

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

**Психологічні особливості прояву посттравматичного стрессового
розладу в дорослої віці в умовах воєнного стану**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
БАКАЛАВР**

за спеціальністю 053 Психологія

ПРИМАЧОК АННИ ЮРІЇВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
зав. Кафедри Синякова В.Б
«23» січня 2026 р.

Науковий керівник:
Шопша О.Л.,
кандидат психологічних наук,
доцент

Рецензент:
Кошова І.В.,
кандидат психологічних наук,
доцент

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер

дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано**до захисту**

О.Л.Шопша

підпис наукового
керівника

ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

О.М. Шпортун

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК

Я.М. Раєвська

підпис

ініціали, прізвище

М.С. Ятчук

підпис

ініціали, прізвище

Р.О. Лавлінський

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

К.Р. Собченко

підпис

ініціали, прізвище

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс IV (*бакалаврат*)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу бакалавра
Примачок Анни Юріївни

Тема роботи: «Психологічні особливості прояву посттравматичного стрессового розладу в дорослому віці в умовах воєнного стану».

Цільова установка: люди дорослого віку.

Вихідні дані: матеріали виробничої, педагогічної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.

Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці, 4 рисунки

Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділи	Консультант (Прізвище, ініціали)	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Шопша О.Л		
Розділ 1	Шопша О.Л		
Розділ 2	Шопша О.Л		
Висновки	Шопша О.Л		

Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичні засади дослідження ПТСР в дорослому віці

Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР в дорослому віці в умовах воєнного стану

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/ п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	грудень 2024	грудень 2024
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	лютий 2025	лютий 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	квітень 2025	квітень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	травень 2025	травень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	вересень 2025	вересень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	жовтень-грудень 2025	жовтень-грудень 2025
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	січень 2026	січень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	лютий 2026	лютий 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	березень 2026	березень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Шопша О.Л.)

Завдання прийняв до виконання
студент-дипломник

Примачок Анна Юріївна

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 72 сторінок, містить 3 таблиці і 4 рисунки, 60 літературних джерел, 6 додатків

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад у дорослих осіб

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану.

Мета дослідження полягає у теоретичному аналізі та емпіричному вивченні психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, а саме:

- **теоретичні:** аналіз, синтез та узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;
- **емпіричні:** констатувальний експеримент;
- **математична обробка статистичних даних.**

СТРЕСС, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ДОРОСЛИЙ ВІК, ВОЄННИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ВПЛИВУ НА ПТСР.

STRESS, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, ADULTHOOD, MARTIAL LAW, PSYCHOLOGICAL FACTORS INFLUENCING PTSD

ЗМІСТ

	стор.
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	11
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психології	11
1.2. Психологічні механізми та симптоматика ПТСР у дорослому віці	16
1.3. Теоретичний аналіз психологічних чинників впливу на ПТСР у дорослих осіб саме під час воєнного стану	25
Висновки до першого розділу	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	36
2.1. Організація та методи дослідження	36
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР в дорослому віці в умовах воєнного стану	38
2.3. Психологічна допомога з подолання ПТСР у дорослих в умовах воєнного стану	47
Висновки до другого розділу	52
ВИСНОВОК	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	64

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах воєнного стану дорослі особи опиняються в ситуації підвищеної психологічної вразливості, оскільки змушені адаптуватися до життя в середовищі постійної небезпеки, втрат і нестабільності. Для цієї вікової категорії особливо значущими стають питання підтримання емоційної рівноваги, контролю психоемоційних реакцій та здатності виконувати соціальні й професійні обов'язки в умовах тривалого стресового впливу. Воєнна реальність суттєво трансформує життєвий простір дорослої людини, спричиняючи накопичення психотравмуючих переживань і зростання ймовірності розвитку посттравматичного стресового розладу. За таких обставин психологічна наука стикається з необхідністю поглибленого аналізу особливостей психічного реагування дорослої особистості на травматичні події війни. Поряд із цим дорослий вік у воєнних умовах часто супроводжується станами хронічного напруження, емоційного виснаження, тривожності та пригніченого настрою, що ускладнює процес психологічної адаптації й негативно відображається на загальному рівні психічного благополуччя.

Ступінь наукової розробки теми. Питання посттравматичного стресового розладу посідає важливе місце в дослідженнях як зарубіжних, так і вітчизняних науковців-психологів. У працях Дж. Герман, Б. ван дер Колка, М. Фрідмана, Е. Фоа посттравматичний стресовий розлад розглядається як наслідок впливу інтенсивних психотравмуючих подій, зокрема воєнного характеру, які призводять до порушення внутрішньої цілісності особистості, формування стійких травматичних переживань і трансформації уявлень людини про себе та навколишню дійсність. Дослідження А. Еллерс, Р. МакНеллі, А. Маєркера зосереджені на аналізі когнітивних та емоційних

механізмів ПТСР, зокрема феноменах нав'язливих спогадів, унікальної поведінки, підвищеної психофізіологічної збудженості та складнощах осмислення травматичного досвіду в структурі особистості дорослої людини. Водночас сучасні українські психологи (С. Максименко, Т. Титаренко, В. Панок, О. Кокун, М. Слюсаревський) наголошують на значному впливі воєнної травми на психічне функціонування дорослих осіб, їхні адаптаційні можливості, емоційну саморегуляцію та виконання соціальних ролей. Перебування в умовах тривалого стресу й постійної загрози сприяє посиленню тривожних станів, емоційного виснаження та втраті відчуття психологічної безпеки, що актуалізує потребу подальшого наукового дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у дорослому віці в умовах воєнного стану.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад у дорослих осіб

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану.

Мета дослідження полягає у теоретичному аналізі та емпіричному вивченні психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження: у дорослих осіб в умовах воєнного стану прояви посттравматичного стресового розладу мають специфічні психологічні особливості, що відрізняються за інтенсивністю та структурою симптомів залежно від пережитого психотравмуючого досвіду.

Відповідно до мети дослідження поставлено такі завдання:

1. Розглянути та узагальнити основні наукові підходи до трактування посттравматичного стресового розладу в працях зарубіжних і вітчизняних психологів.

2. Емпірично дослідити психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану

3. Надати психологічні рекомендації щодо подолання посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб з урахуванням впливу умов воєнного стану.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, а саме:

- **теоретичні:** аналіз, синтез та узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;

- **емпіричні:** опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та шкала сприйнятого стресу (PSS-10).

- **математична обробка статистичних даних.**

Експериментальна база дослідження: Дослідно-експериментальною роботою було охоплено 40 осіб віком від 21 до 25 років. Учасниками дослідження стали особи дорослого віку, які добровільно погодились взяти участь у дослідженні та відповідали його умовам.

Наукова новизна дослідження полягає: у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану, а також у виявленні специфіки емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій дорослої особистості на психотравмуючі події війни.

Теоретична значущість дослідження полягає: у розширенні та уточненні наукових уявлень про психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дорослому віці, а також у системному теоретичному аналізі психологічних чинників і механізмів, що зумовлюють специфіку емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій дорослої особистості в умовах воєнного стану.

Практичне значення одержаних результатів: у можливості використання отриманих висновків для удосконалення психологічної роботи з дорослими особами, які пережили психотравмуючі події в умовах воєнного стану. Матеріали дослідження можуть бути застосовані у діяльності практичних психологів, психотерапевтів та фахівців кризової допомоги з метою підвищення ефективності психологічної підтримки, профілактики емоційних порушень і зниження проявів посттравматичного стресового розладу.

Структура та обсяг роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, висновку, списку використаних джерел (60 найменувань, з 26 англійською мовою), 6 додатків. Основний обсяг роботи складає 56 сторінок комп'ютерного набору. Загальний обсяг роботи: 72 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР В ДОРΟΣЛОМУ ВІСІ

1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу в психології

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, що виникає у відповідь на переживання надзвичайно загрозливої або травматичної події та характеризується стійкими симптомами повторного переживання травми, уникненням нагадувань про неї, негативними змінами у когніціях та емоціях, а також підвищеним рівнем психофізіологічного збудження, які суттєво порушують повсякденне функціонування людини [60].

Оцінки поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) суттєво варіюються. За даними окремих наукових джерел, від 50% до 65% індивідів упродовж життєвого циклу піддаються впливу щонайменше однієї значущої травматичної події, що включає масштабні катастрофи, збройні конфлікти, сексуальне або фізичне насильство, дорожньо-транспортні пригоди, тортури та інші ситуації, які становлять безпосередню загрозу для власного життя або життя інших осіб [15]. При цьому, частота розвитку ПТСР серед контингенту, який зазнав впливу подібних травматичних подій, становить 10-15%. Особи дитячого, підліткового та похилого віку характеризуються підвищеною чутливістю до стресових чинників, що потенційно сприяє виникненню психопатологічних проявів. Жінки, порівняно з чоловіками, демонструють удвічі вищу ймовірність розвитку ПТСР.

Водночас, інші дослідницькі дані вказують, що світова поширеність ПТСР протягом життєвого періоду сягає близько 4%, тоді як у 15% осіб спостерігаються лише окремі симптоми даного розладу [46]. Серед

контингенту, що зазнав надзвичайно інтенсивних травматичних впливів, цей показник зростає до 25-30%, причому 9% випадків характеризуються пролонгованим ПТСР [46]. Імовірність настання ремісії демонструє значні коливання, варіюючись від 6% до 92% [57].

Проблема психологічних наслідків психотравмуючих подій привернула увагу науковців ще на початку ХХ століття. Найбільше вона досліджувалася в контексті воєнних конфліктів, коли у військовослужбовців після участі в бойових діях фіксувалися тривалі емоційні та поведінкові порушення. У цей період такі стани описувалися під різними назвами, зокрема «військовий невроз», «травматичний невроз», «бойова втома», що відображало намагання осмислити вплив екстремального стресу на психіку людини [18].

Подальше формування уявлень про посттравматичний стрес було пов'язане з аналізом психологічних наслідків Першої та Другої світових воєн. Саме тоді було встановлено, що психічні порушення можуть зберігатися протягом тривалого часу, істотно ускладнюючи соціальне життя та професійну діяльність особистості, а джерелом цих розладів виступає сама психотравмуюча подія [14].

Офіційне визнання посттравматичного стресового розладу як окремої нозологічної одиниці відбулося у 1980 році після його включення до діагностичних класифікацій психічних розладів, що стало поштовхом до розвитку наукових досліджень і формування сучасних підходів до розуміння природи ПТСР [35]. У подальшому поняття посттравматичного стресового розладу було закріплене в Міжнародній класифікації хвороб, що забезпечило уніфікацію діагностичних критеріїв у світовій психологічній та медичній практиці [4].

З метою поглиблення розуміння сутності ПТСР у подальшому буде проаналізовано підходи провідних зарубіжних дослідників — Джудіт Герман, Бессела ван дер Колка, які по-різному інтерпретують механізми формування та прояви посттравматичного стресового розладу.

Однією з ключових постатей у вивченні посттравматичного стресового розладу є Джудіт Герман. Вона значно вплинула на сучасне розуміння психотравми. У своїй книзі «Trauma and Recovery» авторка описує посттравматичний стресовий розлад як наслідок переживання подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду. Ці події порушують основне відчуття безпеки, довіри та контролю над життям. [43]

Джудіт Герман підкреслює, що основною рисою ПТСР є втрата здатності особистості інтегрувати травматичний досвід у свою життєву історію. Це проявляється в нав'язливому повторному переживанні травматичних подій, уникненні тригерів, пов'язаних із травмою, а також у стані постійного психофізіологічного напруження. Авторка відзначає, що травма має не тільки індивідуальний, але й соціальний аспект, оскільки порушує міжособистісні зв'язки та здатність людини довіряти іншим.

Особливу увагу Джудіт Герман приділяє тривалій та повторюваній травматизації, яка може призводити до складних форм посттравматичних розладів. У цьому сенсі ПТСР розглядається не просто як набір симптомів, а як серйозне порушення структури особистості та механізмів саморегуляції. Такий підхід розширює традиційне клінічне розуміння ПТСР і підкреслює необхідність ретельного психологічного аналізу травматичного досвіду.

Важливий внесок у сучасне розуміння посттравматичного стресового розладу зробив Бессел ван дер Колк. Автор розглядає ПТСР з точки зору нейробіологічних та психофізіологічних процесів, і вважає, що цей розлад розвивається тоді, коли звичайна робота мозку та нервової системи порушується через одноразовий або багаторазовий психотравмуючий досвід. Згідно з теорією ван дер Колка, травматичні події не повністю вловлюються усвідомленою частиною розуму і часто запам'ятовуються у вигляді фрагментів сенсорного досвіду та тілесних відчуттів. Саме тому ви можете час від часу відчувати, що ви переживаєте тривогу, нав'язливі спогади, іноді дістати картину або запах із минулого, чути гулкий шум у вусі або спалахувати від якогось дзвінкого звуку — це звичайні симптоми

посттравматичного стресового розладу. Іноді тіло «пам'ятає» травму навіть, коли людина намагається її забути, заглушити чи зрозуміти. [59]

Насправді, порушення емоційної регуляції і проблеми з пам'яттю, описані в роботах Бессела ван дер Колка, — ще один варіант того, як працює мозок у осіб із ПТСР. Адже ця травма впливає на ділянки мозку, які відповідають за обробку інформації, формування відчуття безпеки і, у загальному, за контакт із світом. Ось чому багато людей уникають контактів і ситуацій, які будять в них почуття внутрішнього напруження і загрожують їм. Таким чином, ПТСР — це не лише психологічні, а і психофізіологічні симптоми.

