

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка

Факультет педагогіки і психології
Кафедра психології розвитку та консультування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР ДО ЖИТТЯ

Спеціальність: 053 Психологія

ОПП «Психологія»

Здобувачки другого (магістерського)
рівня вищої освіти, групи зМП-25
Нахаєвої Ярини Михайлівни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:
PhD, доцент кафедри психології
розвитку та консультування
Слободянюк Ольга Леонідівна

РЕЦЕНЗЕНТ:
кандидат психологічних наук, доцент
Вовк Валентина Олегівна

АНОТАЦІЯ

Нахаєва Я. М. Психологічні особливості соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя. Магістерська робота. ТНПУ ім. В. Гнатюка, факультет педагогіки і психології; кафедра психології розвитку та консультування; наук. кер.: канд. психол. наук, Слободянюк О. Л. Тернопіль, 2025. 99 с.

У кваліфікаційній роботі розкрито специфіку соціально-психологічної адаптації осіб, які мають симптоми посттравматичного стресового розладу. Обґрунтовано теоретичні підходи до проблеми адаптації в умовах наслідків бойової травми, охарактеризовано вплив інтрузивної симптоматики та емоційної дезадаптації на соціальне функціонування особистості. На основі результатів проведеного емпіричного дослідження виявлено фрагментарність адаптаційних ресурсів та розроблено програму підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя, спрямовану на стабілізацію стану та соціальну інтеграцію осіб із ПТСР.

Ключові слова: ПТСР, соціально-психологічна адаптація, інтрузивні симптоми, психологічна реабілітація, ескапізм, резильєнтність, програма підвищення рівня адаптації.

ANNOTATION

Nakhaieva Ya. M. Psychological Features of Socio-Psychological Adaptation of Individuals with PTSD Symptoms to Life. Master's thesis. TNPU named after V. Hnatiuk, Faculty of Pedagogy and Psychology; Department of Developmental Psychology and Counseling; Supervisor: Candidate of Psychological Sciences, Slobodianiuk O. L. Ternopil, 2025. 99 p.

The master's thesis discloses the specifics of socio-psychological adaptation of persons with symptoms of post-traumatic stress disorder. Theoretical approaches to the problem of adaptation in the context of combat trauma consequences are substantiated; the influence of intrusive symptoms and emotional maladjustment on the social functioning of the individual is characterized. Based on the results of the empirical study, the fragmentation of adaptive resources was identified, and a program for enhancing the level of socio-psychological adaptation of persons with PTSD symptoms to life was developed, aimed at stabilizing the condition and social integration of individuals with PTSD.

Key words: PTSD, socio-psychological adaptation, intrusive symptoms, psychological rehabilitation, escapism, resilience, adaptation enhancement program.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР	9
1.1. Феномен посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у сучасній психології (етіологія, клінічна картина та діагностичні критерії).....	9
1.2. Соціально-психологічна адаптація: сутність, структура, механізми.	16
1.3. Чинники та ресурси, що впливають на процес адаптації осіб із ПТСР (соціальна підтримка, копінг-стратегії, резильєнтність, здатність до емоційної саморегуляції).	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР	34
2.1. Організація та психодіагностичний інструментарій емпіричного етапу дослідження соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР	34
2.2. Аналіз рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР.....	40
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР	56
3.1. Організація та зміст програми адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя	56
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	75

ВСТУП

Актуальність дослідження обумовлена широким розповсюдженням травматичних подій у сучасному суспільстві, зокрема воєнних конфліктів, повномасштабного вторгнення, масових катастроф та насильства, а також стрімким зростанням числа осіб із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Симптоматика ПТСР, що охоплює нав'язливі спогади, уникнення, емоційне оціпеніння, підвищену тривожність та порушення соціальної взаємодії, значно ускладнює відновлення соціальних зв'язків, професійну діяльність і щоденну життєдіяльність. Це створює нагальну потребу в комплексному вивченні психологічних особливостей адаптації таких осіб та розробці ефективних психокорекційних заходів, які могли б сприяти їх соціальному та психологічному відновленню.

Питання соціально-психологічної адаптації осіб із травматичним досвідом активно досліджували українські та закордонні науковці. Зокрема, О. Власова аналізує чинники, механізми та стратегії соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб, зазначаючи важливість комплексної підтримки для відновлення соціальної функціональності. І. Золотарьова досліджує соціально-психологічні чинники соціальної ексклюзії внутрішньо переміщених осіб, підкреслюючи, що обмеження соціальної взаємодії поглиблює симптоми ПТСР та ускладнює інтеграцію у суспільство.

Значення допінг-стратегій для психологічного здоров'я особистості аналізували Л. Карамушка та Ю. Снігур зазначаючи, що ефективні механізми подолання стресу є критично важливими для адаптації осіб із травматичним досвідом. Психологічну допомогу військовослужбовцям у бойових умовах систематизував О. Кокун, що підкреслює потребу у специфічних підходах для осіб, які пережили травматичні події. Р. Лазуренко акцентує на пошуку сенсу як ключовому чиннику психологічного благополуччя, що особливо актуально для осіб із симптомами ПТСР, які переживають кризу ціннісних орієнтацій.

С. Максименко розглядає психологічні механізми адаптації до кризових умов, демонструючи взаємозв'язок між внутрішніми ресурсами особистості та ефективністю соціальної інтеграції. Н. Підчасов досліджує адаптацію ветеранів АТО до мирного життя, виділяючи специфіку проблем соціально-психологічної реінтеграції та потребу у підтримці з боку професійних психологів.

Особливу увагу на самопомогу та посттравматичне життєтворення приділила Т. Титаренко, яка обґрунтовує методики досягнення психологічного благополуччя через активне використання внутрішніх ресурсів та структурованих психокорекційних стратегій. Діагностика та терапія ПТСР у учасників бойових дій була детально висвітлена О. Хаустовою, а комплексні підходи до психотравматології, включно з клінікою, діагностикою та терапевтичними стратегіями окреслені О. Чабаном та О. Хаустовою що підкреслює актуальність розробки практичних рекомендацій для фахівців психологічної допомоги.

Таким чином, існуючі дослідження свідчать про складність та багатогранність проблеми соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР, зазначаючи необхідність глибинного аналізу психологічних особливостей, визначення ключових чинників ризику та ресурсів, а також розробки ефективних методик психокорекції. Реалізація такого дослідження сприятиме підвищенню ефективності практичної психологічної допомоги, а також забезпечить науково обґрунтовану базу для соціальної політики щодо підтримки травмованих осіб у сучасному суспільстві.

Об'єктом дослідження є процеси соціально-психологічної адаптації осіб.

Предметом дослідження – психологічні особливості соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя.

Мета дослідження полягає у комплексному теоретичному аналізі та емпіричному вивченні специфіки соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР, а також у розробці практичних рекомендацій для психокорекційної роботи, спрямованої на підвищення рівня їхньої адаптованості до умов повсякденного життя.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати науково-психологічну літературу з проблем ПТСР та соціально-психологічної адаптації; узагальнити сучасні теоретичні підходи та моделі.

2. Виявити основні психологічні особливості (емоційно-пізнавальні, поведінкові, соціальні), що супроводжують адаптацію осіб із симптомами ПТСР.

3. Підібрати емпіричну методику дослідження (визначити вибірку, інструменти психодіагностики, процедури збору даних).

4. Провести емпіричне дослідження для виявлення зв'язків між інтенсивністю симптомів ПТСР в осіб та рівнем соціально-психологічної адаптації.

5. Підібрати практичні рекомендації і програму психокорекційного втручання для підвищення адаптації осіб із симптомами ПТСР.

Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс **методів дослідження**:

- *теоретичні*: вивчення та аналіз психологічної літератури з проблеми дослідження, порівняння, узагальнення та систематизація;
- *емпіричні*: спостереження, бесіда, тестування, яке включало такі 4 психодіагностичні методики, зокрема:

1. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР», методика використовується з метою виявлення наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, а також для оцінювання структури симптоматики ПТСР (повторне переживання травматичної події, уникання, негативні зміни когнітивно-емоційної сфери, гіперзбудження).

2. Опитувальник Бека для оцінювання рівня депресії (Beck Depression Inventory – BDI), застосовується з метою оцінювання рівня депресивної симптоматики, яка часто супроводжує ПТСР та істотно впливає на адаптаційні процеси особистості.

3. Методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, використовується з метою комплексного оцінювання рівня соціально-психологічної адаптації особистості. Вона дозволяє дослідити такі показники, як прийняття себе та інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування, адаптивність/дезадаптивність поведінки.

4. Шкала оцінювання впливу травмивної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), використовується з метою оцінювання суб'єктивного психологічного впливу травмивної події на особистість. Шкала дозволяє виміряти рівень інтрузій, уникання та гіперактивації, що відображають інтенсивність переживання травматичного досвіду. Отримані дані дають змогу проаналізувати взаємозв'язок між суб'єктивною значущістю травми та рівнем соціально-психологічної адаптації, а також визначити ступінь психоемоційного напруження, що перешкоджає повноцінному функціонуванню особистості.

Гіпотеза дослідження: існує системний взаємозв'язок між інтенсивністю симптомів ПТСР і рівнем соціально-психологічної адаптації: вища вираженість симптомів ПТСР асоційована з нижчим рівнем адаптації; при цьому на силу цього зв'язку впливають ресурси (соціальна підтримка, адаптивні копінг-стратегії, здатність до емоційної саморегуляції), які пом'якшують негативні наслідки симптомів.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження проводилось в реабілітаційному центрі RECOVERY міста Тернополя, а також Львова, Києва, Дніпра та ін. Вибірку дослідження склали 58 осіб, різного віку, які проходять фізичну реабілітацію після важких поранень внаслідок бойових дій.

Апробація результатів. Нахаєва Я. Феномен посттравматичного стресового розладу (птер) у сучасній психології. *Магістерський науковий вісник Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.* Вип. № 46. 2025. С. 12-14.

Теоретична значущість дослідження полягає в розширенні та поглибленні наукових уявлень про психологічні особливості соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами посттравматичного стресового

розладу. У роботі уточнено зміст і структуру соціально-психологічної адаптації в умовах травматичного досвіду, визначено роль емоційних, когнітивних та особистісних чинників у процесі адаптації.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання отриманих емпіричних даних у практичній діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців соціально-психологічної допомоги, які працюють з особами, що мають симптоми ПТСР.

Структура дослідження. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (89 найменувань), 5 додатків. Основний зміст проведеного дослідження викладено на 58 сторінках. Робота містить 10 таблиць і 8 рисунків. Загальний обсяг роботи складає 100 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР

1.1. Феномен посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у сучасній психології (етіологія, клінічна картина та діагностичні критерії)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) нині є однією з найбільш гострих проблем сучасної психології, оскільки масштаби травматичних подій у світі, спричинені воєнними конфліктами, терористичними актами, катастрофами та масовими вимушеними переселеннями, невпинно зростають. Особливого, стратегічного значення ця проблема набуває для українського суспільства в умовах повномасштабного вторгнення, де мільйони людей, як військовослужбовців, так і цивільних, безпосередньо переживають або стають свідками загрозливих для життя подій. У контексті магістерського дослідження, присвяченого соціально-психологічній адаптації, феномен ПТСР є ключовим, оскільки його симптоматика прямо призводить до дезадаптації та суттєвого порушення соціального функціонування.

Етіологія ПТСР визначається експозицією до травми — переживанням або свідченням події, що передбачає реальну чи потенційну загрозу смерті, серйозного поранення або сексуального насильства. Згідно з визначенням Американської психіатричної асоціації, ПТСР — це психічний розлад, який розвивається внаслідок переживання події, що супроводжується реальною або потенційною загрозою життю, серйозному пораненню чи сексуальному насильству, і проявляється характерними симптомами нав'язливого, повторного переживання травми, униканням, негативними змінами у когніціях та настрої, а також гіперзбудженням [37].

Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду трактує ПТСР як «затягну, або відстрочену реакцію на подію або ситуацію надзвичайного

характеру, що викликає сильний дистрес і виходить за межі звичайного людського досвіду [38].

Однак, сучасні дослідження підкреслюють, що розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) зумовлений не лише самим фактом травми (тобто, лише критерієм експозиції), а й комплексним взаємозв'язком індивідуально-психологічних, біологічних та соціальних чинників. Цей комплекс формує вразливість особистості та критично впливає на її здатність до подальшої соціально-психологічної адаптації до життя. Здатність особистості інтегрувати травматичний досвід та відновити своє функціонування залежить від її внутрішніх ресурсів та зовнішньої підтримки [50].

Дослідження науковців останнього десятиліття свідчать [50], що найбільш значущими прогностичними чинниками розвитку ПТСР, які ускладнюють адаптаційний процес, є:

Одним із ключових чинників, що впливають на розвиток ПТСР, є характер травматичної події — її інтенсивність, тривалість, повторюваність і ступінь загрози життю [45].

Тривале перебування у зоні бойових дій, багаторазові обстріли, зіткнення зі смертю чи тілесними пошкодженнями інших осіб, перебування в полоні або постійне відчуття небезпеки формують хронічний стресовий стан, який порушує роботу нейроендокринної системи.

За даними досліджень [86], повторна експозиція до травматичних подій призводить до десенсибілізації рецепторів кортизолу та підвищеної активності симпатичної нервової системи, що підтримує гіперзбудження навіть після припинення загрози. У військовослужбовців це проявляється у формі «бойового ПТСР», який має тенденцію до хронічного перебігу й часто супроводжується соматичними розладами [77].

Додатковими чинниками є специфічні елементи бойового досвіду: спостереження за загиблими, запахи, звуки вибухів, що залишають глибокі сенсорні сліди у пам'яті [83].

Як зазначає R. McFarlane, навіть короткочасна, але інтенсивна травматична подія може викликати стійку перебудову системи реагування на стрес, якщо людина не мала часу чи можливості на емоційну обробку пережитого [71].

Наявність дитячих або ранніх травм є потужним предиктором розвитку ПТСР у дорослому віці. Зокрема, як зазначають науковці, що особи з історією насильства, втрати батьків або хронічної небезпеки в дитинстві мають знижену толерантність до стресу та більш інтенсивні реакції на подальші травми [63].

Під час опрацювання наукових джерел, нам стало відомо, що ранні травми впливають на епігенетичну регуляцію стресової відповіді, зокрема змінюють експресію генів, пов'язаних із синтезом кортизолу та серотоніну. Це створює довготривалу біологічну вразливість, що зумовлює підвищений ризик розвитку ПТСР навіть після менш інтенсивних травматичних подій [87].

У психологічному аспекті, попередній травматичний досвід формує негативні когнітивні схеми, пов'язані з недовірою, безпорадністю чи очікуванням небезпеки. Такі установки підсилюють суб'єктивне сприйняття загрози й ускладнюють відновлення почуття контролю після нової травми [58].

Рівень соціальної підтримки після травматичної події є одним із найсильніших предикторів розвитку, або, навпаки, профілактики ПТСР. Люди, які мають доступ до емоційної, інформаційної чи практичної допомоги, демонструють вищий рівень психологічної резильєнтності та швидше проходять процес реінтеграції у звичне життя [55].

Натомість ізоляція, стигматизація або недовіра з боку соціального оточення значно посилюють симптоми ПТСР. Для українського контексту це має особливе значення, адже багато осіб із бойовим або цивільним травматичним досвідом після повернення з фронту стикаються з нерозумінням, байдужістю, чи, навіть, упередженим ставленням. Як зазначає І. Мороз, «соціальне відторгнення часто виступає вторинною травмою, яка посилює почуття самотності й безсилля» [19].

Позитивна соціальна підтримка, навпаки, сприяє усвідомленню сенсу пережитого, розвитку посттравматичного зростання та ефективнішої адаптації [80].

Біологічна схильність до ПТСР проявляється у генетичних та нейрофізіологічних особливостях. За даними досліджень, певні варіанти генів, пов'язаних із системою гіпоталамус–гіпофіз–наднирники, зумовлюють підвищену чутливість до стресу [19].

Науковці наголошують, що травма «руйнує базове відчуття безпеки, стабільності та контролю над власним життям», а тривале перебування у стані загрози змінює структурну та функціональну організацію мозку, зокрема, амігдали, гіпокампі та префронтальної кори. Ці зміни пояснюють труднощі з емоційною саморегуляцією, концентрацією уваги та інтеграцією травматичних спогадів у свідомий досвід [69].

З психологічного боку вразливість, зумовлена особистісними рисами (висока тривожність, ригідність, схильність до катастрофізації), а також когнітивними механізмами, які підтримують травматичну пам'ять. У сукупності ці чинники створюють ґрунт, на якому травматичний досвід набуває патологічного характеру й перешкоджає адаптації [58].

Враховуючи тему нашого дослідження, слід особливо зазначити, що військовий стрес в українських реаліях посилюється низкою додаткових факторів: несподівана мобілізація без належної підготовки, унікальний психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів, а також проблеми із задоволенням базових потреб (сон, їжа, тощо). Ці чинники не лише підвищують ризик ПТСР, але й створюють значні перешкоди для подальшої соціально-психологічної адаптації.

Клінічна картина ПТСР у сучасній психології описується як системні порушення в емоційно-когнітивній, поведінковій та міжособистісній сферах. Ці порушення формують діагностичний синдром, який безпосередньо призводить до соціальної дезадаптації. Прояви ПТСР, згідно з DSM-5, групуємо у чотири основні кластери:

Інтрюзивні симптоми (повторне переживання): нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, що мимовільно відтворюють травматичний досвід. Ці переживання супроводжуються сильним психологічним і фізіологічним стресом, що унеможлиблює концентрацію на поточному житті та ускладнює відновлення звичайного функціонування [74].

Уникнення: активна відмова від думок, почуттів, людей, місць та ситуацій, пов'язаних із травмою. Хоча ця стратегія тимчасово знижує тривогу, вона водночас блокує нормальне функціонування особистості в суспільстві та підтримання соціальних зв'язків [53].

Негативні зміни в когнітивній та емоційній сфері: стійкі песимістичні переконання («світ небезпечний», «я безпорадний»), почуття провини, відчуття відчуженості та ізолюваності від близького оточення, емоційна оціпенілість та значна втрата інтересу до раніше важливої діяльності. Цей кластер симптомів є прямим показником порушення соціальної сфери [43].

Симптоми гіперзбудження (гіперактивація): порушення сну, надмірна настороженість (гіперпильність), підвищена дратівливість, агресивність або імпульсивна поведінка. Ці прояви відображають постійну фізіологічну готовність до загрози і призводять до конфліктності та труднощів у міжособистісних стосунках.

Варто зазначити, що хронічний характер симптомів (тривалість понад один місяць) істотно ускладнює процес соціальної адаптації. Дослідження підтверджують, що виражені симптоми ПТСР призводять до професійної дезадаптації, труднощів у підтриманні близьких стосунків та загального зниження соціального функціонування [66].

Діагностичні критерії ПТСР та диференційна діагностика

Діагностика ПТСР у сучасній практиці спирається на два основні міжнародні класифікатори:

Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання (DSM-5) [52].

Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд (МКХ-11) [84].

Діагностичні критерії за DSM-5 [52].

DSM-5 відніс ПТСП до нового класу «Розлади, зумовлені травмою та стресором». Діагноз встановлюється за умови дотримання таких основних критеріїв:

- Критерій А (Експозиція): наявність факту травмуючої події.
- Критерії В, С, D, Е: одночасна наявність клінічно значущих симптомів з усіх чотирьох кластерів (вторгнення, уникання, негативні зміни в когніціях та гіперзбудження).

Тривалість: стан триває понад один місяць (відмінність від гострого стресового розладу, який триває до одного місяця).

Клінічна значущість: симптоми спричиняють значне страждання або порушення соціального, професійного чи іншого важливого функціонування. Ознаки соціальної дезадаптації є обов'язковими для діагностики ПТСП.

Діагностичні критерії за МКХ-11 [84].

МКХ-11 пропонує більш лаконічну модель, що виокремлює три ключові групи симптомів (повторне переживання, уникнення нагадувань та постійне відчуття загрози (гіпернастороженість)).

Особливе значення для розуміння соціально-психологічної адаптації має запровадження в МКХ-11 діагнозу Комплексний ПТСП (Complex PTSD). Діагноз, симптоми якого окреслюються після тривалої, повторюваної або множинної травматизації (наприклад, полон, тривале насильство) і, крім основних симптомів, охоплює стійкі порушення саморегуляції, глибоке відчуття відчуженості та значні труднощі у міжособистісних стосунках. Ці додаткові симптоми прямо вказують на хронічну дезадаптацію та потребують більш комплексного підходу в реабілітації.

Таким чином, феномен ПТСП є не просто набором симптомів, а важким психоемоційним станом, який руйнує базову психічну стійкість і призводить до хронічної соціально-психологічної дезадаптації, що підтверджує актуальність даного магістерського дослідження.

Отже, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найскладніших феноменів сучасної клінічної та соціальної психології, набуваючи особливої актуальності в умовах воєнної агресії в Україні. Його сутність полягає не лише в реакції на загрозливу подію, а в системному порушенні функціонування особистості, що охоплює когнітивну, емоційну, поведінкову та міжособистісну сфери. Природа розладу ґрунтується на руйнуванні базового відчуття безпеки, втраті контролю та цілісності Я-концепції, що призводить до існування людини у стані хронічної тривоги та постійного очікування небезпеки.

Встановлено, що розвиток ПТСР обумовлений комплексною взаємодією інтенсивності та тривалості травми попереднього травматичного досвіду (особливо дитячих травм), а також рівня соціальної підтримки.

Клінічні прояви, зокрема нав'язливе повторне переживання, уникнення, негативні зміни в настрої та гіперзбудження, неминуче призводять до хронічної соціальної дезадаптації, що підтверджується діагностичними критеріями. Феномен ПТСР, таким чином, є, по суті, глибокою кризою адаптивних можливостей особистості.

Підсумовуючи вищесказане, що ключовим наслідком ПТСР є значне порушення соціального функціонування, головним завданням психологічної науки та практики стає розробка шляхів для відновлення адаптаційного потенціалу таких осіб. Успішне подолання наслідків травми вимагає інтеграції пережитого досвіду та відновлення зв'язку із соціальним середовищем. Саме тому подальше дослідження логічно спрямовується на аналіз теоретичних основ, які пояснюють цей процес.

Отже, доцільно буде розглянути сутність, структуру та механізми соціально-психологічної адаптації як ключового процесу, що забезпечує відновлення внутрішньої рівноваги, функціональності та успішну адаптацію осіб із симптомами ПТСР до повноцінного життя.

1.2 Соціально-психологічна адаптація: сутність, структура, механізми

У світлі окреслених теоретичних засад та визначення ПТСР як глибокого порушення взаємодії особистості зі світом, логічним кроком є детальний розгляд механізмів відновлення цієї взаємодії. Саме тому, соціально-психологічна адаптація постає не просто теоретичним конструктом, а критично важливою умовою для збереження психічного здоров'я, успішної самореалізації та ефективного функціонування людини у суспільстві. Успішна адаптація дає змогу індивіду відновити внутрішню рівновагу, порушену травматичним досвідом, та повернутися до продуктивного життя, тоді як дезадаптація веде до соціальної ізоляції, поглиблення симптоматики ПТСР і подальшої деструкції особистості.

