність і стабільність зв'язку. Учасники отримали чіткі інструкції щодо підключення та технічної підтримки, щоб мінімізувати бар'єри. Індивідуальні та групові сесії проводилися в реальному часі, але з можливістю запису для тих, хто мав обмежений доступ до мережі в певний момент. Такий підхід забезпечив гнучкість і доступність для всіх 27 учасників експериментальної групи.

Програма тривала 8 тижнів і включала 12 онлайн-сесій: 8 групових (по 90 хвилин) і 4 індивідуальні (по 60 хвилин). Групові сесії проводилися раз на тиждень, а індивідуальні – кожні два тижні. Кожна сесія мала чітку структуру, що включала вступ, основну частину з терапевтичними техніками та завершення з рефлексією.

Програма була спрямована на досягнення кількох ключових результатів: зменшення тяжкості симптомів ПТСР (зниження балів за PCL-5), зниження рівня сприйнятого стресу (за PSS-10), покращення емоційного балансу (збільшення позитивного афекту за SPANE), підвищення суб'єктивного благополуччя (за шкалою БіБіСі) та відновлення відчуття сенсу життя (за тестом «Мета в житті»). Очікувалося, що учасники експериментальної групи продемонструють значніші покращення порівняно з контрольною групою, яка не отримувала втручання.

Детальний план програми психологічного супроводу, розроблений для експериментальної групи з 27 осіб у дистанційному форматі представлений у вигляді табл. 2.2.

Таблиця 2.2

План програми психологічного супроводу

Тиждень	Тип сесії	Тривалість	Зміст сесії	Методи та техніки
1	Групова	90 хв.	Вступ, психоедукація про ПТСР, створення безпечного віртуального простору.	Презентація, інтерактивне обговорення, техніка «безпечне місце».
2	Групова	90 хв.	Вивчення технік релаксації, ознайомлення з	Глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація.

			когнітивною реструктуризацією.	
3	Індивідуальна <i>*за потреби</i>	60 хв.	Оцінка індивідуальних потреб, початок роботи з травматичними спогадами.	Когнітивна реструктуризація, ведення щоденника емоцій.
4	Групова	90 хв.	Обмін досвідом, розвиток навичок подолання тривоги.	Групова дискусія, техніка усвідомленості.
5	Групова	90 хв.	Робота з уникненням, підтримка соціальних зв'язків.	Рольові вправи, групова рефлексія.
6	Індивідуальна <i>*за потреби</i>	60 хв.	Поглиблена робота з негативними переконаннями.	Когнітивна реструктуризація, техніка «переписування наративу».
7	Групова	90 хв.	Розвиток стратегій самодопомоги, підтримка мотивації.	Техніка постановки цілей, групова підтримка.
8	Групова	90 хв.	Обговорення прогресу, інтеграція досвіду.	Групова рефлексія, техніка «лінія часу».
9	Індивідуальна <i>*за потреби</i>	60 хв.	Оцінка прогресу, корекція стратегій.	Індивідуальна рефлексія, техніка закріплення.
10	Групова	90 хв.	Поглиблення навичок саморегуляції, підтримка спільноти.	Техніки усвідомленості, групова дискусія.
11	Групова	90 хв.	Підготовка до завершення, планування подальших кроків.	Групова рефлексія, техніка «лист у майбутнє».
12	Індивідуальна <i>*за потреби</i>	60 хв.	Заключна оцінка, рекомендації для самодопомоги.	Повторне тестування, індивідуальні рекомендації.

