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

Кафедра психології

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

МАМАШОВА ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. Кафедри _____ **Синякова В.А.**
«____»_____20___р.

Науковий керівник:
Туриніна О.Л.,
кандидат психологічних наук, профе-
сор

Рецензент:

КИЇВ-2026

Реєстрація

номер	дата	підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

підпис	ініціали, прізвище
підпис	ініціали, прізвище
підпис	ініціали, прізвище
підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

підпис	ініціали, прізвище

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

Кафедра психології

спеціальність *Психологія* *«ЗАТВЕРДЖУЮ»*
курс II *(магістратура)* Завідувач кафедри
_____ проф. Синякова В.А.
____ _____ 202 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра
Мамашової О.В.

Тема роботи: ***«*Особливості корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом*»***

Затверджена наказом по інституту від « » 20 р. №____

- Термін подання студентом завершеної роботи « » 202 р.
- Цільова установка: люди з травматичним досвідом у віці до 45 років; вихідні дані матеріали виробничої, педагогічної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
- Перелік графічного матеріалу Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Туриніна О.Л.		
Розділ 2	Туриніна О.Л.		
Розділ 3	Туриніна О.Л.		

- Зміст роботи:

Висновки
Список літератури

Календарний план виконання роботи

№п/п	Етапи виконання роботи	За планом	Фактичний
1	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	Червень 2025	Червень 2025
2	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	жовтень 2025	жовтень 2025
4	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	листопад 2025	листопад 2025
5	Підготовка першого (чернового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику	грудень 2025	грудень 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 .	січень 2026	січень 2026
7	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	лютий-березень 2026	лютий-березень 2026
8	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень2026	травень 2026
9	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Туриніна О.Л.)

Завдання прийняв до виконання
студент-дипломник _____ (Мамашова О.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 85 сторінок, містить 17 таблиць, 16 рисунків.

Об'єктом магістерської роботи є психологічний стан людей із травматичним досвідом

Предметом магістерської роботи є особливості корекції емоційних станів у осіб з травматичним досвідом.

Мета магістерської роботи є теоретично обґрунтувати, емпірично дослідити особливості психологічної корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом, а також розробити та перевірити ефективність програми психологічної корекції та подолання наслідків травматичного досвіду, у клієнтів, які пережили травматичні події.

Відповідно до мети нами було поставлено і виконано такі **завдання:**

1. На основі аналізу сучасних наукових джерел розкрити психологічну сутність емоційних станів особистості та визначити особливості впливу травматичного досвіду як детермінанти емоційних порушень у осіб з травматичним досвідом.

2. Емпірично дослідити особливості емоційних станів у осіб віком до 45 років, які пережили травматичні події.

3. Розробити, впровадити та довести ефективність програми психологічної корекції емоційних станів у клієнтів, які пережили травматичні події.

ЗМІСТ

ВСТУП.....7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ.....11

1.1. Психологічна сутність емоційних станів особистості.....11

1.2. Травматичний досвід як детермінанта емоційних порушень.....21

Висновки до першого розділу.....30

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ.....31

2.1. Організація, етапи та методи дослідження особливостей емоційних станів у клієнтів.....31

2.2. Результати дослідження особливостей емоційних станів у клієнтів.....36

Висновки до другого розділу.....50

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ ТА ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ.....52

3.1. Програма корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом.....52

3.2. Аналіз ефективності програми корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом.....63

Висновки до третього розділу.....82

ВИСНОВКИ.....83

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....87

ДОДАТКИ.....95

ВСТУП

Актуальність теми. Останнє десятиліття стало для українського суспільства періодом глибоких соціально-політичних потрясінь, які суттєво вплинули на психоемоційний стан населення. Починаючи з Революції Гідності 2013–2014 років, що супроводжувалася численними людськими втратами, українці пережили послідовність травматичних подій, які залишили глибокий слід у колективній та індивідуальній психіці. За офіційними даними, під час цих подій загинуло понад сотню осіб, більшість з яких стали жертвами вогнепальної зброї. Уже у 2014 році розпочався збройний конфлікт на сході України, який призвів до масштабного внутрішнього переселення громадян: близько півтора мільйона людей були змушені залишити свої домівки в пошуках безпеки. Значна частина військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, зазнала поранень, каліцтв, а також посттравматичних психічних розладів, включно з депресією, тривожними станами, агресивними реакціями та суїцидальними тенденціями.

Паралельно із військовими подіями суспільство зіткнулося з глобальними викликами – насамперед із пандемією COVID-19, що розпочалася у 2019 році та охопила весь світ. У березні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров’я оголосила коронавірусну інфекцію пандемією, що зумовило введення масштабних карантинних обмежень. Для українського суспільства це стало безпрецедентним явищем, яке супроводжувалося соціальною ізоляцією, втратою звичних соціальних зв’язків, економічною нестабільністю та підвищенням рівня тривожності. За даними ВООЗ, у 2020–2021 роках на COVID-19 захворіло понад півтора мільйона українців, десятки тисяч померли. У багатьох осіб, що перехворіли, фахівці фіксували розвиток психічних порушень – тривожних і депресивних розладів, безсоння, симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), порушень когнітивних процесів. Ці явища засвідчили прямий зв’язок між переживанням стресових подій і формуванням довготривалих емоційних наслідків, що суттєво впливають на якість

життя людини.

Найглибшим травматичним чинником сучасності стало повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну, розпочате 24 лютого 2022 року. Щоденні обстріли, бомбардування мирних міст, руйнування житла, загибель мирного населення – усе це спричинило масову психологічну травматизацію громадян. За рік бойових дій загинуло тисячі цивільних осіб, серед них – діти; зруйновано десятки тисяч об'єктів цивільної інфраструктури. Мільйони українців стали внутрішньо переміщеними особами або біженцями за кордоном. Вимушена міграція, невизначеність майбутнього, розлука з рідними, втрати та хронічне відчуття небезпеки створюють стійкий фон емоційного виснаження й дезадаптації.

Переживання травматичного досвіду відображається у зміні емоційних станів людини, зниженні рівня психічної стійкості, появі симптомів депресії, тривоги, апатії або, навпаки, надмірної збудливості та агресивності. Такі наслідки часто ускладнюють процес соціальної адаптації, порушують міжособистісні стосунки, знижують продуктивність і якість життя. За таких умов зростає потреба у кваліфікованій психологічній допомозі, спрямованій не лише на подолання гострих симптомів стресу, а й на відновлення гармонійного емоційного функціонування особистості.

Сучасна психологічна наука накопичила значний досвід у дослідженні феномена психологічної травми та посттравматичних розладів. Проте, незважаючи на наявність численних підходів – когнітивно-поведінкових, психодинамічних, гуманістичних – питання ефективної корекції емоційних станів осіб із травматичним досвідом залишається відкритим. У багатьох випадках терапевтична робота фокусується на поведінкових або когнітивних аспектах, тоді як емоційний компонент, який відіграє ключову роль у формуванні травматичного досвіду, залишається недостатньо опрацьованим. Особливої уваги потребує розробка та впровадження психокорекційних програм, що враховують індивідуальні особливості емоційного реагування, рівень стресостійкості та ресурси особистості.

Отже, в умовах постійних соціальних змін, воєнних подій та колективного стресу особливої актуальності набуває проблема корекції емоційних станів у клієнтів із травматичним досвідом. Її теоретичне та практичне опрацювання сприятиме вдосконаленню психологічної допомоги, розвитку системи психосоціальної підтримки населення, а також підвищенню якості життя осіб, які зазнали психічних травм.

Об'єктом магістерської роботи є психологічний стан людей із травматичним досвідом

Предметом магістерської роботи є особливості корекції емоційних станів у осіб з травматичним досвідом.

Мета магістерської роботи є теоретично обґрунтувати, емпірично дослідити особливості психологічної корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом, а також розробити та перевірити ефективність програми психологічної корекції та подолання наслідків травматичного досвіду, у клієнтів, які пережили травматичні події.

Завдання:

1. На основі аналізу сучасних наукових джерел розкрити психологічну сутність емоційних станів особистості та визначити особливості впливу травматичного досвіду як детермінанти емоційних порушень у осіб з травматичним досвідом.

2. Емпірично дослідити особливості емоційних станів у осіб віком до 45 років, які пережили травматичні події.

3. Розробити, впровадити та довести ефективність програми психологічної корекції емоційних станів у клієнтів, які пережили травматичні події.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, систематизація та узагальнення наукової психологічної літератури з проблеми дослідження; емпіричні: психологічне тестування, констатувальний, формувальний та контрольний експерименти, систематизація та узагальнення кількісних даних дослідження; анкетування;

методи математичної обробки даних.

Методики дослідження:

1. Шкала посттравматичного стресового розладу PCL-5

2. Шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21)

3. Методика діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (за Холмсом і Раге)

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що поглиблено та розширено уявлення про особливості функціонування емоційних станів особистості з травматичним досвідом як стратегії управління емоційним дистресом; набула подальшого розвитку система знань про особливості ментальної репрезентації параметрів емоційних станів у осіб з травматичним досвідом.

Практична значущість визначається тим, що теоретичні та емпіричні результати дослідження можуть застосовуватися у процесі надання психологічної допомоги особистості з травматичним досвідом. Результати дослідження можуть стати допоміжним матеріалом для психологів при плануванні та реалізації психотерапевтичних інтервенцій з урахуванням специфіки емоційних станів.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що цілеспрямоване застосування психокорекційних методів, орієнтованих на емоційне опрацювання травматичного досвіду, сприятиме зниженню рівня тривожності та депресивності й підвищенню емоційної стабільності клієнтів.

Експериментальна база дослідження _____. Загальна кількість досліджуваних, що прийняли участь у констатувальному експерименті становила 57 осіб, віком до 45 років, з них 35 – чоловіки, 22 – жінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ

З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

1.1. Психологічна сутність емоційних станів особистості

Сучасні соціальні реалії, пов’язані з воєнними діями, пандеміями та іншими масштабними кризами, зумовлюють різко підвищений рівень емоційної напруги населення. У таких умовах велика частина людей переживає інтенсивні та тривалі емоційні стани, що виникають як реакція на зовнішні події та їх суб’єктивне значення. Індивідуальні відмінності у силі, тривалості та характері цих переживань підкреслюють складність феномена емоційних станів та необхідність їх глибокого психологічного аналізу. Для надання ефективної психологічної допомоги спеціаліст має не лише розрізняти різновиди емоційних станів за їхніми зовнішніми й внутрішніми ознаками, але й володіти знаннями про механізми їх виникнення, динаміку та функції.

У загальномовному вжитку термін «стан» є багатозначним і використовується для позначення різних аспектів існування явищ – від умов і обставин до фізіологічного самопочуття чи соціального положення. У контексті психології найбільш релевантним є значення, яке описує внутрішню ситуацію, що характеризує особистість у певний момент часу. Прикметник «емоційний» конкретизує, що йдеться про сферу переживань, відчуттів і настрою, тобто про суб’єктивне емоційне самопочуття, зумовлене конкретними життєвими обставинами [4, с.29].

Таким чином, емоційний стан особистості можна визначити як інтегративний психічний феномен, що відображає актуальний рівень емоційної активації, переживань і настроєвих компонентів, які виникають у відповідь на значущі події та впливають на поведінку, мислення та загальне функціонування людини. У структурі емоційного стану умовно виділяють два аспекти:

˜ зовнішній, що проявляється у поведінкових реакціях, невербальних сигналах, особливостях мовлення;

˜ внутрішній, який охоплює суб’єктивно переживані емоції, почуття та їх відображення у свідомості.

Звернення до етимології слова «стан» дає змогу уточнити його сутність. Походження терміна від праслав’янського stanъ, спорідненого з дієсловом стати, вказує на значення «зупинка», «сталість», «фіксація певного положення». У цьому сенсі емоційний стан можна трактувати як відносно стабільну конфігурацію емоційних проявів, які протягом певного часу залишаються незмінними або змінюються незначною мірою. Саме аспект відносної стійкості підкреслюють С. Д. Максименко та його співавтори, які визначають стан як внутрішню характеристику психіки, що має відносно постійний характер у межах певного проміжку часу [34, с.296].

Втім, така інтерпретація потребує уточнення. Психічні явища, включно з емоційними станами, є динамічними за своєю природою й перебувають у безперервному русі. Зміна емоційних реакцій, поява нових переживань, коливання інтенсивності настрою відбуваються постійно, що робить поняття «стан» певною мірою умовним. Воно відображає лише зупинену у свідомості або зафіксовану у спостереженні «миттєву конфігурацію» емоцій, які в реальності мають перехідний характер.