В науковій літературі соціально-психологічна адаптація (СПА) традиційно розглядається у двох основних аспектах: як процес і як результат.

Як процес, СПА характеризується як безперервна, динамічна активність, спрямована на встановлення оптимального рівня відповідності між індивідуальними характеристиками (потребами, мотивами, установками, ціннісними орієнтаціями) та умовами, вимогами соціального середовища.

Цей процес, як зазначає О.Г. Максименко, охоплює переструктурування внутрішніх регуляторних механізмів особистості та корекцію її поведінки відповідно до мінливих зовнішніх обставин. Адаптація активізується у ситуаціях соціальної зміни або нестабільності, коли звичні способи взаємодії стають неефективними, наприклад, при переїзді, зміні роботи, початку навчання чи соціальних кризах [16].

Ключовим моментом у процесі СПА є подолання суперечностей (дисонансу) між внутрішнім світом людини та зовнішнім соціальним оточенням. Зарубіжні дослідники, зокрема І. Матійків, розглядає адаптацію крізь призму співвідношення між соціально схвалюваними цілями та інституціоналізованими засобами їх досягнення. Він виокремлював кілька

адаптивних стратегій, від конформності (прийняття цілей і засобів) до інновації, ритуалізму, відступу та бунту, які, по суті, є різними варіантами СПА [18].

Як результат, СПА описує певний стан особистості, який характеризується її адаптованістю. Адаптованість – це якість, що відображає досягнення гармонійного співвідношення між індивідом та соціальним середовищем, що проявляється у:

1. Суб'єктивному благополуччі (задоволеність життям, відсутність внутрішніх конфліктів).
2. Ефективності діяльності (успішне виконання соціальних ролей, досягнення цілей).
3. Здоров'ї (відсутність психосоматичних розладів, збереження психічної рівноваги).

Український науковець В. Кальниш та його колеги акцентують увагу на тому, що критерієм успішної адаптації є не просто пасивне пристосування, а активна взаємодія, що веде до особистісного зростання та позитивної трансформації середовища. Адаптація, таким чином, є двостороннім процесом, де особистість не лише змінюється під впливом середовища, але й чинить на нього зворотний вплив, модифікуючи соціальні умови під власні потреби [8].

Оскільки погляд на адаптацію як на динамічний, активний і двосторонній процес, що спрямовується не лише до рівноваги, а до оптимальної взаємодії та розвитку, то постає питання: з яких елементів складається цей складний механізм? Якщо успішна адаптація — це багатокomпонентний результат, то що саме забезпечує його досягнення?

Соціально-психологічна адаптація є багатовимірним феноменом, який має складну структуру, що охоплює різні рівні та аспекти функціонування особистості. Традиційно у структурі СПА виокремлюють кілька взаємопов'язаних компонентів:

1. *Когнітивний компонент*, який окреслює процеси сприйняття, осмислення та оцінки соціального середовища. Він охоплює формування

адекватної соціальної перцепції, розуміння соціальних норм, правил, цінностей, очікувань та ієрархії відносин у новому середовищі.

Науковці з когнітивної психології наголошували на ролі самоєфективності та соціального пізнання у процесі адаптації [2]. Успішна адаптація потребує від індивіда здатності до точного прогнозування соціальних наслідків своєї поведінки та корекції власних когнітивних схем, що часто виражається у здатності до емпатії та прийняття соціальної перспективи іншої людини чи групи [22, с. 122].

2. *Емоційно-афективний компонент*, який відображає емоційне ставлення індивіда до соціальної ситуації, до себе та до інших учасників взаємодії. Він показує рівень емоційної стійкості, здатність до саморегуляції та переживання суб'єктивного благополуччя. На початкових етапах адаптації часто спостерігається стрес, тривога, фрустрація або відчуття соціальної ізоляції. Завданням адаптації є перехід до стану емоційного комфорту, задоволеності соціальним життям та позитивного самовідчуття.

Зокрема, Т. Титаренко, досліджуючи явище життєвої кризи, підкреслює важливість особистісного вибору та життєстійкості (англ. *resilience*) як емоційно-вольових чинників успішної адаптації [28].

3. *Поведінково-діяльнісний (практичний) компонент* стосується практичної реалізації адаптаційних зусиль, тобто конкретних дій, форм поведінки та діяльності, які індивід обирає для взаємодії з середовищем. Це охоплює освоєння нових соціальних ролей, навичок спілкування, професійних компетенцій, а також ефективне вирішення соціальних проблем та конструктивну взаємодію з соціальною групою. Адаптована поведінка характеризується гнучкістю, адекватністю ситуації та соціальною компетентністю.

В. Рибалка у своїй гуманістичній теорії наголошував на тому, що успішна адаптація проявляється у здатності людини бути «повністю функціонуючою», що охоплює відкритість досвіду, екзистенційний спосіб життя та довіру до власного організму [25, с. 214].

4. Мотиваційно-ціннісний компонент — визначає внутрішню спрямованість особистості в процесі адаптації. Він охоплює систему потреб, мотивів, цілей та ціннісних орієнтацій. Адаптація є успішною тоді, коли існує узгодження між внутрішніми цінностями індивіда та цінностями домінуючої соціальної групи, або коли індивід здатний знайти соціальне середовище, що відповідає його глибинним ціннісним установкам.

Мотиваційний аспект визначається потребою у приналежності, у самоповазі та самоактуалізації. Якщо нове середовище блокує задоволення цих потреб, виникає дезадаптація. Зокрема, український науковець П. Чамата у своїх дослідженнях стосовно формування особистості вказував на вирішальну роль установок та спрямованості особистості у процесах соціалізації та адаптації [35].

Отже, для того, щоб ці мотиваційні аспекти та особистісні установки успішно реалізувалися у новому середовищі, в дію вступають специфічні внутрішні процеси. Саме вони й допомагають індивіду узгодити власні потреби з вимогами соціуму та уникнути дезадаптації.

Механізми СПА – це сукупність психологічних інструментів та стратегій, за допомогою яких індивід досягає відповідності з соціальним середовищем. Ці механізми можна умовно поділити на внутрішньоособистісні (психологічні) та зовнішні (соціально-поведінкові).

Внутрішні механізми забезпечують перетворення та регуляцію внутрішнього світу особистості у відповідь на соціальні вимоги. Серед цих внутрішніх процесів ключову роль відіграють два взаємопов'язані механізми, які дають змогу особистості адаптувати зовнішні норми у свою внутрішню структуру: ідентифікація та інтеріоризація.

Ідентифікація – механізм, що передбачає неусвідомлене чи частково усвідомлене уподібнення себе значущому соціальному об'єкту (наприклад, члену групи, лідеру) з метою засвоєння його якостей, норм і ролей. Це є базою для входження в нову соціальну групу [31, с. 112].

Інтеріоризація – процес перетворення зовнішніх соціальних норм, знань, цінностей у внутрішні структури особистості. Засвоєння соціальних норм і правил є ключем до прогнозованої та соціально прийнятної поведінки [6].

Захисні механізми (витіснення, раціоналізація, проєкція, сублимація тощо) – це несвідомі стратегії, спрямовані на зниження внутрішньої напруги, тривоги та збереження цілісності «Я» в умовах конфлікту між бажаннями особистості та соціальною реальністю. А. Фройд детально описала ці механізми як засоби боротьби зі стресом. Хоча ці механізми забезпечують негайну адаптацію, їх надмірне використання може призвести до дезадаптації в довгостроковій перспективі.

Таким чином, якщо захисні механізми є переважно несвідомими та реактивними бар'єрами проти стресу, то для справжньої, зрілої адаптації необхідні свідомі та проактивні інструменти. Саме вони дають змогу особистості не просто «захищатися» від реальності, а й аналізувати її та себе в ній.

На цьому етапі зростає значущість понять самосвідомості та рефлексії як вищих психічних процесів, що забезпечують можливість усвідомленого аналізу власних станів, переживань і поведінкових стратегій.

Рефлексія – здатність особистості до самоаналізу, усвідомлення своїх мотивів, станів, поведінки та їхньої відповідності соціальній ситуації. Український філософ та психолог Г.С. Костюк підкреслював, що рефлексія є вищим рівнем саморегуляції, необхідним для свідомого керування адаптаційним процесом. Рефлексія дає змогу особистості вносити свідомі корективи у свою поведінку [12].

Когнітивна реструктуризація (Переоцінка) як механізм, що передбачає свідому зміну негативних чи неадекватних когнітивних установок щодо ситуації або себе. Зміна оцінки події з «катастрофічної» на «керовану» (як у когнітивно-поведінковій терапії А. Бека та А. Елліса) є потужним інструментом для зниження емоційної напруги та підвищення ефективності поведінки.

Зовнішні (соціально-поведінкові) механізми є активними діями та взаємодіями, спрямованими на зміну зовнішніх умов або власної поведінки.

Соціальне навчання та наслідування — механізми, за допомогою яких особистість освоює нові соціальні ролі, комунікативні навички та форми поведінки шляхом спостереження за іншими (моделювання) та прямого досвіду (оперантне зумовлення). В. Безшейко довів, що значна частина соціальної адаптації відбувається саме через навчання на прикладах [2, с. 88].

Активний пошук соціальної підтримки, як механізму, та входження у кооперативну взаємодію з іншими членами групи. Соціальна підтримка є ключовим буфером проти стресу і каталізатором успішної СПА, особливо у кризових ситуаціях. Співпраця дає змогу індивіду розділити адаптаційне навантаження та інтегруватися у соціальну мережу [1, с.135].

Асертивна поведінка (самоствердження) як механізм, що передбачає здатність виражати власні потреби, думки та почуття, не порушуючи прав інших. Асертивність є конструктивним механізмом, що допомагає індивіду активно відстоювати свої позиції та змінювати середовище у вигідний для себе бік, уникаючи як пасивності (дезадаптації), так і агресії (конфлікту).

У випадках, коли пристосування до середовища є неможливим або небажаним (наприклад, коли середовище є деструктивним), особистість може застосовувати механізм активної зміни соціальних умов. Це може варіюватися від зміни кола спілкування до участі у соціальних рухах.

Отже, соціально-психологічна адаптація є багаторівневим, складним та багатогранним процесом, необхідним для виживання та розвитку особистості в соціальному світі. Її сутність полягає у досягненні динамічної рівноваги між внутрішнім світом індивіда та вимогами соціального середовища шляхом активної взаємодії.

Однак для осіб із симптомами ПТСР цей процес набуває особливої специфіки та складності. Пережитий травматичний досвід та його наслідки (інтрузії, гіперзбудливість, уникнення) вносять глибокий дисонанс у взаємодію

особистості зі світом, перетворюючи досягнення цієї рівноваги на щоденний виклик.

Структура адаптації охоплює когнітивний, емоційно-афективний, поведінково-діяльнісний та мотиваційно-ціннісний компоненти, кожен з яких повинен функціонувати на адекватному рівні. Саме ці компоненти зазнають найбільшого удару при ПТСР: когнітивні спотворення (наприклад, «світ небезпечний»), емоційна дерегуляція та поведінкове уникнення стають центральними перешкодами для адаптації.

Механізми адаптації, від неусвідомленої ідентифікації та психологічних захистів до свідомої рефлексії та асертивної поведінки, забезпечують цю динамічну рівновагу. Проте у випадку ПТСР часто спостерігається гіпертрофоване використання захисних механізмів (як дисоціація чи заперечення), що блокує здатність до свідомої рефлексії та конструктивної переробки досвіду.

Успішна СПА є не просто пристосуванням, а творчим актом, що веде до особистісного зростання та позитивної соціальної інтеграції. Тому розуміння психологічних особливостей порушення цих механізмів та компонентів у осіб із ПТСР є вирішальним для розробки терапевтичних втручань, спрямованих на відновлення їхньої здатності до повноцінного життя та взаємодії з соціумом.

Якщо сам процес адаптації ускладнений (як ми з'ясували у попередньому пункті), то успішність його проходження починає залежати не стільки від базових механізмів, скільки від додаткових опор. Оскільки ПТСР характеризується саме порушенням саморегуляції та деструктивними захистами, критично важливим стає аналіз тих елементів, які можуть компенсувати цей дефіцит і протистояти дезадаптації.

Отже, наступним кроком нашого дослідження є аналіз ключових внутрішніх та зовнішніх опор, які модерують цей складний зв'язок між травмою та адаптацією.

1.2. Чинники та ресурси, що впливають на процес адаптації осіб із ПТСР (соціальна підтримка, копінг-стратегії, резильєнтність, здатність до емоційної саморегуляції)

Соціально-психологічна адаптація осіб, які пережили травму та мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), є нелінійним та багатофакторним процесом. Як було зазначено у попередніх параграфах, ПТСР фундаментально порушує базові механізми адаптації, створюючи дисонанс між когнітивною, емоційною та поведінковою сферами особистості. Однак, клінічна практика та наукові дослідження демонструють значну варіативність у перебігу розладу та результатах адаптації. Навіть за умов зіткнення зі схожими за інтенсивністю травматичними подіями, одні індивіди демонструють виражену хронічну дезадаптацію, тоді як інші знаходять шляхи до функціонального відновлення та навіть особистісного зростання. Ця варіативність вказує на те, що сам факт травми та наявність симптомів не є єдиними детермінантами. Ключову роль відіграють модеруючі змінні — специфічні чинники та ресурси, які постають буфером, що пом'якшує негативний вплив травми, або, навпаки, фактором ризику, що посилює дезадаптацію [47].

У контексті даного дослідження, під *чинниками* ми розуміємо будь-які змінні, що впливають на перебіг адаптації, а під *ресурсами* — ті чинники, які мають протективний, захисний характер та сприяють відновленню.

Сучасна психологія травми виокремлює два великі класи таких ресурсів: зовнішні (соціальні) та внутрішні (особистісні). До перших належить, перш за все, соціальна підтримка. До других — індивідуальні психологічні характеристики та навички, серед яких провідну роль відіграють копінг-стратегії, рівень резильєнтності та здатність до емоційної саморегуляції. Аналіз цих чотирьох компонентів є критично важливим для розуміння психологічних особливостей адаптації осіб із ПТСР.

В умовах сучасної України, яка з 2014 року перебуває у стані гібридної, а з 2022 року – повномасштабної війни, дослідження цих чинників набуває не лише теоретичної, але й гострої практичної значущості. Вітчизняна психологічна наука активно долучилася до вивчення цих процесів, зокрема адаптації військових, внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та цивільного населення, що страждає від наслідків бойових дій.

Соціальна підтримка як зовнішній ресурс адаптації визначається сукупністю ресурсів (емоційних, інструментальних, інформаційних, оціночних), які індивід отримує від свого соціального оточення — родини, друзів, колег, спільноти [67]. Її роль у подоланні стресу та травми досліджується в межах двох основних моделей: моделі «основного ефекту» (соціальна підтримка корисна для психічного здоров'я незалежно від рівня стресу) та «буферної моделі» (підтримка виступає захисним буфером, що нівелює негативний вплив стресорів) [76, с. 123].

У контексті ПТСР обидві моделі є релевантними, проте буферна модель набуває особливого значення. Для особи з ПТСР, чий світ було зруйновано травмою, соціальна підтримка виконує низку життєво важливих функцій. По-перше, емоційна підтримка (вираження емпатії, турботи, любові) протидіє почуттю глибокої ізоляції, самотності та відчуженості, які є типовими супутниками ПТСР. Валідація досвіду («Те, що ти відчуваєш — це нормальна реакція на ненормальні обставини») є першим кроком до зниження самозвинувачень та сорому. По-друге, інструментальна підтримка (конкретна допомога: фінансова, побутова, допомога у пошуку лікування) знижує рівень вторинного стресу, який часто супроводжує життя після травми (втрата роботи, житла, фізичні ушкодження) і дає змогу індивіду сфокусувати ресурси на психологічному відновленні. По-третє, інформаційна підтримка (надання інформації про симптоми ПТСР, методи лікування, доступні сервіси) сприяє когнітивному компоненту адаптації, знижуючи відчуття хаосу та неконтрольованості [75].

Численні дослідження, особливо серед ветеранів бойових дій та жертв насильства, підтверджують потужний зв'язок між соціальною підтримкою та адаптацією. Високий рівень сприйнятої соціальної підтримки (тобто суб'єктивне відчуття індивіда, що він може розраховувати на допомогу) стабільно корелює з нижчим рівнем симптомів ПТСР, депресії та тривоги [76, с. 98]. Наприклад, дослідження учасників бойових дій показують, що підтримка з боку побратимів під час служби та підтримка родини після повернення додому є одними з найсильніших предикторів успішної адаптації [67].

Вітчизняні науковці, аналізуючи досвід українських ветеранів та ВПО, також підкреслюють виняткову роль соціальної підтримки. Так, О. Власова зазначає, що для ВПО саме відновлення соціальних зв'язків та відчуття приналежності до нової громади є ключовим предиктором успішної адаптації [5]. У дослідженнях О. Хаустової щодо адаптації комбатантів наголошується на особливій ролі «соціальної ко-регуляції» (co-regulation) у родині. Здатність близьких витримувати афективні спалахи травмованої особи та надавати стабільну, некритичну підтримку є чи не найважливішим зовнішнім ресурсом [32].

Н. Підчасов, досліджуючи ветеранів, акцентує на важливості соціальної ідентичності та підтримки з боку ветеранської спільноти (побратимства), яка часто розуміє досвід краще, ніж родина, і формує унікальне середовище для валідації [23].

Водночас, необхідно розглядати і зворотний бік — негативну соціальну взаємодію (або відсутність підтримки). Часто оточення особи з ПТСР реагує нерозумінням, стигматизацією, знеціненням («Візьми себе в руки», «Скільки можна про це говорити?») або гіперопікою, що лише посилює дезадаптацію. Дослідження показують, що негативні соціальні реакції (звинувачення, уникнення) є сильнішим предиктором хронізації ПТСР, ніж низький рівень позитивної підтримки [49]. Українські дослідники також вказують на ризики «негативної підтримки» у вигляді стигматизації та соціальної ексклюзії

(«синдром чужого»), що є значним бар'єром для адаптації як ветеранів, так і ВПО в українському суспільстві [5; 7].

Таким чином, соціальне середовище може виступати як найпотужнішим ресурсом для адаптації, так і руйнівним чинником, що блокує відновлення. Для успішної адаптації особі з ПТСР необхідне середовище, яке забезпечує відчуття безпеки, приналежності та валідації її досвіду. Однак, окрім зовнішньої підтримки (середовища), не менш важливим є те, які саме внутрішні зусилля та механізми задіює сама особистість для подолання стресу.

Якщо соціальна підтримка є зовнішньою опорою, то копінг-стратегії (або стратегії подолання) є внутрішнім інструментарієм особистості для управління стресом. За класичною моделлю, копінг поділяється на проблемно-орієнтований (спрямований на зміну ситуації, що викликає стрес) та емоційно-орієнтований (спрямований на регуляцію емоційного відгуку на ситуацію) [56].

Однак, для розуміння адаптації при ПТСР більш важливою є інша класифікація: адаптивні та дезадаптивні копінг-стратегії. ПТСР, по суті, розглядаємо як розлад, що підтримується саме дезадаптивними копінг-стратегіями, в основі яких лежить уникнення [82].

Дезадаптивні копінг-стратегії спрямовані на короткострокове полегшення нестерпного емоційного болю, але в довгостроковій перспективі вони блокують природний процес опрацювання травми та інтеграції травматичного досвіду:

1. Поведінкове уникнення: уникнення людей, місць, розмов, які нагадують про травму. Це призводить до звуження життєвого простору особистості, соціальної ізоляції та руйнування поведінкового компоненту адаптації.

2. Когнітивне уникнення: спроби придушити думки, спогади про травму («не думати про це»). Це парадоксальним чином лише посилює інтрузивність цих думок (т.зв. «ефект білого ведмеда») [82].

3. Емоційне уникнення: Використання хімічних речовин (алкоголь, наркотики) для «заглушення» емоцій, самопошкодження, дисоціація. Це

найнебезпечніший вид копіngu, що веде до коморбідних розладів та повної дезадаптації [82].

4. Румінації: нав'язливе «переживування» думок про травму («Чому я?», «Як це могло статися?»), яке, на відміну від конструктивного опрацювання, не веде до вирішення, а лише посилює депресивну та тривожну симптоматику.

Адаптивні копіng-стратегії, навпаки, допомагають особі зустрітися з наслідками травми та інтегрувати їх:

1. Проблемно-орієнтовані: активний пошук інформації про лікування, звернення по професійну допомогу, планування кроків для вирішення поточних проблем (наприклад, юридичних чи фінансових, пов'язаних із травмою).

2. Емоційно-орієнтовані (адаптивні):

- Пошук соціальної підтримки: активне звернення до інших за емоційною розрадою.

- Прийняття: визнання реальності того, що сталося, та власних емоцій без самозвинувачення (на відміну від уникнення).

- Позитивна переоцінка (рефреймінг): спроби знайти сенс у тому, що сталося, фокусування на отриманому досвіді або особистісному зростанні (тісно пов'язане з резильєнтністю).

- Експресивні техніки: вираження емоцій через розмову, ведення щоденника, творчість. Дослідження показують, що експресивне письмо про травматичні події (за методом Пеннебейкера) може сприяти когнітивному опрацюванню та зниженню симптомів [41].

Таким чином, успішність соціально-психологічної адаптації особи з ПТСР прямо залежить від її здатності перейти від ригідного використання дезадаптивних стратегій (уникнення) до гнучкого застосування адаптивних (активне вирішення проблем, прийняття, пошук підтримки). Психотерапія ПТСР (зокрема, КПТ) значною мірою і спрямована на цю зміну копіng-репертуару.

Дослідження копіng-стратегій в українському контексті підтверджують цю дихотомію. Так, у працях О. Кокуна, присвячених психологічному

супроводу військовослужбовців, підкреслюється, що під час бойових дій адаптивними є одні стратегії (наприклад, агресивний копінг, контроль емоцій, мобілізація), але при поверненні до мирного життя вони стають дезадаптивними, провокуючи конфлікти [11].

Процес адаптації вимагає гнучкості копінгу. Дослідження Л. Карамушки та ін. щодо ВПО свідчать, що провідними адаптивними стратегіями є «планування вирішення проблем» та «пошук соціальної підтримки». Водночас, у осіб з вираженими симптомами ПТСР та дезадаптацією домінують «уникнення» та «дистанціювання» [9].

Також виокремлюють такий специфічний копінг, як «пошук сенсу» (зокрема, через волонтерську діяльність або духовні практики), що тісно пов'язує цю тему з наступним пунктом – резильєнтністю [14].