2.4. Оцінка ефективності впровадження програми психологічного супроводу

Для визначення ефективності впровадженої програми нами було здійснено порівняльний аналіз показників за допомогою критерія Ст'юдента за обраним психодіагностичним інструментарієм (PCL-5 опитувальник для оцінки

симптомів ПТСР, шкала сприйнятого стресу (PSS-10, в адаптації О. Вельдбрехт та Н. Тавровецької), шкала позитивного та негативного афекту (SPANE, в адаптації В. Олефір, В. Боснюк, К. Малофейкіної), методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер), тест «Мета в житті» Д. Крамбо і Л. Махоліка (адаптація Т. Кулаєвої)) у контрольній групі до та після експерименту (де програма не впроваджувалася) та в експериментальній групі за аналогічним принципом (де програма була впроваджена). Отримані показники представлені у вигляді табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Оцінка ефективності впровадженої програми

	КГ (порівняння «До» та «Після»)	ЕГ (порівняння «До» та «Після»)	$t_{кр.}$
$t_{емп.}$ за критерієм «Прояви ПТСР»	0,3189	2,06608*	$t_{0,01} = 2,6737$ $t_{0,05} = 2,0066$
$t_{емп.}$ за критерієм «Сприйнятий стрес»	0,02864	2,78762**	
$t_{емп.}$ за критерієм «Позитивного афекту»	0,44802	2,21792*	
$t_{емп.}$ за критерієм «Негативного афекту»	1,47799	3,67735**	
$t_{емп.}$ за критерієм «Суб'єктивне благополуччя»	0,4843	0,86601	
$t_{емп.}$ за критерієм «Мета в житті»	0,31826	0,89585	

*Приймається H_1 : відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

** Приймається H_1 : відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

Прояви ПТСР (PCL-5). У контрольній групі значення $t_{емп.}$ становило 0,3189, що значно нижче за критичні значення $t_{0,05} = 2,0066$ і $t_{0,01} = 2,6737$, що свідчить про відсутність статистично значущих змін у рівні проявів ПТСР у контрольній групі, що підтверджує гіпотезу H_0 про відсутність відмінностей між результатами до та після експерименту. В експериментальній групі $t_{емп.}$ дорівнювало 2,06608, що перевищує $t_{0,05} = 2,0066$, але не досягає $t_{0,01} = 2,6737$.

Отже, приймається гіпотеза H_1 про статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$, що вказує на зменшення тяжкості симптомів ПТСР у результаті впровадження програми.

Сприйнятий стрес (PSS-10). Для контрольної групи $t_{\text{емп.}}$ становило 0,02864, що значно нижче за критичні значення, підтверджуючи відсутність змін у рівні сприйнятого стресу без втручання (H_0). В експериментальній групі $t_{\text{емп.}}$ дорівнювало 2,78762, що перевищує $t_{0,01} = 2,6737$, що свідчить про статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,01$ (H_1), що вказує на суттєве зниження рівня сприйнятого стресу в учасників експериментальної групи завдяки програмі психологічного супроводу.

Позитивний афект (SPANE). У контрольній групі $t_{\text{емп.}}$ становило 0,44802, що не перевищує критичні значення, вказуючи на відсутність змін у рівні позитивного афекту (H_0). В експериментальній групі $t_{\text{емп.}}$ дорівнювало 2,21792, що перевищує $t_{0,05} = 2,0066$, але не досягає $t_{0,01} = 2,6737$, підтверджуючи статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$ (H_1), що свідчить про покращення позитивного емоційного стану в учасників експериментальної групи після програми.

Негативний афект (SPANE). Для контрольної групи $t_{\text{емп.}}$ становило 1,47799, що не досягає критичних значень, підтверджуючи відсутність змін у рівні негативного афекту (H_0). В експериментальній групі $t_{\text{емп.}}$ дорівнювало 3,67735, що значно перевищує $t_{0,01} = 2,6737$, вказуючи на статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,01$ (H_1), що демонструє значне зниження негативних емоційних станів у учасників експериментальної групи внаслідок програми.

Суб'єктивне благополуччя. У контрольній групі $t_{\text{емп.}}$ становило 0,4843, що не перевищує критичні значення, підтверджуючи відсутність змін у суб'єктивному благополуччі (H_0). В експериментальній групі $t_{\text{емп.}}$ дорівнювало 0,86601, що також не досягає $t_{0,05} = 2,0066$, вказуючи на відсутність статистично значущих змін (H_0), що може свідчити про те, що програма мала обмежений вплив на загальне суб'єктивне благополуччя, можливо, через короткотривалість втручання або складність цього показника.