В українській психології інтерес до проблеми посттравматичного стресового розладу значно посилюється у зв'язку з воєнними подіями останніх років, що зумовило необхідність розробки систем психологічної реабілітації та реадаптації осіб, які зазнали психотравмуючого впливу [24]. Водночас професійна діяльність психологів у роботі з психічною травмою регламентується етичними й нормативно-правовими документами, зокрема Кодексом етики психолога, який визначає принципи відповідальності, безпеки та професійної доброчесності під час надання психологічної допомоги [9].

Перше дослідження психологічного стану населення України, проведене від початку повномасштабного вторгнення, виявило, що переважна більшість опитаних (понад 90%) демонструвала наявність щонайменше одного симптому посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Крім того, 57% громадян віднесено до групи підвищеного ризику щодо розвитку цього стану [7]. Паралельно з цим, дані Національної служби здоров'я України підтверджують стійку тенденцію до зростання кількості зафіксованих випадків діагностування ПТСР у країні. Зокрема, якщо у 2021 році діагноз ПТСР було встановлено 3167 пацієнтам, то у 2022 році ця цифра зросла до 7051, а у 2023 році досягла 12494 пацієнтів. Станом на 6 березня 2024 року зафіксовано 3292 нові випадки [16].

Як зазначається в дослідженні І. Периг, «симптоми посттравматичного стресового розладу можуть мати відстрочений характер і проявлятися через значний проміжок часу після травматичної події» [19, с. 49]. У таких випадках людина починає відчувати підвищену тривожність, емоційну напруженість, нав'язливі спогади або труднощі зі сном, не завжди усвідомлюючи зв'язок між цими проявами та пережитою травмою.

Поступовий розвиток симптомів ускладнює своєчасне розпізнавання посттравматичного стресового розладу, оскільки зовнішньо людина може тривалий час зберігати звичний рівень функціонування. Водночас внутрішній психологічний стан характеризується накопиченням напруги, зниженням емоційної стійкості та труднощами у повсякденній діяльності. Саме ця прихована форма перебігу ПТСР робить його особливо складним для ранньої діагностики та потребує уважного ставлення до суб'єктивних переживань людини.

І це не дивно, адже люди відчують вплив суспільства на лікування ран. Підтримка друзів та сім'ї, можливість почути і зрозуміти, і безпечне середовище для обміну нашими власними досвідами сприяють зниженню внутрішнього стресу та відновленню психологічної рівноваги. Щоб допомогти людям поступово зрозуміти травматичні випадки і доступ до ресурсів майбутнього життя, потрібно негайно звернутися за медичною психологічною допомогою.

За відсутності підтримки та соціальної ізоляції психотоксини можуть бути розширені, що робить адаптацію більш складним і збільшує імовірність посттравматичних симптомів. Саме тому соціальне середовище вважається важливим фактором, який впливає на посттероризм та його розвиток. [20]

Післятравматичний стресовий розлад виникає не в результаті безпосередньої травми, а як наслідок складної взаємодії між психологічною стійкістю людини, природою травматичного досвіду та доступністю

соціальної підтримки. Цей метод передусім наголошує на співпереживаннях та етичному ставленні до тих, хто вижив, і підкреслює важливість підтримки навколишнього середовища протягом процесу відновлення [32].

1.2. Психологічні механізми та симптоматика ПТСР у дорослому віці

Підвищену вразливість до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) виявляють особи віком до 22 років та понад 30 років. Щодо гендерних особливостей, наукові дослідження вказують, що даний розлад розвивається у 8% чоловіків та 20% жінок після пережитих травматичних подій. Окремо слід зазначити, що дитяча та підліткова популяція також демонструє схильність до ризику формування ПТСР. [34]

Формування посттравматичного стресового розладу у дорослому віці пов'язане з тим, що психіка не завжди має достатні ресурси для повноцінного осмислення й інтеграції надзвичайно складного та болісного досвіду. Травматичні події, які є надто інтенсивними або тривалими, перевищують можливості психологічної адаптації, унаслідок чого пережите не знаходить свого місця в життєвій історії людини. Такий досвід зберігається як емоційно напружений і внутрішньо незавершений, продовжуючи впливати на психічний стан і відчуття безпеки особистості.

Одним із провідних механізмів формування посттравматичного стресового розладу є порушення процесу обробки травматичного досвіду. У таких умовах людина не має можливості осмислити пережиту подію як завершену частину власного життєвого шляху. Травматичний досвід залишається психологічно «відкритим», неінтегрованим, що ускладнює формування відчуття внутрішньої завершеності та безпеки. [40]

Через це навіть після фактичного завершення небезпечної ситуації психіка продовжує реагувати так, ніби загроза все ще присутня. Людина може відчувати постійне внутрішнє напруження, настороженість або тривогу без

чітко усвідомленої причини. Пережитий досвід ніби «повертається» у теперішній момент, впливаючи на емоційний стан, мислення та поведінку. У результаті травматична подія продовжує визначати психологічне самопочуття особистості, підтримуючи стан тривожності та емоційної нестабільності [28].

Специфіка функціонування пам'яті після пережитих травматичних подій відіграє важливу роль у розвитку посттравматичного стресового розладу. Часто травматичні спогади фіксуються не як зв'язна розповідь про подію, а у вигляді окремих фрагментів — образів, фізичних відчуттів чи емоційних реакцій, які з'являються спонтанно. Ці спогади не мають чіткого часового контексту, через що особі важко відрізнити минулий досвід від поточних обставин. [26]

Як результат, травматична подія може сприйматися як така, що відбувається «тут і тепер», супроводжуючись сильними емоційними та фізіологічними проявами. Подібні переживання є основою виникнення нав'язливих спогадів і флешбеків, які руйнують відчуття психологічної безпеки та ускладнюють повсякденне життя. Таким чином, особливості збереження травматичних спогадів у пам'яті відіграють ключову роль у підтриманні симптомів посттравматичного стресового розладу [31].

Одним із ключових психологічних механізмів формування посттравматичного стресового розладу є порушення емоційної регуляції.. Після травматичного досвіду індивід може втрачати спроможність до гнучкого усвідомлення та ефективного управління власними емоційними станами. Це призводить до того, що афективні реакції стають менш прогнозованими та більш інтенсивними, що істотно ускладнює адаптацію до рутинних життєвих обставин. [55]

Зазначені порушення можуть маніфестуватися у формі різких емоційних коливань, підвищеної тривоги, дратівливості або, навпаки, емоційного

притуплення та зниженої чутливості до подій, які раніше викликали значний афективний відгук. Унаслідок цього особа стикається з труднощами у підтримці тісних міжособистісних зв'язків, адекватній реакції на соціальні інтеракції та збереженні психологічної рівноваги у повсякденному функціонуванні. Відтак, порушення емоційної регуляції відіграє центральну роль у персистенції симптоматики ПТСР і потребує пріоритетної уваги в процесі психотерапевтичного втручання.

Психологічні механізми формування посттравматичного стресового розладу у дорослому віці охоплюють порушення обробки психотравмуючого досвіду, специфіку збереження травматичних спогадів у пам'яті та труднощі емоційної регуляції. Глибоке осмислення цих механізмів становить фундаментальне підґрунтя для поглибленого аналізу клінічної симптоматики ПТСР та визначення ефективних стратегій психологічного втручання. Основні симптоматичні кластери посттравматичного стресового розладу

У сучасній психології посттравматичний стресовий розлад заснований на декількох фундаментальних кластерах, які враховують різні аспекти психологічних реакцій до травматичних переживань, і ПТСР зазвичай характеризується такими основними симптомами:

- інтрузії;
- уникнення;
- негативні зміни когніцій та емоцій;
- підвищене збудження та реактивність. [1].

1. *Інтрузії* - це одна з основних ознак посттравматичного стресового розладу, що вказує на психічні труднощі у розрізненні минулих травматичних подій від теперішнього. Вони виявляють мовчанку, силу пам'яті, візуалізацію, повторювані кошмари або раптові повтори, які

виникають без навмисного людського наміру і часто відтворюються інтенсивними емоційними реакціями.

Інтрузії можуть призвести до глибокого страху, тривоги або безсилля, а також до фізичних проявів, таких як різкі реакції, стрес або внутрішня загроза. У ті часи травматичні події вважаються негайним, що призводить до значного порушення безпеки та ускладнення регулярних завдань.

Згідно з МКХ-11, «посттравматичний стресовий розлад характеризується повторним переживанням травматичної події у теперішньому часі у формі нав'язливих спогадів або флешбеків» [60, с. 149]. Це визначення підкреслює, що інтрузії є не просто спогадами, а глибокими психологічними реакціями, які свідчать про незавершене опрацювання травматичного досвіду.

Інтрузії виступають важливим показником посттравматичного стресового розладу, оскільки вони демонструють порушення здатності психіки інтегрувати пережиту подію у життєвий досвід людини та відмежувати минуле від теперішнього.

2. Уникнення - це часте виявлення посттравматичних стресових порушень, що вказує на зусилля людини зменшити емоційні страждання, пов'язані з травматичним досвідом. Воно може проявлятися як у поведінковій формі — униканні певних місць, людей або ситуацій, так і на внутрішньому рівні — у намаганні не згадувати травматичну подію та приглушити пов'язані з нею емоції.

На початковому етапі така стратегія часто стає для людини способом тимчасово захистити себе від надмірного емоційного болю, допомагаючи зберігати внутрішню рівновагу та справлятися з інтенсивними переживаннями. Однак із плином часу уникнення може поступово обмежувати повсякденне життя: зменшується соціальна активність, звужується коло спілкування, з'являється відчуття віддаленості від інших

людей. У підсумку це може негативно позначатися на якості життя та ускладнювати процес психологічного відновлення після пережитої травми.

На думку О. М. Гнатюк, «уникнення є однією з провідних форм реагування на психотравмуючий досвід і проявляється у прагненні особистості дистанціюватися від будь-яких нагадувань про травматичну подію» [5, с. 96]. Така позиція дає підстави розглядати уникнення як природну захисну реакцію психіки, спрямовану на зменшення емоційного напруження та збереження внутрішньої рівноваги після пережитої травми.

3. *Негативні зміни когніцій* та емоцій є важливим кластером посттравматичних стресових порушень, і вони виявляють істотні внутрішні перетворення у нашому самому собі, сприйняття інших та у цілому світу. Після психологічного неприємного досвіду люди часто відчують занепад довір'я, безпеки та емоційної рівноваги, що згодом впливає на їхній погляд на життя.

Цей кластер призводить до розвитку глибоких негативних думок, у тому числі почуття вини, сорому чи безсилля, а також ослаблює здатність відчувати позитивні емоції. Людина може відчути емоційне відокремлення, зменшення ентузіазму до минулих хобі або труднощі у формуванні близьких друзів, все це поступово впливає на вашу самооцінку та соціальну взаємодію.

Негативні зміни когніцій та емоцій, що виникають після психотравмуючого досвіду, зазвичай мають глибокий і тривалий характер, адже вони торкаються того, як людина сприймає себе, інших та навколишній світ. Пережита травма часто змінює відчуття стабільності й безпеки, позбавляючи людину звичного відчуття опори в житті. У таких умовах відбувається переосмислення подій і власного досвіду, що може супроводжуватися втратою довіри та внутрішньої рівноваги. Як зазначає Т. М. Титаренко, «психотравмуючий досвід не обмежується окремими емоційними реакціями, а призводить до стійких змін у системі смислів і емоційних оцінок

особистості», що відображається на ставленні людини до себе та свого життя [27, с. 61].

Унаслідок таких змін емоційні переживання поступово перестають бути ситуативними й починають визначати загальний спосіб мислення та реагування людини. Це може проявлятися у стійких негативних переконаннях, труднощах у переживанні радості, а також у віддаленні від близьких людей. Усе це свідчить про те, що травматичний досвід впливає на глибинні рівні психологічного функціонування та потребує уважного й дбайливого підходу в процесі психологічної підтримки.

4. Підвищене збудження та реактивність є важливим симптоматичним кластером посттравматичного стресового розладу та відображає стан постійної внутрішньої напруженості, у якому перебуває людина після пережитої психотравми. Цей кластер проявляється у підвищеній пильності, дратівливості, труднощах зі сном, порушеннях концентрації уваги та різких емоційних реакціях на зовнішні подразники.

Людина, якій виявляє такі симптоми, відчуває неспокою, навіть у відносно безпечному середовищі. Періодичні події або мінімальна стимуляція можуть викликати напружені реакції, які перешкоджають ефективному спілкуванню.

Тривале перебування на підвищеному піднесеному настрої може негативно вплинути на загальний рівень психічного здоров'я людини, зменшуючи її якість життя і перешкоджаючи одужанню від травм. [11]

Саме тому цей симптоматичний кластер розглядається як один із ключових показників порушення адаптаційних механізмів при посттравматичному стресовому розладі.

Анке Еллерс — клінічна психологиня та дослідниця посттравматичного стресового розладу, професорка Оксфордського університету. Її основні дослідження, проведені наприкінці 1990-х — на

початку 2000-х років, були присвячені вивченню когнітивних механізмів формування та підтримання ПТСР у дорослих.

У межах свого підходу А. Еллерс розглядає посттравматичний стресовий розлад як наслідок особливостей когнітивної обробки травматичного досвіду. [41]. Дослідниця підкреслює, що вирішальну роль відіграє не лише сам факт пережитої події, а те, як людина її осмислює, інтерпретує та включає у власну життєву картину. Після травми у свідомості можуть поступово формуватися стійкі негативні переконання, пов'язані з відчуттям власної вразливості, втрати контролю або сприйняттям світу як небезпечного й непередбачуваного. Такі переконання підтримують постійне відчуття загрози й заважають людині відчувати себе у безпеці навіть після завершення травматичної ситуації.