Резильєнтність: процес відновлення «попри все»

Термін «резильєнтність» (від лат. *resilio* — повертатися, відскакувати) описує здатність системи (в даному випадку — психіки особистості) відновлювати свою функціональність та зберігати цілісність після значних порушень, стресів або травматичних впливів. Важливо підкреслити, що резильєнтність — це не риса характеру («непробивність») і не відсутність страждань. Як зазначає один з провідних дослідників цієї теми, Джордж Бонанно, резильєнтність — це, перш за все, динамічний процес адаптації в умовах несприятливих обставин. Це «звичайне диво», оскільки більшість людей, що стикаються з травмою, з часом демонструють саме резильєнтну траєкторію, а не хронічний ПТСР [47].

У сучасній психології цей феномен часто досліджується через поняття «життєстійкість», яке було розроблене С. Мадді, але активно адаптоване та досліджене українськими науковцями. Життєстійкість (*hardiness*) розглядається як система переконань про себе, світ і стосунки з ним, що складається з трьох компонентів: *залученості* (*involvement*), *контролю* (*control*) та *прийняття ризику* (*challenge*) [21].

У контексті адаптації до ПТСР, резильєнтність постає як мета-ресурс, що інтегрує в собі інші чинники. Резильєнтні індивіди не уникають стресу, а активно взаємодіють з ним, використовуючи свої внутрішні та зовнішні ресурси. До ключових компонентів, що формують резильєнтність, належать:

1. Когнітивна гнучкість: здатність переоцінювати ситуацію, бачити різні перспективи, уникати «тунельного мислення» та катастрофізації, які характерні для ПТСР.

2. Позитивний афективний стиль та оптимізм: схильність вірити у позитивний результат та власну здатність впоратися з труднощами (самоефективність).

3. Пошук сенсу: здатність знаходити сенс і мету навіть у трагічних подіях. Це може бути пов'язано з духовністю, релігійністю або переглядом життєвих пріоритетів.

4. Активна копінг-поведінка: резильєнтні особи частіше використовують проблемно-орієнтовані та адаптивні емоційно-орієнтовані стратегії.

5. Наявність підтримуючих стосунків: резильєнтність рідко буває індивідуальною; вона майже завжди спирається на якісні соціальні зв'язки [67].

Вітчизняні дослідження, проведені С. Максименком [15] та його школою, свідчать, що саме високий рівень життєстійкості є протективним фактором, що запобігає розвитку ПТСР у військових, незважаючи на інтенсивність бойового досвіду. Здатність до *пошуку сенсу*, знаходить своє відображення у працях українських психологів травми [33], які вказують на екзистенційний вимір адаптації, де переосмислення травми як досвіду, що змінює ціннісні орієнтації, стає точкою опори.

Тісно пов'язаним із резильєнтністю є феномен посттравматичного зростання (ПТЗ), описаний Тедескі та Калхуном. ПТЗ — це позитивні психологічні зміни, які відбуваються внаслідок боротьби з травматичним досвідом. Вони можуть проявлятися у покращенні стосунків з іншими, більшій вдячності за життя, відкритті нових можливостей, посиленні відчуття особистої

сили та духовному розвитку. Важливо, що ПТЗ не є протилежністю ПТСР; вони можуть співіснувати. Індивід може одночасно страждати від інтрузивних спогадів (ПТСР) і водночас відчувати, що став сильнішим і почав більше цінувати життя (ПТЗ). Саме процес боротьби з симптомами ПТСР, активне опрацювання травми (а не її уникнення) є каталізатором для резильєнтності та потенційного зростання [79].

Українські дослідники також активно вивчають феномен ПТЗ в умовах війни, зазначаючи, що для багатьох українців боротьба з травмою стає поштовхом до поглиблення соціальних зв'язків (згуртованість), переоцінки пріоритетів та активної громадянської позиції (волонтерство, служба), що саме по собі є потужним адаптаційним ресурсом [29].

Таким чином, резильєнтність є ключовим внутрішнім ресурсом, що визначає траєкторію адаптації — чи призведе травма до хронічної дезадаптації, чи до відновлення та зростання.

Четвертий, і, можливо, центральний внутрішній ресурс — це здатність до емоційної саморегуляції. Якщо резильєнтність — це загальний процес, то емоційна саморегуляція — це конкретний набір навичок, що лежить в його основі. Сучасні трансліагностичні підходи розглядають ПТСР (разом з іншими розладами (генералізований тривожний розлад (ГТР), депресія, межовий розлад) насамперед як розлад емоційної дизрегуляції [65].

Травматична подія руйнує здатність особистості керувати своїми емоційними станами. Психіка особи з ПТСР перебуває у стані постійної дизрегуляції, що проявляється у двох полюсах:

1. Гіперзбудження (Hyperarousal): Надмірна тривога, спалахи гніву, гіперпильність, фізіологічна реактивність, інтрузивні емоції (жах, сором, провина).
2. Гіпозбудження (Hypoarousal): Емоційне "оніміння" (numbing), дисоціація, ангедонія, відчуття порожнечі [70].

Емоційна саморегуляція — це здатність індивіда: усвідомлювати та розуміти свої емоції (емоційна ясність); приймати їх без засудження;

контролювати імпульсивну поведінку під впливом сильних емоцій; гнучко використовувати стратегії для модифікації інтенсивності або тривалості емоцій відповідно до ситуації.

У наступних працях в осіб із ПТСР спостерігаємо дефіцит на кожному з цих рівнів:

- Низька емоційна ясність: виникнення труднощів із ідентифікацією та вербалізацією свої почуттів (алекситимія).
- Низька толерантність до дистресу: будь-яка негативна емоція сприймається як нестерпна та небезпечна.
- Низька здатність до модифікації: замість гнучкої регуляції, особа вдається до ригідних дезадаптивних копінгів (уникнення, алкоголь), про які зазначалося вище [82].

Дослідження чітко показують, що рівень труднощів у емоційній регуляції є прямим предиктором тяжкості симптомів ПТСР. Саме дефіцит навичок регуляції змушує індивіда вдаватися до експеріментального уникнення, яке, у свою чергу, блокує опрацювання травми та підтримує розлад [75].

У наукових пошуках українських клініцистів вбачаємо, що саме алекситимія (нездатність вербалізувати емоції) та низька толерантність до дистресу є ключовими мішенями терапії ПТСР в українських реаліях. Вони зазначають, що бойовий досвід часто вимагає «відключення» емоцій (емоційне оніміння), що є адаптивним в екстремальних умовах, але стає глибоко дезадаптивним у мирному житті, руйнуючи міжособистісні стосунки, в першу чергу в родині [34].

Дослідження, присвячені психічній саморегуляції, також вказують, що здатність до свідомого управління власним психоемоційним станом (через релаксацію, майндфулнес, когнітивне реструктурування) є найважливішим внутрішнім ресурсом, що корелює з низьким рівнем симптомів ПТСР та високим рівнем адаптованості [9].

Отже, успішна соціально-психологічна адаптація неможлива без відновлення здатності до саморегуляції. Індивід має навчитися «контейнувати»

свої емоції — витримувати дискомфорт, пов'язаний зі спогадами, не вдаючись до уникнення. Саме тому сучасні терапевтичні підходи (наприклад, ДБТ, АСТ, практики майндфулнес) роблять акцент не стільки на змісті травми, скільки на навчанні навичкам емоційної регуляції.

Розглянуті чотири чинники — соціальна підтримка, копінг-стратегії, резилієнтність та емоційна саморегуляція — не існують ізольовано. Вони утворюють складну динамічну систему, де кожен елемент впливає на інший.

- Соціальна підтримка є фундаментом для розвитку інших ресурсів. Якісна підтримка (зовнішній ресурс) сприяє розвитку емоційної регуляції (внутрішній ресурс) через процеси ко-регуляції (наприклад, заспокійлива розмова знижує фізіологічне збудження). Також підтримка заохочує використання адаптивних копінгів (наприклад, звернення по допомогу).

- Резильєнтність (або життєстійкість в українській термінології) розглядаємо як результат ефективного використання копінг-стратегій та навичок емоційної регуляції.

- Водночас, дефіцит емоційної регуляції (наприклад, спалахи гніву, характерні для ПТСР) призводить до використання дезадаптивних копінгів (алкоголізація), що, у свою чергу, руйнує соціальну підтримку (конфлікти в родині), запускаючи замкнене коло дезадаптації [68].

Підводячи підсумки зазначаємо, що соціально-психологічна адаптація осіб із ПТСР є складним процесом, де результат визначається не лише тяжкістю симптомів, але й балансом між зовнішніми та внутрішніми ресурсами. Наявність якісної соціальної підтримки, здатність до емоційної саморегуляції, гнучкість у використанні адаптивних копінг-стратегій та загальний рівень резильєнтності постають ключовими протективними чинниками. Дефіцит цих ресурсів або переважання дезадаптивних чинників (негативне соціальне оточення, уникнення) є прямою передумовою для хронізації ПТСР та глибокої соціальної дезадаптації.

Таким чином, врахування як загальносвітових теоретичних моделей, так і специфічних досліджень, проведених в українському контексті, дає змогу

стверджувати, що адаптація осіб із ПТСР — це синергетичний процес, де внутрішні ресурси (копінг, життєстійкість, саморегуляція) та зовнішні (соціальна підтримка тощо) взаємно підсилюють або послаблюють один одного, визначаючи загальну траєкторію відновлення особистості. Тому, наступним кроком нашого дослідження вбачаємо організацію та підбір психодіагностичного інструментарію для визначення рівня адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР

2.1. Організація та психодіагностичний інструментарій емпіричного етапу дослідження соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР

Сучасні умови воєнної агресії проти України спричинили різке зростання кількості осіб, які зазнали дії психологічних травм, а також збільшення поширеності симптомів посттравматичного стресового розладу серед цивільних та військових. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у ветеранів та осіб із бойовими пораненнями є комплексним психічним станом, що охоплює порушення когнітивної, емоційної, поведінкової та соціальної сфер [54].

Результати сучасних досліджень свідчать, що соціально-психологічна адаптація таких осіб є ключовим чинником їхнього відновлення та інтеграції у цивільне життя, оскільки низький рівень адаптації асоціюється з депресією, тривожними станами та соціальною ізоляцією [42].

Емпіричне дослідження було організоване з метою комплексного вивчення соціально-психологічної адаптації чоловіків різного віку, які проходили фізичну реабілітацію після тяжких поранень, отриманих у результаті бойових дій. Вибірка охоплювала 58 учасників із реабілітаційного центру RECOVERY міста Тернополя, а також Львова, Києва, Дніпра та інших регіонів, що дало змогу забезпечити репрезентативність щодо регіональних та демографічних особливостей. Дослідження проводилося у форматі онлайн-опитування через платформу Google Forms, що відповідало сучасним рекомендаціям щодо безпечного збору даних серед травмованих осіб [64].

Онлайн-формат забезпечив індивідуальний темп відповідей, конфіденційність та зменшення ризику ретравматизації, що підтверджується

численними дослідженнями ефективності дистанційних методів у роботі з посттравматичними популяціями [46; 89].

Процедура тестування була одноразовою, що відповідає крос-секційному дизайну дослідження. Такий підхід дав змогу оцінити інтенсивність симптомів ПТСР та рівень соціально-психологічної адаптації учасників на певному етапі фізичної реабілітації, а також визначити взаємозв'язки між ключовими психологічними параметрами [81].

Усі учасники брали участь добровільно, були поінформовані про мету дослідження, конфіденційність даних та мали право відмовитися від участі у будь-який момент без пояснень, що відповідає сучасним етичним стандартам досліджень з ветеранами та травмованими особами [52].

Для діагностики психологічного стану респондентів було обрано сучасний психодіагностичний інструментарій, що довів свою валідність у дослідженнях останнього десятиліття та пройшов численні психометричні перевірки у вибірках військовослужбовців і цивільних постраждалих. До нього входили:

1. Адаптована шкала клінічної діагностики ПТСР та опитувальник «Перелік симптомів ПТСР» (Додаток А), які дають змогу оцінити інтенсивність ключових симптомів ПТСР, включно з нав'язливими переживаннями, унікаючою поведінкою та гіперактивацією [40; 39].

Адаптовані версії шкал забезпечують культурну релевантність та специфічність для осіб із бойовими травмами, що підвищує достовірність результатів у порівнянні зі стандартними цивільними інструментами.

2. Опитувальник Бека для оцінювання рівня депресії (BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI) (Додаток Б), який за останні 10 років неодноразово застосовувався у військових вибірках і показав високу внутрішню консистентність та чутливість до змін у депресивних станах [85].

Оцінка депресивних симптомів є критичною, оскільки депресія є одним із головних чинників, що впливають на зниження соціальної інтеграції та мотивації до відновлення [81].

3. Методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда (Додаток В), заснована на сучасних підходах до гуманістичної психології та адаптована до міжнародного контексту, дає змогу оцінити такі параметри, як емоційний комфорт, прийняття себе, прийняття інших, внутрішній локус контролю, стійкість до стресу та соціальна інтегрованість [88].

Валідизації останніх років підтверджують її застосування саме для осіб, які пережили бойові травми, оскільки ці фактори визначають ефективність соціальної та психологічної реабілітації.

4. Шкала оцінювання впливу травмивної події (IES-R) (Додаток Г), яка пройшла численні оновлення та валідизацію у міжнародних дослідженнях, показує високу чутливість до специфіки бойової травми, дає змогу диференціювати інтенсивність нав'язливих думок, уникаючої поведінки та гіперактивації, що є ключовими симптомами ПТСР [62; 78].

Комбінація цих методик дала змогу отримати багатовимірну картину психологічного стану учасників та оцінити взаємозв'язок між симптоматикою ПТСР, депресією та соціально-психологічною адаптацією, що є актуальним підходом у сучасній травматологічній психології [72; 77].

Онлайн-формат дослідження також дав змогу контролювати рівень психологічного навантаження на учасників. Дослідження останніх років підтверджують, що дистанційна діагностика знижує ризик ретравматизації, зменшує соціальний тиск та сприяє більш відвертим відповідям респондентів [46; 89].

Це особливо важливо для учасників з тяжкими бойовими травмами та фізичними обмеженнями, оскільки дистанційний формат дає можливість самостійно обирати темп проходження опитування, робити паузи та повторні спроби за потреби.

Організація емпіричного етапу відповідає сучасним стандартам психологічних досліджень із травмованими популяціями. Вибірка та окреслені методики дали змогу забезпечити надійність та валідність отриманих даних, а

також створити умови для безпечної участі та захисту етичних прав учасників. Комплексний підхід забезпечив всебічне оцінювання соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР та створив міцну основу для подальшого аналізу результатів дослідження.

Організаційно, емпіричне дослідження було побудоване з урахуванням сучасних рекомендацій щодо роботи з травмованими особами. Для забезпечення репрезентативності вибірки встановлювалися чіткі критерії включення та виключення: до дослідження залучалися чоловіки, які перебували на етапі фізичної реабілітації після бойових поранень, не мали гострих психотичних розладів або важких когнітивних порушень, що могли б завадити розумінню інструкцій та адекватному заповненню опитувальників.

Вік респондентів варіювався, що дало змогу відобразити різні етапи життя та різні соціально-психологічні контексти адаптації. Критерії виключення також передбачали відсутність добровільної згоди та наявність тяжких соматичних станів, що обмежували можливість участі в дослідженні. Такий підхід відповідає сучасним етичним стандартам і забезпечує достовірність та безпеку збору даних [51].

Психодіагностичний інструментарій, використаний у дослідженні, був ретельно обґрунтований як сучасними науковими роботами, так і практичними рекомендаціями для військових і реабілітаційних контингентів. Адаптована шкала клінічної діагностики ПТСР та опитувальник «Перелік симптомів ПТСР» демонструють високий рівень внутрішньої консистентності та підтверджують конструктивну валідність у військових вибірках [40; 39].

Їх використання дає змогу визначити не лише наявність посттравматичних симптомів, а й їх інтенсивність та специфіку, що важливо для планування корекційних і реабілітаційних заходів.

Опитувальник Бека (BDI-II) також показав високу надійність і хорошу конвергентну валідність із іншими шкалами депресії у військових вибірках [85; 59].

Оцінка депресивних проявів є критичною для розуміння комплексної картини психоемоційного стану респондентів, оскільки депресія значно впливає на мотивацію до реабілітації, соціальну інтеграцію та адаптацію до цивільного життя.

Методика оцінки соціально-психологічної адаптації дає змогу кількісно оцінити такі ключові параметри, як емоційний комфорт, стресостійкість, прийняття себе та інших, локус контролю та рівень соціальної інтегрованості. Психометричні характеристики цієї методики забезпечують достатню надійність і дозволяють використовувати її для комплексної оцінки адаптації в реабілітаційних умовах [61].

Крім того, методика має підтверджену зовнішню валідність у військових та травмованих цивільних вибірках, що робить її оптимальною для використання у сучасному дослідженні [73].

Шкала оцінювання впливу травмивної події IES-R пройшла численні перевірки та адаптації, демонструючи високу чутливість до нав'язливих спогадів, унікальної поведінки та гіперактивації, що є центральними симптомами ПТСР [60; 57]. Вона дає змогу виявити ступінь впливу травмивного досвіду на психоемоційний стан, що є критично важливим для подальшого планування інтервенцій.

Онлайн-формат дослідження дав можливість максимально знизити ризик ретравматизації, надаючи учасникам можливість контролювати темп проходження опитувальників, робити паузи та повертатися до заповнення у зручний час [48].

Також дистанційний формат розширив географічне охоплення дослідження, даючи змогу задіяти учасників з різних регіонів України, що підвищує зовнішню валідність і репрезентативність вибірки.

Вибір конкретних методик був зумовлений їх здатністю забезпечити комплексну оцінку психоемоційного стану та соціально-психологічної адаптації. Поєднання шкал ПТСР, BDI-II, методики соціально-психологічної адаптації та IES-R дало можливість оцінити стан респондентів у трьох

взаємопов'язаних площинах: клінічний рівень травматичної симптоматики, депресивні прояви та загальна соціальна адаптація. Сучасні дослідження підтверджують, що саме багатовимірне оцінювання є ключовою для точного визначення потреб учасників і планування ефективних інтервенцій [72; 77].

Організаційно дослідження було інтегроване у процес реабілітації учасників. Лікарні, які брали участь, забезпечили технічну підтримку, психологічну консультацію у разі емоційного дискомфорту та можливість звернення до фахівців у разі потреби. Така інтеграція у реабілітаційний процес відповідала сучасним міжнародним стандартам безпеки та етики досліджень із травмованими популяціями.

Узагальнюючи, організація емпіричного етапу була побудована так, щоб забезпечити максимальну достовірність даних, безпеку та психологічний комфорт учасників, а вибір психодіагностичних інструментів гарантував надійність та валідність отриманих результатів. Комплексний підхід до оцінки психоемоційного стану та соціально-психологічної адаптації створив міцну основу для подальшого аналізу результатів, представленого у третьому етапі дослідження.

Завершуючи опис організації емпіричного етапу, слід підкреслити, що поєднання методів діагностики дало змогу отримати цілісне уявлення про соціально-психологічну адаптацію осіб із симптомами ПТСР. Використання шкал ПТСР, BDI-II, методики соціально-психологічної адаптації та IES-R дозволяє оцінювати одночасно клінічну симптоматику, рівень депресивних проявів та соціальну інтеграцію учасників, що відповідає сучасним міжнародним стандартам психологічної діагностики травматичних розладів.

Таким чином, застосований комплексний підхід забезпечив багатовимірне оцінювання психологічного стану учасників та їх соціально-психологічної адаптації. Він дозволив виявити ключові взаємозв'язки між симптомами ПТСР, депресивними проявами та адаптаційними механізмами, що має практичне значення для планування реабілітаційних і психокорекційних заходів.

Висновки щодо організації та методології емпіричного етапу демонструють, що комплексна оцінка соціально-психологічної адаптації є надійним інструментом для дослідження осіб, які пережили бойові травми, а використання дистанційного онлайн-формату дає змогу безпечно і ефективно проводити тестування навіть за фізичних обмежень у вибірці. Підібрані інструменти та організаційні рішення забезпечують наукову достовірність, валідність та етичну безпеку проведеного дослідження.

Таким чином, розгорнутий методологічний опис емпіричного етапу, який охоплює організацію дослідження, характеристику вибірки, етичні аспекти, детальний опис методик та їх психометричні параметри, процедуру збору даних, особливості онлайн-формату та інтеграцію в реабілітаційний процес створює основу для подальшого аналізу результатів дослідження та їх наукового узагальнення у наступному етапі дослідження.

2.2. Аналіз рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР

У контексті повоєнної реабілітації питання соціально-психологічної адаптації напряду визначає якість життя людей, що опинилися на межі фізичних і психічних можливостей. Після перенесених травм та різкої зміни життєвих обставин саме здатність відновити внутрішню рівновагу, повернути контроль над поведінкою та вибудувати нові соціальні зв'язки стає ключовим показником того, наскільки ефективно людина буде інтегруватися у повсякденність. Саме тому аналіз адаптаційних процесів постає необхідною складовою.

Дослідження охопило 58 осіб, які проходять фізичну реабілітацію після важких поранень. Це група з високим ризиком дезадаптації: поєднання пережитої травми, тривалого лікування та вимушеної зміни життєвого укладу створює напружений фон для психічної та соціальної стабільності. Метою аналізу є визначення того, як саме проявляються ключові компоненти

соціально-психологічної адаптації в цієї вибірки — рівень самоконтролю, здатність до взаємодії, емоційна регуляція, суб'єктивне відчуття ефективності та загальна соціальна інтегрованість. Подальший опис ґрунтуватиметься на кількісних результатах опитувальників, які відображають реальні тенденції, сильні й слабкі місця адаптації у респондентів.

За результатами *адаптованої шкали PCL-5* було отримано однозначну картину: більшість респондентів демонструють виражені ознаки посттравматичного стресового розладу. Лише 14 осіб (24%) потрапили в зону норми, в той час як 44 учасники (76%) показали симптоматику, що відповідає критеріям ПТСР. Така пропорція очікувана для вибірки людей, які перенесли важкі поранення та перебувають у процесі реабілітації. Вона вказує на високий рівень психотравматизації та підкреслює, що адаптаційні труднощі в цій групі не поодинокі, а системні. Це означає, що оцінка соціально-психологічної адаптації має враховувати значне навантаження на психіку, яке об'єктивно впливає на поведінкові реакції, емоційну регуляцію та соціальну інтегрованість. В таблиці 2.1 подано результати інтерпретації PCL-5 клінічної діагностики ПТСР.