С. Д. Максименко наголошує, що особистість як форма існування психіки функціонує у постійному русі різних психічних станів, які заміщують один одного та визначають зміст життєвого досвіду людини. Відповідно, емоційний стан слід розглядати як тимчасову характеристику, що позначає домінуючу емоцію або групу емоцій, які визначають функціонування особистості в конкретний момент [36, с.150].

У структурі психічних явищ емоційні стани розглядаються як складова ширшої категорії – психічних станів, які поряд із процесами та властивостями утворюють базову триєдність функціонування психіки. Як зазначає С. Д. Максименко та його колеги, систематичне наукове вивчення психічних станів розпочалося після

виходу фундаментальної праці М. Д. Левітова «Про психічні стани людини», що стала ключовою для становлення цього напряму психології. Саме завдяки М.Д. Левітову у психологічній науці закріпилося уявлення про те, що психічні явища не обмежуються лише процесами та властивостями, а включають також стани як самостійну форму їх існування [38, с.563].

У класичному визначенні М. Д. Левітов трактує психічний стан як цілісну характеристику психічної діяльності за певний проміжок часу, яка відображає особливості перебігу психічних процесів залежно від об'єктивних умов, попередніх станів і властивостей особистості. Якщо адаптувати це визначення до сфери емоцій, то емоційний стан постає як цілісна характеристика емоційної діяльності за певний часовий відрізок, яка виявляє специфіку протікання емоційних і пов'язаних з ними психічних процесів під впливом зовнішніх обставин та індивідуально-психологічних властивостей людини [40, с.208].

Цілісність емоційного стану зумовлена тим, що емоції мають системний характер і невіддільно пов'язані з різними рівнями функціонування організму. Тому емоційний стан впливає не лише на переживання, але й на соматичні реакції, когнітивні процеси, поведінкові прояви і загальне самопочуття. Емоція, будучи центральним компонентом стану, надає всім зазначеним рівням специфічного емоційного забарвлення.

Згідно з класифікацією, наведеною С. Д. Максименком із посиланням на Ю.С. Бондарчук, психічні стани поділяють залежно від провідного параметра: емоційні, активаційні, тонічні тощо. У межах цього підходу емоційні стани виділяють за модальністю відповідної емоції. Це означає, що кількість емоційних станів корелює з кількістю базових і похідних емоцій: виникнення певної емоції супроводжується появою відповідного стану, а їх часові межі майже збігаються. На цій підставі може виникнути уявлення, що емоція та емоційний стан є тотожними [5, с.44].

Проте таке ототожнення є методологічно некоректним. Емоція – це передусім внутрішнє психічне явище, яке функціонує в межах емоційної сфери й виконує си-

гнальну функцію щодо задоволення чи незадоволення потреби. Вона проявляється як моментальний душевний порив, що відображає суб'єктивне значення ситуації.

Емоційний стан, натомість, є ширшим інтегративним утворенням, яке:

- включає емоцію як центральний компонент;
- охоплює зміни у пізнавальній сфері (увага, мислення);
- відображається у поведінкових реакціях;
- супроводжується соматичними змінами (пульс, дихання, м'язова напруга).

Тобто емоційний стан – це психосоматичний феномен, що охоплює всю особистість у її цілісності та визначає специфіку її функціонування в конкретний момент часу [10, с.44].

Емоційні стани посідають центральне місце у структурі психічного життя людини, оскільки саме вони визначають загальний фон переживань, що безпосередньо впливає на пізнавальні процеси, поведінкову активність, соціальні взаємодії та фізіологічне функціонування організму. Одним із найвідоміших і найбільш досліджуваних різновидів емоційних станів є настрій, який у психологічній науці розглядається як відносно стійка, менш інтенсивна, але тривала форма емоційного реагування. Настрій формується поступово, часто без чітко окресленої причини, і визначає загальний емоційний тон психічної діяльності, впливаючи на сприйняття подій, вибір поведінкових стратегій та інтерпретацію міжособистісних взаємодій.

Настрій виконує функцію «емоційного тла», на якому розгортаються як короткочасні емоції, так і складні почуття. Він створює своєрідну готовність особистості інтерпретувати події певним чином, що означає: навіть нейтральні стимули можуть сприйматися як позитивні чи негативні залежно від того, який домінуючий емоційний стан супроводжує людину в конкретний момент. Саме тому настрій часто постає як найширший і найзагальніший емоційний стан, що інтегрує досвід та відображає загальне ставлення до світу [12, с.42].

Однак настрій – лише один із численних різновидів емоційних станів, серед яких у психологічній літературі традиційно виділяють також афекти, пристрасті,

стани фрустрації та емоційного стресу. Кожен із цих феноменів має власну динаміку, інтенсивність, функціональне призначення і ступінь впливу на життєдіяльність людини. Афект характеризується короткочасністю та вибуховою силою емоційного реагування; пристрасть – тривалою спрямованістю, що охоплює значні періоди життя; фрустрація – переживанням невідповідності між прагненнями та можливістю їх реалізації; емоційний стрес – станом напруження, спричиненим дією екстремальних чи перевантажувальних чинників.

Аналіз дефініцій понять «емоція», «почуття» та «емоційний стан», поданих у психологічних словниках і наукових джерелах, дає змогу стверджувати, що всі ці явища мають спільну базову основу: вони безпосередньо пов’язані з потребами особистості. Емоційний стан – це завжди реакція на актуалізацію певної потреби та внутрішню або зовнішню оцінку можливостей її задоволення. Відповідно, інтенсивність та модальність емоційного стану визначаються двома ключовими чинниками: силою і значущістю потреби; оцінкою умов, що сприяють або перешкоджають її реалізації [13, с.65].

Ці закономірності відповідають класичним психологічним уявленням про мотиваційно-емоційний зв’язок: чим важливіша потреба в певний момент діяльності, тим гостріші емоції викликає ситуація, пов’язана з її задоволенням або блокуванням. Коли потреба задовольняється або її задоволення стає більш ймовірним, формуються позитивні емоційні стани: спокій, радість, піднесення, ентузіазм, натхнення. Вони виконують функцію підтримки активності, підсилюють адаптивність і сприяють розширенню поведінкових стратегій.

У випадках, коли потреба блокується, або людина стикається з суттєвими перешкодами, що роблять її задоволення сумнівним або неможливим, формуються негативні емоційні стани: фрустрація, сум, страх, тривога, безпорадність, пригніченість. Ці стани часто мають захисний характер, спрямований на зменшення втрат, уникнення небезпеки або зміну життєвої стратегії [20, с.60].

Особливе значення в аналізі емоційних станів мають фізіологічні механізми,

які супроводжують емоційні переживання. Сучасні нейропсихофізіологічні дослідження підтверджують, що будь-який емоційний стан, незалежно від його модальності, супроводжується комплексною активацією вегетативної нервової системи, підвищенням збудження у структурах мозку, відповідальних за оцінку загрози чи винагороди (амігдала, гіпокамп, префронтальна кора), а також змінами в роботі ендокринної, серцево-судинної та дихальної систем. Це означає, що емоційний стан є психофізіологічним феноменом, який інтегрує психічні та соматичні прояви.

У науковій літературі традиційно виділяють два широких класи емоційних станів: стани емоційного збудження; стани емоційного пригнічення.

Станам збудження властива підвищена активація психофізіологічних процесів. До них належать емоційне піднесення, захоплення, хвилювання, неспокій, тривога, страх, гнів, афективні реакції. Фізіологічно вони проявляються у прискоренні серцебиття, почастішанні дихання, підвищенні артеріального тиску, напруженні м’язів, збільшенні концентрації глюкози у крові. Ці зміни мають адаптивний характер, оскільки готують організм до дії, мобілізують енергетичні ресурси та посилюють здатність до швидкої реакції на небезпеку [22, с.120].

Станам емоційного пригнічення притаманні зворотні тенденції – зниження активності та сповільнення життєвих процесів. Такі стани включають нудьгу, сум, апатію, безпорадність, розпач, горе, емоційне виснаження. Вони знижують загальний рівень активності, ускладнюють прийняття рішень, спричиняють зниження мотивації та сприяють формуванню депресивних проявів. Хоча такі стани часто мають негативну модальність, вони не позбавлені адаптивного змісту: інколи вони обмежують надмірну активність, сприяють відновленню ресурсів або слугують сигналом для зміни життєвої ситуації.

Різні теоретичні напрями психології по-своєму пояснюють механізми формування емоційних станів.

Психодинамічна традиція, започаткована З. Фройдом і продовжена його

послідовниками (А. Фройд, К. Юнг, К. Горні, Е. Еріксон), розглядає емоційні стани як наслідок взаємодії свідомих і несвідомих психічних процесів, що формують внутрішній конфлікт особистості. Центральним поняттям цього підходу є психічна енергія (лібідо), перерозподіл якої визначає характер емоційних переживань [23, с.109].

Емоційні стани тут виникають у результаті: внутрішніх суперечностей між інстанціями психіки («Воно», «Я», «Над-Я»), які потребують розв'язання; дії несвідомих потягів, що прагнуть реалізації, але стримуються соціальними нормами; механізмів психологічного захисту, які намагаються знизити внутрішнє напруження, але водночас можуть породжувати стійкі емоційні стани – тривогу, провину, сором, агресивність.

У психодинамічному підході емоційні стани розглядаються як симптоми дисбалансу психічної енергії. Наприклад, тривога є сигналом про небезпеку для «Я», яка виникає через конфлікт між несвідомими потягами та соціальними вимогами. Агресія – наслідок витіснених бажань або фрустрації важливих потреб. Депресивні стани інтерпретуються як результат внутрішньої агресії, спрямованої на себе [28, с.93].

Біхевіоризм (Дж. Уотсон, Б. Скіннер, Е. Толмен, А. Бандура) інтерпретує емоційні стани як такі, що формуються і підтримуються під впливом зовнішніх стимулів і механізмів навчання. На відміну від психодинаміки, цей підхід зосереджується не на внутрішніх переживаннях, а на спостережуваних поведінкових реакціях, які слугують індикаторами емоційного стану [29, с.260].

Основою формування емоційних станів є:

˜ класичне обумовлення (приклад – експеримент Уотсона з маленьким Альбертом, де страх формується як реакція на нейтральний стимул);

˜ оперантне навчання, де поведінка закріплюється завдяки підкріпленням (Скіннер);

˜ соціальне навчання через моделювання (Бандура), коли емоційні реакції

наслідуються від значущих інших.

Емоційний стан у цьому підході – це: результат зв'язку між стимулом і реакцією; набута форма реагування, сформована попереднім досвідом; поведінковий патерн, який може бути змінений шляхом переучування.

Біхевіористи розглядають емоції не як внутрішню сутність, а як видиму поведінку, тому акцент робиться на зміні реакцій через керовану модифікацію середовища. Відтак емоційні стани – це те, що можна сформувати, відкоригувати або погасити завдяки правильному типу впливу ззовні.

У когнітивній психології (А. Бек, А. Елліс, Р. Лазарус, С. Фолкман, Дж. Емірі) емоційні стани розглядаються як результат інформаційної обробки події та когнітивної оцінки ситуації. Центральний принцип: емоції не виникають безпосередньо від події – вони є наслідком того, як людина цю подію інтерпретує [31, с.26].

Механізм формування емоційного стану складається з кількох рівнів:

1. Первинна оцінка (чи становить подія загрозу, втрату чи можливість?).

2. Вторинна оцінка (чи здатна особа впоратися з ситуацією?).

3. Когнітивні схеми – сталі уявлення про себе, світ і майбутнє.

4. Атрибуції – пояснення причин подій (внутрішні/зовнішні, стабільні/змінні).

5. Зміна оцінки → змінює емоційний стан.

Наприклад: «Мене критикують, бо я некомпетентний» → сором, тривога. «Критика – це можливість удосконалитися» → спокій, мотивація.

Н. Лозінська підкреслює, що емоційний стан виникає тоді, коли подія торкається значущих життєвих цілей або цінностей людини. Тому когнітивний підхід особливо важливий у роботі з клієнтами, які пережили травматичні події, оскільки саме їх інтерпретації (катастрофізація, персоналізація, узагальнення) часто підтримують тяжкі емоційні стани [32, с.66].

Гуманістична психологія (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл, І. Ялом) роз-

глядає емоційні стани як прояви цілісного, суб'єктивного та унікального досвіду особистості. На відміну від біхевіористів, гуманісти не зводять емоції до поведінки, а на відміну від психодинаміків – не трактують їх як симптом внутрішнього конфлікту [33, с.127].