Мета в житті. Для контрольної групи $t_{\text{емп.}}$ становило 0,31826, що не перевищує критичні значення, підтверджуючи відсутність змін у відчутті сенсу життя (H_0). В експериментальній групі $t_{\text{емп.}}$ дорівнювало 0,89585, що також не досягає $t_{0,05} = 2,0066$, вказуючи на відсутність статистично значущих змін (H_0), що може бути пов'язано з тим, що екзистенційні аспекти, такі як сенс життя, потребують більш тривалого втручання для значних змін.

Порівняльний аналіз за t-критерієм Ст'юдента показав, що програма психологічного супроводу, впроваджена в експериментальній групі, мала статистично значущий ефект на зменшення проявів ПТСР ($p \leq 0,05$), сприйнятого стресу ($p \leq 0,01$), позитивного афекту ($p \leq 0,05$) та негативного афекту ($p \leq 0,01$), що свідчить про ефективність програми в полегшенні симптомів ПТСР, зниженні стресу та покращенні емоційного стану учасників. Водночас програма не показала статистично значущого впливу на суб'єктивне благополуччя та відчуття сенсу життя, що може бути зумовлено складністю цих конструктів або недостатньою тривалістю втручання. У контрольній групі значних змін за жодним із показників не виявлено, що підтверджує ефективність програми в експериментальній групі.

Для оцінки ефективності програми психологічного супроводу осіб із посттравматичним стресовим розладом, яка проводилася в дистанційному форматі для експериментальної групи, було здійснено порівняльний аналіз за t-критерієм Ст'юдента. Використовувалися психодіагностичні методики для оцінки проявів ПТСР, сприйнятого стресу, позитивного та негативного афекту, суб'єктивного благополуччя та сенсу життя. У контрольній групі, де програма не впроваджувалася, значних змін за жодним із показників не виявлено. В експериментальній групі програма продемонструвала статистично значущі покращення в зменшенні проявів ПТСР, зниженні рівня сприйнятого стресу, підвищенні позитивного афекту та зменшенні негативного афекту. Водночас показники суб'єктивного благополуччя та сенсу життя не показали значущих змін.

Отже, програма виявилася ефективною для полегшення симптомів ПТСР, зниження стресу та покращення емоційного стану, але потребує вдосконалення для впливу на суб'єктивне благополуччя та екзистенційні аспекти.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб із ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволило отримати цінні дані щодо проявів цього розладу та ефективності програми психологічного супроводу. Аналіз результатів, проведений на вибірці з 54 осіб, які зазнали впливу травматичних подій, пов'язаних із воєнними діями в Україні, втратою близьких, окупацією чи ракетними обстрілами, показав значний вплив ПТСР на психологічний стан. За допомогою психодіагностичних інструментів, таких як опитувальник PCL-5, шкала сприйнятого стресу PSS-10, шкала позитивного та негативного афекту SPANE, модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі та тест «Мета в житті», було встановлено, що більшість учасників мали помірний або низький рівень психологічного благополуччя, підвищений рівень стресу, переважання негативного афекту та знижене відчуття сенсу життя. Кореляційний аналіз підтвердив зв'язок між тяжкістю симптомів ПТСР і підвищеним сприйнятим стресом, зниженням суб'єктивного благополуччя та втратою осмисленості життя.

Розроблена програма психологічного супроводу, реалізована в дистанційному форматі для експериментальної групи з 27 осіб, включала елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації та групові заняття. Порівняльний аналіз за t-критерієм Ст'юдента показав, що програма була ефективною у зменшенні проявів ПТСР, рівня сприйнятого стресу, а також у покращенні емоційного балансу шляхом підвищення позитивного афекту та зниження негативного. Водночас значних змін у суб'єктивному благополуччі та відчутті сенсу життя не спостерігалось, що може бути зумовлено складністю цих конструктів і потребою в більш тривалому втручанні. У контрольній групі, де

програма не застосовувалася, суттєвих змін не виявлено, що підтверджує ефективність розробленого супроводу.