Таблиця 2.1

Результати інтерпретації PCL-5 клінічної діагностики ПТСР

Інтерпретація PCL-5 клінічної діагностики ПТСР	
Норма	14 (24%)
Ознаки ПТСР	44 (76%)

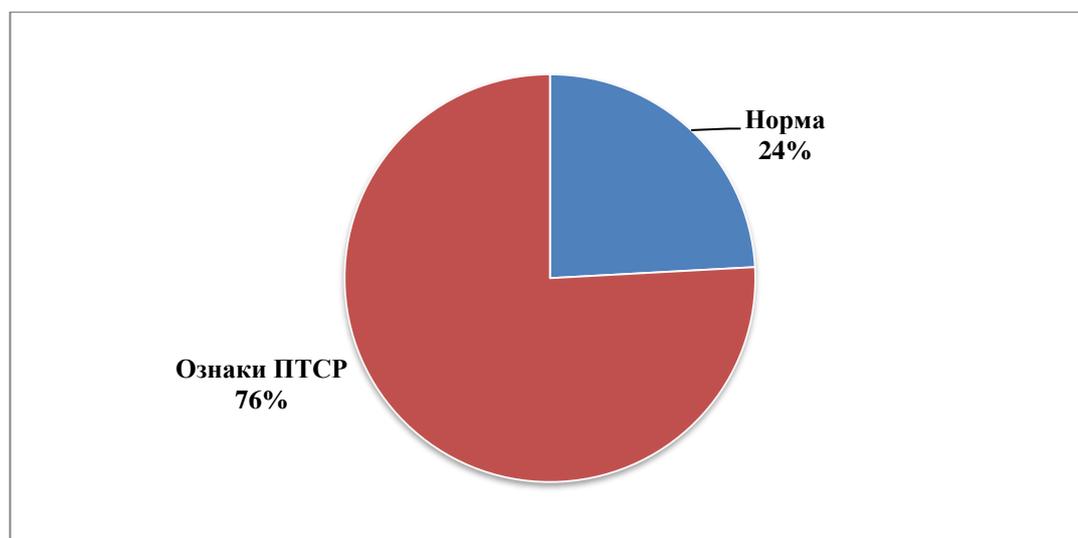


Рис. 2.1 Інтерпретація PCL-5 клінічної діагностики ПТСР.

Таблиця 2.2

Результати скринінгу ПТСР (критерій А)

Критерій А (наявність травматичної події)	
Так	58 (100%)
Ні	0 (0%)

За критерієм В, який відображає інтенсивність симптомів інтрузії, більше половини учасників демонструють їх на клінічно значущому рівні. Позитивний результат отримали 32 особи (55%), що означає наявність нав'язливих спогадів, флешбеків або різких емоційних реакцій на травматичні нагадування. У 26 респондентів (45%) цей критерій не проявляється виражено. Такий розподіл вказує на те, що інтрузивні симптоми є однією з ключових складових посттравматичного реагування у вибірці, оскільки вони безпосередньо втручаються у повсякденне функціонування та підсилюють загальне навантаження на адаптаційні механізми. У Таблиці 2.3 окреслено показники симптомів інтрузії.

Результати скринінгу ПТСР (критерій В)

Критерій В симптоми інтрузії (нав'язливі вторгнення травматичного досвіду у теперішнє)	
Позитивний	32 (55%)
Негативний	26 (45%)

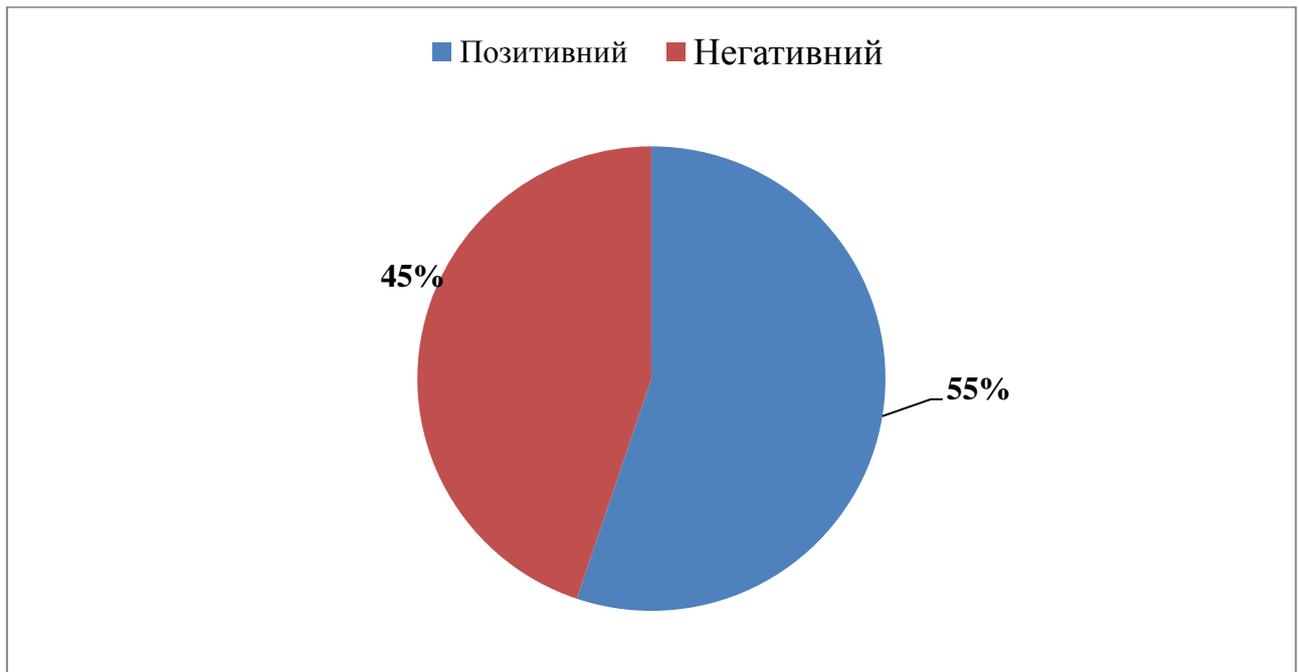


Рис. 2.2 Критерій В. Симптоми інтрузії (нав'язливі вторгнення травматичного досвіду у теперішнє).

Критерій С, що відображає поведінкові та когнітивні стратегії уникнення травматично забарвлених стимулів, проявився менш виражено, ніж інтрузії. Позитивні результати за цим критерієм отримали 26 учасників (45%), тоді як у 32 осіб (55%) симптоми уникнення не досягають клінічно значущого рівня. Така картина свідчить про те, що уникнення не є домінантною реакцією в цій вибірці, хоча майже половина респондентів усе ж використовує його як спосіб зменшення емоційного дискомфорту. Водночас наявність більшої частки «негативних» результатів може вказувати на загальне прагнення залишатися включеними в соціальні та реабілітаційні процеси, попри пережиту травму. У Таблиці 2.4 представлено показники симптомів уникнення.

Таблиця 2.4

Результати скринінгу ПТСР (критерій С)

Критерій С (симптоми уникнення)	
Позитивний	26 (45%)
Негативний	32 (55%)

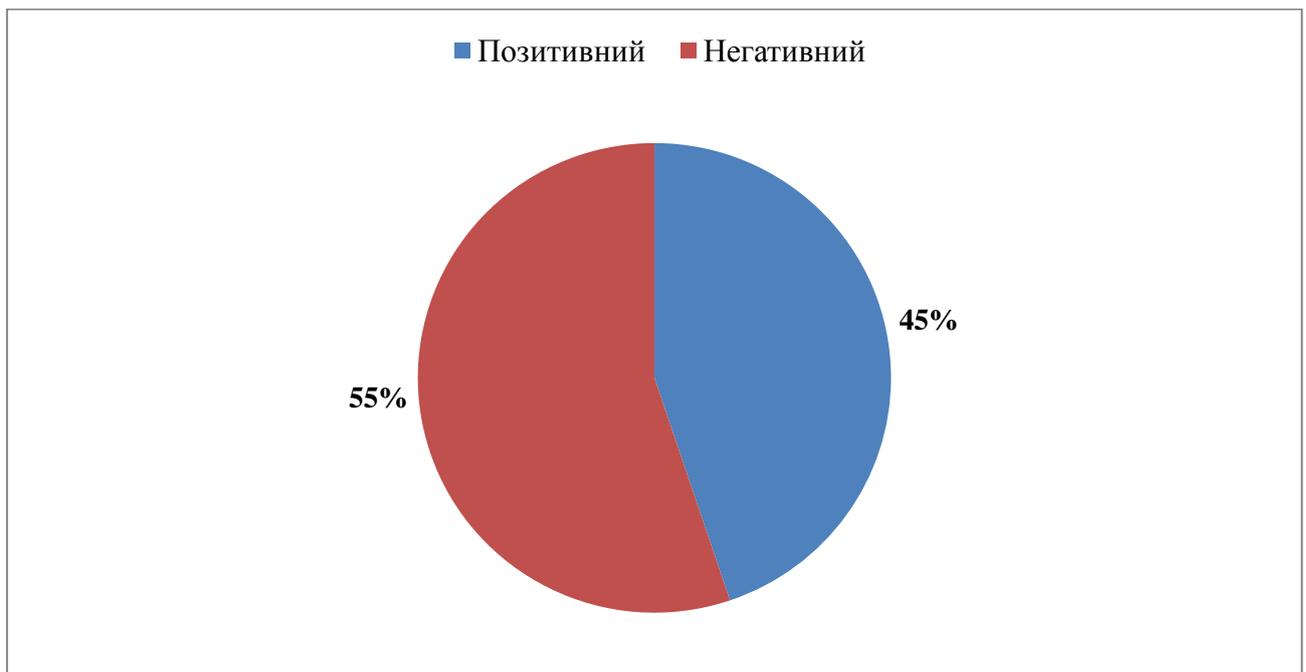


Рис. 2.3 Критерій С. Симптоми уникнення.

За критерієм D, який окреслює негативні когнітивно-емоційні зміни (песимістичні переконання, почуття провини, емоційну пригніченість), позитивні результати отримали 19 осіб (33%). У більшості респондентів — 39 осіб (67%) — ці симптоми не проявляються на клінічно значущому рівні. Такий розподіл демонструє, що хоча когнітивно-емоційні зміни й присутні у частини вибірки, вони не є провідним компонентом загальної симптоматики. Це може свідчити про певну збереженість базових когнітивних ресурсів, що дає змогу частині учасників утримувати відносно стабільне сприйняття себе та світу попри пережиту травму. Водночас третина вибірки з «позитивним» результатом формує групу ризику, де саме ці симптоми можуть ускладнювати

соціальне включення та уповільнювати адаптаційні процеси. У таблиці 2.5 окреслено показники негативних думок та емоцій.

Таблиця 2.5

Результати скринінгу ПТСП (критерій D)

Критерій D (негативні думки та емоції)	
Позитивний	19 (33%)
Негативний	39 (67%)

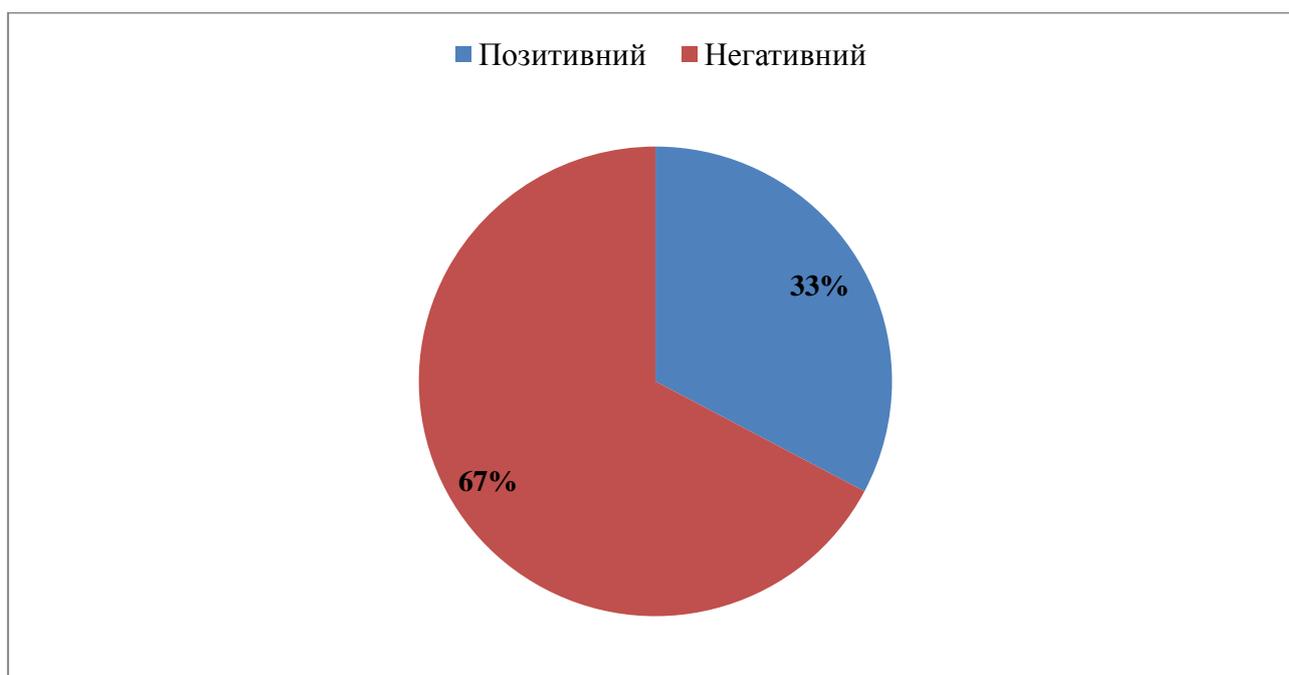


Рис. 2.4 Критерій D. Негативні думки та емоції.

Критерій E, що відображає симптоми надмірної фізіологічної та емоційної реактивності (підвищена пильність, дратівливість, проблеми зі сном, раптові спалахи напруження), виявився майже рівномірно розподіленим у вибірці. Позитивний результат отримали 28 осіб (48%), тоді як у 30 респондентів (52%) ці прояви не досягають клінічно значущого рівня. Така пропорція показує, що підвищена реактивність є типовою, але не універсальною відповіддю серед людей після важких травм. Вона становить одну з найбільш мінливих груп симптомів: у частини учасників вони залишаються гострими й безпосередньо впливають на адаптацію, тоді як інші

демонструють здатність утримувати контроль над фізіологічними реакціями навіть за умов підвищеного стресового тла. У таблиці 2.6 окреслено показники симптомів надмірної реактивності.

Таблиця 2.6

Результати скринінгу ПТСР (критерій Е)

Критерій Е (симптоми надмірної реактивності)	
Позитивний	28 (48%)
Негативний	30 (52%)

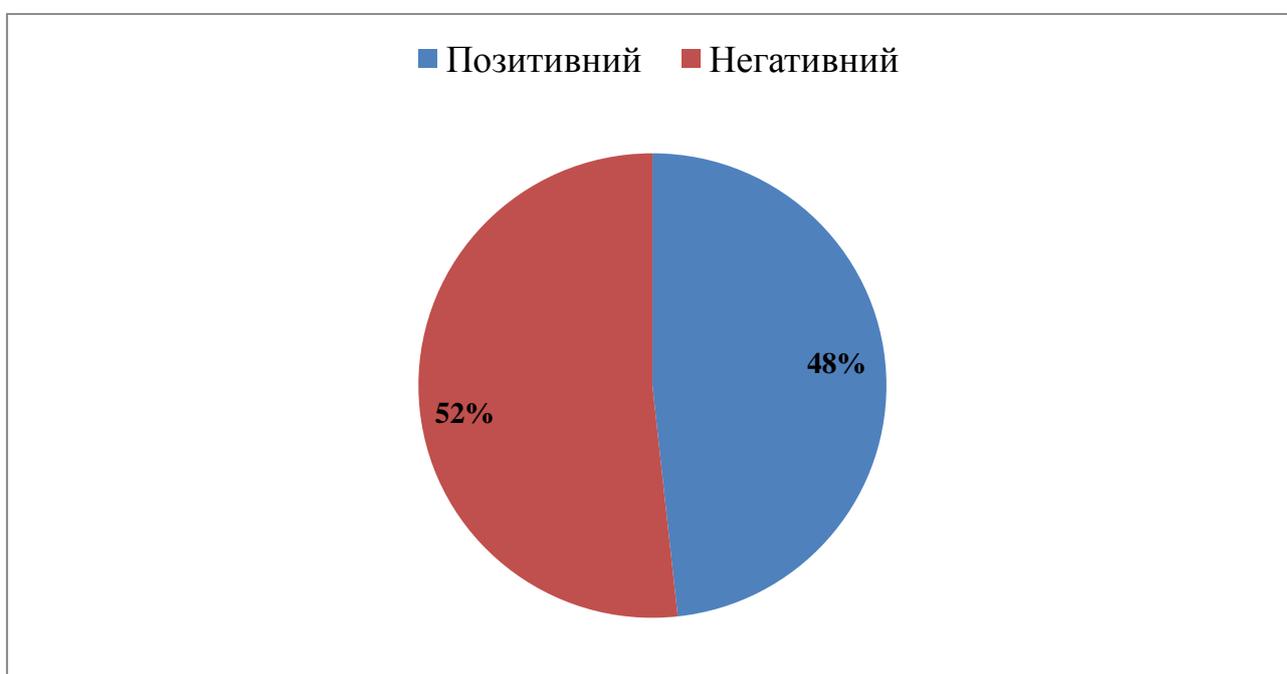


Рис. 2.5 Критерій Е. Симптоми надмірної реактивності.

Отримані результати продемонстрували неоднорідність проявів посттравматичної симптоматики у вибірці. Найбільш вираженими виявилися інтрузивні симптоми та надмірна реактивність, тоді як уникнення та когнітивно-емоційні зміни проявлялися менш інтенсивно. Попри це, загальна частка респондентів із клінічно значущими ознаками ПТСР залишається високою. Це вказує на те, що процес соціально-психологічної адаптації в умовах реабілітації проходить під суттєвим навантаженням і вимагає як

психологічної підтримки, так і цілеспрямованих інтервенцій для зменшення впливу основних симптомів.

Для оцінки того, наскільки респонденти здатні підтримувати внутрішню рівновагу, ефективно взаємодіяти з оточенням та зберігати адекватні механізми саморегуляції, було застосовано *методику соціально-психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда*. Цей інструмент дав змогу виявити ключові компоненти адаптації: самоприйняття, прийняття інших, емоційну комфортність, внутрішній контроль, домінантність, а також загальний показник дезадаптації.

Результати соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса - Р. Даймонда демонструють комплексну картину, що охоплює як збережені адаптаційні ресурси, так і виражені зони вразливості.

За шкалою адаптивності більшість респондентів (34 особи, 59%) продемонстрували високий рівень, що свідчить про наявність ресурсів для конструктивної взаємодії із соціальним оточенням та ефективного функціонування у повсякденних ситуаціях. 16 осіб (27%) знаходяться в межах норми, а низькі показники зафіксовано у 8 респондентів (14%), що вказує на наявність певної частини групи з обмеженою здатністю адаптуватися.

Шкала дезадаптивності виявила високі показники у 28 осіб (48%), середній рівень у 30 (52%), і жоден респондент не потрапив у категорію низьких значень. Це свідчить про те, що навіть у тих, хто демонструє високий рівень адаптивності, існують прояви дезадаптивної поведінки, що може ускладнювати процес соціальної інтеграції.

Показники правдивості відповідей свідчать про достовірність результатів. За шкалою «Неправда →» 48 осіб (83%) мали низькі значення, а 10 (17%) — у межах норми; за шкалою «Неправда +» низькі значення продемонстровано у 38 осіб (66%), а 20 (34%) потрапили в межі норми. Жоден респондент не мав високих значень, що свідчить про відсутність систематичної соціально бажаної поведінки під час опрацювання тесту.

Шкали самоприйняття та неприйняття себе демонструють яскравий контраст. Прийняття себе високі показники мали 32 респонденти (55%), норма — 18 (31%), низькі — 8 (14%). Водночас неприйняття себе низькі значення зафіксовано лише у 0 респондентів, норма — 14 (24%), а високі — 44 (76%). Це вказує на наявність у більшості респондентів глибокого внутрішнього критицизму та певних проблем із самоприйняттям, навіть якщо частина людей здатна усвідомлювати власні сильні сторони.

Схожі тенденції спостерігаються у прийнятті інших та неприйнятті інших. Прийняття інших високі показники отримали 22 респонденти (38%), норма — 30 (52%), низькі — 6 (10%). Неприйняття інших низькі значення відзначено у 0 осіб, норма — 24 (41%), високі — 34 (59%). Це говорить про те, що значна частина респондентів проявляє соціальну обережність, недовіру та певні труднощі у міжособистісній взаємодії.

Щодо емоційного стану, 14% респондентів мають низький емоційний комфорт (8 осіб), 62% — норму (36 осіб), а високий емоційний комфорт відзначено у 14% (14 осіб). При цьому емоційний дискомфорт низький у 24 осіб (41%), норма — 32 (55%), високий — 2 (4%). Це свідчить про переважання середнього рівня емоційної стабільності, хоча чітко прослідковуються групи з підвищеним дискомфортом.

За шкалами внутрішній та зовнішній контроль респонденти демонструють різноспрямовані тенденції: внутрішній контроль високий у 20 осіб (34%), норма — 30 (52%), низький — 8 (14%), тоді як зовнішній контроль високий не зафіксовано, норма — 26 (45%), низькі показники — 32 (55%). Це означає, що більшість респондентів схильні пояснювати події зовнішніми чинниками, водночас зберігаючи певний рівень внутрішньої саморегуляції.

Шкали домінування та підлеглості показують, що більшість респондентів перебувають у зоні норми: домінування норма — 36 (62%), високі — 12 (21%), низькі — 10 (17%); підлеглість норма — 42 (72%), високі — 4 (7%), низькі — 12 (21%). Це свідчить про збережену соціальну врівноваженість і здатність до адаптивної міжособистісної взаємодії.

Нарешті, шкала ескапізму демонструє, що 16 осіб (27%) мають низькі показники, 34 (59%) — норму, а високі — 8 (14%). Це вказує на те, що уникання проблем та відхід у фантазії чи пасивні стратегії зустрічаються нерідко, але не є домінуючим механізмом поведінки.