У гуманістичній парадигмі емоційні стани є: індикаторами автентичності, тобто відповідності життя внутрішнім цінностям; наслідком ступеня самоактуалізації, тобто реалізації власного потенціалу; сигналами узгодженості або розриву між «реальним Я» та «ідеальним Я»; проявами сенсових орієнтацій та екзистенційного ставлення до життя.

Ю.А. Михальська стверджувала, що емоційний стан відображає ступінь конгруентності: чим більша узгодженість між досвідом та самоусвідомленням, тим стабільніший та гармонійніший емоційний стан. Емоційні порушення виникають тоді, коли людина живе «не своїм життям», тобто відповідно до зовнішніх очікувань, а не власних потреб і цінностей [35, с.418].

У працях В. Франкла емоційні стани пояснюються через призму смислової наповненості життя. Втрата сенсу породжує екзистенційну фрустрацію, яка проявляється тривогою, апатією та внутрішньою порожнечею. Навпаки, наявність смислу здатна стабілізувати емоційний стан навіть у тяжких життєвих обставинах.

Розглянуті підходи демонструють, що емоційні стани є багатовимірним феноменом, який: у психодинаміці – відображає внутрішні конфлікти та неусвідомлені процеси; у біхевіоризмі – формується через навчання та підкріплення; у когнітивній теорії – залежить від інтерпретацій та мисленнєвих схем; у гуманізмі – пов'язаний із самоактуалізацією, автентичністю та смислами. Така різноплановість інтерпретацій дозволяє розглядати емоційні стани як інтегративний психологічний феномен, що поєднує біологічні, соціальні, когнітивні та екзистенційні чинники [43, с.118].

Окремий напрям досліджень присвячений індивідуальним відмінностям у переживанні та регуляції емоційних станів. Зокрема, емоційність як риса

темпераменту визначає схильність людини до переживання певних емоцій, швидкість їх виникнення, тривалість та інтенсивність. Люди різняться за порогом емоційної чутливості, здатністю контролювати емоційні реакції, гнучкістю емоційної регуляції.

Важливу роль відіграють особливості нервової системи, сила, врівноваженість і рухливість нервових процесів, які визначають, наскільки швидко та яскраво людина реагує на події, які емоційні стани для неї є типовими та як довго вони зберігаються.

Виявлено також дві форми емоційних станів: об'єктна (предметна) та суб'єктна (індивідуальна). Об'єктна форма емоційних станів допомагає суб'єкту емоційно пристосуватися до вимог предметної діяльності. Суб'єктна форма емоційних станів ініціюється самим суб'єктом. Що більше, суб'єкт спрямовує їх на власні емоції, де предмети зовнішнього світу починають виконувати функцію їх обслуговування [47].

Отже, емоційний стан – це не статичне утворення, а умовна категорія, яка описує суб'єктивно та об'єктивно сприйманий емоційний фон людини в конкретній життєвій ситуації. Його виникнення та тривалість залежать від взаємодії низки чинників: індивідуально-психологічних особливостей, змісту події, рівня стресостійкості, особистісних ресурсів та соціального контексту.

1.2. Травматичний досвід як детермінанта емоційних порушень

Проблема психологічної травматизації та її наслідків має тривалу історію дослідження й охоплює широкий спектр дисциплін – психологію, психіатрію, нейронауки, соціологію та гуманітарні науки. У психологічній традиції категорії «психічна травма», «психологічна травма», «емоційний стрес», «кризовий стан» використовуються для позначення різних аспектів переживання суб'єктом подій,

що виходять за межі його адаптаційних можливостей. Наукові дослідження свідчать, що XX століття стало своєрідною «епохою травматизації», про що наголошують Н.Д. Абрамян, описуючи його як «посттравматичне сторіччя». Масштаби воєн, геноцидів, соціальних катаклізмів, насильства й інших екстремальних подій спричинили підвищену увагу академічної спільноти до феномена травматичного досвіду та його наслідків [1, с.11].

У контексті вивчення посттравматичних станів особливе місце посідають дослідження В.Т. Лещенко, який підкреслював, що термін посттравматичний стрес відображає ситуацію, коли особистість пережила одну або кілька подій, здатних кардинально змінити її внутрішній світ [2, с.62]. Такі події суттєво відрізняються від звичного досвіду й супроводжуються сильним емоційним болем і відчуттям загрози. Реакція на них має інтенсивний негативний характер, а психіка природним чином прагне зменшити пов’язаний із ними дискомфорт. За О.В. Бабелюк, переживання травматичної події змінює не лише емоційну сферу, але й загальне ставлення людини до реальності, спричинюючи глибинні трансформації світосприйняття та самооцінки [3, с.110].

Серед сучасних теоретичних концепцій травми важливу роль відіграє аналітична модель О.В. Біловол, який у межах юнгіанської традиції описує травму як будь-яке переживання, що породжує «нестерпний психічний біль», перевищуючи можливості природних механізмів психологічного захисту. На думку автора, травматизація може бути пов’язана не лише з реальними подіями, а й з внутрішніми психічними процесами – фантазіями, образами чи внутрішніми конфліктами, які набувають загрозливого смислу. Коли травматичний процес запускається, психіка активує складні захисні механізми, результатом яких є формування специфічної внутрішньої динаміки, що впливає на емоційні стани, поведінку та самоусвідомлення особистості [6, с.184].

Особливу увагу у вивченні травми приділяють нейропсихологічним механізмам. Традиційно дослідження зосереджувалися на тому, як люди реагують на

зовнішні нагадування про травматичну подію. Проте нові емпіричні дані демонструють, що порушення емоційної та когнітивної регуляції присутні навіть тоді, коли людина не думає про травматичний досвід. Зокрема, нейровізуалізаційні дослідження Д. Брієр та колег показали, що в осіб із ПТСР, особливо пов'язаним із дитячою травматизацією, у стані спокою спостерігається майже повне «вимкнення» ділянок мозку, відповідальних за самоусвідомлення, інтеграцію емоцій та внутрішніх відчуттів [7, с.448].

Єдина зона, що зберігала мінімальну активність, задня частина поясної звивини, пов'язана з пропріоцептивним сприйняттям. Дослідники інтерпретують це як наслідок патологічної адаптації: психіка «навчається» блокувати доступ до почуттів, що супроводжували травму, аби уникнути повторного болю. Однак ті самі механізми блокують доступ і до позитивних емоцій, до інтегрованого «почуття себе», що створює основу для стійких емоційних порушень [8, с.170].

Попри значний науковий інтерес, універсальної класифікації психологічних травм досі не вироблено, однак у науковій літературі окреслено низку типових груп травматичних подій, які можуть спричиняти глибокі зміни в емоційній та психічній сфері дорослої людини. Особливу увагу дослідники приділяють саме травмам дорослого життя, оскільки вони часто виникають раптово, супроводжуються відчуттям втрати контролю та залишають тривалі наслідки, що впливають на якість життя та емоційне благополуччя.

До найбільш поширених травматичних подій у дорослому віці належать:

˜ військові дії та перебування в зоні бойових конфліктів, що супроводжуються загрозою життю, фізичними втратами, свідченням насильства чи загибелі інших людей;

˜ фізичне насильство або загроза нападу, включаючи побиття, катування, домашнє насильство;

˜ сексуальне насильство або сексуальна експлуатація, що порушує базове відчуття безпеки й тілесної автономії;

˜ тяжкі втрати – смерть близької людини, розлучення, розпад значущих стосунків;

˜ аварії, природні катастрофи, техногенні події, що супроводжуються раптовістю і високим рівнем неконтрольованості;

˜ хронічний стрес унаслідок тривалих критичних обставин – вимушена міграція, окупація, перебування в заручниках, тривала економічна чи професійна нестабільність;

˜ емоційне та психологічне насильство, приниження, маніпуляції, погрози, систематичне знецінення, що руйнують внутрішні ресурси й самооцінку [9, с.73].

Особливість травматизації у дорослому віці полягає в тому, що, попри сформовану систему психологічної регуляції, травма здатна порушити базові уявлення про світ, себе та інших, дестабілізувати механізми самоконтролю та призвести до емоційного виснаження. Доросла людина може усвідомлювати зміст травматичної події, однак її психіка часто не має достатніх ресурсів для негайної інтеграції пережитого досвіду. Це породжує інтенсивні емоційні стани – шок, страх, безпорадність, провину, гнів, відчай, які можуть перетворюватися на хронічні.

У дорослих травматичний досвід істотно впливає на такі аспекти психічного функціонування: здатність до емоційної регуляції, яка знижується через надмірну напругу та перезбудження нервової системи; рівень тривожності й депресивних проявів, що часто формують стійкий фон емоційного неблагополуччя; самооцінку та стабільність особистісної ідентичності, оскільки травма може порушувати відчуття цінності, компетентності та безпеки; міжособистісні стосунки, зокрема довіру, здатність до близькості та емоційної відкритості; формування неадаптивних стратегій психологічного захисту, таких як уникання, емоційне «відключення», дисоціація, агресивність або компенсаторна залежна поведінка; ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, який залежить від інтенсивності події, наявності підтримки та особистісних ресурсів [11, с.30].

Психологічні наслідки травматичних подій у дорослому віці не обмежуються

окремими емоційними спалахами. Навпаки, вони здатні порушувати цілісність особистісного функціонування, змінювати динаміку емоційних станів, викликати хронічне напруження або пригніченість, порушувати відчуття безпеки та передбачуваності світу. Саме тому травматичний досвід розглядається як один із ключових детермінантів емоційних порушень, що потребує комплексного психологічного аналізу та спеціалізованої допомоги.

У науковій літературі поняття «психічна травма» та «психологічна травма» трактуються по-різному, однак детальний аналіз показує, що незалежно від формулювання вони описують схожі за своєю природою процеси та мають подібні деструктивні наслідки для особистості, яка пережила травматичну подію. Усі дефініції наголошують на тому, що травма є результатом впливу надмірно інтенсивних, несприятливих або загрозливих обставин, які перевищують адаптаційні можливості людини та порушують звичні механізми психологічної саморегуляції [14, с.110].

У класичному підході (Дж. Герман) психічна травма визначається як наслідок впливу на психіку особистісно значущої інформації, що в умовах недостатності психологічного захисту та наявності вразливих особистісних рис може призвести до розвитку глибоких психічних порушень. У цьому трактуванні підкреслюється як зовнішній чинник (подія), так і внутрішні психологічні механізми, які визначають характер переживання та ступінь травматизації.

Дослідниця Дж. Герман, аналізуючи структурні характеристики психологічної травми, пропонує розглядати її як шкоду, завдану психічному здоров'ю внаслідок дії несприятливих зовнішніх факторів або поведінкових впливів з боку інших людей. Її визначення акцентує увагу на взаємозв'язку між інтенсивністю події, суб'єктивним сприйняттям загрози та можливими довготривалими наслідками для психіки [15, с.61].

Українська дослідниця Т. Титаренко визначає психологічну травму як залишкові афективні переживання, що виникають під впливом стресогенних подразни-

ків, супроводжуються психічним дискомфортом і справляють патогенний вплив на подальший розвиток особистості. Т. Титаренко також підкреслює, що у метафоричному сенсі психотравма – це будь-яке потрясіння, яке змінює життєвий простір людини, її уявлення про себе та світ [58, с.150].

Змістовим чином поняття «психологічна травма» часто співвідносять із терміном «стрес», який описує стан значного психофізіологічного напруження у відповідь на дію стресорів. У випадку, коли інтенсивність цих стресорів перевищує адаптаційні можливості організму, виникає явище, яке визначають як травматичний стрес – різновид стресової реакції, що має руйнівний потенціал. На думку Н. Лозінської, травматичний стрес є формою адаптаційного синдрому, за якої психологічні, фізіологічні та нейробіологічні системи особистості зазнають перенавантаження, втрачають здатність до регуляції й переходять у стан дисфункції [32, с.73].

Травматичний стрес має низку характерних ознак:

˜ усвідомлення загрози, тобто розуміння суб’єктом факту події та її наслідків для його життя;

˜ зовнішня обумовленість, оскільки травматичний стрес завжди пов'язаний із реальними подіями чи діями інших людей;

˜ руйнування звичного способу життя, що супроводжується втратою стабільності та передбачуваності;

˜ переживання жаху та безпорадності, коли людина не може вплинути на ситуацію або захистити себе.