Отримані результати підкреслюють важливість травмофокусованих інтервенцій і необхідність їх адаптації до українського контексту, а також вказують на перспективу вдосконалення програм для посилення впливу на екзистенційні аспекти та загальне благополуччя.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволило досягти поставлених цілей і сформувати комплексне розуміння цього явища в контексті сучасних українських реалій.

1. Аналіз науково-психологічних концепцій показав, що ПТСР є складним психологічним розладом, який виникає внаслідок травматичних подій і характеризується нав'язливими спогадами, уникненням, негативними змінами в мисленні та настрої, а також підвищеною тривожністю. Наукові моделі підкреслюють багатогранність ПТСР, пов'язуючи його з нейрофізіологічними змінами, спотвореними переконаннями та соціальними факторами, що набуває особливого значення в умовах масових травматичних подій, спричинених війною в Україні.

2. Психологічний супровід осіб із ПТСР потребує травмофокусованого, індивідуалізованого та емпатійного підходу. Ефективні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR) і групова терапія, спрямовані на зменшення симптомів і відновлення соціальної адаптації. В українському контексті стигматизація психологічної допомоги, обмеженість ресурсів і масовість травматизації вимагають адаптації світових практик, зокрема через використання дистанційних форматів і просвітницьких ініціатив.

3. Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 54 осіб, які зазнали впливу воєнних дій, втрати близьких чи інших травматичних подій, виявило значний вплив ПТСР на психологічний стан. Результати діагностики за методиками PCL-5, PSS-10, SPANE, Модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БіБіСі та тестом «Мета в житті» показали переважаючий помірний рівень симптомів ПТСР, підвищеного стресу, дисбалансу емоцій на користь негативного афекту, зниження суб'єктивного благополуччя та часткову втрату сенсу життя. Кореляційний аналіз підтвердив зв'язок між тяжкістю ПТСР і вищим рівнем стресу, зниженням благополуччя та екзистенційної орієнтації.

4. На основі емпіричних даних була розроблена програма психологічного супроводу для експериментальної групи з 27 осіб у дистанційному форматі. Програма тривалістю 8 тижнів поєднувала елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації та групові заняття, адаптовані до онлайн-середовища. Вона була спрямована на зменшення симптомів ПТСР, зниження стресу, покращення емоційного стану та відновлення благополуччя.

5. Оцінка ефективності програми за t-критерієм Ст'юдента показала статистично значущі покращення в експериментальній групі порівняно з контрольною за такими показниками: зменшення проявів ПТСР, зниження сприйнятого стресу, підвищення позитивного афекту та зменшення негативного афекту. Водночас значних змін у суб'єктивному благополуччі та відчутті сенсу життя не виявлено, що може бути пов'язано з короткотривалістю програми або складністю цих конструктів. У контрольній групі суттєвих змін не спостерігалось, що підтверджує ефективність розробленої програми.

Отже, дослідження підкреслює важливість комплексного підходу до психологічного супроводу осіб із ПТСР, необхідність його адаптації до українських умов і перспективу вдосконалення програм для посилення впливу на суб'єктивне благополуччя та екзистенційні аспекти. Отримані результати можуть бути використані для розробки масштабних інтервенцій, спрямованих на підтримку населення, яке зазнало травматичних подій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О., Волощук А. Е., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22. №2. С. 128-129.
2. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року. *Ментальне здоров'я*. №4. 2024. С. 3-8.
3. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. №2. 2024. С. 8-17.
4. Безшейко В. Г. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. №1.1. 2016. <https://e010108-e010108>
5. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. *Медична психологія*, № 1. 2016. С. 99-104.
6. Блінов О.А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис*. 2018. №12(2). С. 9-22. DOI: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>
7. Богучарова О. І. Психологічний супровід особистості в умовах подолання наслідків травмуючих подій. *Освіта Донеччини: історія, сьогодення та майбутнє: збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Київ, 06 вересня 2022 року). 2022. С. 362-367.
8. Божук О. Психологія кризових ситуацій: роль першої психологічної допомоги в профілактиці ПТСР. *Collection of scientific papers «SCIENTIA»* June 20, 2025; Chicago, USA. 2025. С. 129-133.
9. Вельдбрехт О. О., Н. І. Тавровецька. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*. №2.25. 2022. С. 16-27.