У цілому дані методики Роджерса -Даймонда свідчать про фрагментовану адаптацію: присутні як високі ресурси для саморегуляції, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки, так і виражені зони вразливості, зокрема у сфері самоприйняття, міжособистісної довіри та реактивності на стресові ситуації. Така картина підкреслює необхідність комплексної психологічної підтримки для стабілізації соціально-психологічної адаптації. Результати дослідження за окресленою методикою зображені в таблиці 2.7

Таблиця 2.7

Методика дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда

	Низькі	Норма	Високі
Адаптивність	8 (14%)	16 (27%)	34 (59%)
Дезадаптивність	28 (48%)	30 (52%)	0 (0%)
Неправда -	48 (83%)	10 (17%)	0 (0%)
Неправда +	38 (66%)	20 (34%)	0 (0%)
Прийняття себе	8 (14%)	18 (31%)	32 (55%)
Неприйняття себе	44 (76%)	14 (24%)	0 (0%)
Прийняття інших	6 (10%)	30 (52%)	22 (38%)
Неприйняття інших	34 (59%)	24 (41%)	0 (0%)
Емоційний комфорт	8 (14%)	36 (62%)	14 (24%)
Емоційний дискомфорт	24 (41%)	32 (55%)	2 (4%)
Внутрішній контроль	8 (14%)	30 (52%)	20 (34%)

Зовнішній контроль	32 (55%)	26 (45%)	0 (0%)
Домінування	10 (17%)	36 (62%)	12 (21%)
Підлеглість	12 (21%)	42 (72%)	4 (7%)
Ескапізм	16 (27%)	34 (59%)	8 (14%)

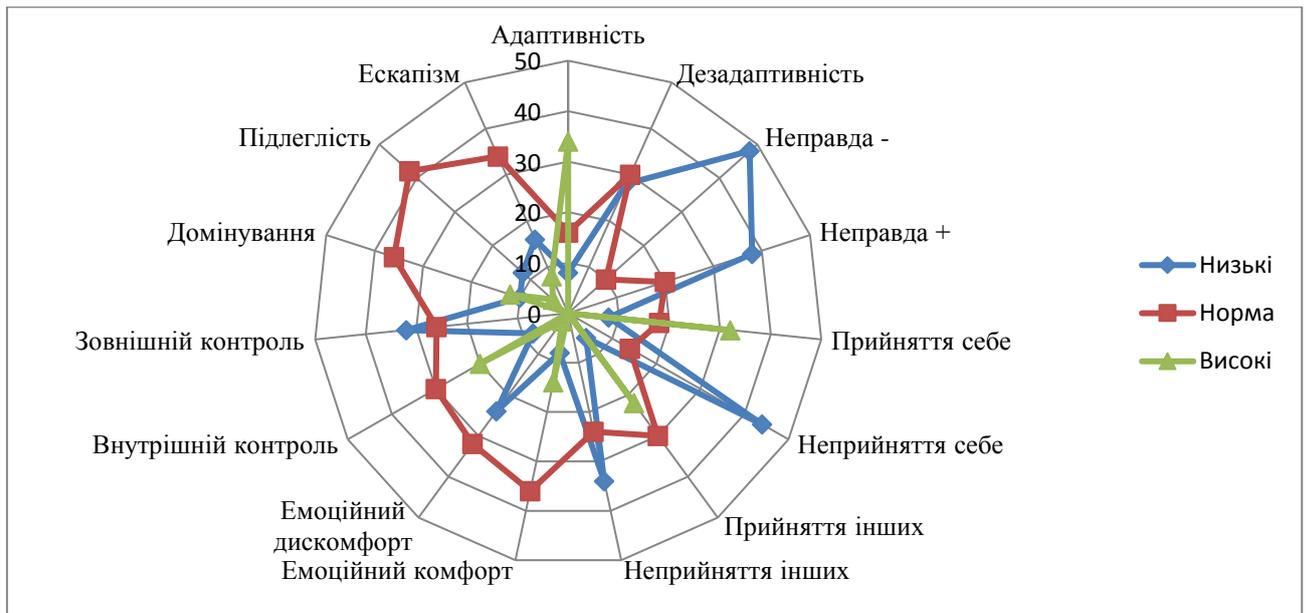


Рис. 2.6 Результати дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда.

Оцінка рівня депресивних проявів у респондентів, які пережили тяжкі поранення та перебувають на реабілітації, є важливою складовою комплексного аналізу соціально-психологічної адаптації. Опитувальник Бека (BDI) дав змогу визначити ступінь вираженості депресивних симптомів — від мінімального та легкого до помірного й важкого — у когнітивній, емоційній та соматичній сферах. Така оцінка дає змогу зрозуміти, наскільки негативний емоційний стан може впливати на процес адаптації, мотивацію до реабілітації та здатність ефективно взаємодіяти з соціальним оточенням.

За результатами опитувальника Бека більшість респондентів демонструють відсутність депресивних симптомів: 30 осіб (52%) не мають ознак депресії. Помірно виражені прояви спостерігаються у 22 респондентів

(38%), що свідчить про наявність субклінічних емоційних труднощів, здатних впливати на повсякденне функціонування та процес реабілітації. Критичний рівень депресивних симптомів зафіксовано у 4 осіб (7%), в той час як явно виражена депресія зустрічається у 2 респондентів (3%).

Ці дані демонструють, що хоча більшість учасників групи зберігають емоційну стабільність, значна частина — майже 45% — має помітні ознаки емоційного пригнічення. Серед невеликої, але важливої частки осіб із критичними та явно вираженими симптомами, депресивні переживання можуть суттєво ускладнювати соціально-психологічну адаптацію, мотивацію до реабілітації та загальне відновлення після травми.

Опрацювання та інтерпретація результатів інтенсивності депресії зображені у таблиці 2.8

Таблиця 2.8

Результати ступеня вираженості депресивних симптомів за опитувальником Бека (BDI)

Немає	30 (52%)
Помірно виражена	22 (38%)
Критичний рівень	4 (7%)
Явно виражена	2 (3%)

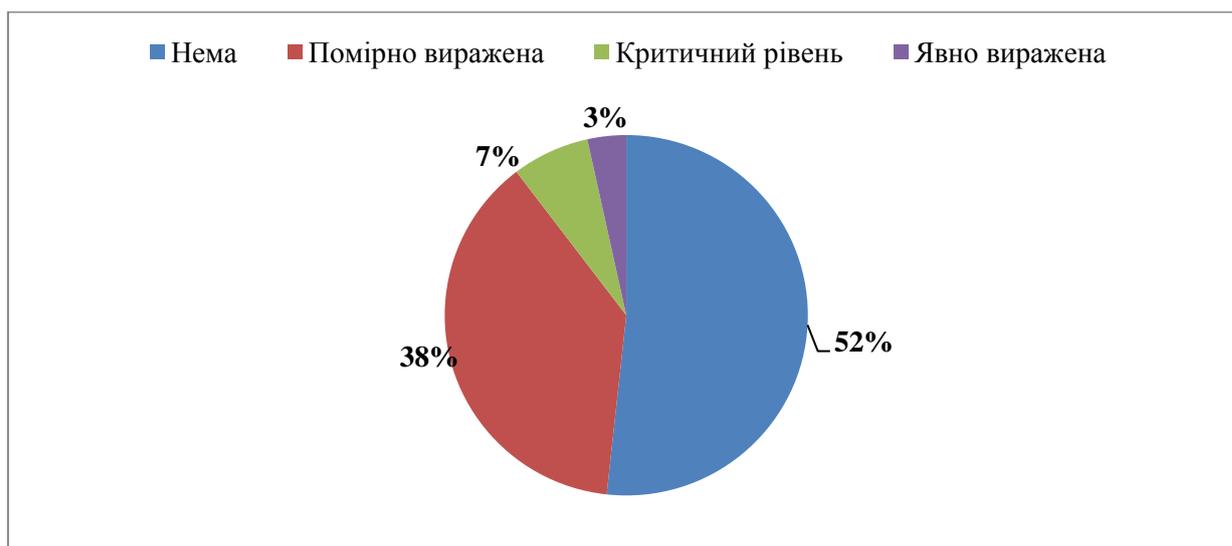


Рис. 2.7 Результати ступеня вираженості депресивних симптомів за опитувальником Бека (BDI)

Шкала оцінювання впливу травматичної події (IES-R) послугувала інструментом для виявлення рівня посттравматичних стресових реакцій у осіб, які пережили значущі травматичні події. Вона дала змогу оцінити три основні компоненти реакції на травму: інтрузії, уникнення та підвищену психофізіологічну збудливість. Використання цієї шкали у пацієнтів, що проходять реабілітацію після важких поранень, допомогла визначити, наскільки травматичний досвід впливає на емоційний стан, поведінкові реакції та соціальну інтеграцію. Аналіз результатів IES-R допоміг виокремити групи ризику серед респондентів, оцінити їхню стійкість до стресу та спрямувати психологічну підтримку на найбільш уразливі аспекти адаптації.

За шкалою оцінювання впливу травматичної події (IES-R) більшість респондентів (36 осіб, 62%) демонструють низьку реакцію на стресову ситуацію, що свідчить про відносно стійку психофізіологічну адаптацію та здатність до регуляції емоційних проявів після травми. Помірна реакція зафіксована у 16 осіб (28%), які відчувають помітний, але керований вплив травматичного досвіду на повсякденне функціонування. Виражена стресова реакція спостерігається у 6 респондентів (10%), що вказує на значний психоемоційний дискомфорт, високий рівень тривожності та потенційне ускладнення процесу соціально-психологічної адаптації.

У цілому результати демонструють, що хоча більшість учасників зберігають достатній рівень стресостійкості, існує невелика, але важлива група осіб з високим рівнем стресової реакції, які потребують цілеспрямованої психологічної підтримки для запобігання розвитку посттравматичних симптомів та зниження ризику дезадаптації. У Таблиці 2.9 зображено рівень реакції на стресову ситуацію.

Таблиця 2.9

Результати оцінювання впливу травмівної події за шкалою (ies-r)

Низька	36 (62%)
Помірна	16 (28%)
Виражена	6 (10%)

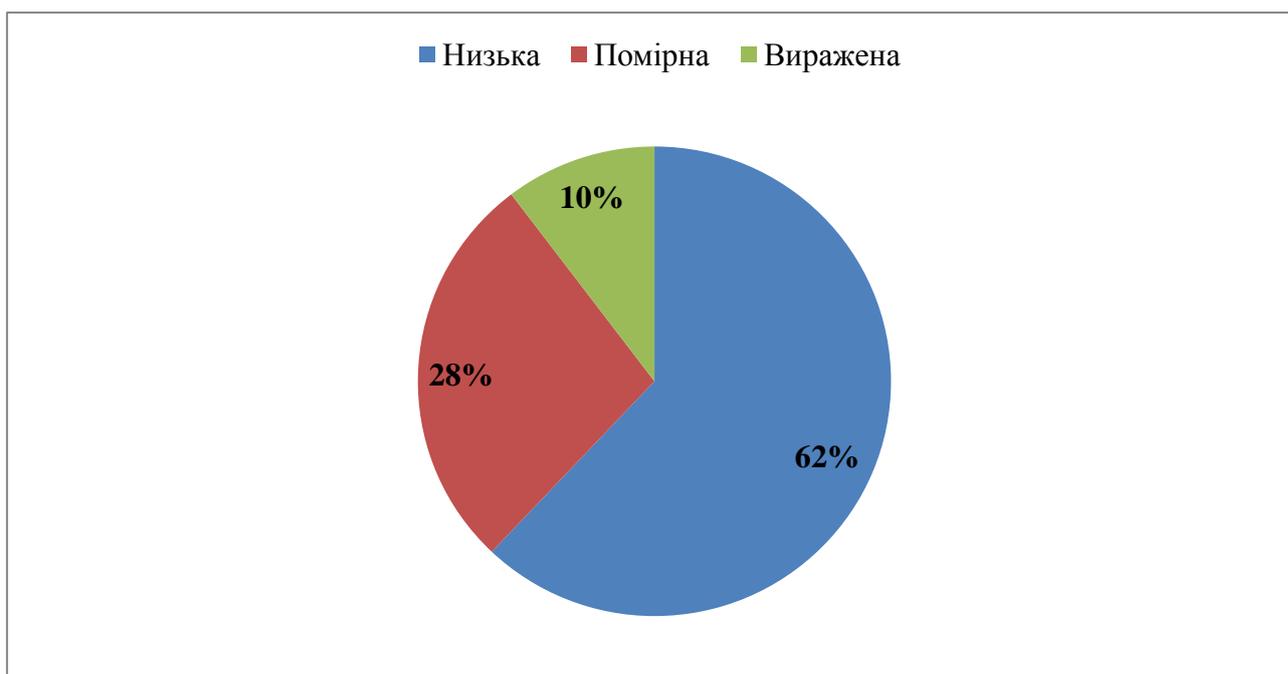


Рис. 2.8 Показники реакції на стресову ситуацію

Отже, проведений комплексний аналіз соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР, які проходять фізичну реабілітацію після важких поранень, свідчить про складну, багатовимірну картину психологічного функціонування та адаптаційних процесів. За результатами опитувальника PCL-5 більшість учасників демонструють клінічно значущі ознаки ПТСР, зокрема інтрузивні симптоми та підвищену реактивність, що безпосередньо впливають на здатність до нормальної соціальної взаємодії та емоційної стабільності. Симптоми уникнення та когнітивно-емоційні зміни проявляються менш виражено, однак присутні у значній частини вибірки, створюючи фоновий емоційний та поведінковий дискомфорт.

Дані за методикою Роджерса - Даймонда вказують на наявність помітних ресурсів для адаптації, зокрема високі показники адаптивності, прийняття себе та здатності до соціальної взаємодії у частини респондентів. Водночас значна частина вибірки демонструє високі показники дезадаптивності, неприйняття себе та інших, підвищений зовнішній контроль та часткову схильність до ескапізму. Це свідчить про фрагментованість адаптаційних механізмів: респонденти здатні підтримувати функціонування у звичних чи контрольованих умовах, але залишаються вразливими у стресових чи соціально складних ситуаціях.

Аналіз рівня депресивних симптомів за опитувальником Бека показав, що більшість учасників не мають клінічно значущої депресії, проте помірно виражені прояви депресивних переживань відзначені у 38% респондентів, а критичний та явно виражений рівень зустрічається у невеликої, але важливої групи. Це підкреслює необхідність враховувати емоційний стан при плануванні психологічної підтримки та корекційних втручань.

Результати шкали IES-R демонструють, що переважна більшість респондентів зберігають низьку або помірну стресову реакцію, однак близько 10% мають виражену реакцію на травматичні події. Навіть помірні рівні стресової реакції можуть ускладнювати соціально-психологічну адаптацію, погіршувати емоційну регуляцію та ефективність реабілітаційних процесів.

У цілому отримані дані свідчать про наступне: соціально-психологічна адаптація осіб із симптомами ПТСР є неоднорідною, поєднуючи збережені адаптивні ресурси та виражені зони вразливості. Основними проблемними аспектами є інтрузивні симптоми, підвищена психофізіологічна реактивність, часткова дезадаптивність у поведінці та взаємодії, а також наявність субклінічних депресивних проявів. Ця комплексна картина вказує на необхідність цілеспрямованих психокорекційних втручань, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, формування ефективних стратегій подолання стресу та розвиток соціальної компетентності.

Отримані висновки створюють основу для подальшого етапу дослідження — підбору та розробки програми соціально-психологічної адаптації для осіб із симптомами ПТСР, яка буде орієнтована на конкретні вразливі компоненти адаптації, виявлені у вибірці, та спрямована на підвищення рівня психоемоційного благополуччя і соціальної адаптації.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР

3.1. Організація та зміст програми соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя

Ефективність соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР, що зазнали впливу травмівних подій, значною мірою залежить від системності корекційних заходів та їх відповідності реальним потребам особистості. Побудова дієвої моделі соціально-психологічної адаптації вимагає переходу від загальних теоретичних положень до конкретних практичних інструментів, що враховують індивідуальні особливості перебігу посттравматичних станів. Саме тому структурування змісту та організації програми соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР у нашому дослідженні здійснювалося на основі чіткого методологічного обґрунтування та аналізу отриманих діагностичних даних.

Розробка змістового наповнення програми соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР здійснювалася з урахуванням сучасних вітчизняних підходів до психологічної реабілітації осіб, які пережили травмівні події. В основу програми покладено принцип комплексності, що узгоджується з дослідженнями О. Кокуна, який наголошує на необхідності поєднання психофізіологічної регуляції з відновленням особистісного потенціалу [10].

Зокрема, вибір технік для першого етапу (стабілізації) спирається на роботи О. Тімченка та В. Клименка, які визначають критичну важливість відновлення почуття безпеки та зниження рівня психоеізіологічної напруги як передумови для будь-якої подальшої психокорекційної роботи [30]. Використання технік саморегуляції та «заземлення» відповідає рекомендаціям

щодо опанування навичок першої психологічної самопомоги при гострих стресових реакціях.

Структура другого етапу (когнітивної переробки) базується на положеннях когнітивно-поведінкового підходу, адаптованого до роботи з бойовою травмою українськими фахівцями. Як зазначають О. Блинова та співавтори, ефективна адаптація неможлива без опрацювання деструктивних когнітивних установок та емоційного відреагування травматичного досвіду [4]. Включення вправ на розвиток самоспівчуття та корекцію Я-концепції ґрунтується на працях Г. Лазос, яка розглядає посттравматичне зростання через призму прийняття нового життєвого досвіду та адаптацію його в структуру особистості [13].

Третій етап (соціально-психологічної адаптації) враховує дослідження В. Шебанової щодо ролі соціальної підтримки у подоланні наслідків ПТСР. Розвиток комунікативних навичок та відновлення міжособистісних кордонів є ключовим фактором профілактики соціальної ізоляції та дезадаптації ветеранів у мирному житті [36].

На основі результатів емпіричного дослідження, викладених у другому розділі, нами розроблено програму психологічної адаптації. Зважаючи на виявлену неоднорідність вибірки (поєднання збережених ресурсів із зонами вразливості, такими як інтрузивні симптоми, уникнення та часткова дезадаптивність), програма має чітку поетапну структуру. Вона розрахована на 10 занять загальною тривалістю 10 годин (60 хвилин кожне) і реалізується у форматі групового тренінгу, що є оптимальним для соціально-психологічної адаптації до життя.

Враховуючи нейрофізіологічні особливості осіб із симптомами ПТСР (зниження обсягу короткочасної пам'яті, труднощі з концентрацією уваги, швидка виснажливність), тривалість одного заняття обмежено 60-ма хвилинами. Зазначений час дає змогу уникнути емоційного затоплення та відповідає принципам екологічності психокорекційного впливу.

Логіка побудови програми підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя базується на принципі «від стабілізації до адаптації», складається з трьох змістових етапів та структурованих занять, відповідно, до кожного етапу.

I. Етап стабілізації та ресурсності (Заняття 1–4). Окреслений етап є фундаментом програми. Враховуючи високі показники психофізіологічної реактивності та інтрузивних симптомів (за методикою PCL-5), першочерговим завданням є не опрацювання травми, а зниження симптомів і відновлення почуття безпеки. Враховуючи високий рівень недовіри та зовнішнього контролю у респондентів, робота розпочинається зі встановлення терапевтичного альянсу та створення безпечного простору. Ключовим інструментом тут окреслюємо техніки емоційного дистанціювання (зокрема, вправа «Сейф»), що дають змогу учасникам символічно відкласти тривожні переживання та налаштуватися на конструктивну взаємодію.

Важливим компонентом цього етапу є психоедукація, спрямована на дестигматизацію стану учасників. Через пояснення фізіологічних механізмів травми та реакцій тіла («Чому тіло реагує?») досягається зниження вторинного стресу — страху перед власними симптомами. Теоретичний блок підкріплюється практичним навчанням навичкам саморегуляції, зокрема дихальним технікам (наприклад, «4-7-8»), які допомагають стабілізувати вегетативні реакції організму.

Особливу увагу приділяємо роботі з інтрузивною симптоматикою (флешбеками), яка була діагностована у значної частини вибірки. Для повернення контролю над станом та утримання контакту з реальністю («тут і зараз») впроваджуються техніки заземлення, які задіюють різні сенсорні канали (візуальний, аудіальний, кінестетичний).

Завершується стабілізаційний блок роботою з актуалізації ресурсів. Для протидії тенденціям до соціальної ізоляції та уникнення (згідно з показниками шкали PCL-5), використовуються методи арт-терапії, що дають змогу візуалізувати та структурувати систему зовнішньої підтримки («Коло

підтримки»). Це створює необхідну опору для переходу до більш глибокої роботи з травматичним досвідом на наступному етапі.

II. Етап когнітивної переробки та емоційної корекції (Заняття 5–8)

Після стабілізації стану програма фокусується на корекції дезадаптивних установок та емоційного дискомфорту, виявлених за методиками Роджерса–Даймонда та Бека (субклінічна депресія, неприйняття себе тощо), програма переходить до другого, основного етапу корекційної роботи (заняття 5–8), метою якого є трансформація дезадаптивних когнітивних установок та гармонізація емоційного стану. Необхідність цього етапу зумовлена результатами діагностики за методиками Роджерса–Даймонда та шкалою Бека, які виявили у значної частини респондентів ознаки неприйняття себе, субклінічної депресії та схильності до ескапізму.

Робота на цьому етапі розпочинається з когнітивного блоку, що базується на елементах когнітивно-поведінкової терапії. Учасники навчаються ідентифікувати автоматичні думки та розрізняти об'єктивні факти від суб'єктивних інтерпретацій. Оволодіння моделлю «Ситуація → Думка → Реакція» дає змогу знизити рівень катастрофізації подій та розірвати зв'язок між тригером і негативною емоційною відповіддю.

Когнітивна перебудова створює підґрунтя для поведінкових змін, спрямованих на подолання стратегій уникнення. Оскільки уникнення призводить до звуження життєвого простору та посилення соціальної ізоляції, програма передбачає поступове повернення до активності через планування посильних, безпечних дій (техніка «Маленький крок назустріч»).

Паралельно здійснюється робота з емоційною сферою, зокрема з проявами пригніченого гніву та роздратування, що є частими супутниками ПТСР. Використання технік візуалізації (наприклад, «Вулкан») та м'язової релаксації надає учасникам інструменти для екологічного відреагування накопиченої напруги без шкоди для міжособистісних стосунків.

Завершується етап глибинною роботою з Я-концепцією. Для корекції виявлених показників неприйняття себе та низької самооцінки застосовуються

практики розвитку самоспівчуття та пошуку особистісних ресурсів. Це сприяє формуванню дбайливого ставлення до власної особистості, зниженню інтенсивності депресивних переживань та підготовці до етапу соціальної інтеграції.

III. Етап соціальної інтеграції та завершення (Заняття 9–10)

Фінальний етап програми (заняття 9–10) має на меті інтеграцію набутого досвіду та підготовку учасників до самостійного функціонування поза межами терапевтичної групи. Цей блок відповідає на виявлені у дослідженні проблеми з міжособистісною взаємодією та потребою у закріпленні адаптивних стратегій поведінки.

Ключовим завданням цього етапу є відновлення соціальної компетентності та налагодження конструктивної комунікації. Робота фокусується на тренуванні навичок асертивної поведінки — здатності відстоювати власні інтереси та психологічні кордони без проявів агресії. Через відпрацювання техніки «Я-повідомлення» та вправ із просторовими кордонами учасники вчаться екологічно виражати свої потреби, що сприяє покращенню стосунків у родині та соціумі.

Логічним завершенням корекційної роботи є підбиття підсумків та формування стратегії безпеки на майбутнє. Усвідомлюючи нелінійність процесу адаптації, особлива увага приділяється профілактиці рецидивів. Кожен учасник розробляє індивідуальну «Копінг-картку» — кишеньковий алгоритм дій на випадок погіршення емоційного стану або виникнення кризових ситуацій. Це забезпечує учасників конкретним інструментарієм самопомоги, підвищуючи їхню автономність та впевненість у власних силах після завершення тренінгового курсу.