На фізіологічному рівні симптоми травматизації проявляються у хронічній активації системи «боротьби або втечі», що зумовлює підвищену пильність, порушення сну, афективні реакції, проблеми з концентрацією уваги та надмірний страх. Цей стан може підтримуватися навіть за відсутності реальної загрози, оскільки нервова система продовжує функціонувати так, ніби подія все ще триває.

Психологічні реакції на травматичний стрес часто включають дисоціацію – механізм, за якого людина намагається дистанціюватися від травматичних емоцій

і спогадів. Дисоціативні прояви охоплюють відчуття емоційної відстороненості, втрату цілісності спогадів, зниження інтересу до діяльності, труднощі з відчуттям власного «Я». Дисоціація є захисною реакцією, яка в короткотривалій перспективі зменшує інтенсивність емоцій, але в довготривалій – блокує можливість переробки травматичного досвіду [16, с. 390].

Психологічна травма має також біологічний вимір. Вона впливає на функціонування мозкових структур, що відповідають за регуляцію емоцій, контроль агресії, пам’ять та цикли сну. За результатами нейровізуалізаційних досліджень (R. Bluhm), у осіб із посттравматичним стресовим розладом виявлено зниження активності зон мозку, що забезпечують самоусвідомлення та емоційне переживання, навіть у стані спокою. Деякі ділянки демонструють настільки низький рівень активності, що це вказує на формування стійкого нейропсихологічного механізму «вимкнення» емоційної реактивності як засобу захисту від болючих переживань [17, с.10].

Біохімічні зміни, притаманні травматичному стресу, зумовлюють порушення нейромедіаторного балансу, що може проявлятися як знеболення, надмірне збудження, зниження імунітету, загальне виснаження організму. Дисфункція нервових систем ускладнює повернення до гомеостазу, а відтак – підтримує хронічний характер емоційних порушень.

Порушення сну, нав’язливі спогади, нічні кошмари, емоційні «спалахи», раптові відчуття страху або гніву – це типові наслідки, які формуються внаслідок втручання травматичного досвіду в базові механізми емоційної регуляції. Таким чином, травма не лише змінює емоційний стан у момент події, а й формує стійкі патерни реагування, що можуть зберігатися роками.

У сучасній психологічній науці, поряд із поняттям гострої травматичної події, дедалі більшого поширення набуває категорія «пролонгована травма», яка описує ситуації, у яких травматичний вплив має не одноразовий, а повторюваний, хронічний характер. Під пролонгованою травмою розуміють життєві обставини, що су-

проводжуються систематичним повторенням подій, які несуть небезпеку, приниження або психологічний дискомфорт. До таких ситуацій належать, зокрема, тривале домашнє насильство, економічний чи соціальний примус, регулярні акти зради та обману, постійне перебування в умовах війни або окупації. На відміну від одиничного травматичного епізоду, пролонгована травма істотно ускладнює процес психологічної допомоги, оскільки фахівцеві необхідно працювати не з одним, а з множинними досвідами, що мають різну інтенсивність, зміст і часовий контекст [18, с.20].

У межах аналізу наслідків травматичного досвіду виділяють кілька типових психологічних станів, серед яких особливу роль відіграють кризовий стан та стан горювання.

Кризовий стан виникає як реакція особистості на раптову суб'єктивно значущу травму, яка порушує цілісність життєвого укладу та дестабілізує усталену картину світу. Він супроводжується відчуттям втрати контролю, неможливістю знайти попередні способи реагування та глибокою емоційною розгубленістю. Кризу можуть викликати як внутрішньоособистісні чинники (внутрішні конфлікти, руйнування самоідентичності), так і зовнішні обставини – смерть близької людини, тяжка травма чи інвалідизація, діагностування невиліковної хвороби, втрата свободи, вимушена міграція, руйнування житла чи соціального середовища [19, с.176].

За своєю природою кризовий стан є дезорганізувальним: він порушує здатність до раціонального мислення, ускладнює прийняття рішень, знижує емоційну стабільність та провокує імпульсивні або хаотичні реакції. У цей період людина може переживати паніку, гостру тривогу, емоційну байдужість або, навпаки, гіперзбудження.

Іншим важливим типом реакції на травматичний досвід є горювання, яке, згідно з дослідженнями R. Malkinson, характеризується інтенсивним і тривалим переживанням втрати, що не веде до інтеграції травматичного досвіду. На проти-

вагу адаптивному горю, яке поступово приводить до прийняття змін, патологічне горювання формує стійкі повторювані патерни мислення й поведінки – уникання реальності, фіксацію на минулому, ідеалізацію померлого, збереження речей або дій у стані «як було раніше», очікування на повернення втраченої особи [21, с.112].

Н. В. Оніщенко розглядає такі реакції як наслідок патологічного заперечення, що перериває процес природного проживання втрати. У деяких випадках емоції, характерні для горювання, залишаються заблокованими на довгий час, що призводить до застиглих форм смутку, порушення емоційної регуляції та соціальної ізоляції. Дослідження свідчать про певні гендерні відмінності: жінки частіше придушують гнів у процесі втрати, тоді як чоловіки більш схильні уникати проявів суму та туги [42, с.34].

О. А. Резнікова наголошує, що травматичний досвід має настільки високу інтенсивність, що умовно «розділяє» життя людини на періоди «до» і «після», впливаючи на сприйняття часу, пам’ять, емоційну сферу та когнітивні процеси. Відомо, що під впливом травматичної події відбуваються значні зміни у функціонуванні мозку – порушується робота мовних центрів, що ускладнює вербалізацію пережитого; активуються підкоркові структури, відповідальні за емоції та автоматичні реакції; блокується міжпівкульна передача інформації. Унаслідок цього пам’ять стає фрагментарною, нерідко сенсорно насиченою, збереженою у вигляді окремих образів, звуків, відчуттів чи емоційних спалахів, а травматична подія «вбудовується» у тіло, проявляючись у м’язових затисках і соматичних реакціях [49, с.173].

Т. М. Титаренко підкреслює, що одноразова травматична подія, хоч і потребує корекційної роботи, з часом може бути інтегрована у структуру досвіду. Натомість систематичне повторення травматичних впливів створює умови для закріплення симптомів на тривалий час, інколи – на все життя, особливо якщо відсутня зовнішня підтримка або внутрішні психологічні ресурси [61, с.160].

Узагальнюючи результати багатьох досліджень, можна стверджувати, що для

людей з травматичним досвідом характерним є порушення емоційної рівноваги, що проявляється у коливаннях між двома крайнощами: повторним переживанням травми, нав'язливими спогадами, емоційними «спалахами», відчуттям переповнення інтенсивними емоціями; станами емоційного знебарвлення, дисоціації, відчуженості, внутрішньої порожнечі, пригнічення волі та активності. Такі коливання супроводжуються дратівливістю, імпульсивністю або, навпаки, глибокою апатією, що підсилює відчуття непередбачуваності власного стану, втрати контролю та безпорадності.

Таким чином, стрімке зростання кількості людей, які зазнали травматичних подій, актуалізувало потребу у глибокому вивченні психологічної травми та розробці ефективних підходів до її корекції. Психологи спрямовують увагу на діагностику травматичних реакцій, вивчення їхнього впливу на психічне та соціальне функціонування, а також на створення інноваційних стратегій допомоги. Зростає обсяг наукових праць, які систематизують сучасні знання про травматичний стрес, механізми травматизації та шляхи психологічного відновлення.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було розглянуто теоретико-методологічні засади проблеми емоційних станів особистості. Аналіз наукових джерел засвідчив, що емоційні стани є складними психофізіологічними утвореннями, які інтегрують емоційний, когнітивний, поведінковий та соматичний компоненти. Вони формуються як відповідь на актуальні потреби людини та оцінку можливості їх задоволення, а тому завжди відображають взаємодію внутрішніх мотивів і зовнішніх умов.

Емоційні стани не тотожні емоціям, адже вони охоплюють не лише переживання, але й фізіологічні зміни, когнітивні оцінки та поведінкові прояви. Сучасні теоретичні підходи – психодинамічний, біхевіористичний, когнітивний та гуманістичний – по-різному трактують природу емоційних станів, однак усі вони підкреслюють їх значення у структурі психічного життя. Емоційні стани визначають

здатність особистості адаптуватися до нових умов, приймати рішення, підтримувати внутрішню рівновагу та здійснювати цілеспрямовану діяльність.

З'ясовано, що травматичний досвід є однією з ключових детермінант порушення емоційних станів. Психологічна травма, травматичний стрес, пролонгована травма та кризові стани мають здатність дезорганізовувати психічну діяльність, порушувати емоційну регуляцію й змінювати базове відчуття безпеки.

Отже, результати теоретичного аналізу першого розділу підтверджують, що емоційні стани є фундаментальним компонентом психічного функціонування, а травматичний досвід істотно впливає на їх динаміку, структуру та інтенсивність. Це створює методологічне підґрунтя для переходу до емпіричного вивчення особливостей емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом, що є предметом наступного розділу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

2.1. Організація, етапи та методи дослідження особливостей емоційних станів у клієнтів

Емпіричне дослідження особливостей емоційних станів у клієнтів із травматичним досвідом було організоване відповідно до мети, предмета та гіпотези магістерської роботи. Його проведення передбачало системний підхід до аналізу емоційних порушень, що виникають як реакція на вплив психотравмувальних подій, та дозволило виявити специфіку проявів тривожності, депресивності, стресу й симптомів посттравматичного стресового розладу.

Об'єктом дослідження виступав психологічний стан людей із травматичним досвідом.

Предметом дослідження є особливості корекції емоційних станів у осіб з травматичним досвідом.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні емоційних станів клієнтів, які пережили травматичні події, а також у подальшій розробці та перевірці ефективності програми психологічної корекції негативних наслідків травматичного досвіду.

Гіпотеза дослідження передбачає, що цілеспрямоване застосування психокорекційних методів, орієнтованих на емоційне опрацювання травматичного досвіду, сприятиме зниженню рівня тривожності та депресивності й підвищенню емоційної стабільності клієнтів.

У дослідженні взяли участь 57 осіб, які зверталися за психологічною допомогою у зв’язку з переживанням травматичних подій. До вибірки увійшли 35 чоловіків та 22 жінки віком від 23 до 56 років. Учасники мали досвід переживання різних типів травматичних ситуацій: втрати близьких, бойових дій, насильства, аварій, раптових загроз життю та інших екстремальних подій. Критеріями включення у вибірку були: наявність задокументованого або суб’єктивно усвідомленого травматичного досвіду, відсутність гострих психотичних станів та згода на участь у дослідженні.

Дослідження проводилося з дотриманням етичних стандартів психологічної практики: добровільність участі, конфіденційність отриманих даних та можливість припинити участь на будь-якому етапі.

Відповідно до мети магістерського дослідження було визначено такі завдання емпіричного дослідження:

1. Діагностувати рівень проявів посттравматичного стресового розладу у клієнтів.

2. Визначити рівні тривоги, депресії та стресу.

3. Оцінити загальне навантаження життєвими стресорами та рівень стресостійкості.

4. Виявити взаємозв’язки між інтенсивністю травматичного досвіду, емоційними станами та загальною психологічною адаптацією клієнтів.

5. Підготувати підґрунтя для розробки програми корекції емоційних станів, спираючись на отримані емпіричні результати.

Для досягнення поставлених завдань було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити емоційний стан клієнтів після пережитої травми.

1. Шкала посттравматичного стресового розладу PCL-5

2. Шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21)

3. Методика діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (за Холмсом і Раге)

Проаналізуємо кожну методику більш доцільно.

1. Шкала посттравматичного стресового розладу PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). Використовується для діагностики та оцінки рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв DSM5 (Діагностичного і статистичного керівництва з психічних розладів, 5-го видання). Методика допомагає визначити вираженість симптомів ПТСР, оцінити їх вплив на повсякденне життя та необхідність подальшого психотерапевтичного втручання.

Шкала складається з 20 тверджень, які відповідають чотирьом групам симптомів ПТСР:

1. Інтрузивні симптоми (повторне переживання травматичних подій)

2. Симптоми уникнення

3. Негативні зміни у когніціях та настрої

4. Симптоми гіперактивації

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою (від 0 – «ніколи» до 4 – «дуже часто»). Максимальна сума балів – 80.

˜ 0–20 балів – відсутність або мінімальні прояви ПТСР;

˜ 21–40 балів – помірний рівень симптомів;

˜ 41–60 балів – виражені симптоми ПТСР;

˜ 61–80 балів – високий рівень ПТСР, що потребує професійного втручання.

2. Шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21) – це стандартизований інструмент для оцінки рівня депресивних, тривожних і стресових симптомів у людини. Методика допомагає визначити рівень психоемоційного напруження та психологічного дистресу.