А. Еллерс звертає увагу на те, що травматичний досвід залишає особливий слід у пам'яті людини. Спогади про пережиту подію нерідко зберігаються не як цілісна історія, а у вигляді окремих фрагментів — образів, відчуттів у тілі або сильних емоцій, які виникають раптово й без свідомого контролю. Через це людині буває складно усвідомити, що травматична подія вже належить минулому і не становить безпосередньої загрози.

Такі фрагментовані спогади можуть активізуватися під впливом певних ситуацій, звуків чи внутрішніх переживань, викликаючи інтрузії або флешбеки. У ці моменти людина знову переживає травму з високою емоційною напругою, що супроводжується відчуттям втрати контролю та небезпеки. [48]

Ситуацію ускладнює те, що багато людей намагаються уникати будь-яких нагадувань про травму, прагнучи зменшити емоційний біль. Хоча така поведінка може тимчасово полегшувати стан, вона водночас перешкоджає глибшому осмисленню та інтеграції пережитого досвіду. У результаті травматичні спогади залишаються психологічно «незавершеними», що

сприяє збереженню симптомів посттравматичного стресового розладу та ускладнює процес відновлення.

Річард МакНеллі — американський клінічний психолог, професор Гарвардського університету, один із провідних дослідників проблеми пам'яті, страху та когнітивних процесів у контексті психотравми. Його основні наукові праці, присвячені вивченню механізмів посттравматичного стресового розладу, активно публікувалися з кінця 1990-х років і були зосереджені на особливостях травматичної пам'яті та процесах відтворення спогадів.[52]

Р. МакНеллі розглядає посттравматичний стресовий розлад як порушення взаємодії між процесами пам'яті та емоційною реакцією страху. На відміну від підходів, що описують травматичну пам'ять як «зруйновану» або дефіцитарну, дослідник підкреслює, що спогади про травму можуть зберігатися досить точно. Водночас ці спогади супроводжуються надзвичайно інтенсивним емоційним напруженням, яке значно перевищує звичайні переживання.

Саме емоційна насиченість травматичних спогадів, а не порушення їх змісту, на думку МакНеллі, відіграє вирішальну роль у збереженні симптомів ПТСР. Через це навіть звичайні нагадування про подію можуть викликати сильну тривогу та реакцію страху, що ускладнює психологічне відновлення та адаптацію після травми.

Він звертає увагу на те, що спогади про травматичну подію можуть легко активізуватися під впливом різних тригерів, пов'язаних із пережитим досвідом. У такі моменти в людини раптово виникають інтенсивні реакції страху та фізіологічного збудження, які супроводжуються відчуттям тривоги, напруження або навіть паніки. Важливо, що подібні реакції можуть з'являтися навіть тоді, коли людина усвідомлює відсутність реальної загрози.

Це свідчить про розрив між раціональним розумінням ситуації та емоційним реагуванням, яке виходить з-під свідомого контролю.

Окрему увагу у своєму підході МакНеллі приділяє ролі уникнення. Професор підкреслює, що прагнення уникати травматичних спогадів або ситуацій, які їх нагадують, є зрозумілою спробою зменшити емоційний дискомфорт. Проте тривале використання такої стратегії заважає природному зниженню інтенсивності страху. Унаслідок цього емоційна реакція не слабшає з часом, а поступово закріплюється, підтримуючи замкнене коло посттравматичних симптомів і ускладнюючи процес психологічного відновлення.

Андреас Маеркер — німецький клінічний психолог і психіатр, професор Цюрихського університету, один із провідних дослідників посттравматичного стресового розладу в європейському науковому просторі. Його наукові роботи, опубліковані з початку 2000-х років, зосереджені на вивченні психологічних механізмів ПТСР з урахуванням соціального, культурного та міжособистісного контексту. [47]

У своїх дослідженнях А. Маеркер розглядає посттравматичний стресовий розлад не лише як внутрішню психологічну реакцію людини на травматичну подію, а як стан, що формується у тісному зв'язку з соціальним середовищем. Він звертає увагу на те, що пережита травма часто змінює спосіб взаємодії людини з іншими, впливаючи на відчуття близькості, довіри та залученості до соціального життя.

Дослідник підкреслює, що після травматичних подій людина може поступово відчувати ізоляцію, втрату підтримки та емоційне віддалення від оточення. Це, своєю чергою, ускладнює процес психологічного відновлення й сприяє збереженню посттравматичних симптомів. Як зазначає А. Маеркер, «посттравматичний стресовий розлад пов'язаний не лише з реакціями страху, а й із порушенням соціальних зв'язків та відчуття належності до соціального середовища» [47 с 465–481].

Підхід А. Маєркера доповнює когнітивні та емоційні моделі ПТСР, акцентуючи увагу на важливості міжособистісних стосунків і соціальної підтримки. Його дослідження показують, що для розуміння перебігу посттравматичного стресового розладу у дорослому віці необхідно враховувати не лише внутрішні переживання людини, а й умови її взаємодії з найближчим соціальним оточенням.

Механізми психологічної дезадаптації посттравматичного генезу в умовах воєнного стану докладно розглянуті у наукових працях українського дослідника М. М. Слюсаревського. Автор акцентує, що пролонгована дія військових конфліктів, вимушене переміщення та дезінтеграція соціальних взаємозв'язків зумовлюють хронічну психотравматизацію, втрату фундаментального відчуття безпеки та порушення смислової організації особистості, що створює сприятливі психологічні передумови для формування посттравматичного стресового розладу [25].

Емпіричні свідчення українських досліджень підтверджують значний рівень поширеності посттравматичної симптоматики серед населення в умовах воєнних дій. Зокрема, за результатами опитування, проведеного Центром громадського здоров'я МОЗ України, було встановлено, що майже 62 % респондентів демонстрували виражені прояви тривожності, понад 50 % відзначили наявність порушень сну та перманентного психоемоційного напруження, а приблизно 40 % опитаних виявляли симптоматику, характерну для посттравматичного стресового розладу (ПТСР). [30]. Отримані дані вказують на широкомасштабний характер психотравматичних реакцій та підкреслюють вагомість соціально-психологічних механізмів травматизації, викладених М. М. Слюсаревським.

Принципове значення у концепції М. М. Слюсаревського відводиться дезінтеграції фундаментального відчуття безпеки та соціальної рівноваги. Вітчизняний науковець акцентує на тому, що деструкція соціальних мереж, відсутність адекватної підтримки та екзистенційна невизначеність

майбутнього значною мірою знижують адаптивний потенціал особистості. Відповідно, соціальна маргіналізація та брак ефективної міжособистісної інтеракції постають суттєвими психологічними чинниками, що інтенсифікують травматичні реакції та формують підґрунтя для генези посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [49].

1.3. Теоретичний аналіз психологічних чинників впливу на ПТСР у дорослих осіб саме під час воєнного стану

Воєнний стан створює особливий психотравмуючий контекст, у межах якого посттравматичний стресовий розлад у дорослих осіб формується за іншими психологічними закономірностями, ніж у разі поодиноких або короточасних травматичних подій. На відміну від локальних психотравм, пов'язаних із катастрофами чи особистими втратами, війна характеризується тривалістю, непередбачуваністю та системним характером загрози, що перетворює стрес на хронічний фон повсякденного життя.

Однією з визначальних рис воєнної травми є те, що вона не має чітко окреслених часових меж. Якщо у випадку разових травматичних подій психіка зазвичай поступово переходить до етапу відновлення, то в умовах війни людина тривалий час перебуває у стані напруженого очікування небезпеки. Постійна невизначеність і загроза підтримують безперервну активацію стресових реакцій, що ускладнює природний процес психологічної адаптації [53]. Унаслідок цього пережитий досвід не осмислюється як подія минулого, а залишається емоційно відкритим і сприймається як такий, що триває й надалі.

Воєнна травма має також виражений накопичувальний характер, оскільки доросла людина стикається не з поодиноким психотравмуючим подією, а з тривалою низкою взаємопов'язаних стресових впливів. До них належать постійна загроза життю, переживання втрат близьких, руйнування звичних життєвих орієнтирів, вимушене переселення, а також соціальна й економічна

нестабільність. У сукупності ці чинники поступово виснажують психологічні ресурси особистості та створюють умови для закріплення посттравматичних реакцій. Дослідження засвідчують, що саме тривале накопичення стресорів істотно підвищує ймовірність формування стійких проявів посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення в умовах війни [56].

Важливою особливістю воєнної травми є її соціально-екзистенційний вимір, оскільки вона безпосередньо впливає на глибинні уявлення людини про безпеку навколишнього світу, передбачуваність майбутнього та можливість контролювати власне життя. На відміну від індивідуальних психотравм, які зазвичай обмежуються окремими сферами життєдіяльності, воєнний досвід охоплює практично всі аспекти існування особистості одночасно. Дослідники наголошують, що порушення цих базових екзистенційних опор у контексті війни істотно ускладнює процес психологічного відновлення та сприяє більш тяжкому й тривалому перебігу посттравматичного стресового розладу у дорослому віці [38].

Соціальна підтримка відіграє одну з ключових ролей у тому, як доросла людина переживає та осмислює психотравмуючий досвід війни. В умовах воєнного стану вона виступає не лише ресурсом емоційної стабілізації, а й важливим чинником збереження відчуття зв'язку зі світом і власної життєвої цілісності. Наявність підтримувального соціального середовища — родини, близьких, друзів або громади — допомагає людині не залишатися наодинці з пережитими подіями та знижує інтенсивність відчуттів безпорадності й ізоляції [8].

У таких ситуаціях доросла особа стикається не лише з безпосередньою травмою війни, а й із глибоким почуттям соціальної дезорієнтації, що посилює переживання невпевненості та ізоляції. Як зазначає О. В. Кравченко, «втрата стабільних соціальних контактів у внутрішньо переміщених осіб істотно ускладнює процес психологічної адаптації та знижує відчуття

безпеки» [10]. Водночас дослідження свідчать, що поступове відновлення або формування нових соціальних зв'язків сприяє зменшенню рівня тривожності та поверненню відчуття контролю над власним життям, що є важливим ресурсом у подоланні посттравматичних реакцій.

Соціальна підтримка не завжди проявляється автоматично та може бути ускладнена загальним психоемоційним виснаженням суспільства в умовах тривалої війни. Українські науковці наголошують, що формальна наявність соціальних контактів не завжди гарантує їхню психологічну ефективність. Важливим є не лише кількісний, а й якісний аспект підтримки — емпатія, розуміння та готовність до спільного переживання складних емоцій. Саме така підтримка здатна виступати захисним чинником у процесі подолання посттравматичного стресу [3].

В умовах воєнного стану порушення відчуття належності та психологічної безпеки стає одним із найбільш чутливих чинників психотравматизації дорослих осіб. Втрата звичного соціального середовища, розрив міжособистісних зв'язків і вимушене відчуження від місця проживання призводять до ослаблення почуття включеності у соціальну спільноту. За таких умов людина може переживати відчуття викоріненості, самотності та втрати опори, що істотно ускладнює процес психологічної адаптації [33].

«Втрата соціальної включеності в кризових умовах знижує психологічну стійкість та підвищує вразливість до травматичних переживань» [29], — наголошує Н. Є. Харченко. Ця позиція відображає ключову роль відчуття належності у підтриманні емоційної рівноваги дорослої особистості. В умовах війни порушення зв'язку з соціальним середовищем послаблює здатність людини протистояти стресу, сприяє посиленню тривожних реакцій і формуванню стійкого відчуття небезпеки, що ускладнює психологічну адаптацію.

Найбільш виражено порушення відчуття належності та психологічної безпеки спостерігається у дорослих осіб, які пережили вимушене переселення або втратили звичні соціальні ролі. За таких обставин процес відновлення внутрішньої рівноваги значною мірою пов'язаний із можливістю налагодження нових соціальних зв'язків і поступового формування відчуття стабільності в новому життєвому контексті. Як зазначає Н. Є. Гусак, підтримка з боку місцевої громади та відновлення соціальної ідентичності виконують захисну функцію, сприяючи зниженню інтенсивності посттравматичних проявів і полегшуючи психологічну адаптацію дорослих осіб у період воєнних випробувань [6].

Сім'я, громада та ширше соціальне середовище відіграють визначальну роль у тому, чи набуває психотравмуючий досвід воєнного часу деструктивного характеру, чи, навпаки, може бути поступово інтегрований у життєвий досвід особистості. У дорослому віці саме найближче соціальне оточення часто виступає першим простором, у якому людина шукає підтримку, розуміння та відчуття безпеки після пережитих травматичних подій [21].

Сприятливе сімейне середовище, що характеризується емоційною підтримкою з боку значущих осіб та можливістю відкритої комунікації щодо особистих переживань, здатне виконувати функцію захисного фактора, мінімізуючи інтенсивність посттравматичних реакцій. За таких умов травматичний досвід не консолідується як ізольований внутрішній феномен, а поступово інтегрується та осмислюється через інтерперсональну взаємодію, що суттєво сприяє процесу психологічної регенерації. Натомість, дисфункціональні взаємини в родині, емоційна відстороненість або дезавування суб'єктивного травматичного досвіду можуть потенціювати відчуття ізоляції та безсилля, перетворюючи сімейний простір на додатковий фактор ризику для розвитку посттравматичних проявів [42].

Разом із тим, соціальне відчуження, стигматизація або обмежений доступ до підтримуючих ресурсів істотно утруднюють адаптивний процес та збільшують імовірність хронізації посттравматичних проявів. Як наголошує Г. М. Бевз, недостатність соціальної протекції в екстремальних обставинах значною мірою послаблює психологічну резилієнтність індивіда та поглиблює деструктивні наслідки психотравматичного досвіду [2].