Інформація щодо структури занять програми детально окреслена в Додатку Д.

Структура та змістовне наповнення запропонованої програми підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя представлені у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Програма підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя

	Мета заняття (у контексті адаптації)	Основні методи, техніки та вправи	Тривалість (хв)
ЕТАП СТАБІЛІЗАЦІЇ ТА РЕСУРСНОСТІ			
Заняття 1. «Вступ. Безпека та правила»	Зниження первинної тривоги, знайомство без заглиблення в травму, прийняття правил безпеки.	<ul style="list-style-type: none"> • Вправа «Ім'я + якість»; • Обговорення організаційних правил; • Техніка «Сейф» (для ізоляції тривог на час заняття). 	60
Заняття 2. «Психоедукація: Чому тіло реагує?».	Нормалізація симптомів (дестигматизація) та розуміння фізіології стресу.	<ul style="list-style-type: none"> • Міні-лекція «Мозок та травма» (простими словами); • Дихальна вправа «4-7-8»; • Шеринг (коротке обговорення стану). 	60
Заняття 3. «Техніки заземлення»	Оволодіння одним надійним інструментом для повернення в «тут і зараз» при флешбеках.	<ul style="list-style-type: none"> • Техніка «Заземлення 5-4-3-2-1» (відпрацювання в парах); • Тілесна вправа «Струшування напруги». 	60
Заняття 4. «Ресурсна підтримка»	Актуалізація зовнішніх опор для запобігання соціальній ізоляції.	<ul style="list-style-type: none"> • Арт-техніка «Мое коло підтримки» (малюнок соціальних зв'язків); • Вправа «Кого я можу попросити про допомогу?». 	60
ЕТАП КОГНІТИВНОЇ ПЕРЕРОБКИ ТА ЕМОЦІЙНОЇ КОРЕКЦІЇ			
Заняття 5. «Робота з думками»	Навчання розрізняти факти та інтерпретації («думка ≠ реальність»).	<ul style="list-style-type: none"> • Вправа «Факт чи вигадка?»; • Знайомство з моделлю КПТ (Ситуація → Думка → Реакція). 	60
Заняття 6. «Подолання уникнення»	Виявлення ситуацій, яких учасник уникає, та аналіз «ціни» цього уникнення для життя.	<ul style="list-style-type: none"> • Складання списку «Що я припинив робити через травму»; • Вправа «Маленький крок назустріч» (планування однієї 	60

		дії).	
Заняття 7. «Екологічне вираження емоцій»	Робота з пригніченим гнівом або роздратуванням через безпечні канали.	<ul style="list-style-type: none"> • Техніка «Вулкан» (малюнок або візуалізація); • Написання «Листа гніву» (без відправлення); • Техніка «М'язова релаксація» (коротка версія). 	60
Заняття 8. «Я-концепція та самоспівчуття»	Зниження рівня самокритики та формування дбайливого ставлення до себе.	<ul style="list-style-type: none"> • Вправа «Як би я підтримав друга?» (техніка самоспівчуття); • Пошук сильних сторін, що допомогли вижити. 	60
ЕТАП СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ТА ЗАВЕРШЕННЯ			
Заняття 9. «Комунікація та кордони»	Тренування навички говорити «ні» та відстоювати свій простір без агресії.	<ul style="list-style-type: none"> • Вправа «Особисті кордони» (робота з дистанцією в приміщенні); • Техніка «Я-повідомлення» (алгоритм висловлювання). 	60
Заняття 10. «Завершення. План безпеки»	Підбиття підсумків та створення алгоритму дій на випадок погіршення стану.	<ul style="list-style-type: none"> • Створення індивідуальної «Копінг-картки» (нагадування); • Вправа «Валіза в майбутнє»; • Завершальне коло. 	60
Загальна тривалість			600 хв (10 год)

Отже, розроблена програма підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя є науково обґрунтованим інструментом, спрямованим на вирішення конкретних проблемних зон, виявлених у ході емпіричного дослідження (інтрузивної симптоматики, емоційної дезадаптації, соціального уникнення тощо).

Організаційна структура програми, що охоплює три послідовні етапи — від стабілізації та відновлення ресурсності до когнітивної переробки досвіду та соціально-психологічної адаптації до життя, дає змогу врахувати специфіку перебігу посттравматичних станів. Поєднання когнітивно-поведінкових,

тілесно-орієнтованих та арт-терапевтичних технік у межах 10-ти групових занять дасть можливість забезпечити комплексний вплив на особистість: зниження психофізіологічної реактивності, корекцію деструктивних установок та формування ефективних копінг-стратегій. Такий підхід створює необхідні умови для успішної адаптації осіб із симптомами ПТСР до умов мирного життя та відновлення їхнього соціального функціонування. Розроблена програма підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя може бути

апробована під час формувального експерименту, метою якого є зменшення високих рівнів прояву негативних психічних станів у осіб, які пережили травмівні події.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Системний аналіз отриманих даних дав змогу сформулювати низку узагальнюючих висновків:

Теоретичний аналіз наукової літератури дав можливість визначити соціально-психологічну адаптацію при ПТСР як складний, багаторівневий процес активного пристосування осіб до умов соціального середовища, який суттєво деформується під впливом травматичного досвіду. Встановлено, що ПТСР не обмежується лише клінічною симптоматикою, а виступає системним фактором дезадаптації, що руйнує когнітивні схеми світу («світ небезпечний»), порушує емоційну регуляцію та спричиняє відчуження у міжособистісних стосунках. Успішність адаптації залежить від збереженості ресурсного потенціалу особистості (резильєнтності) та здатності трансформувати травматичний досвід у посттравматичне зростання.

За результатами емпіричного дослідження (методика PCL-5) констатовано, що досліджувана вибірка характеризується високим рівнем травматизації. У структурі симптомокомплексу домінують інтрузивні переживання (нав'язливі спогади, флешбеки) та підвищена психофізіологічна реактивність. Це свідчить про перебування організму в стані хронічної мобілізації («бий або біжи»), що виснажує нервову систему, знижує поріг стресостійкості та блокує здатність до розслаблення, необхідну для адекватної соціальної взаємодії.

Глибинний аналіз показників соціально-психологічної адаптації (методика Роджерса-Даймонда) виявив феномен «фрагментованої» або дисгармонійної адаптації. З одного боку, частина респондентів демонструє збережені показники адаптивності, що дозволяє їм формально функціонувати у соціумі. З іншого боку, виявлено високі рівні внутрішньої дезадаптації:

неприйняття себе, емоційний дискомфорт, екстернальний локус контролю та схильність до ескапізму (втечі від реальності). Така розбіжність вказує на те, що зовнішнє благополуччя часто підтримується ціною надмірних психоемоційних зусиль, що робить цих осіб вразливими до зривів у критичних ситуаціях.

Дослідження емоційної сфери (опитувальник Бека та шкала IES-R) засвідчило наявність коморбідних проблем. Попри те, що більшість учасників не мають клінічно вираженої важкої депресії, також у респондентів зафіксовано помірні депресивні стани та субклінічні прояви, що супроводжуються апатією та втратою інтересу до життя. Значна частина опитуваних вибірки мають гостру реакцію на стрес, що потребує негайного кризового втручання. Виявлені емоційні порушення виступають бар'єром для реабілітації, знижуючи мотивацію до змін та відновлення соціальних зв'язків.

На основі узагальнення емпіричних даних розроблено та теоретично обґрунтовано програму підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя. Програма базується на інтегративному підході, поєднуючи елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих практик та арт-терапії. Її структура складається з трьох логічно пов'язаних етапів, які містять 10 занять спрямованих на відновлення почуття безпеки, навичок саморегуляції, опрацювання негативних думок, подолання уникнення та роботу з самооцінкою, а також на розвиток соціальної компетентності та формування стратегій поведінки на майбутнє.

Практична значущість роботи полягає у визначенні конкретних «мішеней» психокорекційного впливу. Доведено, що ефективна допомога особам із ПТСР повинна фокусуватися не лише на знятті симптомів, а й на відновленні довіри до себе та оточення, корекції деструктивних когніцій та навчанні навичкам конструктивної комунікації. Запропонована програма підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із симптомами ПТСР до життя може бути впроваджена у діяльність реабілітаційних центрів, та служб психологічної підтримки.

Отримані результати відкривають поле для подальшого вивчення гендерних відмінностей у стратегіях адаптації при ПТСР, а також дослідження ролі сімейної системи як ресурсу підтримки в процесі посттравматичного відновлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Безшейко В. Г. Посттравматичний стресовий розлад: клініка, діагностика та лікування. Київ : Медкнига, 2017. 180 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика : підручник. Вінниця : Нова Книга, 2019. 448 с.
4. Блинова О. Є., Круглов К. О., Семенцова О. О. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців учасників бойових дій до умов мирного життя . *Габітус*. 2020. Вип. 18. С. 45–50.
5. Власова О. В. Соціально-психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб: чинники, механізми та стратегії. *Проблеми сучасної психології*. 2017. Вип. 38. С. 34–49.
6. Варій М. Й. Військова психологія і педагогіка : навч. посіб. Київ : ЦУЛ, 2022. 660 с.
7. Золотарьова І. Я. Соціально-психологічні чинники соціальної ексклюзії внутрішньо переміщених осіб. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2018. Вип. 63. С. 45–51.
8. Кальниш В. В., Швець А. В. Психофізіологічні особливості військово-професійної адаптації військовослужбовців. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2. № 1. С. 5–15.
9. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації // *Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ : Міленіум, 2020. Том. I. Вип. 55. С. 23–30.
10. Коқун О. М. Психологічна допомога військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичні рекомендації. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 88 с.

11. Кокун О. М. Психологія професійної діяльності військовослужбовців : монографія. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 326 с.
12. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Київ : Освіта, 2019. 240 с.
13. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Київ, 2018. Т. 1, вип. 50. С. 26–31.
14. Лазуренко Р. С. Пошук сенсу як чинник психологічного благополуччя особистості в умовах соціальної нестабільності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2017. Вип. 6. Т. 1. С. 58–63.
15. Максименко О. Г. Соціально-психологічна адаптація студентів у вищій школі. Харків : Гуманітарний центр, 2016.
16. Максименко С. Д. Психологічні механізми адаптації особистості до кризових умов життєдіяльності . *Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2015. Том. X. Ч. 28. С. 4–15.
17. Маслоу А. Г. Мотивація і особистість / пер. з англ. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2014. 320 с.
18. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності : навч.-метод. посіб. Київ : Кондор, 2020. 112 с.
19. Мороз І. В. Психологічна реадaptaція військовослужбовців після бойових дій. Харків : Університет внутрішніх справ, 2023. 220 с
20. Нахаєва Я. Феномен посттравматичного стресового розладу (птр) у сучасній психології. *Магістерський науковий вісник Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Вип. № 46. 2025. С. 12-14.
21. Панько Т. В., Явдак І. О., Колядко С. П. Психологічна травма та механізми її подолання в умовах війни. Київ : ІСДО, 2022.

22. Приходько І. І. Психологічна безпека персоналу : монографія. Харків : НАНГУ, 2016. 346 с.
23. Підчасов Н. В. Соціально-психологічні особливості адаптації ветеранів АТО до умов мирного життя. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»*. Філософія. Психологія. Педагогіка. 2019. № 2. С. 104–111.
24. Психологічний словник / за ред. Ю. Л. Карамишева. Львів : Априорі, 2019.
25. Рибалка В. В. Теорії особистості у вітчизняній філософії та психології : навч. посіб. Київ : Жнець, 2015. 432 с.
26. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Посттравматичний стресовий розлад: діагностика, клініка, лікування : навчальний посібник. Полтава : Астроя, 2018. 219 с.
27. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2015.
28. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя. *Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення*. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. С. 18–45.
29. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
30. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
31. Федоренко А. Ф. Психологічна допомога особистості в кризових ситуаціях : навчально-методичний посібник. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2020. 184 с.

32. Хаустова О. О. Діагностика та терапія посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій: сучасні підходи. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 3 (96). С. 78–84.
33. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психотравматологія: діагностика та терапія наслідків травматичного стресу. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017. № 4 (89). С. 12–19.
34. Чабан О. С., Хаустова О. О., Огоренко В. В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у комбатантів: особливості клініки, діагностики та терапевтичних стратегій. *Медична психологія*. 2018. № 1. С. 5–11.
35. Чамата П. Р. Психологія формування особистості. Одеса : Фенікс, 2017.
36. Шебанова В. І. Психологічна допомога особистості, що пережила психотравмувальну подію. *Психологія і особистість*. 2017. № 1 (11). С. 227–240.
37. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
38. American Psychological Association. Trauma and PTSD: Updated Clinical Guidelines. Washington, DC, 2022.
39. Armour C., Contractor A., & Forbes D. Posttraumatic stress disorder: Advances in conceptualization and treatment. *Behavior Research and Therapy*. 2021. Vol. 146. P. 103–113.
40. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Washington, DC: APA, 2017.
41. Baddeley J. L., & Pennebaker J. W. Expressive writing and adaptive coping: A pathway to processing trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012. Vol. 80(4). P. 589–599.

42. Benfer N., Bardeen J., & Gros D. Emotional regulation and trauma-related distress in military populations. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022. Vol. 89. P. 102–113.
43. Benjet C., et al. The epidemiology of traumatic events and PTSD in the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*. 2016. Vol. 80(1). P. 11–18.
44. Binder E. B., Bradley R. G., & Ressler K. J. Genes and stress: the biological basis of PTSD. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. Vol. 17(4). P. 271–283.
45. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., & Roberts N. P. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015. Vol. 351. h6161.
46. Blevins C., Weathers F., Davis M., Witte T., & Domino J. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2020. Vol. 33(4). P. 507–516.
47. Bonanno G. A. The trajectory of resilience: Recovery and sustainability in the aftermath of trauma. *Psychological Inquiry*. 2012. Vol. 23(2). P. 137–143.
48. Bovin M., Marx B., Weathers F., et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28(11). P. 1379–1391.
49. Brewer N. T. The impact of negative social responses on posttraumatic stress disorder outcomes: A review. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28(5). P. 401–410.
50. Brewin C. R., et al. Predictors of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47(4). P. 603–612.
51. Briere J., & Scott C. *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE, 2015. 440 p.
52. Bryan C., & Rudd M. *Assessing and treating suicide risk in military populations*. Washington, DC: APA, 2018. 312 p.

53. Bryant R. A. Acute stress disorder and PTSD revisited. *The American Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 176(11). P. 896–904.
54. Bryant R. Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review. *International Review of Psychiatry*. 2019. Vol. 31(4). P. 320–332.
55. Charuvastra A., & Cloitre M. Social bonds and posttraumatic stress disorder // *Annual Review of Psychology*. 2008. Vol. 59. P. 301–328.
56. Compas B. E., et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review // *Psychological Bulletin*. 2017. Vol. 143(9). P. 939–991.
57. Danese A., Baldwin J. R., & Widom C. S. Impact of childhood maltreatment on mental health. *American Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 177(10). P. 940–950.
58. Ehlers A., & Clark D. M. A cognitive model of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38(4). P. 319–345.
59. Forkus S., et al. Assessment of depressive symptoms in military populations: Validation of the BDI-II. *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 250. P. 120–129.
60. Friedman M. Advances in the assessment and diagnosis of PTSD // *World Psychiatry*. 2022. Vol. 21(1). P. 56–72.
61. Friedman M., Keane T., & Resick P. *Handbook of PTSD: Science and Practice* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2016. 688 p.
62. Giromini L., Velotti P., et al. Validation of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in trauma populations. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018. Vol. 55. P. 45–52.
63. Heim C., Shugart M., & Nemeroff C. B. The link between childhood trauma and adult PTSD. *Nature Human Behaviour*. 2019. Vol. 3(3). P. 303–314.
64. Hoffmann D., et al. Online assessment of PTSD symptoms in clinical populations // *European Journal of Psychotraumatology*. 2020. Vol. 11(1). P. 182–194.

65. Hofmann S. G. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach. *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34(3). P. 205–219.
66. Hyland P., et al. Mental health and functioning in the civilian population of Ukraine during the war: Results from a population-based survey . *European Journal of Psychotraumatology*. 2020. Vol. 11(1).
67. Karstoft K. I., & Armour C. The interplay of resilience and social support in post-deployment adaptation: A longitudinal study of veteran. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8(1).
68. Kaysen D., Davis K., Dillworth T., et al. Cognitive and emotional predictors of adjustment after trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2020. Vol. 33(3). P. 389–401.
69. Lanius R. A., Frewen P. A., & Vermetten E. The neurobiology of PTSD: from brain mechanisms to treatment. *European Journal of Psychotraumatology*. 2015. Vol. 6(1).
70. Lanius R. A., et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 169(7). P. 738–747.
71. McFarlane A. C. The long-term costs of traumatic stress. *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47(8). P. 1403–1412.
72. Schaefer I., Hopchet M., Vandamme N., et al. Social support and post-traumatic adjustment: A cross-national study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9(1). P. 151–169.
73. Schauer M., Neuner F., & Elbert T. Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders. Göttingen: Hogrefe, 2017. 220 p.
74. Schnyder U., & Cloitre M. Evidence-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD). In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), Evidence-based psychotherapies for trauma (pp. 3-38). Springer, 2015.
75. Shalev A., Liberzon I., & Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder . *New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 376(25). P. 2459–2469.

76. Southwick S. M., & Charney D. S. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges (2nd ed.). Cambridge University Press, 2018. 320 p.
77. Steenkamp M., Litz B., & Marmar C. Psychotherapy for military-related PTSD: A review of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2017. Vol. 13. P. 213–240.
78. Sveen J., Bondjers K., et al. Measuring trauma impact: IES-R validation // *Journal of Traumatic Stress*. 2023. Vol. 36(2). P. 145–156.
79. Tedeschi R. G., & Calhoun L. G. Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Traumatology*. 2015. Vol. 21(4). P. 189–197.
80. Tedeschi R. G., & Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Theory, research, and applications. Routledge, 2019.
81. Thompson J., Van Zyl L., & Neff K. Self-compassion as a buffer in trauma recovery. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 87. P. 102–114.
82. Tull M. T., & Gratz K. L. The role of experiential avoidance in the maintenance of PTSD: A review and theoretical model. *Behavior Therapy*. 2013. Vol. 44(1). P. 55–71.
83. Van der Kolk B. A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, 2014.
84. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). 2018.
85. Wójcik A., et al. BDI-II psychometric properties in military populations. *Psychological Assessment*. 2021. Vol. 33(2). P. 225–234.
86. Yehuda R., & Bierer L. M. Epigenetics and PTSD: implications for diagnosis and treatment. *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 284. P. 112–118.
87. Yehuda R., & Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects. *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17(3). P. 243–257.
88. Yoon S., Lee H., & Kim J. Social-psychological adaptation assessment in trauma survivors. *Journal of Loss and Trauma*. 2019. Vol. 24(5). P. 417–432.
89. Zimmerman M., et al. Online assessment of PTSD and depression in veterans. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021. Vol. 79. P. 102–115.

ДОДАТКИ

Додаток А

Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця (*Таблиця 1*).

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

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...),	0	1	2	3	4

	які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	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»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже	0	1	2	3	4

	ризикуюте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник *PCL-5* складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20

запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та Е.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

Додаток Б

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ (BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)

Бланк для психолога, лікаря

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче представлено низку станів та по чотири твердження до кожного з них. Виберіть одне твердження з чотирьох, що найкраще описує ваші відчуття за минулий тиж- день, сьогодні також. Обведіть кружечком номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі кілька тверджень,

що однаково добре описують ваші відчуття, обведіть кожне з них. Перед тим, як зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1. Сум

0 – я не відчуваю себе нещасним(ою);

1 – я відчуваю себе нещасним(ою);

2 – я весь час нещасний(а) і не можу звільнитися від цього почуття;

3 – я настільки нещасний(а) і засмучений(а), що не можу цього стерпіти

2. Песимізм

0 – думаючи про майбутнє, я не відчуваю особливо розчарованим;

1 – думаючи про майбутнє, я відчуваю розчарованим;

2 – я відчуваю, що мені нема чого чекати в майбутньому;

3 – я відчуваю, що майбутнє безнадійне, і ніщо не зміниться на краще.

3. Відчуття, що в усьому не щастить

0 – я не відчуваю невдахою;

1 – я відчуваю, що в мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей;

2 – коли я оглядаюся на прожите життя, то бачу тільки невдачі;

3 – я відчуваю повним(ою) невдахою.

4. Невдоволення собою

0 – я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше;

1 – я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше;

2 – я не отримую справжнього задоволення від чого б то не було;

3 – я всім не задоволений(а), і мені все набридло

5. Почуття провини

0 – я не відчуваю особливо винуватим(ою);

1 – досить часто я відчуваю винуватим(ою);

2 – майже завжди я відчуваю винуватим(ою);

3 – я відчуваю себе винуватим весь час.

6. Відчуття, що мене карають

0 – я не відчуваю, що мене за щось карають;

1 – я відчуваю, що можу бути покараний(ою) за щось;

2 – я очікую, що мене покарають;

3 – я відчуваю, що мене карають за щось.

7. Самозаперечення

0 – я не відчуваю розчарування в собі;

1 – я розчарований(а) в собі;

2 – я огидний (а) сам (а) собі;

3 – я ненавиджу себе.

8. Самозвинувачення

0 – у мене немає відчуття, що я в чомусь гірший(а), ніж інші;

1 – я самокритичний(а) і визнаю свої слабкості й помилки;

2 – я весь час звинувачую себе за свої помилки;

3 – я звинувачую себе за все погане, що відбувається.

9. *Наявність суїцидальних думок*

0 – у мене немає думок про те, щоб накласти на себе руки;

1 – у мене є думки про те, щоб накласти на себе руки, але я цього не зроблю;

2 – я хотів(ла) б покінчити життя самогубством;

3 – я б наклав(ла) на себе руки, якби випала нагода.

10. *Плаксивість*

0 – я плачу не більше ніж зазвичай;

1 – тепер я плачу більше ніж звичайно;

2 – я тепер весь час плачу;

3 – раніше я ще міг(могла) плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.

11. *Дратівливість*

0 – тепер я не більше роздратований(а), ніж зазвичай;

1 – я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці;

2 – тепер я весь час роздратований(а);

3 – мене вже ніщо не дратує, бо мені все байдуже.

12. *Почуття соціальної відчуженості*

0 – я не втратив інтересу до інших людей;

1 – у мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше;

2 – я майже втратив інтерес до інших людей;

3 – я втратив будь-який інтерес до інших людей.