Шкала складається з 21 питання, поділених на три підшкали:

1. Депресія– оцінює рівень безнадійності, пригніченості, відсутності мотивації та задоволення від життя.

2. Тривожність– вимірює відчуття паніки, фізіологічне напруження та страх перед майбутнім.

3. Стрес– визначає рівень дратівливості, нервозності та здатності контролювати емоційні реакції.

Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою (від 0 – «зовсім не властиво» до 3 – «дуже часто»). Підсумковий бал за кожною шкалою подвоюється для порівняння з повною версією DASS-42.

˜ 0–9 балів (депресія), 0–7 балів (тривожність), 0–14 балів (стрес) – нормальний рівень;

˜ 10–13, 8–9, 15–18 – легкий рівень;

˜ 14–20, 10–14, 19–25 – помірний рівень;

˜ 21–27, 15–19, 26–33 – високий рівень;

˜ 28 і більше, 20 і більше, 34 і більше – вкрай високий рівень

3. Методика діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (за Холмсом і Раге) - використовується для оцінки рівня стресового навантаження, адаптаційного потенціалу та можливих ризиків виникнення психосоматичних розладів.

Методика базується на шкалі стресових життєвих подій, кожна з яких має певну вагову оцінку у балах. Клієнт відзначає події, які сталися з ним протягом

останнього року, після чого підраховується загальна сума балів.

Основні категорії життєвих подій:

1. Смерть близької людини – 100 балів

2. Розлучення або розрив стосунків – 73 бали

3. Серйозні травми або хвороби – 53 бали

4. Зміна професійної діяльності або вихід на пенсію – 47 балів

5. Фінансові труднощі – 38 балів

6. Сімейні конфлікти – 35 балів

7. Перехід на нове місце служби або звільнення з армії – 20–30 балів

Оцінювання:

Менше 150 балів – низький рівень стресового навантаження

150–300 балів – помірний рівень, можливий ризик розвитку психосоматичних порушень

300 балів і більше – високий рівень стресу, значна ймовірність виникнення проблем з психічним здоров'ям.

Доречність використання обраних методик зумовлена їх високою валідністю та широким застосуванням у клінічній і психологічній практиці для дослідження наслідків психотравмувальних подій. Шкала PCL-5 дозволяє кількісно оцінити ступінь вираженості симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5, що робить її інструментом міжнародного стандарту. Методика DASS-21 забезпечує комплексну оцінку тривожно-депресивних і стресових реакцій, які є типовими супутніми симптомами травматичного досвіду. Застосування шкали Холмса і Раге дає можливість визначити інтенсивність життєвих стресорів та загальний адаптаційний потенціал особистості, що є необхідною умовою для прогнозування перебігу емоційних порушень. Таким чином, вибір психодіагностичного інструментарію забезпечує комплексне та багаторівневе дослідження емоційних станів клієнтів.

Усі психодіагностичні процедури проводилися індивідуально у форматі консультативних зустрічей або онлайн-опитування, що дозволило охопити більш

широкий контингент учасників.

Емпіричне дослідження передбачало послідовну реалізацію таких етапів:

Підготовчий етап – визначення контингенту, отримання інформованої згоди, відбір учасників за критеріями включення.

Діагностичний етап – проведення психодіагностики трьома стандартизованими методиками, фіксація первинних даних.

Аналітичний етап – обробка результатів, визначення рівнів емоційних порушень, встановлення кореляцій між показниками симптоматики та загальним стресовим навантаженням.

Корекційно-проектувальний етап – розробка програми психологічної корекції емоційних станів з урахуванням даних емпіричного аналізу.

Підсумковий етап – формулювання висновків, що створюють основу для наступного розділу роботи.

Результати діагностики учасників дослідження будуть представлені у наступних підрозділах.

2.2. Результати дослідження особливостей емоційних станів у клієнтів

За результатами першої методики «Шкали посттравматичного стресового розладу PCL-5» нами було визначено результати за кожною шкалою, результати представлено в таблицях 2.1 - 2.4 та на рисунках 2.1 – 2.4.

Таблиця 2.1

Результати за шкалою інтрузивні симптоми (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	11	19,3
Помірний рівень	17	29,8
Виражені симптоми ПТСР	20	35,1
Високий рівень ПТСР	9	15,8

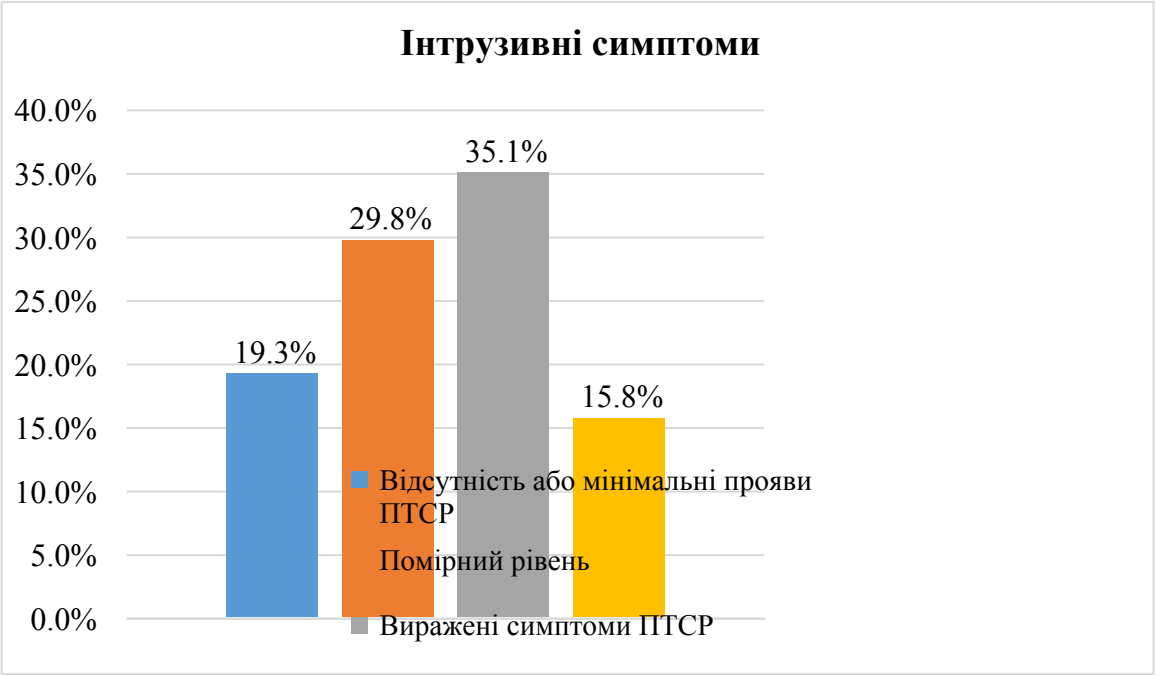


Рис. 2.1 Результати за шкалою інтрузивні симптоми (констатуючий етап)

Отримані дані свідчать, що інтрузивні симптоми є одним із найбільш яскраво виражених компонентів посттравматичного реагування у клієнтів з травматичним досвідом. Майже 35,1 % респондентів демонструють виражену інтенсивність повторного переживання подій, що підтверджує наявність глибинної фіксації травматичного матеріалу у пам'яті. Ці особи переживають флешбеки, дискомфортні емоційні стани та фізіологічну активацію у відповідь на нагадування про подію.

Близько 29,8 % учасників мають помірний рівень інтрузивності, що свідчить про наявність періодичних нав'язливих спогадів без тотального впливу на життєдіяльність. Ця група характеризується кращою адаптацією, однак все ж демонструє підвищену психологічну вразливість під дією тригерів. Симптоми можуть активізуватися при стресі або при контакті зі схожими ситуаціями.

У 15,8 % респондентів визначено тяжкий рівень інтрузивних симптомів, що свідчить про глибоку дезорганізацію психічної діяльності. У таких клієнтів флешбеки і нічні жахи можуть супроводжуватися дисоціативними епізодами, втратою почуття контролю, різким страхом або панічними атаками. Це є показанням до інтенсивної терапевтичної роботи з використанням методів десенсибілізації,

стабілізаційних технік та травмофокусованої психотерапії.

Загальний розподіл засвідчує, що інтрузивність є провідним компонентом ПТСР у більшості опитаних. Повторне «проживання» травми не дозволяє психіці інтегрувати подію, підтримує високу фізіологічну активацію та формує основу для інших симптомів ПТСР, таких як уникнення та гіперактивація.

Таблиця 2.2

Результати за шкалою симптоми уникнення (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	14	24,6
Помірний рівень	16	28,1
Виражені симптоми ПТСР	18	31,6
Високий рівень ПТСР	9	15,8

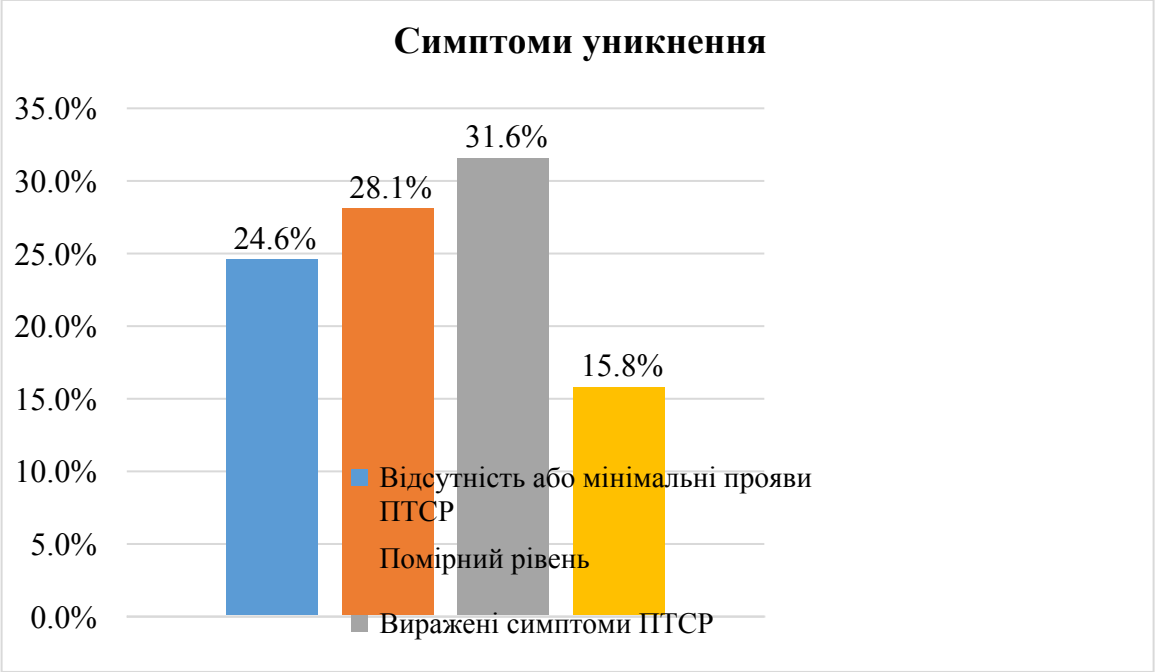


Рис. 2.2 Результати за шкалою симптоми уникнення (констатуючий етап)

Уникнення є типовою захисною реакцією психіки у відповідь на травматичний досвід, і результати дослідження підтверджують його значне поширення серед респондентів. Найчисельнішою є група з вираженим рівнем уникнення (31,6 %). У

цих учасників спостерігається стійка тенденція уникати ситуацій, що нагадують про травму, що нерідко призводить до соціальної ізоляції, обмеження професійної активності та зниження якості життя.

У 28,1 % респондентів зафіксовано помірне уникнення, що проявляється у вибірковому контролі зовнішніх і внутрішніх стимулів. Людина може уникати розмов на складні теми або ситуацій, пов'язаних із травматичними спогадами, але зберігати достатній рівень соціального функціонування. Ця група має високий потенціал до корекції, оскільки використовує уникнення більш як тимчасову захисну реакцію, ніж як стійкий патерн поведінки.

У 15,8 % вибірки визначений тотальний рівень уникнення, що суттєво порушує життєдіяльність. Такі клієнти часто не здатні перебувати в місцях чи ситуаціях, що асоціюються з травмою, уникають людей, подій, а також власних переживань. Це призводить до звуження життєвого простору та формування вторинних психологічних проблем – тривоги, депресії, емоційної холодності або дисоціації.