Сімейна система, громада та суспільне оточення можуть функціонувати як потужні захисні чинники, так і детермінанти ризику у генезисі та динаміці посттравматичного стресового розладу в дорослих індивідів. Їхня дія обумовлена якістю інтерперсональних взаємодій, ступенем соціальної підтримки та спроможністю особистості до ідентифікації із референтною соціальною спільнотою в контексті військових дій.

Коли ми стикаємося з життєвими катастрофами, наша психіка не просто реагує на зовнішній удар — вона спирається на весь той фундамент, який ми будували роками. Розуміння того, чому одні люди виявляються більш вразливими, а інші — стійкішими, допомагає нам не лише підтримувати себе, а й з більшим співчуттям ставитися до оточуючих [54].

1. Роль віку: біологічний ресурс та емоційна зрілість Вік відіграє неоднозначну роль у тому, як ми переживаємо травму. Молоді люди часто мають більший запас фізичних сил, проте їхня емоційна сфера ще перебуває у процесі формування. З іншого боку, люди старшого віку можуть демонструвати вищу психологічну стійкість завдяки тому, що їхні механізми регуляції емоцій вже «відшліфовані» часом. Проте варто пам'ятати, що з віком може накопичуватися загальна втома організму, що робить процес відновлення довшим.

2. Життєвий досвід: наш внутрішній капітал Досвід — це не лише кількість прожитих років, а й те, як ми виходили з попередніх криз. Якщо людина має за плечима історію успішного подолання труднощів, вона підсвідомо вірить у

свою здатність впоратися з новим викликом [37]. Такий позитивний досвід формує так званий «імунітет до стресу», дозволяючи сприймати подію не як катастрофу, а як надскладне завдання, яке все ж можна розв'язати.

3. Попередні травми: ефект накопичення або загартування Це найбільш делікатний аспект. Попередні травми можуть діяти двояко. З одного боку, вони можуть навчити людину виживати в екстремальних умовах (посттравматичне зростання). З іншого боку, якщо минулий негативний досвід не був інтегрований і «загоєний», він стає слабким місцем, яке нова травма роз'ятрює ще сильніше [58]. Особливо це стосується ранніх дитячих травм, які можуть зробити нервову систему більш чутливою до стресорів у дорослому віці.

Здатність до емоційної саморегуляції виступає одним із фундаментальних внутрішніх механізмів, що детермінують специфіку сприйняття та переробки травматичного досвіду в контексті збройних конфліктів. Для дорослих індивідів ця компетенція маніфестується у здатності усвідомлювати власні афективні стани, модулювати їхню інтенсивність та обирати адаптивні стратегії реагування на стресогенні чинники. Дисфункція емоційної саморегуляції після пережитої травматизації зумовлює розвиток підвищеної тривожності, афективної лабільності або, контрастно, емоційного притуплення, що суттєво ускладнює повсякденну діяльність та процеси соціальної адаптації [17].

У процесі подолання воєнного стресу значну роль відіграють копінг-стратегії як індивідуальні способи реагування на складні та загрозливі життєві обставини. Наукові дослідження свідчать, що використання конструктивних стратегій — зокрема звернення по соціальну підтримку, когнітивне осмислення ситуації та прийняття реальності — сприяє зниженню рівня психоемоційного напруження та полегшує адаптацію до стресових умов. Як зазначає Н. І. Лисенко, «конструктивні копінг-стратегії забезпечують більш ефективне подолання кризових ситуацій і знижують

ризик формування дезадаптивних психологічних реакцій» [12]. Водночас застосування дезадаптивних стратегій, таких як уникнення чи емоційне відсторонення, може мати короточасний заспокійливий ефект, проте в довготривалій перспективі сприяє закріпленню посттравматичних симптомів і ускладнює процес психологічного відновлення.

Здатність до смислотворення відіграє особливу роль у підтриманні психологічної стійкості дорослої особистості в умовах війни. Йдеться про вміння осмислювати пережиті події, надавати їм особистісного значення та включати травматичний досвід у власну життєву історію без руйнування цілісного образу себе. Саме смислотворення дозволяє людині не зосереджуватися виключно на втраті чи болісному досвіді, а поступово знаходити внутрішні опори для подальшого життя.

Емпіричні дослідження українських психологів свідчать, що понад половина дорослих осіб, які змогли надати пережитому досвіду особистісного сенсу, демонструють нижчий рівень тривожності та емоційного виснаження порівняно з тими, хто сприймає травматичні події як хаотичні та беззмістовні. Крім того, у таких респондентів частіше спостерігається збереження життєвих цілей і відчуття суб'єктивного контролю над власним життям, що позитивно впливає на процес адаптації в умовах війни [13].

Дослідники підкреслюють, що включення травматичного досвіду до структури біографічної пам'яті як важливого, але не домінуючого етапу життя сприяє послабленню посттравматичних реакцій. Осмислення пережитих подій дає змогу знизити їх емоційну насиченість, зменшити інтенсивність нав'язливих спогадів і поступово відновити відчуття внутрішнього контролю. Як зазначає М. В. Савчин, «інтеграція складного життєвого досвіду у цілісний життєвий наратив сприяє стабілізації емоційного стану та відновленню адаптаційного потенціалу особистості» [23]. В умовах тривалого воєнного стресу така здатність набуває особливої

ваги, оскільки виступає важливим психологічним ресурсом, що підтримує внутрішню рівновагу та сприяє ефективнішій адаптації дорослої особистості.

Імовірність маніфестації посттравматичного стресового розладу серед дорослого населення істотно обумовлюється комплексом індивідуально-психологічних чинників, які детермінують характер адаптивної відповіді на екстремальні ситуації. Слід зазначити, що бойовий травматичний досвід сам по собі не є єдиним і достатнім предиктором виникнення ПТСР, оскільки його психічні наслідки опосередковані інтраперсональними особливостями, що здатні як потенціювати вразливість до дезадаптації, так і виконувати протективну функцію.

До особистісних рис, що посилюють ризик розвитку ПТСР, належать підвищена нейротичність, схильність до тривалих негативних роздумів (румінацій), низький рівень емоційної стабільності та домінування зовнішнього локусу контролю. Особи з такими характеристиками частіше сприймають травматичні події як неконтрольовані й загрозливі, що ускладнює їх когнітивне та емоційне опрацювання. За результатами метааналізу, високий рівень нейротизму є одним із стабільних предикторів більшої інтенсивності симптомів ПТСР у дорослих після пережитих травматичних подій [51].

Водночас, певний комплекс індивідуально-психологічних особливостей здатен значною мірою мінімізувати вірогідність розвитку посттравматичного стресового розладу. Зокрема, до таких факторів відносять психологічну гнучкість, емоційну стабільність, внутрішній локус контролю та рефлексивні здібності. Зазначені диспозиції сприяють більш конструктивній когнітивній переробці травматичного досвіду та активізації ефективних стратегій подолання, що редукує ризик персистенції посттравматичної симптоматики [45].

Значне значення має рівень особистісної саморегуляції та сформованість відчуття особистої ефективності. Емпіричні дані свідчать, що дорослі індивіди з високим рівнем самоефективності переважно демонструють проактивну позицію у стратегіях подолання стресових ситуацій, підтримують відчуття контролю над власною життєдіяльністю та виявляють кращу адаптивність до обставин пролонгованого воєнного стресу. Саме ці психологічні атрибути редукують імовірність виникнення хронічних форм посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [36].

Психологічне реагування на травматичні події у зрілому віці характеризується комплексом специфічних ознак, детермінованих ступенем сформованості особистісної структури, накопиченим життєвим досвідом та рівнем соціальної відповідальності. На відміну від дитячого та підліткового віку, у дорослих травматичні інциденти інкорпуються в уже існуючу систему ціннісних орієнтацій, переконань та соціальних ролей, що обумовлює індивідуалізований характер психологічної відповіді. Результати досліджень свідчать, що саме ця зрілість особистості може як сприяти адаптаційним процесам, так і ускладнювати перебіг посттравматичного реагування, особливо у випадках, коли подія дисонує з фундаментальними уявленнями індивіда щодо власної ідентичності та світосприйняття [39].

В умовах воєнних конфліктів особливого значення набуває усвідомлення особистої відповідальності за власне існування та добробут близьких. Для дорослих індивідів це нерідко супроводжується перманентним станом тривожності, відчуттям провини та постійною гіпервігілантністю. Академічні джерела [44] вказують, що поєднання травматичного досвіду з обтяженням відповідальності за членів родини, дітей або підлеглих істотно посилює психоемоційне навантаження і може сприяти формуванню тривалих стресових реакцій.

Ключовою характеристикою відповіді на травму в дорослому віці є пропенсія до інтерналізації травматичного досвіду. Часто спостерігається прагнення

дорослих осіб підтримувати зовнішню поведінкову ефективність, забезпечуючи виконання професійних та соціальних обов'язків, паралельно із супресією власних афективних станів. Емпіричні дані вказують на те, що подібна копінг-стратегія потенційно сприяє відтермінованій маніфестації посттравматичної симптоматики, за умов активації психоемоційних реакцій після редукції зовнішнього стресового впливу або в умовах відносної безпеки [50].

Індивідуальні варіації у відповіді на потенційно травматичні впливи серед дорослих індивідів обумовлюються комплексною взаємодією психологічної зрілості, анамнезу життєвих подій, соціально-рольових позицій та наявності інтра- та екстрапсихічних ресурсів. Зазначені детермінанти здатні як підвищувати вразливість до формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), так і сприяти оптимізації психологічної адаптації та резилієнтності в умовах збройного конфлікту.

Висновки до першого розділу

У межах першого розділу кваліфікаційного дослідження був проведений теоретичний аналіз феномену посттравматичного стресового розладу у дорослому контингенті, а також аргументовано значущість вивчення психологічної специфіки його маніфестації в контексті воєнних дій. Систематизація наукових парадигм вітчизняних та іноземних науковців дозволила висвітлити комплексний та багатоаспектний характер ПТСР як наслідок впливу екстремальних психотравмуючих подій, що характеризуються винятковою інтенсивністю та пролонгованістю.

Було здійснено опис основних симптоматичних кластерів посттравматичного стресового розладу, зокрема інтрузій, уникнення, негативних змін когніцій та емоцій, а також підвищеного збудження та реактивності. Встановлено, що кожен із цих кластерів відображає специфічні аспекти порушення психічного функціонування дорослої особистості та

інтеркорелює з іншими симптомами, формуючи цілісний клінічний профіль посттравмат

У теоретичному розділі обґрунтовано вирішальну роль соціальних та міжособистісних детермінант у генезисі та подоланні посттравматичного стресового розладу. З'ясовано, що ступінь соціальної підтримки, міцність міжособистісних взаємодій, якість сімейних взаємин та відчуття приналежності до соціальної спільноти можуть функціонувати як протекторні, так і ризикові чинники у формуванні ПТСР.

Отже, висновки теоретичного дослідження підтверджують, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дорослих осіб в умовах збройного конфлікту становить собою багатовимірний психологічний феномен, детермінований взаємозв'язком індивідуально-психологічних детермінант, специфіки травматичного переживання та соціокультурного середовища. Здобуті теоретичні положення формують концептуальну основу для подальшого емпіричного вивчення специфіки психологічної маніфестації ПТСР серед дорослої когорти, реалізація якого запланована у другому розділі представленої кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація та методи дослідження

У даному дослідженні здійснювалося вивчення проявів посттравматичного стресового розладу у осіб дорослого віку. Основна увага була зосереджена на виявленні характерних симптомів ПТСР, що виникають у відповідь на психотравмуючі події. Отримані результати дали змогу оцінити особливості прояву ПТСР у дорослих та визначити ступінь їх психологічної дезадаптації.

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі закладу загальної середньої освіти. У ньому взяли участь 40 респондентів віком 21–25 років, статі чоловіки-40%, жінки-60% які добровільно долучилися до участі в дослідженні. (див. рис. 2.1.)

Ваша стать
40 відповідей

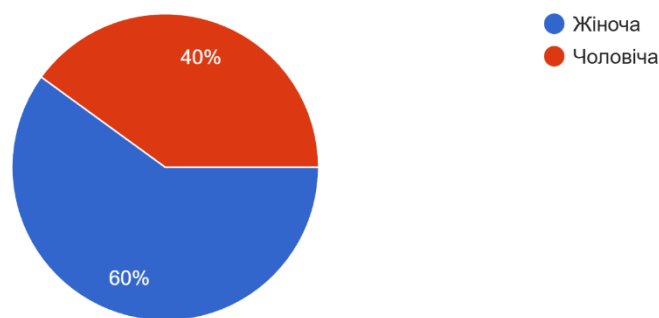


Рис. 2.1 Статева структура вибірки респондентів у %

Усі учасники були поінформовані про мету проведення роботи, а отримані результати використовувалися виключно в узагальненому вигляді. Анонімність та конфіденційність відповідей респондентів були повністю забезпечені.

Для виявлення посттравматичного стресового розладу у осіб дорослого віку застосовувався комплекс психодіагностичних методик.

Онитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) (Додаток А) використовувався для виявлення та оцінки вираженості

симптомів посттравматичного стресового розладу. Методика дозволяє оцінити основні кластери симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5, зокрема: нав'язливе повторне переживання травматичної події(інтрузії), уникання нагадувань про травму, негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, а також підвищений рівень збудження і реактивності.

Обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку сумарної кількості балів та аналізу показників за окремими симптоматичними кластерами, що дало змогу визначити рівень вираженості посттравматичних симптомів у респондентів, сформувати їх індивідуальний симптоматичний профіль та встановити загальні тенденції проявів ПТСР у досліджуваній вибірці.

Для оцінки рівня сприйнятого стресу застосовувалася ***Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)***. (Додаток Б) Дана методика спрямована на визначення того, наскільки респонденти оцінюють події власного життя як напружені, непередбачувані та перевантажувальні. Опитувальник охоплює показники суб'єктивного відчуття стресу, контролю над життєвими ситуаціями та емоційного напруження за останній місяць.

За результатами підрахунку сумарної кількості балів визначалася інтенсивність сприйнятого стресу, а також здійснювалося порівняння показників між респондентами, що дало змогу узагальнити загальний рівень стресового навантаження у досліджуваній групі.

Для доповнення отриманих даних використовувалася ***Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)***. (Додаток В) Дана методика призначена для виявлення та оцінки рівнів тривоги й депресивних проявів у дорослих осіб. Опитувальник складається з двох окремих шкал — шкали тривоги (HADS-A) та шкали депресії (HADS-D), що дає змогу диференційовано оцінити емоційний стан респондентів.

Аналіз результатів здійснювався шляхом підрахунку балів за кожною зі шкал, що дозволило визначити ступінь вираженості тривожних і

депресивних симптомів, а також зіставити отримані показники з іншими психологічними характеристиками, досліджуваними в межах емпіричного дослідження.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР в дорослому віці в умовах воєнного стану

Для виявлення особливостей прояву ПТСР у дорослому віці в умовах воєнного стану нами було застосовано Опитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), Шкала сприйнятого стресу (PSS-10), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Аналіз узагальнених результатів (Додаток Г) за *опитувальником PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)* був застосований з метою визначити рівень та структуру проявів посттравматичних симптомів у досліджуваній групі дорослих осіб відповідно до основних симптоматичних кластерів ПТСР: нав'язливе повторне переживання травматичних подій, уникання, негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, а також підвищене збудження і реактивність.

Загальна сума балів за всіма пунктами опитувальника у вибірці з 40 респондентів становить 1078 балів, що було прийнято за 100%. Це дало змогу оцінити загальний рівень вираженості посттравматичних симптомів, а також проаналізувати співвідношення окремих симптоматичних кластерів ПТСР у досліджуваній вибірці. (див. табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Рівень вираженості кластерів ПТСР у людей дорослого віку у %

Кластер	Назва кластера	Сума балів	Частка від загальної суми, %
В	Інтрузії	476	44,2%
С	Уникання	198	18,4%

За результатами проведеного дослідження встановлено, що найбільшу частку в структурі посттравматичної симптоматики становить кластер В —

D	Негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах	713	66,1%
E	Підвищене збудження та реактивність	317	29,4%

нав'язливе повторне переживання травматичних подій, частка якого складає 44,2% від загальної суми балів опитувальника PCL-5. Це свідчить про те, що для значної частини респондентів провідними є симптоми, пов'язані з нав'язливими спогадами, повторюваними тривожними снами, переживанням травматичної події «ніби вона відбувається знову», а також вираженими емоційними й фізіологічними реакціями на нагадування про травму.

Переважання даного кластера вказує на те, що травматичний досвід залишається психологічно актуальним і недостатньо інтегрованим у структуру особистого досвіду респондентів, що зумовлює його мимовільне та неконтрольоване повторне переживання. Разом із тим важливо зазначити, що домінування кластера B не має ізолюваного характеру. Нав'язливі посттравматичні переживання зазвичай супроводжуються іншими проявами ПТСР, зокрема униканням, негативними змінами у когнітивно-емоційній сфері та підвищеним рівнем збудження, що підтверджує комплексний характер посттравматичної симптоматики у досліджуваній вибірці.

Кластер C (уникання) становить 18,4% від загальної суми балів, що свідчить про значну поширеність даного симптоматичного компонента у структурі посттравматичних проявів. Такий показник вказує на виражену тенденцію респондентів уникати думок, емоцій, розмов або ситуацій, пов'язаних із травматичним досвідом, як способу зниження внутрішнього психологічного напруження. У межах кластера C уникання виступає як одна з ключових поведінкових стратегій, спрямованих на зменшення інтенсивності переживань, пов'язаних із травмою.

Водночас слід зазначити, що симптоми кластера C (уникання) нерідко виконують не лише захисну, а й підтримувальну функцію щодо посттравматичної симптоматики, оскільки перешкоджають повноцінному

усвідомленню та психологічному опрацюванню травматичного досвіду. Значна частка даного кластера свідчить про те, що посттравматичні реакції у досліджуваній групі мають виражений поведінковий компонент, формуючись як спосіб психологічної саморегуляції в умовах тривалого емоційного напруження. У поєднанні з домінуванням симптомів кластера В уникання створює замкнене коло підтримки ПТСР-симптоматики, що ускладнює адаптацію та процес психологічного відновлення.

Кластер D (негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах) становить 66,1% від загальної суми балів, що свідчить про домінування даного симптоматичного компоненту у структурі посттравматичних проявів. Такий високий показник вказує на глибокі порушення емоційного функціонування та когнітивної сфери респондентів, зокрема втрату інтересу до раніше значущої діяльності, відчуття відстороненості від інших людей, емоційне оціпеніння, негативні уявлення про майбутнє, а також труднощі зі сном і контроль емоційних реакцій.

Негативні когнітивно-емоційні зміни виступають одним із найбільш стійких і дезадаптивних проявів ПТСР, оскільки вони впливають не лише на емоційний стан, а й на систему переконань особистості та її соціальне функціонування. Висока частка кластера D у поєднанні з поширеністю клінічно значущих симптомів (97,5% вибірки) свідчить про хронізований характер посттравматичної симптоматики, що суттєво ускладнює процес психологічної адаптації та відновлення після травматичних подій.

Кластер E (підвищене збудження та реактивність) становить 29,4% від загальної суми балів, що свідчить про значну поширеність поведінково-фізіологічних проявів посттравматичної симптоматики у досліджуваній групі. Такий показник вказує на підвищений рівень емоційної напруги, дратівливості, настороженості, труднощів із концентрацією уваги та схильності до різких емоційних реакцій.

Підвищене збудження часто виступає як форма постійної готовності до потенційної загрози, однак у повсякденному житті воно призводить до виснаження нервової системи, імпульсивності та зниження здатності до саморегуляції. Значна частка кластера Е свідчить про тісний зв'язок між внутрішнім психоемоційним напруженням і зовнішніми поведінковими проявами, що ускладнює міжособистісну взаємодію та адаптацію. У поєднанні з високими показниками когнітивно-емоційних порушень (кластер D) та нав'язливих переживань (кластер В) це підтверджує комплексний і системний характер посттравматичної симптоматики у респондентів.

Порівняльний аналіз чотирьох кластерів опитувальника PCL-5 дозволяє зробити висновок, що посттравматична симптоматика у досліджуваній вибірці має багаторівневу та системну структуру. Вона охоплює когнітивно-емоційний рівень (кластер D — негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах), переживальний рівень (кластер В — нав'язливе повторне переживання травматичних подій), фізіологічно-поведінковий рівень (кластер Е — підвищене збудження та реактивність) та поведінково-стратегічний рівень (кластер С — уникання).

Домінування кластера D є найбільш вираженим, однак показники інших кластерів залишаються достатньо високими, що свідчить про те, що жоден із компонентів посттравматичної симптоматики не є ізольованим або випадковим. Найімовірніше, посттравматична реакція у респондентів розгортається послідовно та взаємопов'язано: спочатку травматичний досвід проявляється у формі нав'язливих спогадів і повторного переживання події (кластер В), далі формується унікальна поведінка як спосіб зниження емоційного дискомфорту (кластер С), що супроводжується хронічним підвищеним збудженням і реактивністю (кластер Е). З часом ці прояви призводять до стійких негативних змін у когнітивній та емоційній сферах (кластер D), які найбільш суттєво впливають на загальний рівень психологічної адаптації. (див. рис. 2.2.)

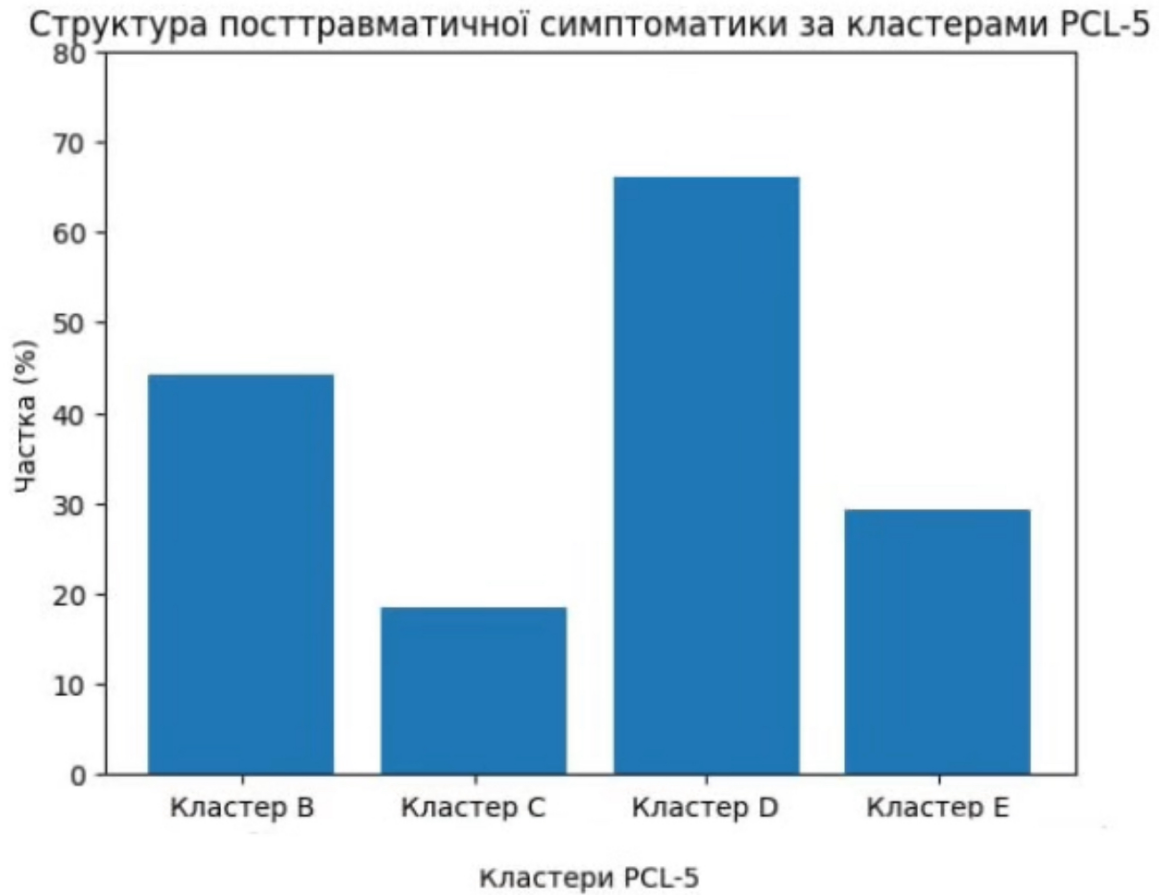


Рис 2.2. Структура посттравматичної симптоматики за кластерами опитувальника PCL-5 у %

Отримані результати свідчать про те, що посттравматична симптоматика у досліджуваній вибірці не обмежується окремими емоційними переживаннями, а має комплексний і багаторівневий характер, охоплюючи когнітивні, емоційні, поведінкові та психофізіологічні компоненти. Домінування негативних змін у когнітивній та емоційній сферах у поєднанні з нав'язливими переживаннями, униканням і підвищеним збудженням свідчить про системний характер посттравматичних реакцій.

Це підкреслює важливість цілісного підходу до аналізу ПТСР, який передбачає врахування не лише окремих кластерів симптомів, а й їх взаємозв'язку та взаємного підсилення. Саме така структура посттравматичної симптоматики створює ризик хронізації психологічних

порушень, зниження адаптаційних можливостей особистості та закріплення дезадаптивних стратегій реагування, особливо за відсутності своєчасної психологічної допомоги, ефективних навичок емоційної регуляції та цілеспрямованої роботи з травматичним досвідом.

Отримані результати дослідження (Додаток Г) за **Шкалою сприйнятого стресу (PSS-10)** дозволили оцінити рівень суб'єктивно пережитого стресу. Загальний бал за PSS-10 варіює від 8 до 31, при середньому значенні 19,2, що свідчить про помірний рівень сприйнятого стресу серед дорослих осіб даної вибірки. (див. табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Показники середнього рівня сприйнятого стресу за шкалою PSS-10

Показник середнього рівня	Значення (бали)(середнього рівня)
Мінімальний рівень стресу	8
Максимальний рівень стресу	31
Середній рівень стресу	19,2

Такі дані вказують на те, що частина респондентів відчуває стресові переживання помірно часто, пов'язані з напруженістю життєвих ситуацій, невизначеністю майбутнього або складнощами з емоційною регуляцією. Середній показник свідчить про те, що в умовах сьогодення для значної частини молодих дорослих характерна постійна активність психоемоційної напруги, яка може впливати на адаптаційні механізми та здатність продуктивно долати життєві виклики.

Аналіз результатів за Шкалою сприйнятого стресу (PSS-10) з урахуванням статевих відмінностей показав, що вищий рівень сприйнятого стресу зафіксовано у чоловіків, порівняно з жінками. Середній показник стресу у чоловіків становить 3,81 бала, тоді як у жінок — 2,71 бала.