10. Галич М., В. Литвин. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. №30.1. 2022. С. 22-28.
11. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. Збірник статей*. 2015. С. 26-35.
12. Дзюбко Л. В., І. В. Мельник. Психологічний супровід дітей у стані хронічного стресу в умовах війни. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління», Серія «Право», Серія «Економіка», Серія «Медицина», Серія «Педагогіка», Серія «Психологія»)*. №8.50. 2024. С. 825-838.
13. Журавльова Н. Ю., Т. С. Гурлева. Додаткові прояви ПТСР як мішені впливу у контексті психологічної допомоги постраждалому від війни. *Вчені записки Таврійського національного університету імені ВІ Вернадського. Серія: Психологія*. №1.34 (73). 2023. С. 190-196.
14. Каменщук Т. Д. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. №1. 2022. С. 21-27.
15. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*, №3-4(27), 2022. С. 85-94. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>
16. Колодяжна А. В., Власенко Ю. К., Дичко О. О. Особливості діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у воєнних ветеранів. *Перспективи та інновації науки (Серія Педагогіка, Серія Психологія, Серія Медицина)*. №3. 2024. С. 872-884.
17. Коширець В. В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. *Психологія: реальність і перспективи*. №8. 2017. С. 128-133.

18. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. Київ.- Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
19. Кулаєва Т. В. Опитувальник «Мета в житті» (PIL- The Purpose In Life Test) Дж.Крамбо та Л.Махоліка: адаптація на українській вибірці. *Психологопедагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану: Матеріали XII Міжнародної науковопрактичної конференції* (19 травня 2023 р., м. Київ). Київ: ДЗВО «УМО», 2023. С.77-80
20. Кулаєва Т. В. Психологічні особливості переживання самотності в дорослому віці. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія. ДЗВО «Університет менеджменту освіти», Київ, 2023. 243 с.
21. Литвиненко О. Психологічна служба закладу освіти як ключовий компонент підтримки ментального здоров'я студента в умовах війни. *Наукові записки. Серія: Психологія*. №4. 2024. С. 72-77.
22. Лук'янчук Н. Психологічна підтримка особистості під час війни в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*. №1 (77). 2025. С. 513-520.
23. Лукомська С. О. Вираженість симптомів ПТСР в учасників АТО різного віку. *Post traumatic stress disorder: Adults, Children and Families in a War Situation*. №2. 2018. С.132-143.
24. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету України*. №14. 2017. С. 223-227.
25. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

26. Нянько Л. Ю., Нянько В. В. Психологічна підтримка в умовах війни. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*. №1. 2024. С. 40-46.
27. Ободовська Л., Н. Шавровська. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень: матеріали Міжнар. конф.: у. № 2*. 2020. С. .89-91.
28. Олефір В. О., Боснюк В. Ф., Малофейкіна К. О. Валідизація і вимірювальна інваріантність української версії шкали позитивних і негативних переживань (SPANE). *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*; Випуск 71. 2021. С. 34-42. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2021-71-04>
29. Омельченко Л. М. Методи психологічної допомоги при ПТСР. *Роль психології в часі відстоювання незалежності країни: зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції молодих вчених*, Київ, 14 жовтня 2022 р. Київ : НУБіП України, 2022. С. 32-34.
30. Підчасов Є. В., Г. Ломакін. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. №10. 2011. С. 86-98.
31. Розумовська Т. В. Арттерапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. *Наукові записки. Серія: Психологія*. №1. 2023. С. 58-67.
32. Салюк М., Меркулов М. Аналіз стресочутливості військовослужбовців з метою профілактики ПТСР. *Молодий вчений*. №6 (130). 2024. С. 125-130.
33. Сидорова О., Є. Талькова. Виклики та шляхи вирішення проблем психологічного супроводу різних категорій населення в умовах воєнного стану. *Освіта Донеччини: історія, сьогодення та майбутнє: збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 06 вересня 2022 року)*. 2022. С. 397-401.