Загальний розподіл свідчить, що уникнення виконує адаптивну функцію лише на ранніх етапах переживання травми. На пізніших – воно стає бар’єром на шляху інтеграції досвіду, провокує емоційну стагнацію та поглиблює симптоми ПТСР.

Таблиця 2.3

Результати за шкалою негативні зміни у когніціях та настрої (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	10	17,5
Помірний рівень	15	26,3
Виражені симптоми ПТСР	21	36,8
Високий рівень ПТСР	11	19,3

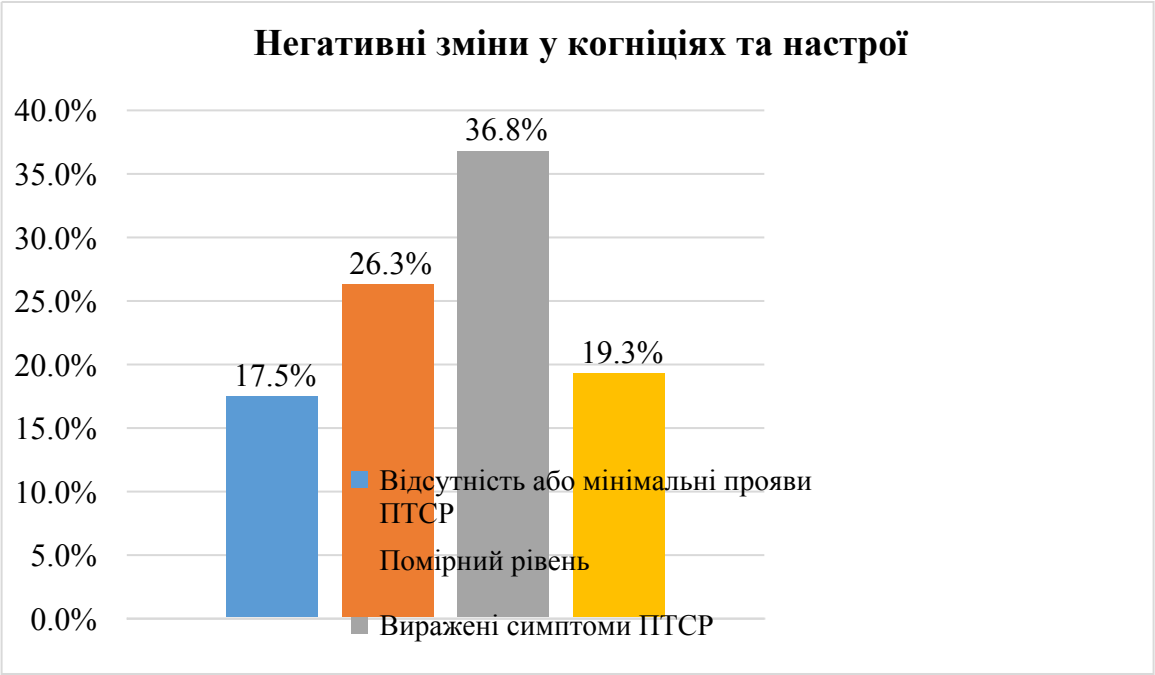


Рис. 2.3 Результати за шкалою негативні зміни у когніціях та настрої (констатуючий етап)

Найбільша частка клієнтів – 36,8 % - демонструє виражені негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, що проявляється у стійких переконаннях про небезпеку світу, власну слабкість або провину, а також у труднощах із контролем емоцій. Ці зміни формуються як результат тривалого переживання травматичного стресу та відіграють ключову роль у підтриманні симптомів ПТСР.

У 26,3 % учасників виявлено помірний рівень порушень, що характеризується обмеженою позитивною активністю, емоційною нестабільністю та епізодами негативного мислення. Хоча ці симптоми не є тотальними, вони істотно впливають на мотиваційну сферу, самооцінку та міжособистісні стосунки. Саме ця група найчастіше звертається по психологічну допомогу.

Наявність 19,3 % осіб із високим рівнем негативних когнітивних змін свідчить про глибоке порушення у сфері мислення та настрою, що часто поєднується з депресивними симптомами. Такі клієнти демонструють песимістичний світогляд, схильність до самозвинувачення, відчуття хронічної безнадійності. У них високий ризик розвитку депресивних розладів та ускладнень.

Показник низьких змін (17,5 %) є найменшим, що підтверджує значну уразливість вибірки. У цілому отримані результати свідчать, що негативні зміни у когніціях і настрої є одним із ключових чинників дезадаптації після травми.

Таблиця 2.4

Результати за шкалою симптоми гіперактивації (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	12	21,1
Помірний рівень	17	29,8
Виражені симптоми ПТСР	19	33,3
Високий рівень ПТСР	9	15,8

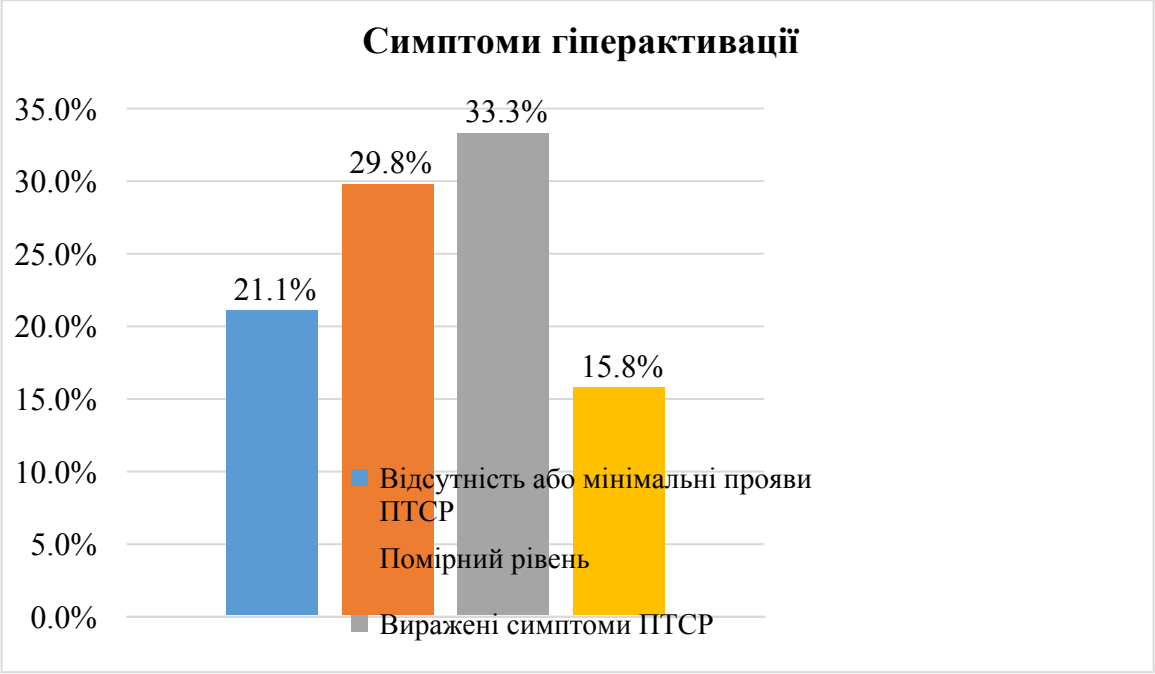


Рис. 2.4 Результати за шкалою симптоми гіперактивації (констатуючий етап)

Гіперактивація є однією з найхарактерніших реакцій на травматичний досвід, і результати вибірки це підтверджують: 33,3 % респондентів мають виражений рівень фізіологічного та емоційного перенапруження. Для цієї групи характерними є порушення сну, підвищена дратівливість, швидка втомлюваність, реакції переляку та відчуття постійної тривоги. Це впливає на можливість концентрації, когнітивну

продуктивність та соціальну взаємодію.

У 29,8 % учасників виявлено помірні прояви гіперактивації, що свідчить про підвищений загальний стресовий фон, проте без вираженої дезорганізації поведінки. Ця категорія респондентів зберігає здатність до контролю, але під дією додаткових стресорів симптоми можуть посилюватися, наближаючись до клінічного рівня.

У 15,8 % осіб визначено максимальний рівень гіперактивації, що є критичним щодо психічного здоров'я. Постійна мобілізація нервової системи вказує на те, що організм перебуває в режимі «боротьби або втечі», що призводить до виснаження, соматичних розладів та підвищеного ризику формування депресії або тривожних розладів.

В групі з низьким рівнем гіперактивації (21,1 %) знаходяться учасники, які проявляють більш ефективні механізми саморегуляції та стресостійкості. Однак у контексті вибірки це найменша частка, що свідчить про загальну підвищену напругу серед людей з травматичним досвідом.

За результатами другої методики «Шкали депресії, тривожності та стресу» (DASS-21) було визначено результати за кожною шкалою, результати представлено в таблицях 2.5-2.7 та на рисунках 2.5-2.7.

Таблиця 2.5

Результати за шкалою депресії (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Нормальний рівень	12	21,1
Легкий рівень	10	17,5
Помірний рівень	17	29,8
Високий рівень	11	19,3
Дуже високий рівень	7	12,3

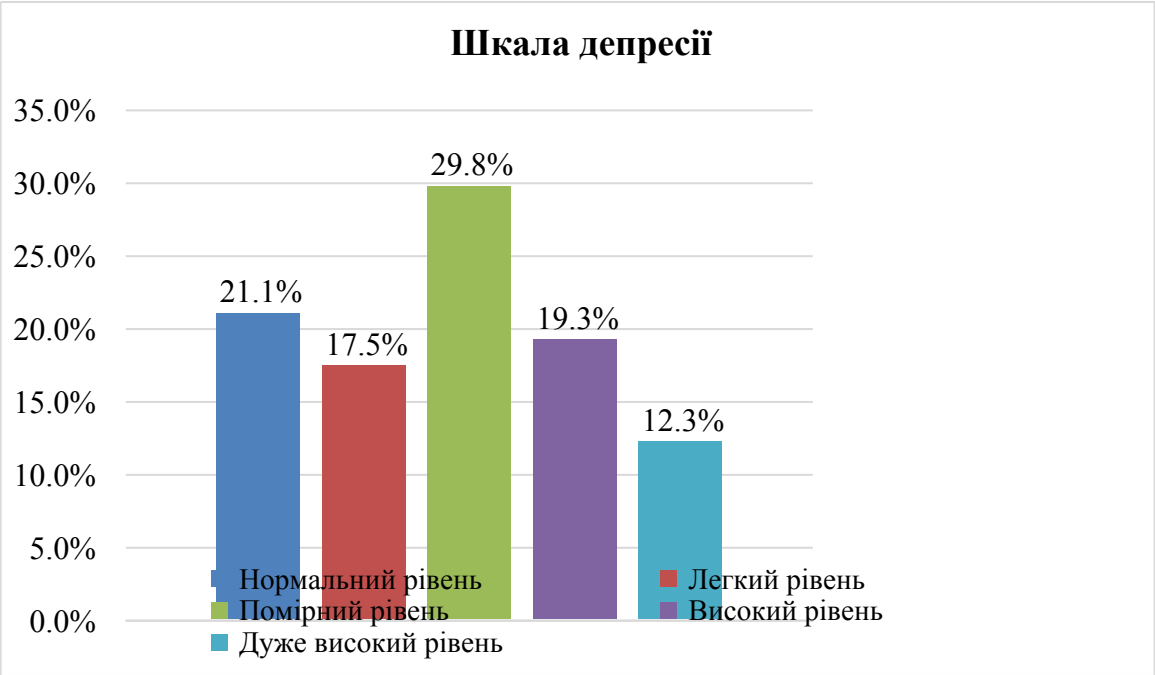


Рис. 2.5 Результати за шкалою депресії (констатуючий етап)

Отримані дані свідчать, що помірні та високі депресивні симптоми домінують у вибірці, формуючи понад половину всіх випадків (29,8 % і 19,3 % відповідно). Це може свідчити про емоційне виснаження, втрату внутрішніх ресурсів та довготривале перебування в стані психічного напруження, характерного для людей, які пережили травматичні події.

Помітна частка респондентів – 12,3 % – має вкрай високий рівень депресії. Для цих клієнтів характерні різко виражені симптоми: відчуття безнадійності, різке зниження життєвої енергії, розлади сну, труднощі у виконанні повсякденних обов'язків.

Легкі прояви депресивності (17,5 %) можуть розглядатися як реакція адаптації на тривалий стрес, але за відсутності підтримки вони мають тенденцію до поглиблення. У цій групі зазвичай спостерігається знижена мотивація, періодична втрата інтересу до діяльності та зниження емоційного тонусу.