13. *Нерішучість*

0 – я здатний приймати рішення так само, як завжди;

1 – я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж зазвичай;

2 – я відчуваю більше труднощів в прийнятті рішень, ніж раніше;

3 – я більше не можу приймати будь-яких рішень

14. *Дисморфія/фобія*

0 – я не відчуваю, що в мене гірший вигляд, ніж зазвичай;

1 – я стурбований(а) тим, що виглядаю постарілим(ою) або непривабливим(ою);

2 – я відчуваю, що зміни, які відбулися в моїй зовнішності, зробили мене непривабли- вим(ою);

3 – я впевнений(а), що виглядаю потворним(ою).

15. *Труднощі в роботі*

0 – я можу працювати так само, як раніше;

1 – мені треба докласти додаткових зусиль, щоб почати що-небудь робити;

2 – я з великими труднощами змушую себе що-небудь робити;

3 – я взагалі не можу працювати.

16. *Безсоння*

0 – я можу спати так само добре, як і зазвичай;

1 – я сплю не так добре, як завжди;

2 – я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж зазвичай, і мені важко заснути знову;

3 – я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж зазвичай і не можу заснути.

17. Стормлюваність

0 – я стомлююся не більше, ніж зазвичай;

1 – я стомлююся легше, ніж зазвичай;

2 – я стомлююся майже від усього, що я роблю;

3 – я дуже стомився(лась), щоб робити будь-що.

18. Втрата апетиту

0 – у мене апетит не гірший, ніж зазвичай;

1 – у мене не такий хороший апетит, як був раніше;

2 – тепер мій апетит став набагато гірший;

3 – я взагалі втратив(ла) апетит.

19. Втрата ваги

0 – якщо останнім часом я і втратив(ла) у вазі, то дуже небагато;

1 – я втратив(ла) у вазі понад 2 кг;

2 – я втратив(ла) у вазі понад 4 кг;

3 – я втратив(ла) у вазі понад 6 кг.

Я спеціально намагався(лася) не їсти, щоб втратити у вазі. (Обведіть кружечком): так, ні.

20. Заклопотаність станом здоров'я

0 – я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай;

1 – мене турбують такі проблеми, як різні болі, розлади шлунка, закрепи;

2 – я так стурбований(на) своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше;

3 – я так стурбований(на) своїм здоров'ям, що взагалі ні про що інше не можу думати.

21. Втрата сексуального потягу

0 – я не помічав(ла) будь-яких змін у своїх сексуальних інтересах;

1 – я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом;

2 – тепер я набагато менше цікавлюся сексом;

3 – я абсолютно втратив(ла) інтерес до сексу.

ОПРАЦЮВАННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

№	ІНТЕНСИВНІСТЬ ДЕПРЕСІЇ	Сума балів
1.	Нема	< 9
2.	Помірно виражена	10–18
3.	Критичний рівень	19–29
4.	Явно виражена	>30

Додаток В

Методика дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда

Прізвище та ім'я _____

Група _____

Пропоную прочитати висловлювання та порівняти їх зі своїм досвідом

У бланку слід зазначити відповідь, базуючись на таких оцінках:

- 0** - це мене зовсім не стосується;
1 - це мене не стосується;
2 - мабуть, це мене не стосується;
3 - не знаю, чи це мене стосується;
4 - це схоже на мене, але травню сумніви;
5 - це схоже на мене;
6 - це точно я.

№	Текст методики	0	1	2	3	4	5	6
1.	Відчуваю незручність, коли вступаю з кимось у діалог							
2.	Не має бажання розкриватися перед іншими.							
3.	У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.							
4.	Маю до себе високі вимоги.							
5.	Часто сварю себе за те, що зробив.							
6.	Часто відчуваю себе пригніченим.							
7.	Маю сумніви, що можу подобатися особам протилежної статі.							
8.	Свої обіцянки виконую завжди.							
9.	Теплі, добрі стосунки з оточуючими.							
10.	Людина стримана, замкнена, тримаюся осторонь.							
11.	У невдачах звинувачую себе.							
12.	Людина відповідальна, на яку можна покластися.							
13.	Відчуваю, що не в змозі змінити щось, всі зусилля марні.							
14.	На багато що, дивлюся очима однолітків.							
15.	Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.							
16.	Власних переконань і правил не вистачає.							
17.	Подобається мріяти, іноді – втягує, важко повертатися від мрії до реальності.							
18.	Завжди готовий до захисту і навіть нападу; переживаю образи болісно, розмірковуючи над способами помсти.							
19.	Умію керувати собою і власними вчинками, примушувати дозволяти собі; самоконтроль для мене - не проблема.							
20.	Часто змінюється настрій, настає нудьга.							
21.	Все що стосується інших не хвилює. Зосереджений на собі, зайнятий собою.							
22.	Люди, як правило, мені подобаються.							
23.	Не соромлюся своїх почуттів, відкрито їх виражаю.							
24.	Серед великого скупчення людей відчуваю себе дещо самотньо.							
25.	Нині бажаю все покинути, кудись сховатися.							
26.	З оточуючими зазвичай вільно спілкуюся.							
27.	Важко боротися із самим собою.							
28.	Напружено сприймаю доброзичливе ставлення оточуючих, вважаю що не заслуговую на нього.							
29.	У душі - оптиміст, вірю у найкраще.							

30.	Людина вперта, таких називають важкими.								
31.	До людей критичний, засуджую їх, якщо вважаю що самі цього заслуговують.								
32.	Часто відчуваю себе не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: мені не завжди вдається думати і діяти самостійно.								
33.	Більшість із тих, хто мене знає, добре до мене ставиться, любить мене.								
34.	Іноді бувають такі думки, про які не хочеться комусь розповідати.								
35.	Людина з привабливою зовнішністю.								
36.	Відчуваю себе безпомічним, маю потребу відчувати когось поруч.								
37.	Прийнявши рішення, виконую його.								
38.	Приймаючи самостійні рішення, не можу звільнитися від впливу інших людей.								
39.	Відчуваю почуття провини, навіть коли звинувачувати себе немає сенсу.								
40.	Відчуваю неприязнь до того, що його оточує.								
41.	Всім задоволений.								
42.	Почуваюся погано: не можу організувати себе.								
43.	Відчуваю млявість. Все що раніше хвилювало, стало байдужим.								
44.	Врівноважений, спокійний.								
45.	Роздратований, часто не можу стриматися.								
46.	Часто відчуваю себе ображеним.								
47.	Людина спонтанна, нетерпляча, гарячкувата. Бракує стриманості.								
48.	Буває, що поширюю плітки.								
49.	Не дуже довіряю своїм відчуттям, вони іноді підводять мене.								
50.	Досить важко бути самим собою.								
51.	На першому місці - думки, а не почуття, перед тим як щось зробити, добре поміркую.								
52.	Те, що відбувається, трактую по- своєму, здатен нафантазувати зайве.								
53.	Герплячий до інших і приймаю іншого таким, яким він є.								
54.	Намагаюся не думати про свої проблеми.								
55.	Вважаю себе цікавою людиною, привабливою як особистість, помітною.								
56.	Людина сором'язлива.								
57.	Обов'язково треба нагадувати, підштовхувати, щоб доводив справу до кінця.								
58.	У душі відчуваю перевагу над іншими.								
59.	Немає нічого, у чому б виявив індивідуальність, своє "Я".								
60.	Боюся думок інших про себе.								
61.	Чеснолюбивий, небайдужий до успіху, схвалення, у тому, що для мене важливо, намагаюся бути кращим.								

62.	Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає презирство.								
63.	Людина діяльна, енергійна, ініціативна.								
64.	Пасую перед труднощами й ситуаціями, які загрожують ускладненнями.								
65.	Просто недостатньо оцінюю себе.								
66.	Ватажок, вмію впливати на інших.								
67.	Ставлюся до себе в цілому добре.								
68.	Людина наполеглива, мені завжди важливо зробити все по- своєму.								
69.	Не подобається, коли з кимось порушуються відносини, особливо якщо починаються сварки.								
70.	Досить довго не можу прийняти рішення, потім маю сумніви щодо його правильності.								
71.	Розгублений, невпевнений у собі.								
72.	Задоволений собою.								
73.	Мені часто не щастить.								
74.	Людина приємна, приваблюю інших.								
75.	Можливо, не дуже вродливий, але можу подобатись як людина, особистість.								
76.	З презирством ставлюся до осіб протилежної статі й не маю контактів з ними.								
77.	Коли треба щось зробити, мене охоплює страх, сумніви.								
78.	Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.								
79.	Умію наполегливо працювати.								
80.	Відчуваю, що расту, дорослішаю, змінююся сам і змінюється ставлення до навколишнього світу.								
81.	Іноді говорю про те, про що насправді не маю уявлення.								
82.	Завжди кажу тільки правду.								
83.	Схвильований, напружений.								
84.	Щоб я щось зробив, треба вперто наполягати на цьому.								
85.	Відчуваю невпевненість у собі.								
86.	Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватись і обґрунтовувати свої вчинки.								
87.	Людина поступлива, м'яка у ставленні до інших.								
88.	Людина, якій подобається міркувати.								
89.	Іноді подобається хизуватися.								
90.	Приймаю рішення і відразу змінюю їх, звинувачую себе у відсутності волі, а вдяти з собою нічого не можу.								
91.	Намагаюся покладатися на свої сили, не розраховую на чийсь допомогу.								
92.	Ніколи не запізнююся.								
93.	Відчуваю внутрішню несвободу.								
94.	Відрізняюся від інших.								
95.	Не дуже надійний, на мене не можна покластися.								
96.	Добре себе розумію, все в собі приймаю.								

97.	Товариська, відкрита людина, легко спілкуюся з людьми.							
98.	Сили і здібності відповідають тим завданням, які треба вирішувати, все можу виконати.							
99.	Себе не ціную, ніхто мене не сприймає серйозно, в кращому випадку всі до мене ставляться поблажливо, просто терплять.							
100.	Хвилююся, що забагато переймаюся особами протилежної статі.							
101.	Всі свої звички вважаю позитивними.							

Обробка та оцінювання результатів

Результати, менші від норми, інтерпретуються як надмірно низькі, а більші від норми - як високі.

№ з/п		Показники	Номер висловлювань	Норма
A	a	Адаптивність	4, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68-136
	б	Дезадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 52, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68-136
2		Неправда -	34,45, 48,81,89	18 - 36
		Неправда +	8, 82, 92, 101	
S	a	Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22-42
	б	Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14 - 28
L	a	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12 - 24
	б	Неприйняття інших	2, 10,21,28, 40, 60, 76	14 - 28
E	a	Емоційний комфорт	23,29,30,41,44,47, 78	14 - 28
	б	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14 - 28
I	a	Внутрішній контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79,91,98	26 - 52
	б	Зовнішній контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70,71,73, 77	18 - 36
D	a	Домінування	58,61,66	6 - 12
	б	Підлеглість	16, 32, 38, 69, 84, 87	12 - 24
8		Есканізм (уникнення проблем)	17, 18, 54, 64, 86	10 - 20

Додаток Г

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче описано переживання людей, які мали важкі стресові ситуації. Оцініть, наскільки ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації. Що трапилось з вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, що відповідає тому, як часто ви переживали подібне протягом **останніх семи днів, сьогодні також.**

№	ПИТАННЯ	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1.	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося	0	1	2	5
2.	Я не міг(могла) спокійно спати ночами	0	1	2	5
3.	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
4.	Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	0	1	2	5
5.	Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї	0	1	2	5
6.	Я думав(ла) про те, що трапилося проти своєї волі	0	1	2	5
7.	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	2	5
8.	Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося	0	1	2	5
9.	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості	0	1	2	5
10.	Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене	0	1	2	5
11.	Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося	0	1	2	5
12.	Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути	0	1	2	5

13.	Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче «паралізовані»	0	1	2	5
14.	Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	2	5
15.	Мені було важко заснути	0	1	2	5
16.	Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	0	1	2	5
17.	Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапилося	0	1	2	5
18.	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	0	1	2	5
19.	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо	0	1	2	5
20.	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
21.	Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	0	1	2	5
22.	Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося	0	1	2	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

- субшкала «вторгнення»: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;
- субшкала «уникнення»: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;
- субшкала «фізіологічна збудливість»: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал.

№	РЕАКЦІЯ НА СТРЕСОВУ СИТУАЦІЮ (ТРАВМУ)	Сума балів
1.	Низька	< 30
2.	Помірна	30–50
3.	Виражена	> 50

Додаток Д
**Програма підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб із
симптомами ПТСР до життя**

ЕТАП I. СТАБІЛІЗАЦІЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСНОСТІ

Заняття 1. «Вступ. Безпека та правила»

Мета: подолання первинної недовіри та тривожності учасників, формування безпечного терапевтичного простору.

Хід заняття

1. Вправа-знайомство «Ім'я + Якість» (10 хв). Робота розпочинається зі знайомства. Учасники, сидячи в колі, по черзі називають своє ім'я та прикметник, що характеризує їхню сильну сторону і починається на ту ж літеру (наприклад, «Андрій — Витривалий»). Такий формат дає змогу уникнути формального представлення і з перших хвилин фокусує увагу групи на позитивних ресурсах особистості, а не на травматичному досвіді.

2. Обговорення та прийняття правил групи (10 хв). Наступним критично важливим кроком є встановлення кордонів. Психолог ініціює дискусію та пропонує базові принципи: конфіденційність, взаємоповага, правило «Стоп» (право не відповідати на болючі питання) та безоціночність суджень. Правила фіксуються на фліпчарті, що перетворює їх на «соціальний контракт».

3. Вправа «Очікування та побоювання» (10 хв). Для діагностики мотивації та рівня тривоги учасники анонімно (на стікерах) або відкрито озвучують свої надії на результати курсу та страхи, пов'язані з роботою в групі. Це дозволяє психологу скоригувати динаміку подальшої роботи.

4. Техніка стабілізації «Сейф» (25 хв). Центральна частина заняття. Це керована візуалізація, під час якої ведучий пропонує учасникам заплющити очі та уявити надійний контейнер (сейф, скриню). Завдання — подумки зібрати всі актуальні тривоги, нав'язливі спогади та проблеми, помістити їх у цей контейнер і надійно зачинити. Учасник залишається господарем ключа. Вправа дозволяє знизити інтенсивність емоційного напруження та навчитися дистанціюватися від травми на час заняття.

5. Завершення (5 хв). Короткий шеринг (зворотний зв'язок) щодо самопочуття учасників після виконання вправи.

Заняття 2. «Психоедукація: Чому тіло реагує?»

Мета: спрямування на дестигматизацію симптомів ПТСР та пояснення фізіологічної природи стресових реакцій.

Хід заняття

1. Вправа «Термометр» (5 хв). Ця вправа стає ритуалом початку кожного заняття, допомагаючи учасникам переключитися з побутових справ на роботу в групі.

- Інструкція: Психолог просить учасників звернути увагу на своє тіло та емоційний фон прямо зараз і оцінити рівень напруги/тривоги за шкалою від 0 до 10, де:

- 0 — повний спокій, розслаблення;
- 10 — максимальна напруга, паніка або лють.

- Мета: Розвиток навички самомоніторингу. Для осіб із ПТСР характерна дисоціація (відключення від почуттів), тому регулярно запитання «Як я зараз?» допомагає відновлювати контакт із власним станом. Якщо у когось із учасників показник вищий за 7-8, психолог бере це до уваги, пропонуючи додаткову підтримку під час заняття.

2. Міні-лекція «Мозок та травма» (15 хв). Це ключовий теоретичний блок, метою якого є когнітивне переосмислення симптомів.

- Метафора: Психолог використовує зрозумілі метафори. Наприклад, пояснює роботу амігдали (мигдалеподібного тіла) як «внутрішньої сигналізації» або «сторожового пса», який під час небезпеки вмикає сирену. У нормі після небезпеки сирена вимикається. При ПТСР «кнопка заїла», і сирена гуде постійно, навіть коли навколо тихо.

- Фізіологія: Пояснюється, що під час стресу «розумна частина мозку» (префронтальна кора) відключається, передаючи управління інстинктам («Бий або біжи»).

- Терапевтичний ефект: Головне завдання — зняти почуття провини («Я ненормальний», «Я слабкий», «Я втрачаю глузд»). Психолог чітко артикулює формулу: *«Те, що з вами відбувається — це нормальна, здорова реакція організму на ненормальні обставини, в які ви потрапили. Ваш мозок намагався вас врятувати і просто ще не зрозумів, що війна закінчилася».*

3. Дихальна техніка «4-7-8» (25 хв). Перехід від теорії до практики. Це інструмент для «перезавантаження» нервової системи.

- Пояснення механізму: Перед виконанням тренер пояснює: вдих відповідає за мобілізацію (симпатична система), а видих — за розслаблення (парасимпатична система). Щоб заспокоїтися, нам потрібно зробити видих довшим за вдих.

- Демонстрація та виконання:

1. Зайняти зручне положення, стопи на підлозі (заземлення), спина пряма.
2. Кінчик язика торкається піднебіння за верхніми зубами.
3. Вдих носом спокійно і тихо на рахунок 4.
4. Затримка дихання на рахунок 7 (це дозволяє кисню наситити кров).
5. Видих через рот із зусиллям, губи складені трубочкою (зі звуком «хууух»), на рахунок 8.

- Практика: Група виконує 4–5 циклів під рахунок психолога.

- Шеринг: Після вправи важливо запитати: «Що змінилося у тілі?». Учасники часто відзначають, що руки потеплішали, плечі опустилися, «туман» у голові розсіявся.

4. Обговорення та запитання (10 хв). Простір для індивідуальних запитів.

- Зміст: Учасники можуть запитувати про свої специфічні симптоми (нічні жахи, спалахи агресії, неможливість розслабитися). Психолог валідизує (підтверджує нормальність) цих переживань, пов'язуючи їх із матеріалом лекції.

- Домашнє завдання: Психолог наголошує, що дихання — це навичка, як спорт. Завдання: практикувати техніку «4-7-8» мінімум двічі на день (зранку і ввечері) по 4 цикли, *не чекаючи* стресової ситуації, щоб сформувати м'язову пам'ять.

5. Завершення (5 хв). Ритуал закінчення заняття.

- Психолог коротко підсумовує: «Сьогодні ми дізналися, що наш мозок працює правильно, просто в режимі "виживання", і навчилися його трішки "гальмувати"».

- Коротке коло зворотного зв'язку (одним словом про свій стан на виході).

Заняття 3. «Техніки заземлення»

Мета: надання інструментів для боротьби з інтрузивними симптомами (флешбеками) та повернення в реальність.

Хід заняття

1. Тілесна розминка «Струшування» (10 хв). Заняття розпочинається з активної тілесної роботи, оскільки травматичний стрес часто «заморожується» у м'язах у вигляді хронічних затисків.

- Інструкція: Психолог просить учасників встати і зайняти стійке положення. Пропонується уявити, що потрібно струсити з себе воду, як це роблять тварини, або струсити пил після довгої дороги.

- Процедура: Рух починається з кистей рук, поступово переходить на лікті, плечі. Далі підключаються ноги (струшування кожною ногою по черзі) і тулуб. Важливо робити це інтенсивно, дозволяючи тілу вібрувати. Можна додати звук (видих зі звуком «Ха!»).

- Психологічний ефект: Ця вправа допомагає «розбити» м'язовий панцир, вивільнити накопичений кортизол через рух і фізично відчувати межі свого тіла перед початком тоншої психологічної роботи.

2. Техніка заземлення «5-4-3-2-1» (25 хв). Це ключова вправа заняття, спрямована на подолання симптомів дисоціації (відключення від реальності) та інтрузивних спогадів (флешбеків).

- Пояснення: Перед початком психолог пояснює: «Коли нас накриває спогад, ми "вилітаємо" з реальності. Щоб повернутися, нам потрібно зачепитися за органи чуття, бо тіло завжди знаходиться тут і зараз, на відміну від думок».

- Процедура виконання: Психолог веде групу голосом, даючи час на кожний етап:

1. Зір (5): «Знайдіть очима 5 предметів. Назвіть подумки їх колір, форму, як на них падає світло» (наприклад: *синій маркер, тріщина на стіні, блиск годинника*).

2. Дотик (4): «Відчуйте 4 тактильні відчуття. Не просто торкніться, а дослідіть текстуру» (наприклад: *шершавість джинсів, холод металу стільця, власне волосся, підлога під подошвами*).

3. Слух (3): «Почуйте 3 звуки. Спробуйте почути щось зовсім тихе або далеке» (наприклад: *гудіння лампи, шум авто за вікном, чиєсь дихання*).

4. Нюх (2): «Відчуйте 2 запахи. Якщо запахів немає, згадайте два улюблених аромати» (наприклад: *кава, дощ*).

5. Смак/Емоція (1): «Відчуйте смак у роті прямо зараз. Або знайдіть одну річ у собі, яка вам подобається».

- Обговорення: Учасники діляться, який канал сприйняття (зір, слух чи дотик) спрацював для них найшвидше.

3. Створення «Якоря безпеки» (15 хв). Мета цієї вправи — створити мобільний, завжди доступний інструмент саморегуляції для використання поза межами групи.

- Підготовка: Учасникам пропонувалося принести (або обрати з запропонованого психологом набору) невеликий предмет: камінець, брелок, монетку, гудзик, намистину. Важливо, щоб предмет мав виразну текстуру.

- Процедура якоріння:

1. Учасник бере предмет у руку, стискає його, відчуває форму та температуру.

2. Психолог просить згадати момент, коли учасник почувався у відносній безпеці або спокої (це може бути «Сейф» з першого заняття або реальний спогад).

3. У момент занурення в цей стан спокою учасник сильніше стискає предмет, створюючи нейроасоціативний зв'язок: *дотик = спокій*.

- Інструкція з використання: «Носіть цей предмет у кишені. Коли відчуєте, що тривога зростає, просто суньте руку в кишеню, стисніть його і нагадайте собі: я тут, я в безпеці».

4. Завершення (10 хв). Підбиття підсумків заняття.

- Аналіз: Групове обговорення ефективності технік. Психолог наголошує, що універсального рецепту немає: комусь краще допомагає «струшування» (через тіло), комусь — «5-4-3-2-1» (через мозок). Завдання учасника — протестувати і обрати свій інструмент.

- Домашнє завдання: Спробувати використати одну з технік у реальному житті при появі перших ознак напруги.

Заняття 4. «Ресурсна підтримка»

Мета: протидія соціальної ізоляції та відновленню контакту із зовнішнім світом.

Хід заняття

1. Арт-терапевтична техніка «Моє коло підтримки» (35 хв). Ця вправа є центральною частиною першого етапу програми, оскільки вона спрямована на подолання відчуття відчуженості, характерного для ПТСР.

- Підготовка: Учасники отримують аркуші паперу (формат А4 або А3), набори кольорових олівців, фломастерів або пастелі.

- Інструкція (Етап 1 — «Я в центрі»): Психолог пропонує учасникам зобразити себе в центрі аркуша. Це може бути символ, метафоричний образ (дерево, сонце, скеля) або просто слово «Я». Важливо приділити увагу тому, як учасник відчувається в цьому центрі — чи стійка його позиція.