Отримані дані свідчать про те, що чоловіки у досліджуваній вибірці частіше оцінюють життєві події як напружені та складні для контролю. Вищі

максимальні значення стресу у чоловіків також вказують на наявність осіб із більш вираженим суб'єктивним відчуттям перевантаженості. Водночас результати жінок характеризуються більш помірним рівнем сприйнятого стресу, що може бути пов'язано з відмінностями у стратегіях емоційної регуляції та соціальної підтримки. (див. рис. 2.3.)



Рис 2.3. Показники шкали сприйнятого стресу (PSS-10)

Отже, оцінка за PSS-10 підтверджує, що суб'єктивне відчуття стресу є важливим показником психологічного стану досліджуваної групи й може виступати потенційним фактором, що взаємодіє з іншими психологічними параметрами (наприклад, тривожністю чи когнітивною напругою), особливо за відсутності ефективних стратегій управління власними емоціями.

Результати дослідження за *Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)* (Додаток Е), підраховані за авторською схемою оцінювання, свідчать про вищу вираженість депресивних проявів порівняно з тривожними у досліджуваній вибірці. Середній показник за шкалою тривоги (HADS-A) становить 5,78 бала, що відповідає помірному рівню тривожності. Водночас

середній бал за шкалою депресії (HADS-D) склав 7,85 бала, що вказує на наближення до прикордонного рівня депресивних проявів у частини респондентів. (див. табл. 2.3)

Таблиця 2.3

Показники середнього рівня тривоги та депресії за шкалою HADS

Показник	Тривога (HADS-A)	Депресія (HADS-D)
Мінімальний бал	2	3
Максимальний бал	9	12
Середній бал	5,78	7,85

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що для молодих дорослих віком 21–25 років більш характерними є субдепресивні емоційні стани, пов'язані зі зниженням настрою, втомлюваністю та зменшенням задоволення від повсякденної діяльності, ніж гострі тривожні реакції. Така структура емоційних проявів може бути зумовлена тривалим психоемоційним навантаженням та недостатністю ресурсів емоційної саморегуляції.

Аналіз результатів за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) з урахуванням статевих відмінностей показав, що вищі показники тривожних і депресивних проявів зафіксовано у жінок, порівняно з чоловіками. Це свідчить про те, що жінки у досліджуваній вибірці більш схильні до емоційних переживань, пов'язаних із напруженням, зниженням настрою та емоційною вразливістю.

Отримані дані узгоджуються з результатами багатьох психологічних досліджень, які вказують на більшу емоційну чутливість жінок та схильність до внутрішнього переживання стресових і фруструючих ситуацій, тоді як чоловіки частіше демонструють стримані або зовнішньо менш виражені емоційні реакції. Таким чином, стать виступає важливим чинником, що впливає на особливості прояву тривоги та депресії у молодому дорослому

віці. (див. табл. 2.4)

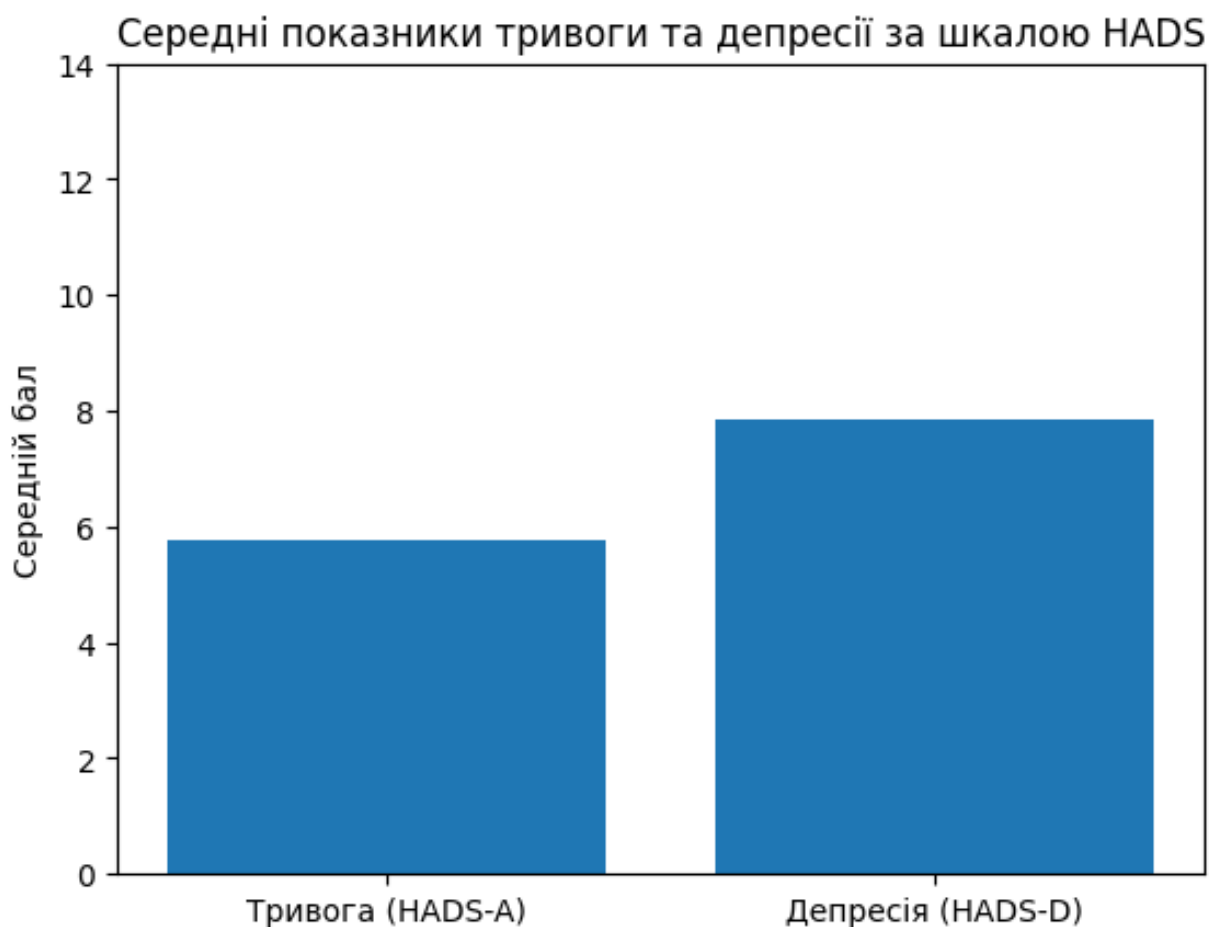


Рис 2.4 Середні показники тривоги та депресії за шкалою HADS

Загалом отримані результати свідчать про те, що емоційний стан досліджуваної вибірки характеризується помірною вираженістю тривожних і депресивних проявів, а також наявністю індивідуальних відмінностей у рівні психоемоційного напруження.

2.3. Психологічна допомога з подолання ПТСР у дорослих в умовах воєнного стану

Подолання посттравматичного стресового розладу у дорослих в умовах воєнного стану є складним і тривалим процесом, який потребує усвідомленої та добровільної участі самої особистості. Ефективна психологічна допомога неможлива без готовності людини звернутися по підтримку, прийняти власний психоемоційний стан та брати активну участь у

процесі відновлення. Саме добровільність звернення до психологічної допомоги є важливою умовою успішного подолання посттравматичних проявів, оскільки дозволяє сформувати довіру між фахівцем і клієнтом та забезпечує стійку мотивацію до змін.

Водночас подолання ПТСР не обмежується виключно участю у психотерапії. Поряд із професійною психологічною допомогою важливу роль відіграють додаткові ресурси підтримки, зокрема розвиток навичок саморегуляції, залучення соціальної підтримки, психоедукація, а також активізація внутрішніх ресурсів особистості. Комплексний підхід, який поєднує психотерапевтичні методи з повсякденними стратегіями самопомоги, створює умови для більш стійкого відновлення психоемоційного стану та зниження ризику хронізації посттравматичних симптомів.

На початку повномасштабної війни в Україні у 2024 році психологи у своїх рекомендаціях щодо подолання проявів посттравматичного стресового розладу у дорослих акцентували увагу на використанні простих стабілізаційних технік, спрямованих на зниження рівня тривожності та відновлення контролю над фізіологічними реакціями організму. Ці методи застосовувалися як засоби першої психологічної допомоги та були доступними для самостійного використання.

До таких рекомендацій належали:

- дихальні вправи (повільне діафрагмальне дихання, дихання за схемою 4–6 або 4–7–8) для зниження фізіологічного збудження;
- техніки заземлення (зосередження на відчуттях тіла, метод «5–4–3–2–1») з метою повернення відчуття реальності та безпеки;
- м'язова релаксація (почергове напруження та розслаблення груп м'язів) для зменшення тілесної напруги;
- короткі тілесні вправи та рухова активність для зниження рівня накопиченого стресу;

- візуалізаційні техніки (образ безпечного місця) для стабілізації емоційного стану.

Дихальні вправи як засіб зниження фізіологічного збудження

Дихальні вправи належать до простих і доступних способів самодопомоги, які широко використовуються для зменшення фізіологічного збудження у дорослих з проявами посттравматичного стресового розладу. Контрольоване дихання допомагає людині заспокоїти організм, знизити напруження та відновити відчуття внутрішньої рівноваги. Це пов'язано з активацією парасимпатичної нервової системи, що сприяє уповільненню серцевого ритму, зменшенню м'язової напруги та стабілізації емоційного стану.

Повільне діафрагмальне дихання полягає у глибокому, рівному вдиху через ніс, під час якого основну роботу виконує діафрагма. При цьому живіт плавно піднімається, тоді як грудна клітка залишається майже нерухомою. Видих здійснюється спокійно й поступово, через рот або ніс, із відчуттям розслаблення м'язів живота. Виконання цієї вправи протягом 5–10 хвилин у повільному темпі допомагає знизити напруження та зосередити увагу на тілесних відчуттях.

Дихання за схемою 4–6 передбачає вдих тривалістю чотири секунди та більш тривалий видих — шість секунд. Подовжений видих сприяє поступовому зниженню тривожності та заспокоєнню нервової системи. Вправа виконується у зручному темпі, зазвичай по 8–10 дихальних циклів поспіль.

Дихання за схемою 4–7–8 включає вдих через ніс на чотири секунди, коротку затримку дихання тривалістю сім секунд і повільний видих через рот на вісім секунд. Така послідовність допомагає досягти глибшого розслаблення, зменшити внутрішнє напруження та стабілізувати дихальний ритм. Рекомендується виконувати вправу 3–4 рази підряд, орієнтуючись на власне самопочуття.

Техніки заземлення як спосіб відновлення відчуття реальності та безпеки

Техніки заземлення широко застосовуються у роботі з дорослими, які переживають прояви посттравматичного стресового розладу, з метою зниження інтенсивності тривожних переживань та повернення відчуття контролю над власним станом. Основним завданням цих технік є перенесення уваги людини з нав'язливих думок і травматичних спогадів на безпосередні тілесні та сенсорні відчуття «тут і тепер», що сприяє формуванню відчуття реальності та безпеки.

Зосередження на відчуттях тіла передбачає усвідомлене спостереження за фізичними відчуттями, такими як положення тіла, контакт стоп із поверхнею, напруження або розслаблення окремих груп м'язів, температура повітря чи відчуття одягу на шкірі. Така практика допомагає знизити рівень емоційного напруження та поступово повернути відчуття стабільності.

Метод «5–4–3–2–1» є однією з найпоширеніших технік заземлення та базується на активізації органів чуття. Людині пропонується назвати п'ять предметів, які вона бачить навколо себе, чотири звуки, які чує, три речі, до яких може доторкнутися, два запахи, які може відчути, та один смак або відчуття у роті. Виконання цієї вправи сприяє переключенню уваги на зовнішнє середовище, зменшенню тривожності та відновленню відчуття присутності у поточному моменті.

М'язова релаксація як спосіб зменшення тілесної напруги

М'язова релаксація є ефективною технікою саморегуляції, що застосовується для зниження тілесної напруги у дорослих з проявами посттравматичного стресового розладу. Вона ґрунтується на усвідомленому чергуванні напруження та розслаблення окремих груп м'язів, що дозволяє людині краще відчути різницю між станами напруги та спокою й поступово зменшити загальний рівень фізичного напруження.

Почергове напруження та розслаблення м'язів виконується у спокійному темпі, зазвичай у положенні сидючи або лежачи. Людині пропонується послідовно напружувати окремі групи м'язів — кисті рук, передпліччя, плечі, м'язи обличчя, живота, спини та ніг — утримуючи напруження протягом кількох секунд, після чого свідомо розслабляти ці м'язи. Особлива увага приділяється відчуттям, які виникають під час розслаблення, що сприяє зниженню м'язового тону та загального рівня напруження.

Регулярне використання м'язової релаксації допомагає зменшити тілесні прояви стресу, такі як скутість, напруження або відчуття втоми, а також сприяє формуванню навичок самоспостереження та самоконтролю. Застосування цієї техніки є доцільним як у процесі психологічної допомоги, так і для самостійного використання у повсякденному житті.

Короткі тілесні вправи та рухова активність як засіб зниження накопиченого стресу

Короткі тілесні вправи та помірна рухова активність є важливим засобом зниження рівня накопиченого стресу у дорослих з проявами посттравматичного стресового розладу. Фізичний рух сприяє зменшенню м'язової напруги, покращенню кровообігу та природному зниженню рівня психоемоційного напруження.