34. Синишина В. М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. №4. 2021. С. 162-170.

35. Соченко Т. Ю., Моначин І. Л. ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війни в Україні. *Збірник тез доповідей VIII Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів «Актуальні задачі сучасних технологій»*. №3. 2019. С. 160-161.

36. Соченко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *Psychosomatic medicine and general practice* 2, № 4. 2017. <https://e020473-e020473>

37. Терещук А. Д. Інтерсуб'єктивне розуміння ПТСР, пов'язаного з бойовими діями. *Сучасні проблеми екологічної психології: Психологічні засади утворення екологічного життєвого простору : матеріали XXI всеукраїнської науковопрактичної конференції, 14-15 травня 2025 року: 3б. матеріалів // За ред. Ю.М. Швалба. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 116-119.*

38. Тернопольська-Чернікова Т. В. Специфіка психологічної допомоги і підтримки у людей з ПТСР *Психологічні особливості переживання ситуації невизначеності: збірник матеріалів XIII Міжнародної науково-практичної конференції (16–17 березня 2023 р., Т. 2, м. Ніжин) / за ред. М. В. Папучі. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2023. С. 115-119*

39. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

40. Харитоновна Н. Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. *Psychology travelogs*. №1. 2023. С. 167-189.

41. Чабан О. С., О. О. Хаустова. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*. №4.150. 2022. С. 8-18.
42. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с
43. Щирук І. А. Психологічні особливості негативних наслідків посттравматичного стресового розладу й травмування у військовослужбовців та осіб, постраждалих на бойовий стрес. *Наукові записки. Серія: Психологія*. №3. 2024. С. 87-93.
44. Якубович О. В. Психологічний супровід осіб з ознаками ПТСР. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції*, 30 вересня 2023 р. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України, 2023. С. 257.
45. Crumbaugh J. C., Maholick L. T. An Experimental Study in Existentialism: The Psychosomatic Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, №20, 1964. С. 200-207.
[http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<200::AIDJCLP2270200203>3.0.CO;2-U](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AIDJCLP2270200203>3.0.CO;2-U)
46. Pham C. H. The role of psychological support interventions in trauma patients on mental health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. №87.2. 2019. P. 463-482.
47. Sripada R. K., Sheila AM Rauch, Israel Liberzon I. Psychological mechanisms of PTSD and its treatment. *Current psychiatry reports*. №18.11.2016. С. 99.
48. Tedeschi R. G., McNally R. J. Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*, №66, 2011. P. 19-24.
49. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1, 2004. P. 1-18.

50. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Scale available from the National Center for PTSD*. 2013. P. 206-218.

ДОДАТКИ

Додаток А

PCL-5 опитувальник для оцінки симптомів ПТСР

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт):...

Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
0	1	2	3	4

Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?

Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?

Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?

Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?

Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?

Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?

Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?

Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?

Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?

Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?

Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?

Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?

Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?

Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)

Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?

Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?

Бути «на взводі» або «на сторожі»?

Відчуття постійної напруги?

Труднощі із зосередженістю?

Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10, в адаптації О. Вельдбрехт та Н. Тавровецької)

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом **ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?

Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?

Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?

Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?

Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?

Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?

Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?

Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?

Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?

Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

**Шкала позитивного та негативного афекту (SPANE, в адаптації В.
Олефір, В. Боснюк, К. Малофейкіної)**

Інструкція: Цей опитувальник складається з переліку прикметників, які описують різні почуття і емоції. Прочитайте кожен прикметник і відзначте поруч з ним, в якій мірі Ви відчували себе так протягом останніх 4 тижнів. Використовуйте наступні варіанти відповідей: 1 2 3 4

Дуже рідко або ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто або завжди
1	2	3	4	5

- _____ позитивно
- _____ щасливим(ою)
- _____ негативно
- _____ добре
- _____ погано
- _____ приємно
- _____ неприємно
- _____ засмученим(ою)
- _____ наляканим(ою)
- _____ радісним(ою)
- _____ роздратованим(ою)
- _____ задоволеним(ою)

**Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя
БіБіСі» (адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер)**

Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці).

Зовсім ні	Трохи	Середньо	Дуже сильно	Надзвичайно сильно
1	2	3	4	5

Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?

Чи задоволені Ви якістю свого сну?

Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?

Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?

Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?

Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?

Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?

Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?

Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?

Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?

Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?

Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?

Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?

Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?

Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?

Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?

Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?

Чи комфортно Ви відчуваєтесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?

Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?

Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?

Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?

Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?

Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?

Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?

Додаток Д

Тест «Мета в житті» Д. Крамбо і Л. Махоліка (адаптація Т. Кулаєвої)

Інструкція. Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Виберіть одне з двох тверджень, яке, на вашу думку найбільше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, 4,5 залежно від того, наскільки Ви впевнені у виборі.

1. Зазвичай я дуже нудьгую. Зазвичай я сповнений(на) ентузіазму
12345
2. Життя здається мені рутинним та передбачуваним. Життя здається мені завжди цікавим
12345
3. У моєму житті немає цілей та задач. У моєму житті є ясні цілі та задачі
12345
4. Моє існування безцільне та беззмистовне. Моє життя осмислене й цілеспрямоване
12345
5. Кожен мій день схожий на інший. У моєму житті є багато подій, які мене надихають
12345
6. Якби мені довелося обирати, я б хотів(ла) ніколи не народжуватись. Я хочу ще 9 таких життів
12345
7. Коли я вийду на пенсію, то хочу відпочивати решту своїх днів. Коли я вийду на пенсію, то хочу реалізувати те, про що давно мріяв(ла)
12345
8. У досягненні життєвих цілей у мене немає ніякого прогресу. Я досягаю всі свої життєві цілі.
12345
9. Моє життя пусте на наповнене розчаруванням. Моє життя наповнене захоплюючими подіями
12345
10. Якби мені довелося померти сьогодні, я би відчував(ла), що моє життя абсолютно беззмистовне. Якби мені довелося померти сьогодні, я би відчував(ла), що моє життя прожите не дарма
12345
11. Думаючи про своє життя, я часто дивуюсь, чому я існую. Думаючи про своє життя, я завжди знаходжу причини бути тут
12345
12. Коли я дивлюсь на оточуючий світ, то часто відчуваю розгубленість. Коли я дивлюсь на оточуючий світ, то він відповідає моїм уявленням про нього
12345
13. Я відповідальна людина. Я людина зовсім не відповідальна
12345
14. Люди у своєму виборі обмежені спадковістю та обставинами. Люди вільні у своєму виборі

12345

15. Якщо говорити про смерть, то я до неї не готовий(ва) та наляканий(на) її неминучістю. Якщо говорити про смерть, то я до неї готовий(ва) та не боюся її

12345

16. Суїцид – це вихід. Суїцид – це не вихід

12345

17. Мені важко уявити чітко своє покликання та ціль життя. Я чітко уявляю своє покликання та ціль життя

12345

18. Моє життя не підвладне мені, оскільки воно керується зовнішніми подіями. Моє життя в моїх руках, я ним керую

12345

19. Мої повсякденні справи – це болючий та нудний досвід. Мої повсякденні справи – це джерело задоволення та приємності

12345

20. Я відкрив (ла), що в мене немає покликання або цілі в житті. Я відкрив(ла), що в мене в житті є ціль, що несе задоволення

12345