Лише 21,1 % клієнтів перебувають у межах норми, що вказує на загальний високий рівень емоційної напруги у вибірці. У цілому депресивні прояви підтверджують, що травматичний досвід значною мірою впливає на емоційне

самопочуття, знижуючи стресостійкість, порушуючи механізми саморегуляції та формуючи потребу в системній психологічній допомозі.

Таблиця 2.6

Результати за шкалою тривожності (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Нормальний рівень	9	15,8
Легкий рівень	8	14
Помірний рівень	18	31,6
Високий рівень	13	22,8
Дуже високий рівень	9	15,8

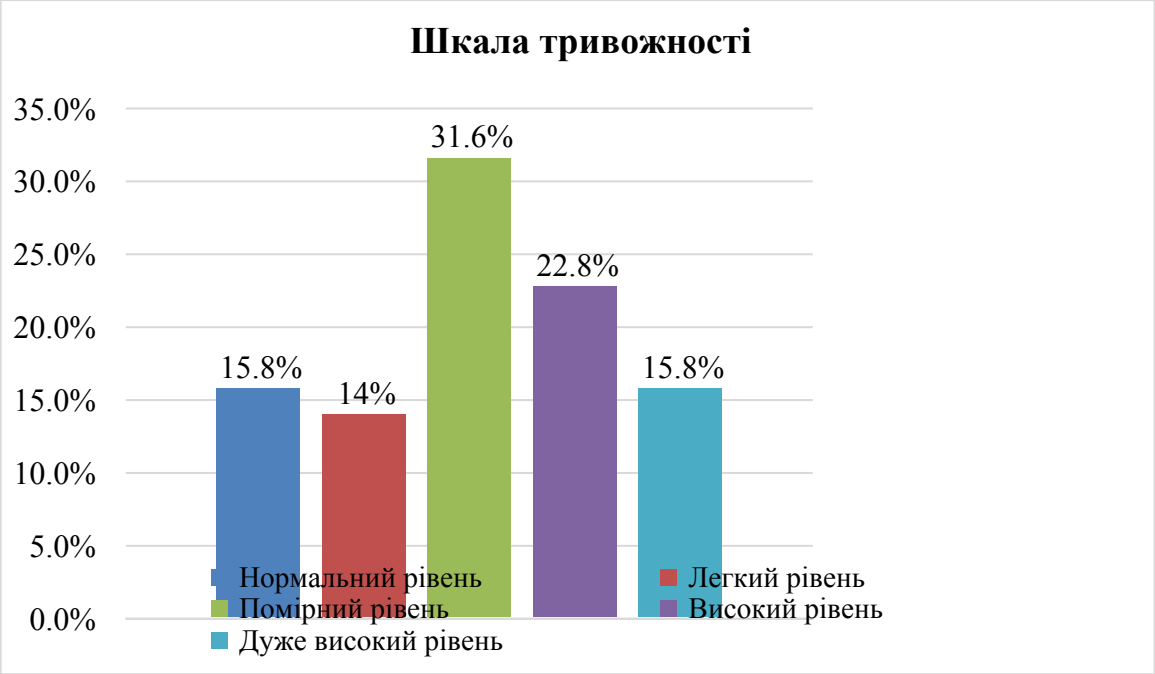


Рис. 2.6 Результати за шкалою тривожності (констатуючий етап)

Тривожність є одним із провідних психологічних наслідків травми, що підтверджують отримані дані. Найчисельнішою категорією є респонденти з помірним рівнем тривоги (31,6 %). У цій групі спостерігаються часті епізоди напруження, труднощі з концентрацією, дискомфорт у тілі та відчуття небезпеки, що суттєво ускладнює процес адаптації.

Високі та вкрай високі рівні тривоги разом складають 38,6 % вибірки, що

свідчить про значне поширення панічних реакцій, соматичних проявів і підвищеної фізіологічної активності. Респонденти з легким рівнем тривоги (14 %) демонструють окремі прояви емоційного напруження, здебільшого у ситуаціях невизначеності або після дії тригерів. Лише 15,8 % учасників мають нормальний рівень тривожності, що є значно меншим, ніж у популяційних нормативах. Це свідчить про глибоке та системне порушення емоційної регуляції у людей з травматичним досвідом.

Таблиця 2.7

Результати за шкалою стресу (констатуючий етап)

Рівень	Кількість осіб	% від вибірки
Нормальний рівень	10	17,5
Легкий рівень	11	19,3
Помірний рівень	16	28,1
Високий рівень	13	22,8
Дуже високий рівень	7	12,3

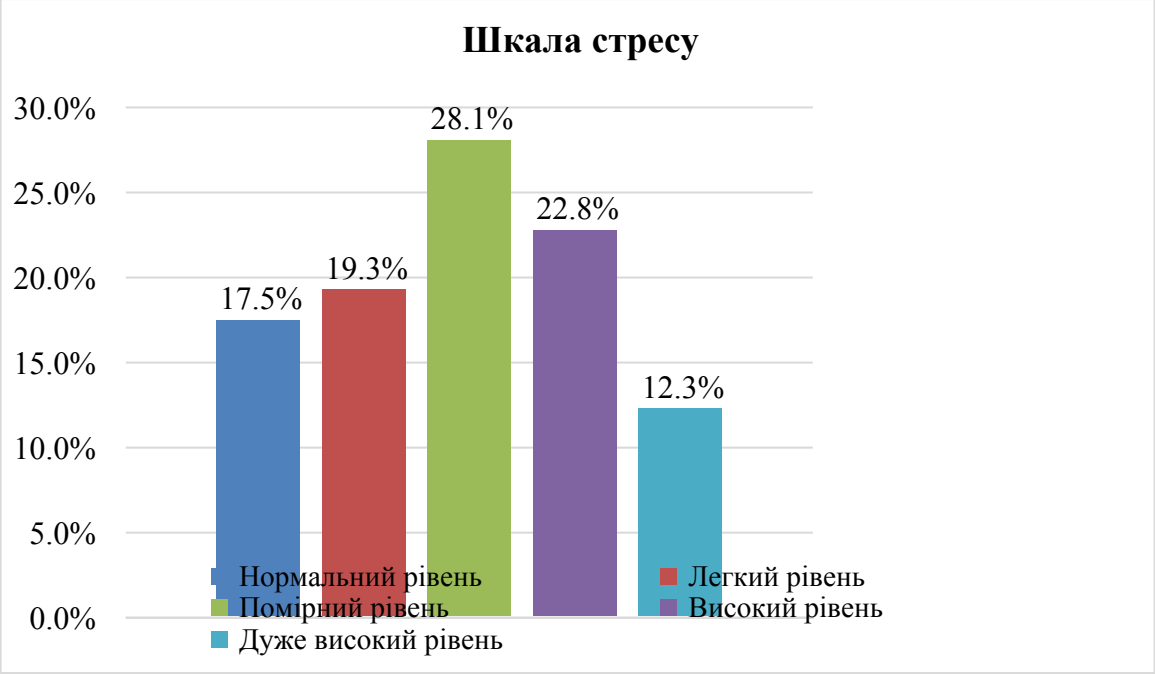


Рис. 2.7 Результати за шкалою стресу (констатуючий етап)

Отримані результати демонструють, що більшість учасників мають підвище-

ний або високий рівень стресу (28,1 % і 22,8 %). Це свідчить про значне перенапруження нервової системи, зниження толерантності до емоційних подразників, часті конфлікти, труднощі у міжособистісній взаємодії. Такі клієнти часто відчувають втому, виснаження та періодичні зриви.

Вкрай високий рівень стресу у 12,3 % вибірки означає, що ці особи перебувають у стані хронічної емоційної перевантаженості. У них можуть виникати соматичні реакції: прискорене серцебиття, підвищений тиск, головний біль, порушення сну. Така ситуація є потенційно небезпечною для психічного та фізичного здоров'я, що потребує невідкладної терапевтичної роботи.

Легкі прояви стресу (19,3 %) також не можна розглядати як безпечні, оскільки вони можуть прогресувати, особливо якщо людина одночасно демонструє підвищену тривожність або депресивність. Така категорія респондентів характеризується емоційною напругою, дратівливістю та зниженням ефективності діяльності. Нормальний рівень стресу виявлено лише у 17,5 % опитаних, що є закономірним, враховуючи травматичний досвід вибірки.

За результатами третьої методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (за Холмсом і Раге), яка дозволяє визначити рівень стресового навантаження та адаптаційного потенціалу клієнтів у відповідь на пережиті події, представлено в таблиці 2.8 та рисунку 2.8.

Таблиця 2.8

Результати методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (констатуючий етап)

Рівень	Бали	Кількість осіб	% від вибірки
Високий	≥ 300	28	49,1
Помірний	150-300	21	36,8
Низький	< 150	8	14

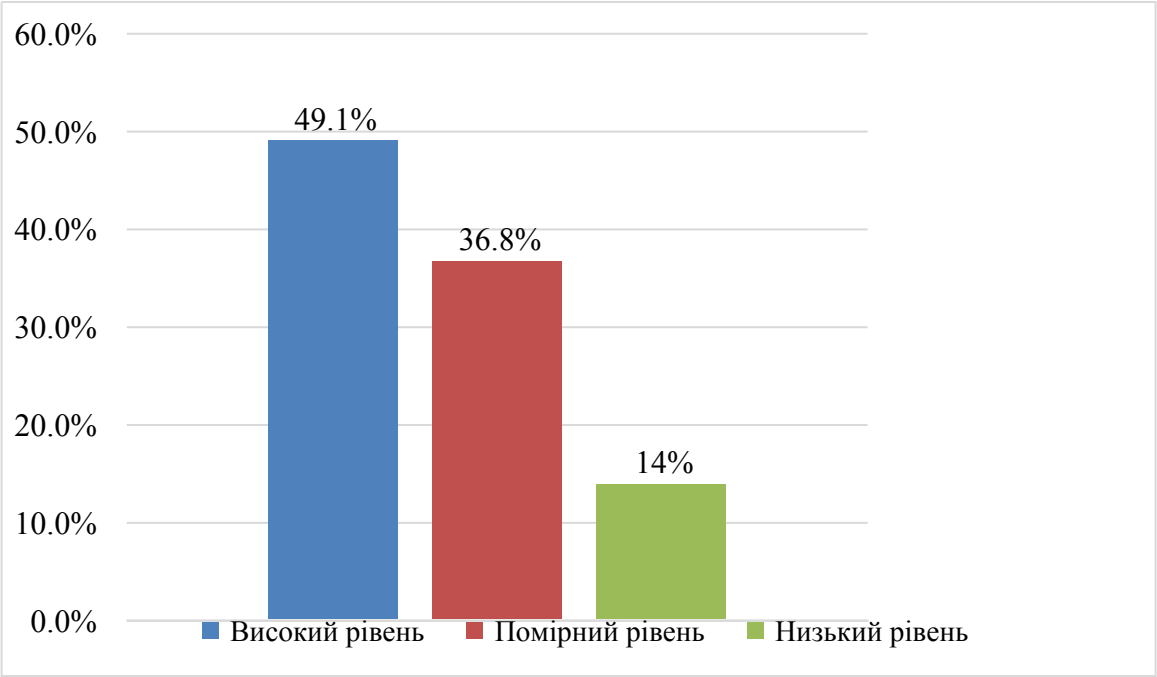


Рис. 2.8 Результати методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (констатуючий етап)

Отримані дані свідчать, що майже половина респондентів (49,1 %) перебуває у зоні високого стресового навантаження, набираючи 300 балів і більше. Такий результат означає, що учасники пережили значну кількість подій, які за класифікацією Холмса і Раге мають критичний вплив на психоемоційний стан і можуть провокувати формування психосоматичних розладів, порушення адаптації, виснаження нервової системи та розвиток ПТСР. Високі оцінки вказують на складні життєві обставини: втрати, насильство, воєнні події, різкі зміни соціальних умов або професійного статусу.

Помірний рівень стресу виявлено у 36,8 % учасників. Для цієї групи характерною є підвищена вразливість до дистресу, періодичні ознаки емоційної нестабільності, зниження стресостійкості, погіршення концентрації та когнітивної гнучкості. Вони вже демонструють адаптаційні труднощі, однак їх стан ще не досяг критичної межі. За умов відсутності підтримки помірний рівень стресових подій може перерости у стійкі психофізіологічні симптоми – від порушень сну до хронічної тривожності чи депресивних проявів.