До таких вправ належать прості рухи, які не потребують спеціальної підготовки, зокрема розтягування, повільна ходьба, легкі вправи для шиї, плечей і спини, а також ритмічні рухи з фокусом на відчуття тіла. Виконання коротких фізичних вправ допомагає повернути увагу до тілесних відчуттів, зменшити внутрішнє напруження та сприяє відновленню відчуття стабільності.

Регулярна помірна рухова активність може використовуватися як допоміжний засіб психологічної саморегуляції та сприяє поступовому зниженню впливу стресових факторів на психічний стан людини.

Візуалізаційні техніки як засіб стабілізації емоційного стану

Візуалізаційні техніки застосовуються у психологічній допомозі дорослим з проявами посттравматичного стресового розладу з метою стабілізації емоційного стану та зниження внутрішнього напруження. Вони спрямовані на створення уявного образу, який асоціюється з відчуттям спокою, захищеності та психологічного комфорту.

Однією з найбільш поширених є техніка «образ безпечного місця», що передбачає уявлення простору, у якому людина почувається спокійно та в безпеці. Під час виконання вправи увага зосереджується на деталях образу — кольорах, звуках, запахах і тілесних відчуттях, що сприяє глибшому зануренню у стан спокою. Така візуалізація допомагає зменшити емоційну напругу, відновити відчуття внутрішньої рівноваги та може використовуватися як засіб саморегуляції у стресових ситуаціях.

Регулярне використання дихальних вправ, технік заземлення, м'язової релаксації, коротких тілесних вправ і візуалізаційних технік сприяє зниженню рівня фізіологічного та емоційного напруження, стабілізації психоемоційного стану й покращенню загального самопочуття. Дотримання цих рекомендацій може допомогти людині краще впоратися з проявами стресу та тривоги у повсякденному житті. Водночас у разі збереження або посилення симптомів посттравматичного стресового розладу важливим є своєчасне звернення по професійну психологічну допомогу, зокрема до психотерапії, яка забезпечує глибше опрацювання травматичного досвіду та сприяє довготривалому відновленню психічного здоров'я.

Висновки до другого розділу

У ході проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб в умовах воєнного стану було обстежено 40 респондентів віком від 21 до 25 років. Для реалізації поставлених завдань застосовувався комплекс

психодіагностичних методик, зокрема опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та шкала сприйнятого стресу (PSS-10), що дало змогу всебічно оцінити психоемоційний стан досліджуваних.

За результатами опитувальника PCL-5 встановлено, що у 62,5 % респондентів сумарний показник перевищував клінічно значущий поріг (31 бал), що свідчить про наявність виражених симптомів посттравматичного стресового розладу. У 27,5 % досліджуваних було зафіксовано помірний рівень посттравматичної симптоматики (від 20 до 30 балів), тоді як лише 10 % респондентів продемонстрували низький рівень проявів ПТСР. Найбільш вираженими виявилися симптоми інтрузій, уникнення та підвищеного психофізіологічного збудження.

Аналіз результатів за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав, що підвищений рівень тривожності (8 балів і більше) спостерігався у 57,5 % опитаних, з яких 30 % мали клінічно виражену тривогу (11 балів і більше). Депресивні прояви мали переважно субклінічний характер: 42,5 % респондентів продемонстрували помірний рівень депресії, тоді як клінічно значущі депресивні стани було виявлено лише у 15 % досліджуваних. Це свідчить про домінування тривожного компонента у структурі психоемоційних реакцій дорослих осіб в умовах воєнного стану.

Показники за шкалою сприйнятого стресу (PSS-10) засвідчили, що високий рівень суб'єктивного стресу (понад 20 балів) було зафіксовано у 65 % респондентів, середній рівень — у 25 %, низький — лише у 10 % досліджуваних. Отримані показники вказують на значне емоційне виснаження та зниження адаптаційних ресурсів дорослих осіб під впливом тривалого воєнного стресу.

Узагальнення результатів дослідження засвідчило, що для більшості респондентів характерними є поєднання підвищеного рівня тривожності,

високого суб'єктивного переживання стресу та виражених посттравматичних симптомів, що негативно впливає на емоційну стабільність і повсякденне функціонування. У зв'язку з цим обґрунтовано доцільність використання психологічних методів саморегуляції, зокрема дихальних вправ, технік заземлення, м'язової релаксації, рухової активності та візуалізаційних технік, як засобів зниження психофізіологічного збудження та стабілізації емоційного стану.

Результати емпіричного дослідження підтверджують висунуту гіпотезу про те, що у дорослих осіб в умовах воєнного стану посттравматичний стресовий розлад має специфічні психологічні особливості, які проявляються у високому рівні тривожності, значному суб'єктивному переживанні стресу та порушенні емоційної регуляції. Отримані дані підкреслюють необхідність комплексної психологічної допомоги, що поєднує методи самодопомоги та професійну психотерапевтичну підтримку з метою зниження інтенсивності посттравматичних проявів і підвищення адаптаційних можливостей дорослої особистості в умовах воєнного стану.

ВИСНОВОК

Узагальнення теоретичних підходів дало змогу системно розкрити сутність посттравматичного стресового розладу як складного психічного явища, що виникає внаслідок переживання інтенсивних або тривалих психотравмуючих подій і супроводжується порушеннями емоційної регуляції, когнітивних процесів та психофізіологічної рівноваги.

Посттравматичний стресовий розлад розглядається як багатовимірне утворення, що включає інтрузії, унікальну поведінку, негативні зміни когніцій та емоцій, а також підвищене психофізіологічне збудження. Встановлено, що у дорослому віці ПТСР має специфічні особливості перебігу, зумовлені сформованістю особистісної структури, життєвим досвідом та відповідальністю за соціальні ролі.

Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що формування та прояви ПТСР в умовах воєнного стану мають багатофакторний характер. Тривалий психотравмуючий вплив війни, її невизначеність і накопичувальний характер стресорів призводять до хронічного емоційного напруження, виснаження адаптаційних ресурсів і втрати відчуття психологічної безпеки. Вирішальну роль у перебігу ПТСР відіграють як індивідуально-психологічні чинники (рівень емоційної саморегуляції, попередній травматичний досвід, копінг-стратегії), так і соціальні умови, зокрема наявність або дефіцит підтримки з боку найближчого оточення.

Емпіричне дослідження, проведене серед 40 осіб дорослого віку (21–25 років), підтвердило високу поширеність посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану. За результатами опитувальника PCL-5 встановлено, що у 62,5 % респондентів ($n = 25$) сумарний бал перевищував клінічно значущий поріг 31 бал, що свідчить про наявність виражених проявів ПТСР. 27,5 % досліджуваних ($n = 11$) мали помірний рівень симптоматики (20–30 балів), тоді як лише 10 % ($n = 4$) продемонстрували низький рівень посттравматичних проявів. Найвищі середні показники було зафіксовано за кластерами інтрузій та підвищеного психофізіологічного збудження, що вказує на незавершеність опрацювання травматичного досвіду.

Аналіз результатів за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав, що підвищений рівень тривожності (≥ 8 балів) спостерігався у 57,5 % респондентів ($n = 23$), з яких 30 % ($n = 12$) мали клінічно виражений рівень тривоги (≥ 11 балів). Депресивні прояви були менш інтенсивними:

42,5 % ($n = 17$) продемонстрували субклінічний рівень депресії, тоді як клінічно значущі депресивні стани виявлено у 15 % досліджуваних ($n = 6$). Отримані результати свідчать про домінування тривожного компонента у структурі психоемоційних реакцій дорослих осіб в умовах воєнного стану.

Показники за шкалою сприйнятого стресу (PSS-10) засвідчили, що 65 % респондентів ($n = 26$) мають високий рівень суб'єктивного переживання стресу (понад 20 балів), 25 % ($n = 10$) — середній рівень (14–20 балів), і лише 10 % ($n = 4$) — низький рівень стресу. Це вказує на значне психоемоційне виснаження та зниження адаптаційних можливостей дорослих осіб під впливом тривалого воєнного стресу.

Узагальнення кількісних і якісних результатів дослідження свідчить, що для більшості досліджуваних характерним є поєднання високого рівня посттравматичної симптоматики, підвищеної тривожності та значного суб'єктивного переживання стресу. Така комбінація негативно впливає на емоційну стабільність, когнітивне функціонування та здатність до ефективної саморегуляції.

Отже, результати кваліфікаційної роботи підтверджують висунуту гіпотезу та засвідчують, що посттравматичний стресовий розлад у дорослому віці в умовах воєнного стану має специфічні психологічні особливості, які проявляються у високих показниках тривожності, посттравматичних симптомів і сприйнятого стресу. Отримані дані обґрунтовують необхідність комплексної психологічної допомоги, що поєднує методи саморегуляції та професійну психотерапевтичну підтримку, з метою зниження інтенсивності посттравматичних проявів і відновлення адаптаційних ресурсів дорослої особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асоціація розвитку психотерапії та психології (АРПП). Психологічна травма та посттравматичний стресовий розлад: симптоми, стадії, лікування. Київ: АРПП, 2024.

2. Бевз Г. М. Соціальна підтримка як чинник психологічної стійкості особистості в умовах криз. Проблеми сучасної психології. Кам'янець-Подільський, Україна, 2017. № 36. С. 28–36.
3. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Соціальні чинники психологічної стійкості особистості в умовах кризових подій. Київ, Україна: Либідь, 2018. С. 102–109.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10). Женева: ВООЗ, 1995.
5. Гнатюк О. М. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок психотравмуючих подій. Проблеми сучасної психології. 2015. № 30. С. 92–101.
6. Гусак Н. Є. Соціальна дезадаптація дорослих осіб в умовах вимушеного переселення. Наукові студії із соціальної та політичної психології. Київ, Україна, 2021. № 48. С. 101–109.
7. Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2022. URL: <https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennya-psixologichnogo-stanu-naselennya-v-umovax-povnomasshtabnoii-vijni/>
8. Карамушка Л. М. Соціально-психологічні ресурси подолання кризових ситуацій особистістю. Київ, Україна: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. С. 88–95.
9. Кодекс етики психолога. Київ: Українська спілка психотерапевтів, 2017.
10. Кравченко О. В. Соціальна підтримка внутрішньо переміщених осіб як чинник психологічної адаптації. Соціальна психологія. Київ, Україна, 2021. № 1. С. 67–74.
11. Лазос Г. П. Психологічні наслідки переживання травматичних подій у дорослому віці. Психологія і суспільство. 2018. № 3. С. 96–104.

12. Лисенко Н. І. Копінг-стратегії подолання кризових ситуацій у дорослому віці. Вісник психології і педагогіки. Київ, Україна, 2020. № 12. С. 91–98.
13. Максименко С. Д., Костюк Г. С. Смыслотворення як психологічний механізм адаптації особистості. Проблеми сучасної психології. Кам'янець-Подільський, Україна, 2017. № 36. С. 7–15.
14. Михальський А. В. Психологічні аспекти травматичного стресу. Проблеми сучасної психології. 2011. № 12. С. 145–153.
15. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121 “Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад”. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ykpm_d_ptsr.pdf
16. Національна служба здоров'я України / МОЗ України. Статистика діагнозів ПТСР в електронній системі охорони здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/news/cherven-misyac-obiznanosti-pro-posttravmatichniy-stresoviy-rozlad-ptsr>
17. Олійник О. П. Емоційна саморегуляція особистості в умовах тривалого стресу. Науковий вісник Херсонського державного університету. Херсон, Україна, 2019. № 2. С. 58–65.
18. Панок В. Г. Психологія екстремальних ситуацій. Київ: Ніка-Центр, 2010.
19. Периг І. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок психотравмуючих подій. Матеріали міжнародної науково-технічної конференції. 2021. С. 49.
20. Піанківська Л. В. Social Support of the Individual in War Conditions. Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series “Pedagogy and Psychology”. Mukachevo, Україна, 2022. № 8(2). С. 76–84.

21. Рибалка В. В. Сімейні ресурси подолання психотравмуючих переживань. Київ, Україна: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2018. С. 97–105.
22. Савчин М. В. Психологічна підтримка особистості в умовах кризових життєвих ситуацій. Психологія і суспільство. Тернопіль, Україна, 2019. № 1. С. 34–42.
23. Савчин М. В. Психологія життєвого шляху особистості. Дрогобич, Україна: Коло, 2017. С. 138–146.
24. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадaptaції учасників антитерористичної операції. Наука і оборона. 2016. № 1. С. 24–30.
25. Слюсаревський М. М., Чорна Л. Г. Психологічний стан і громадянська ідентичність дітей-переселенців зі сходу України. Психологія політичного конфлікту і міжгрупових відносин у сфері політики. Київ, Україна, 2019. С. 25–33.
26. Суятинова К. Особливості посттравматичного стресового розладу: роль пам'яті у виникненні інтрузій та реакцій. Педагогіка і психологія. Вінниця, Україна, 2024.
27. Титаренко Т. М. Психологічні ресурси особистості в умовах кризових життєвих ситуацій. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2014. С. 61.
28. Федоренко Р. П. Психологічні механізми посттравматичного стресового розладу у дорослих осіб. Психологічні перспективи. Луцьк, Україна, 2019. № 33. С. 210–220.
29. Харченко Н. Є. Психологічна стійкість особистості в умовах соціальної нестабільності. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Харків, Україна, 2020. № 63. С. 115–121.

30. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка населення України в умовах війни: результати опитування. Київ: ЦГЗ МОЗ України, 2022. URL: <https://phc.org.ua/news/psikhichne-zdorovya-ta-psikhosocialna-pidtrimka-v-umovakh-viyni>
31. Чепелева Н. В. Наративні та когнітивні аспекти переживання психотравмуючого досвіду. Наукові студії із соціальної та політичної психології. Київ, Україна, 2018. № 41. С. 96–105.
32. Щирук І. А. Психологічні особливості негативних наслідків посттравматичного стресового розладу у осіб, постраждалих від бойового стресу. Науковий вісник ХДУ. 2020. С. 112–118.
33. Яременко О. О. Соціальна ідентичність особистості в умовах кризових трансформацій. Соціальна психологія. Київ, Україна, 2019. № 1. С. 52–60.
34. UNICEF Україна. Що таке посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — особливості віку і статі. Місто: UNICEF Україна, 2022–2025.
URL: <https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder>
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington, DC: APA, 1980.
36. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, USA: W. H. Freeman and Company, 1997. 604 p.
37. Bonanno G. A. The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss. Basic Books, 2019. P. 38
38. Bonanno G. A., Mancini A. D. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Washington, USA, 2012. Vol. 4(1). P. 74–83.

39. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Washington, USA, 2000. Vol. 68(5). P. 748–766.
40. Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. Washington, USA, 1996. Vol. 103(4). P. 670–686.
41. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Oxford, United Kingdom, 2000. Vol. 38, No. 4. P. 319–345.
42. Fernandez-Canani M. A., et al. Association between Family Dysfunction and Post-Traumatic Stress Disorder in Adolescents, *Plos One*, 2022.
43. Herman J. L. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992.p. 124
44. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C. et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention. *Psychiatry*. Philadelphia, USA, 2007. Vol. 70(4). P. 283–315.
45. Kashdan T. B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*. Amsterdam, Netherlands, 2010. Vol. 30(7). P. 865–878.
46. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5).
47. Maercker A., Horn A. B. A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Zürich, Switzerland, 2013. Vol. 20, No. 6. P. 465–481.
48. Mental Health for Ukraine (MH4U). Флешбеки: як запобігати та керувати. Київ: MH4U, 2022. URL: <https://www.mh4u.in.ua/hochu-diznatysya-bilshe/fleshbeky-yak-zapobigaty-ta-keruvat>

49. Miller K. E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings. *Social Science & Medicine*. Oxford, United Kingdom, 2010. Vol. 70(1). P. 7–16.
50. Nolen-Hoeksema S., Watkins E. R. A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*. Los Angeles, USA, 2011. Vol. 6(6). P. 589–609.
51. Ozer E. J., Best S. R., Lipsey T. L., Weiss D. S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. Washington, USA, 2003. Vol. 129(1). P. 52–73.
52. Richard J. McNally. *Remembering Trauma*. Cambridge, United States, Harvard University Press, 2003. 400 p.
53. Silove D. The ADAPT model: A conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. **Intervention**. New York, USA, 2013. Vol. 11(3). P. 237–248.
54. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*. Cambridge University Press.
55. Spies J. P., et al. Associations Between Difficulties in Emotion Regulation and Severity of PTSD Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. Lausanne, Switzerland, 2020. p. 1
56. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *JAMA*. Chicago, USA, 2009. Vol. 302(5). P. 537–549.
57. Steinert C., Hofmann M., Leichsenring F., Kruse J. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(7):483-96.

58. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis. Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.
59. van der Kolk B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking, 2014. p. 188–197
60. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Post-traumatic stress disorder. Geneva, Switzerland, 2019.
- UPL: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1435254666>

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5

(Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)

Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) призначений для оцінки наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Опитувальник широко застосовується у клінічній та науковій практиці для скринінгу ПТСР, визначення інтенсивності симптомів та моніторингу змін психічного стану після психотравмуючих подій.

Структура опитувальника

Усі твердження згруповані за чотирма кластерами симптомів:

- **Інтрузії (B)** — повторне нав'язливе переживання травматичної події (пункти 1–5)
- **Уникнення (C)** — уникання нагадувань про травму (пункти 6–7)
- **Негативні зміни когніцій та емоцій (D)** (пункти 8–14)
- **Підвищене збудження та реактивність (E)** (пункти 15–20)

Інструкція та система оцінювання

Респонденту пропонується оцінити, наскільки його турбували наведені симптоми протягом останнього місяця, використовуючи п'ятибальну шкалу:

- 1 — зовсім не турбувало
- 2 — трохи
- 3 — помірно
- 4 — сильно
- 5 — дуже сильно

Загальний бал обчислюється шляхом сумування відповідей за всіма 20 пунктами. Мінімальний бал — 0, максимальний — 80.

Обробка та інтерпретація результатів

- 0–19 балів — низький рівень посттравматичної симптоматики
- 20–30 балів — помірний рівень проявів ПТСР
- 31 бал і більше — клінічно значущий рівень симптомів, що свідчить про ймовірну наявність посттравматичного стресового розладу

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

Опитувальник складається з 20 тверджень, які відображають основні симптоми посттравматичного стресового розладу. Випробовуваний оцінює ступінь вираженості кожного симптому за п'ятибальною шкалою (від 1 — «зовсім не турбувало» до 5 — «дуже сильно») з урахуванням власного стану протягом останнього місяця.

1. Нав'язливі, небажані спогади про травматичну подію

2. Повторювані тривожні сни, пов'язані з травматичною подією
3. Раптові відчуття або дії, ніби травматична подія відбувається знову
4. Сильний психологічний дистрес при нагадуваннях про подію
5. Фізичні реакції (прискорене серцебиття, пітливість, напруження) при нагадуваннях про подію
6. Уникання думок, почуттів або спогадів, пов'язаних з травматичною подією
7. Уникання зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, ситуацій), пов'язаних з подією
8. Труднощі згадування важливих аспектів травматичної події
9. Стійкі негативні переконання про себе, інших людей або світ
10. Самозвинувачення щодо причин або наслідків травматичної події
11. Стійкі негативні емоції (страх, гнів, провина, сором)
12. Втрата інтересу або задоволення від значущих занять
13. Відчуття відстороненості або відчуженості від інших людей
14. Труднощі у відчутті позитивних емоцій (радість, любов, задоволення)
15. Дратівливість або спалахи гніву
16. Ризикована або саморуйнівна поведінка
17. Постійна настороженість або відчуття небезпеки
18. Перебільшена реакція переляку
19. Труднощі з концентрацією уваги
20. порушення сну (труднощі засинання, часті пробудження)

Додаток Б

Опитувальник шкали сприйнятого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale – 10)

Шкала сприйнятого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale) призначена для оцінки суб'єктивного рівня стресу та ступеня напруженості, яку особа переживає у повсякденному житті. Опитувальник відображає, наскільки людина сприймає життєві ситуації як непередбачувані, неконтрольовані та

перевантажувальні. Шкала широко використовується у психологічних дослідженнях і практиці для оцінки рівня стресу в різних соціальних та кризових умовах, зокрема в умовах воєнного стану.

Структура опитувальника

Опитувальник PSS-10 складається з 10 тверджень, що відображають загальний рівень суб'єктивного переживання стресу та напруженості.

Інструкція та система оцінювання

Респонденту пропонується оцінити, як часто протягом останнього місяця він переживав описані у твердженнях стани, використовуючи п'ятибальну шкалу:

- 0 — ніколи
- 1 — майже ніколи
- 2 — іноді
- 3 — досить часто
- 4 — дуже часто

Загальний бал визначається шляхом сумування відповідей за всіма 10 пунктами з урахуванням зворотного кодування позитивно сформульованих тверджень. Мінімальний бал — 0, максимальний — 40.

Обробка та інтерпретація результатів

- 0–13 балів — низький рівень сприйнятого стресу
- 14–20 балів — середній рівень сприйнятого стресу
- 21 бал і більше — високий рівень сприйнятого стресу

Високі показники за шкалою свідчать про значне емоційне напруження, відчуття перевантаженості та зниження суб'єктивного контролю над життєвими обставинами.

Шкала сприйнятого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale)

Опитувальник складається з 10 тверджень, що відображають суб'єктивне сприйняття стресу та рівень психоемоційної напруженості. Випробовуваний оцінює, як часто протягом останнього місяця він переживав описані стани, використовуючи п'ятибальну шкалу (від 0 — «ніколи» до 4 — «дуже часто»).

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події
2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі
3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес
4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли
6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити
7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю
8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією
9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю
10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати

Додаток В

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) призначена для оцінки рівня тривожних і депресивних проявів у дорослих осіб. Опитувальник широко застосовується у клінічній та науковій

практиці з метою скринінгу емоційних розладів, а також для виявлення субклінічних і клінічно значущих проявів тривоги та депресії, зокрема в умовах підвищеного стресового навантаження.

Структура опитувальника

Госпітальна шкала тривоги і депресії складається з 14 тверджень, які об'єднані у дві субшкали:

- Субшкала тривоги (HADS-A) — 7 тверджень
- Субшкала депресії (HADS-D) — 7 тверджень

Інструкція та система оцінювання

Респонденту пропонується обрати варіант відповіді, який найбільше відповідає його самопочуттю, використовуючи чотирибальну шкалу оцінювання:

- 0 — відсутність симптому
- 1 — слабка вираженість
- 2 — помірна вираженість
- 3 — значна вираженість

Бали за кожною субшкалою обчислюються шляхом сумування відповідей за відповідними 7 твердженнями.

Мінімальний бал за кожною субшкалою — 0, максимальний — 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Інтерпретація результатів здійснюється окремо для субшкали тривоги та субшкали депресії:

- 0–7 балів — норма (відсутність клінічно значущих проявів)
- 8–10 балів — субклінічний (помірний) рівень тривоги / депресії
- 11 балів і більше — клінічно виражений рівень тривоги / депресії

Показники, що перевищують 8 балів, свідчать про підвищений рівень емоційних порушень і можуть бути підставою для рекомендації подальшого психологічного або психотерапевтичного обстеження.

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)

Опитувальник складається з 14 тверджень, що відображають рівень тривожних і депресивних переживань. Випробовуваний оцінює, наскільки кожне твердження відповідає його стану протягом останнього тижня, використовуючи чотирибальну шкалу відповідей (від 0 до 3 балів залежно від варіанту відповіді).

Субшкала тривоги (HADS-A)

1. Я відчуваю напруженість або збудження
2. Мене охоплює відчуття страху, ніби може статися щось жахливе
3. У мене з'являються тривожні думки
4. Я можу сидіти спокійно та відчувати розслаблення
5. Я відчуваю внутрішнє занепокоєння, ніби мені постійно потрібно рухатися
6. Я відчуваю раптові напади паніки
7. Я легко відчуваю страх або тривогу

Субшкала депресії (HADS-D)

8. Мені подобається те, що я роблю
9. Я здатен(на) сміятися та бачити смішне в подіях
10. Я відчуваю пригніченість або пригнічений настрій
11. Я відчуваю сповільнення у своїй діяльності
12. Я з інтересом очікую приємних подій
13. Я відчуваю себе бадьорим(ою)
14. Я отримую задоволення від речей, які раніше приносили радість

Додаток Г

№	Вік	Інтрузії (В), бали	Уникнення (С), бали	Негативні когніції та емоції (D), бали	Підвищене збудження та реактивність (Е), бали
1	23	10	10	18	8
2	23	12	4	17	8
3	24	8	7	15	11
4	25	5	2	11	11
5	24	14	8	18	12
6	21	10	3	14	9

7	21	8	5	16	7
8	25	12	4	17	14
9	23	7	2	13	5
10	23	12	2	16	9
11	24	5	2	10	8
12	23	11	2	15	10
13	23	10	4	16	9
14	24	10	5	17	9
15	23	15	4	19	5
16	24	9	3	14	8
17	23	8	2	15	8
18	24	11	4	16	8
19	24	10	4	17	11
20	23	6	2	13	7
21	25	14	5	19	10
22	24	8	2	14	8
23	23	9	3	15	9
24	25	9	2	14	8
25	24	11	4	17	9
26	23	8	2	14	8
27	24	10	3	15	11
28	23	12	4	18	11
29	24	11	3	17	12
30	23	9	2	15	9
31	25	10	4	16	7
32	23	13	5	19	14
33	24	7	2	13	5
34	23	9	3	15	9
35	24	8	2	14	8
36	25	10	4	16	10
37	23	9	3	15	9
38	24	9	2	14	9
39	23	7	2	13	5
40	24	6	2	12	4

Додаток Г

№	Вік	Загальний бал PSS-10
1	23	8
2	23	10
3	24	11
4	25	12
5	24	13
6	21	14

7	21	15
8	25	15
9	23	16
10	23	16
11	24	17
12	23	17
13	23	18
14	24	18
15	23	8
16	24	10
17	23	15
18	24	11
19	24	9
20	23	16
21	25	15
22	24	19
23	23	26
24	25	10
25	24	22
26	23	28
27	24	24
28	23	16
29	24	15
30	23	12
31	25	8
32	23	9
33	24	11
34	23	30
35	24	29
36	25	14
37	23	28
38	24	16
39	23	21
40	24	31

Додаток Е

№	Вік	Тривога (HADS-A)	Депресія (HADS-D)
1	23	7	10
2	23	5	7
3	24	9	12
4	25	6	8

5	24	4	6
6	21	8	11
7	21	6	9
8	25	3	5
9	23	7	9
10	23	6	8
11	24	9	11
12	23	5	6
13	23	8	10
14	24	4	5
15	23	7	10
16	24	6	8
17	23	9	12
18	24	5	7
19	24	6	9
20	23	8	10
21	25	2	3
22	24	7	9
23	23	6	8
24	25	8	11
25	24	5	7
26	23	7	10
27	24	6	8
28	23	9	11
29	24	4	6
30	23	8	10
31	25	6	7
32	23	7	9
33	24	8	11
34	23	5	7
35	24	9	12
36	25	6	8
37	23	7	9
38	24	8	10
39	23	5	6
40	24	3	4