- Інструкція (Етап 2 — «Ресурсні орбіти»): Навколо центру учасникам пропонується розмістити об'єкти, які дають їм відчуття опори, сили або спокою. Психолог підказує категорії ресурсів:

- *Люди:* (сім'я, побратими, друзі, наставники).
- *Діяльність:* (робота, хобі, спорт, волонтерство).
- *Місця:* (дім, природа, конкретне місце сили).
- *Духовні цінності:* (віра, надія, спогади, мрії).

- Інструкція (Етап 3 — «Аналіз зв'язків»): Найважливіший діагностичний етап. Учасникам потрібно з'єднати себе з кожним ресурсом лініями:

- *Товста, яскрава лінія:* сильний, надійний зв'язок, який працює зараз.

- *Тонка або тремтяча лінія:* зв'язок є, але він слабкий або нестабільний.

- *Пунктирна лінія:* зв'язок втрачено або він «на паузі» (наприклад, через дистанцію чи конфлікт).

- *Зигзаг або червоний колір:* напружений, конфліктний зв'язок.

2. Групове обговорення та аналіз (20 хв). Цей етап переводить внутрішню роботу у площину соціальної взаємодії. Презентація малюнків відбувається виключно на добровільній основі.

- Питання для рефлексії (задає психолог):

- «Який сектор на вашому малюнку найбільш заповнений, а який — порожній?»

- «Які емоції ви відчували, коли малювали пунктирні лінії?»

- «Подивіться на малюнок: чи є там ресурс, про який ви забули, але він насправді існує?»

- Фокус на відновленні: Основна увага приділяється трансформації. Група обговорює конкретні дії для перетворення «пунктирних» ліній на «суцільні». Наприклад: «Що маленьке і безпечне я можу зробити вже сьогодні, щоб відновити зв'язок із цим другом? (Написати повідомлення, просто надіслати смайл)».

- Роль групи: Інші учасники можуть давати зворотний зв'язок у форматі підтримки («У мене схожа ситуація», «Твій малюнок виглядає дуже міцним»), що знижує почуття ізоляції.

3. Вправа «Імпульс» (5 хв). Завершальний ритуал, який символізує закінчення етапу стабілізації та перехід до глибшої роботи.

- Процедура: Учасники стають у коло. Психолог пропонує взятися за руки (якщо це комфортно для групи; альтернатива — просто стати пліч-о-пліч, торкаючись ліктями).

- Дія: Ведучий запускає «імпульс» — легке потискання руки сусіда праворуч. Цей сигнал передається по ланцюжку від учасника до учасника, поки не повернеться до ведучого з іншого боку.

- Психологічний зміст: Вправа дає тілесне відчуття приналежності до єдиного цілого. Це метафора того, що учасник не сам — він є частиною системи, яка може приймати та передавати підтримку. Після проходження «імпульсу» група робить спільний видих, символічно відпускаючи напругу першого етапу програми.

ЕТАП II. КОГНІТИВНА ПЕРЕРОБКА ТА ЕМОЦІЙНА КОРЕКЦІЯ

Заняття 5. «Робота з думками»

Мета: навчити учасників розпізнавати автоматичні негативні думки та знижувати рівень катастрофізації.

Хід заняття

1. Вправа «Факт чи Думка?» (15 хв). Ця вправа є вступною до блоку когнітивної корекції. Її мета — розвинути критичне мислення стосовно власного внутрішнього монологу.

- Теоретичне введення: Психолог пояснює, що наш мозок — це «машина для інтерпретацій». У стані ПТСР ця машина налаштована на пошук небезпеки, тому часто спотворює реальність, перетворюючи нейтральні події на загрозу.

- Процедура: Ведучий називає твердження, а учасники мають визначити, що це — незаперечний факт (те, що зняла б відеокамера) чи думка (суб'єктивна оцінка).

- *Приклад 1:* «Надворі йде дощ» — Факт.

- *Приклад 2:* «Погода жахлива і зіпсувала мені день» — Думка.

- *Приклад 3:* «Друг не відповів на дзвінок» — Факт.

- *Приклад 4:* «Він мене ігнорує, бо я йому не потрібен» — Думка.

- Обговорення: Учасники тренуються переформулювати свої «думки» назад у «факти», знімаючи з них емоційне навантаження.

2. Робота з когнітивною моделлю ABC (30 хв). Це ядро когнітивного етапу. Психолог знайомить групу з базовою формулою КПТ (когнітивно-поведінкової терапії), яка пояснює природу наших емоцій.

- Пояснення схеми:

- А (Activating Event) — Подія: Щось сталося (ситуація, тригер).

- В (Belief) — Думка: Як я це пояснив собі? Що я подумав у цей момент?

- С (Consequence) — Реакція: Що я відчув (емоція) і що я зробив (поведінка).

- Ключовий інсайт: Психолог демонструє на дошці, що А не дорівнює С. Одна й та сама подія може викликати різні реакції залежно від думки (В).

- *Сценарій:* Ви йдете вулицею, знайомий пройшов повз і не привітався (А).

- *Варіант 1:* Думка (В): «Він мене зневажає». → Емоція (С): Гнів, образа.

- *Варіант 2:* Думка (В): «Він, мабуть, замислився і не помітив мене». → Емоція (С): Спокій, байдужість.

- Практика: Учасники у робочих зошитах розписують одну власну стресову ситуацію за цією схемою, намагаючись знайти думку-посередника, яка запустила негативну емоцію.

3. Метафора «Думки як хмари» (10 хв). Вправа на розвиток навички ментального розчеплення (defusion). Людям із ПТСР властиво «зливатися» зі своїми важкими думками, вважаючи їх абсолютною істиною.

- Інструкція (керована візуалізація):

- «Сядьте зручно, заплющте очі. Уявіть, що ви лежите на траві і дивитесь у блакитне небо. Небо — це ваша свідомість, ваша сутність. Воно величезне і незмінне. По небу плывуть хмари — це ваші думки. Вони бувають різні: білі й пухнасті (приємні думки), темні й грозові (тривожні думки).»

- «Ваше завдання — просто спостерігати, як вони пропливають. Не намагайтеся затримати білі хмари. Не намагайтеся відігнати темні. Просто дозвольте їм з'явитися, проплисти через ваше небо і зникнути за горизонтом. Ви — не хмари. Ви — небо».

- Мета: Навчити учасників позиції Спостерігача: «У мене є думка, що я нікчема, але це лише думка, а не факт».

4. Завершення (5 хв). Підбиття підсумків заняття.

- Рефлексія: «Чи вдалося вам сьогодні "спіймати за хвіст" якусь автоматичну думку?».

- Домашнє завдання: Ведення «Щоденника думок» (спрощена версія). Завдання — зафіксувати хоча б одну ситуацію, коли настрої різко змінився, і спробувати записати: «Що я подумав у той момент?».

Заняття 6. «Подолання уникнення»

Мета: спрямування на розрив замкненого кола уникнення, яке звужує життєвий простір при ПТСР.

Хід заняття

1. Аналіз «Ціни уникнення» (20 хв). Це заняття є переломним моментом програми, оскільки переводить учасників від внутрішньої роботи до реальних дій у зовнішньому світі.

- Теоретичне введення: Психолог пояснює механізм «пастки уникнення». Уникнення місць, людей чи думок дає миттєве полегшення (тривога падає), але у довгостроковій перспективі це підкріплює страх («Якщо

я втік і вижив, значить там справді смертельно небезпечно») і звужує життєвий простір до розмірів квартири чи кімнати.

- Вправа «Інвентаризація обмежень»: Учасникам пропонується розділити аркуш на три колонки:

1. «Чого я уникаю?» (конкретні місця, ситуації, теми розмов).
2. «Що я від цього отримую?» (відчуття безпеки, спокій).
3. «Яку ціну я за це плачу? / Що я втрачаю?» (не бачу друзів, втратив роботу, конфлікти в сім'ї, відчуття неповноцінності).

- Обговорення: Мета вправи — створити мотиваційний конфлікт. Учасник має наочно побачити, що ціна його уявної безпеки занадто висока, і стратегія «сидіти в бункері» більше забирає, ніж дає.

2. Техніка «Маленький крок назустріч» (30 хв). Це адаптований елемент експозиційної терапії *in vivo* (в реальному житті). Головний принцип — поступовість.

- Побудова ієрархії страхів: Психолог просить обрати одну сферу уникнення і розписати її за шкалою страху від 1 до 10.

- *Приклад:* Страх натовпу/магазинів.
- *10 балів:* Поїхати в метро у годину пік (занадто складно).
- *3-4 бали:* Зайти в маленький магазин біля дому на 5 хвилин, коли там мало людей.

- Вибір цілі: Для домашнього експерименту обирається ситуація з рівнем тривоги 3-4 бали. Це «зона найближчого розвитку» — страшно, але переносимо.

- Розробка плану дій: Учасник у робочому зошиті детально прописує сценарій експозиції:

- *Що я зроблю?* (Зайду в магазин).
- *Як довго я там буду?* (Рівно 5 хвилин).
- *План безпеки:* Що я зроблю, якщо тривога підскочить? (Використаю дихання «4-7-8» із Заняття 2; стисну в кишені «Якір» із Заняття 3; зателефоную другу).
- *Шлях відступу:* (Я можу просто вийти, не купуючи нічого. Це теж перемога).

3. Завершення (10 хв). Етап закріплення намірів та соціальної підтримки.

- Соціальний контракт: Кожен учасник озвучує свій «маленький крок» перед групою. Озвучений намір має більшу силу до виконання.

- Валідизація мужності: Психолог наголошує, що йти назустріч страху — це акт мужності. Нормалізація очікувань: «Вам буде тривожно в процесі, і це нормально. Ваша мета — не "не боятися", а зробити дію, незважаючи на страх, і переконатися, що ви впоралися».

- Підтримка: Група висловлює підтримку кожному учаснику (оплески або слова підбадьорення).

Заняття 7. «Екологічне вираження емоцій»

Мета: пропрацювання пригніченого гніву, роздратуванням та агресією.

Хід заняття

1. Арт-вправа «Вулкан» (20 хв). Це проєктивна методика, яка дозволяє учасникам безпечно дослідити свою агресію, не відчуваючи провини.

- Інструкція: Учасники отримують папір та яскраві засоби для малювання (пастель, маркери). Завдання: намалювати вулкан.
- Аналіз малюнку (метафора): Психолог пропонує розглянути малюнок через призму метафори гніву:
 - *Жерло та лава*: Це емоції, що киплять всередині. Що їх підігріває? (Біль, несправедливість, втома).
 - *Застигла кірка*: Це спроби стримати гнів («Я мушу бути сильним», «Чоловіки не плачуть»).
 - *Вибух*: Що відбувається, коли тиск стає надмірним? Лава виривається і спалює все навколо (стосунки, довіру близьких).
- Терапевтичний висновок: Психолог підводить групу до думки: «Вулкан не винен, що він вулкан. Але якщо ми закорковуємо жерло, вибух буде руйнівним. Наше завдання — не "вимкнути" вулкан (це неможливо), а побудувати безпечні відвідні канали для лави, щоб вона виходила порціями, не руйнуючи ваше життя».

2. Практикум вивільнення емоцій (30 хв). Учасники на практиці відпрацьовують три канали скидання напруги: когнітивний, тілесний та дихальний.

- Техніка А: «Лист гніву» (Когнітивне відреагування).
 - *Інструкція*: Учасникам пропонується написати листа людині, ситуації або навіть самому ПТСР, на яких вони зляться.
 - *Правило*: Жодної цензури. Можна використовувати лайку, писати нерозбірливо, натискати на ручку так, щоб рвався папір.
 - *Завершення*: Лист ніколи не відправляється і не зачитується вголос. Після написання його потрібно знищити (порвати на дрібні шматочки, зім'яти). Це символічний акт завершення ситуації та звільнення від неї.
- Техніка Б: «М'язова релаксація за Джекобсоном» (Тілесне відреагування).
 - *Теорія*: Гнів — це мобілізація м'язів для атаки. Якщо атаки не відбувається, м'язи залишаються спазмованими (хронічний затиск). Щоб розслабити м'яз, його треба спочатку максимально напружити.
 - *Процедура*: Психолог дає команди: «Стисніть кулаки щосили! Тримаємо! Ще сильніше! (5 сек) ... І різко киньте, розслабте». Проходимо по групах м'язів: плечі (підняти до вух), живіт, ноги, обличчя (насупитися).
- Техніка В: «Спортсмен» / «Дроворуб» (Активне відреагування).
 - *Процедура*: Вправа імітує різкий фізичний рух (наприклад, удар сокирою по дровах або різкий мах руками вниз).
 - *Важливий елемент*: Рух супроводжується гучним, різким видихом зі звуком «ХА!» або «ХУХ!». Це дозволяє вивільнити діафрагмальний затиск, де часто «живе» пригнічена агресія.

3. Завершення (10 хв). Після активного викиду енергії групу необхідно стабілізувати.

- Процедура: Психолог просить учасників сісти зручно, заплющити очі та відновити ритм дихання (вдих носом, повільний видих).
- Боді-скан: Швидке сканування тіла внутрішнім поглядом: де ще залишилася напруга? Спрямування туди уявного теплого потоку.
- Зворотний зв'язок: «Як змінився ваш стан порівняно з початком заняття? Чи відчуваєте ви полегшення або втому?». Це нормалізація стану після інтенсивної емоційної роботи.

Заняття 8. «Я-концепція та самоспівчуття»

Мета: фокус на корекції самооцінки та роботі з почуттям провини.

Хід заняття

1. Вправа «Внутрішній критик» (15 хв). Мета цієї вправи — екстерналізація (виведення назовні) негативного внутрішнього діалогу. Люди з травматичним досвідом часто живуть із постійним фоновим почуттям провини («Я не врятував», «Я зробив недостатньо», «Я зламався»).

- Інструкція: Психолог просить учасників згадати нещодавню ситуацію, коли вони припустилися помилки або почувалися погано.

- Завдання: Записати на папері конкретні фрази, які лунали в голові в той момент. Як ви себе називали? (Наприклад: «*Ти нікчема*», «*Знову ти все зіпсував*», «*Ти слабак*», «*Тобі не можна довіряти*»).

- Аналіз: Психолог пропонує подивитися на цей список відсторонено. Це голос «Внутрішнього критика» — деструктивної частки психіки, яка сформувалася під впливом стресу або минулого досвіду. Усвідомлення того, що ці думки є лише звичкою, а не об'єктивною істиною, є першим кроком до зцілення.

2. Техніка «Дружній голос» (30 хв). Це базова техніка терапії, сфокусованої на співчутті (Compassion Focused Therapy). Вона працює на подолання «подвійних стандартів» у ставленні до себе та інших.

- Крок 1 (Зміна перспективи): Психолог просить учасників уявити, що їхній найкращий друг або побратим, якого вони дуже поважають, прийшов до них із точнісінько такою ж проблемою чи помилкою, яку вони розбирали у першій вправі.

- Крок 2 (Формулювання підтримки):

- *Запитання:* Що ви скажете цьому другу? Які слова підберете? Яким тоном будете говорити (м'яким, теплим, спокійним чи кричатимете звинувачення)?

- *Дія:* Учасники записують ці слова підтримки (Наприклад: «*Ти зробив усе, що міг у тій ситуації*», «*Помилятися — це нормально*», «*Я з тобою*»).

- Крок 3 (Переадресація): Найскладніший етап. Учасникам пропонується прочитати ці теплі слова собі. Психолог наголошує: «*Якщо ваш друг заслуговує на підтримку та розуміння, чому ви вважаєте, що*

заслуговує на менше? Ви — теж людина, яка страждає». Це допомагає заслужити механізм самоспівчуття замість самобичування.

3. Ресурсна вправа «Мої сильні сторони» (15 хв). Завершальна вправа спрямована на рефреймінг (переосмислення) травматичного досвіду та інтеграцію його в позитивну Я-концепцію.

- Концепція: Травма часто руйнує самооцінку, змушуючи людину почуватися «жертвою». Мета вправи — повернути авторство свого життя.

- Інструкція: Учасники складають список якостей характеру, навичок або рис, які допомогли їм пройти через випробування та вижити. Це не про «успішний успіх», а про глибинну силу.

- *Приклади:* Витривалість, швидка реакція, вміння терпіти біль, відданість, здатність відчувати небезпеку, гумор.

- Обговорення: Психолог акцентує увагу на тому, що навіть симптоми ПТСР (наприклад, пильність) колись були адаптивними механізмами, які врятували життя. Учасники вчаться цінувати себе за ці якості, зміщуючи фокус із «Я травмований» на «Я той, хто вистояв».

ЕТАП ІІІ. СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ТА ЗАВЕРШЕННЯ

Заняття 9. «Комунікація та кордони»

Мета: відновлення соціальної компетентності та асертивності.

Хід заняття

1. Вправа «Кордони тіла» (15 хв). Ця просторова вправа спрямована на відновлення фізичного відчуття безпеки та навичок регулювання дистанції у спілкуванні (проксемики). Для осіб із ПТСР характерне або повне розмивання кордонів, або, навпаки, надмірна ізоляція.

- Інструкція: Учасники вільно рухаються кімнатою. За сигналом тренера вони об'єднуються в пари. Один учасник стоїть на місці, інший починає повільно наближатися до нього з іншого кінця кімнати.

- Завдання: Той, хто стоїть, повинен прислухатися до своїх тілесних відчуттів. У момент, коли наближення партнера починає викликати найменший дискомфорт або напругу, він має зупинити його.

- Інструментарій: Зупинка відбувається двома каналами одночасно:

1. *Жест:* Виставлена вперед рука долонею до партнера (універсальний знак «Стоп»).

2. *Голос:* Чітка, впевнена вербальна команда «Стоп» або «Досить».

- Ротація: Після виконання вправи партнери міняються ролями. Вправа дозволяє фізично відчути межі свого «персонального простору» і легалізувати право захищати його без агресії.

2. Техніка «Я-повідомлення» (30 хв). Основна частина заняття, присвячена тренуванню асертивної (впевненої) комунікації. Це альтернатива звичним для багатьох агресивним звинуваченням («Ти-повідомленням») або пасивному мовчанню.

- Демонстрація алгоритму: Психолог записує на фліпчарті схему і пояснює кожен пункт:

1. «Коли ти...» (ФАКТ): Безоціночний опис дії іншої людини. Не «Ти грубіян», а «Коли ти підвищуєш голос».

2. «Я відчуваю...» (ЕМОЦІЯ): Опис власного стану. «Я відчуваю роздратування/тривогу».

3. «Тому що...» (ПОЯСНЕННЯ): Чому це зачіпає? «Тому що я сприймаю крик як загрозу / мені складно зосередитися».

4. «Я б хотів / Будь ласка...» (ПРОХАННЯ/ІНСТРУКЦІЯ): Чітка пропозиція, як змінити ситуацію. «Говори, будь ласка, тихіше / Давай зробимо паузу».

- Рольова гра: Група розбивається на пари. Учасникам роздаються картки з типовими конфліктними ситуаціями (наприклад: «Дружина/чоловік дає непрохані поради», «Знайомий розпитує про деталі травматичної події», «Колега порушує домовленості»).

- Завдання: Один учасник грає роль «провокатора», інший тренується відповідати виключно через формулу «Я-повідомлення», не скочуючись у звинувачення. Потім відбувається зміна ролей.

3. Обговорення (15 хв). Завершальний аналіз досвіду (дебріфінг).

- Аналіз труднощів: Учасники обговорюють, що було найскладнішим. Часто це страх, що ввічливе прохання не почують, або незвичність говорити про свої почуття («Це звучить неприродно»). Психолог нормалізує це, пояснюючи, що будь-яка нова навичка спочатку здається штучною.

- Зворотний зв'язок від партнерів: Дуже важливо, щоб ті, хто грав роль «провокатора», поділилися враженнями: «Що ти відчув, коли тебе зупинили через "Я-повідомлення"?». Зазвичай учасники визнають, що така форма викликає менше бажання сперечатися і більше поваги, ніж агресивна відповідь. Це мотивує використовувати техніку в реальному житті.

Заняття 10. «Завершення. План безпеки»

Мета: інтеграція досвіду та підготовка до самостійного життя.

Хід заняття

1. Створення «Копінг-картки» (25 хв). Це ключова вправа для профілактики рецидивів. Її мета — створити персоналізований, фізичний інструмент («шпаргалку»), яким учасник зможе скористатися у стані сильного стресу, коли когнітивні функції знижуються і згадати щось складно.

- Матеріали: Учасники отримують цупкі картки невеликого розміру (формат візитки або кишенькового календаря).

- Інструкція: Психолог пропонує заповнити картку за чітким алгоритмом, спираючись на досвід попередніх 9 занять:

1. «Мої червоні прапорці» (Тригери): 2-3 ознаки того, що мій стан погіршується (наприклад: «перестав спати», «почав кричати на дітей», «хочеться сховатися в кімнаті»).

2. *«Що я роблю САМ» (Інструменти)*: Учасник обирає та записує 3 техніки з курсу, які спрацювали для нього найкраще (наприклад: «Дихання 4-7-8», «Заземлення 5-4-3-2-1», «Сейф»).

3. *«Кому я дзвоню» (Соціальна підтримка)*: Ім'я та номер людини, яка знає про стан учасника і може вислухати (друг, дружина, побратим).

4. *«Кризові контакти»*: Номер телефону психолога, гарячої лінії підтримки або служби екстреної допомоги.

- Результат: Картка кладеться у гаманець або під чохол телефону. Це створює відчуття захищеності: «У мене є план дій».

2. Вправа «Валіза в майбутнє» (20 хв). Це метафорична процедура інтеграції набутого досвіду. Вона допомагає учасникам усвідомити цінність пройденого шляху та присвоїти результати роботи.

- Процедура: Психолог пропонує уявити, що курс — це подорож, яка завершилася. Перед виходом у «велике життя» потрібно зібрати валізу.

- Шеринг: Учасники по колу висловлюються (кожен має слово):

- *«Що я беру з собою?»* (Конкретні навички, інсайти, відчуття, нові знайомства).

- *«Що я залишаю тут?»* (Страхи, які не справдилися; упередження, що психологія — це дурниці; почуття ізоляції).

- Психологічний зміст: Важливо, щоб кожен озвучив свої здобутки вголос. Це фіксує позитивні зміни у свідомості та підвищує самооцінку.

3. Ритуал завершення (15 хв). Фінальна частина спрямована на емоційне закриття гештальту групи та екологічний вихід із терапевтичних стосунків.

- Вручення пам'яток: Психолог роздає роздруковані буклети або листівки, де коротко описані всі техніки курсу (дихання, робота з думками, схема «Я-повідомлення»). Це гарантія того, що знання залишаться з учасниками.

- Коло вдячності: Учасники мають можливість подякувати конкретним людям у групі за підтримку, розуміння або влучні слова, сказані під час занять. Також можна подякувати собі за сміливість пройти цей шлях.

- Фінальна дія: Залежно від динаміки групи, це може бути спільні аплодисменти, рукостискання або символічне «розмикання кола», що означає: група завершила роботу, але кожен продовжує свій шлях, маючи нову точку опори всередині себе.