Лише 14 % опитаних опинилися в межах низького рівня стресу. Проте у контексті вибірки, де всі учасники мають травматичний досвід, навіть ця група не свідчить про повну відсутність психологічного напруження. Низький показник може означати як стабілізацію після кризи, так і недостатню усвідомленість або часткове заперечення власних переживань, що є типовим для травматичного досвіду, зокрема у його дисоціативних формах.

Комплексна діагностика за трьома методиками – PCL-5, DASS-21 та шкалою стресостійкості Холмса–Раге – дала змогу отримати багатовимірне уявлення про емоційний стан клієнтів, які мають травматичний досвід. Результати аналізу кожної методики окремо показали, що у вибірці простежуються виражені прояви посттравматичної симптоматики, помірні та високі рівні депресії, тривожності й стресу, а також підвищене навантаження життєвими стресорами. Однак ізольоване вивчення показників не дає повної картини взаємодії симптомів, що формують цілісний емоційний стан клієнта.

Для глибшого розуміння механізмів розвитку емоційних порушень та їхньої структурної організації було проведено кореляційний аналіз. Його метою стало визначення того, наскільки тісно пов’язані між собою різні компоненти посттравматичного стресу, емоційної дезадаптації та стресового навантаження. Це дозволяє виявити не лише окремі тенденції, а й системні взаємозв’язки, які можуть визначати характер перебігу емоційних станів у клієнтів із травматичним досвідом.

Кореляційний підхід є особливо важливим у контексті дослідження травматичних переживань, оскільки травма рідко спричиняє один окремий симптом – частіше вона формує комплекс взаємопов’язаних емоційних, когнітивних та поведінкових реакцій. Саме тому аналіз кореляцій між показниками дозволяє побачити внутрішню логіку формування емоційних порушень, визначити, які симптоми мають центральну роль у структурі ПТСР, а які – виступають вторинними, підтримуючи загальний рівень дистресу.

Отримані кореляційні зв’язки також слугують науковим обґрунтуванням для

побудови корекційної програми, адже дозволяють точно визначити ті психоемоційні компоненти, робота з якими матиме найбільший терапевтичний ефект. Саме тому наступним кроком стало проведення кореляційного аналізу, результати якого подано в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Кореляційні зв'язки між показниками ПТСР, емоційних порушень і стресового навантаження

Показники	PCL-5 загальний	DASS-21 депресія	DASS-21 тривожність	DASS-21 стрес	Шкала Холмса–Раге (сума балів)
Інтрузивні симптоми	0,86	0,61	0,67	0,64	0,42
Симптоми уникнення	0,82	0,58	0,62	0,60	0,38
Негативні когніції й настрій	0,88	0,74	0,70	0,71	0,47
Гіперактивація	0,84	0,65	0,71	0,69	0,44
Депресія (DASS-21)	0,71	–	0,69	0,66	0,40
Тривожність (DASS-21)	0,76	0,69	–	0,73	0,43
Стрес (DASS-21)	0,74	0,66	0,73	–	0,45
Життєві стресори (Холмс–Раге)	0,49	0,40	0,43	0,45	–

Проведений кореляційний аналіз (за методом Спірмена) був спрямований на виявлення взаємозв'язків між вираженістю посттравматичних симптомів (за шкалою PCL-5), емоційними порушеннями (депресія, тривожність, стрес за DASS-21) та загальним рівнем стресового навантаження (за шкалою Холмса–Раге). Отримані результати загалом демонструють тісну взаємообумовленість посттравматичної симптоматики та емоційної дезадаптації, що підтверджує структурну єдність

емоційних станів у клієнтів із травматичним досвідом. Особливо показовими є високі та дуже високі кореляції між загальним балом ПТСР і показниками депресивності, тривожності та стресу.

Однією з найважливіших закономірностей є високі кореляції між загальним показником ПТСР (PCL-5) та підшкалами DASS-21: депресією (r = 0,71), тривожністю (r = 0,76) і стресом (r = 0,74). Це означає, що посилення посттравматичних симптомів супроводжується одночасним зростанням депресивних переживань, відчуття тривоги та загального психоемоційного напруження. Клієнти з високими значеннями ПТСР, як правило, демонструють комплексний синдром емоційної дезадаптації, коли повторне переживання травми, уникнення та гіперактивація підтримують хронічний стан емоційного виснаження.

Окрему увагу привертають дуже високі кореляції між окремими кластерами ПТСР і емоційними показниками. Зокрема, негативні когніції й настрій мають найтісніший зв’язок із депресією (r = 0,74), тривожністю (r = 0,70) та стресом (r = 0,71). Це свідчить про те, що саме зміни у когнітивній сфері (негативні переконання про себе, світ і майбутнє, почуття провини й безнадійності) є ключовою ланкою, що поєднує травматичний досвід з формуванням стійких емоційних порушень. Інтрузивні симптоми та гіперактивація також тісно пов’язані з тривожністю (r = 0,67–0,71) і стресом (r = 0,64–0,69), що підкреслює роль фізіологічної перенапруги та повторних «вторгнень» травматичних спогадів у підтриманні хронічного дистресу.

Важливим є і зв’язок між кількістю стресових життєвих подій (за шкалою Холмса–Раге) та емоційними показниками. Хоча кореляції помірні (r у межах 0,40–0,49), вони є статистично значущими й указують на те, що сукупний життєвий стрес за останній рік підсилює як посттравматичну симптоматику (r = 0,49 з загальним балом ПТСР), так і прояви депресії, тривожності та стресу (r ≈ 0,40–0,45).

Високі кореляції між самими підшкалами DASS-21 (депресія–тривожність–стрес: r = 0,66–0,73) свідчать про те, що для більшості клієнтів емоційні пору-

шення мають не ізольований, а комплексний характер. Тривога рідко існує без депресивних проявів, а підвищений рівень стресу виступає своєрідним «фоном», на якому формуються й закріплюються симптоми. Це важливо враховувати при побудові корекційної програми.

Важливо відзначити, що отримана кореляційна модель демонструє існування «єдиного емоційного контуру», у якому посттравматичні, депресивні, тривожні реакції взаємно підсилюють одна одну. Така структура відповідає сучасним уявленням про нейропсихологічні механізми травми, згідно з якими хронічна гіперактивація системи загрози порушує роботу префронтальних зон мозку, відповідальних за когнітивний контроль, та одночасно активує лімбічні центри.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження особливостей емоційних станів у клієнтів із травматичним досвідом дозволило отримати цілісне уявлення про характер та інтенсивність психоемоційних порушень, зумовлених пережитими травматичними подіями. Застосування комплексу психодіагностичних методик – PCL-5, DASS-21 та шкали стресових життєвих подій Холмса–Раге – забезпечило багаторівневий аналіз посттравматичної симптоматики, депресивно-тривожних проявів та загального стресового навантаження учасників вибірки.

Отримані дані свідчать, що значна частина клієнтів демонструє виражені або високі симптоми посттравматичного стресового розладу, що проявляються у формі інтрузивних переживань, уникнення, негативних когнітивних змін і гіперактивації. Особливо показовим є той факт, що майже всі досліджувані виявляють підвищені показники за шкалами тривожності, депресії та стресу, що відображає хронічне психоемоційне виснаження та знижену здатність до емоційної регуляції. Показники життєвих стресорів також засвідчили високий рівень стресового навантаження, що виступає додатковим фоновим фактором, який ускладнює адаптацію після травматичних подій.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що емоційна сфера осіб із травматичним досвідом характеризується глибокими та стійкими порушеннями, що виявляються у виснаженні ресурсів, зниженні стресостійкості, дезадаптивних когніціях та розладі механізмів емоційної саморегуляції. Отримані емпіричні дані підтверджують актуальність та необхідність цілеспрямованих психокорекційних втручань, спрямованих на опрацювання травматичного досвіду, відновлення емоційної рівноваги та підвищення адаптаційних можливостей клієнтів. Саме ці результати створюють наукове підґрунтя для розробки корекційної програми, представленої у наступному розділі дослідження.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ ТА ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У КЛІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

3.1. Програма корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом

Травматичний досвід, як показують результати проведеного емпіричного дослідження, зумовлює глибокі порушення емоційної регуляції, формування стійких негативних когніцій, підвищення рівня тривожності, депресивності, стресу та значне зниження психічної адаптивності. Дані за шкалами PCL-5, DASS-21 та Holmes–Rahe свідчать про високі інтенсивність посттравматичних симптомів, виражене психоемоційне виснаження та наявність накопиченого життєвого стресу, що поглиблює емоційну дестабілізацію. Кореляційний аналіз підкреслює наявність міцних взаємозв’язків між усіма видами емоційних порушень, що вказує на їх системний характер.

У зв’язку з цим була розроблена цілісна психокорекційна програма, спрямована на зниження симптомів ПТСР, корекцію депресивних та тривожних проявів, стабілізацію емоційної сфери та підвищення рівня стресостійкості. Програма базується на сучасних доказових підходах, адаптована до особливостей цільової

вибірки та орієнтована на досягнення стійких позитивних змін.

Мета програми сприяти відновленню емоційної регуляції та психічної рівноваги клієнтів із травматичним досвідом шляхом зниження рівня посттравматичної симптоматики, тривожності, депресивності та підвищення стресостійкості через застосування комплексних психокорекційних методів.

Завдання програми:

1. Формування усвідомлення власних емоційних реакцій, симптомів ПТСР та їх впливу на повсякденне життя.

2. Зниження інтенсивності інтрузивних симптомів, уникнення та гіперактивації.

3. Корекція негативних когніцій, почуття провини, безнадійності та заниженої самооцінки.

4. Розвиток навичок емоційної стабілізації та саморегуляції.

5. Зменшення рівня тривожності, депресії та хронічного стресу.

5. Підвищення рівня адаптивності, стресостійкості та соціального функціонування.

6. Актуалізація внутрішніх ресурсів і розвиток навичок опанування складних станів.

7. Формування адаптивних копінг-стратегій та здатності до конструктивного подолання травматичних переживань.

Програма побудована на інтеграції декількох психотерапевтичних моделей:

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ): корекція дисфункціональних переконань; модифікація катастрофічних думок; психоедукація про реакції на травму; техніки «заземлення» та когнітивної реструктуризації.

Травма-фокусована терапія: робота з інтрузивними спогадами; поступове експонування у безпечних умовах; реконструкція наративу травми.

Гуманістичний підхід К. Роджерса: безумовне прийняття; емпатичне ро-

зуміння; підтримка автономії клієнта; розвиток самоусвідомлення.

Психоедукаційний підхід: пояснення механізмів ПТСР; формування навичок самодопомоги; робота з тілесними реакціями та стрес-відповіддю.

Арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані методи: малювання емоцій; робота з метафорою; дихальні техніки; релаксаційні практики [24, с.95].

Принципи реалізації програми:

- безпечний простір – створення умов психологічного захисту;
- конфіденційність – забезпечення приватності всіх переживань;
- добровільність участі – кожен клієнт бере участь за власним рішенням;
- емпатичне супроводження – активне слухання, підтримка й прийняття;
- поступовість та дозованість – обережна робота з травматичним матеріалом;
- індивідуалізація – адаптація інтенсивності й технік до кожного учасника;
- опора на ресурси – акцент на сильних сторонах та стратегіях подолання;
- інтеграція результатів – перенесення набутих навичок у повсякденне життя.

Структура та тривалість програми. Програма розрахована на 12 тижнів і включає: 12 групових занять (1,5–2 години кожне); 6 індивідуальних консультацій; міжсесійні завдання. Загальна кількість зустрічей: 18. Такий формат дозволяє поєднати групову динаміку, індивідуалізований підхід і роботу з травмою у безпечному середовищі.

Структура програми за модулями

Модуль 1. Психоедукація та стабілізація (заняття 1–3)

- інформація про ПТСР, тривогу, депресію, стрес;
- нормалізація симптомів;
- техніки заземлення;
- дихальні вправи;
- робота з тілесними реакціями.

Модуль 2. Робота з емоціями та саморегуляцією (заняття 4–6)

- ідентифікація власних емоцій;

- розпізнавання тригерів;
- практика «Контейнер», «Безпечне місце»;
- арт-терапевтичні техніки;
- ведення емоційного щоденника.

Модуль 3. Робота з когнітивними викривленнями та негативними переконаннями (заняття 7–9)

- виявлення автоматичних думок;
- розпізнавання перекручень мислення;
- техніка «Сократівський діалог»;
- трансформація переконань «Я безпорадний», «Світ небезпечний».

Модуль 4. Поступова робота з травматичним досвідом (заняття 10–11)

- реконструкція наративу травми;
- вербалізація й осмислення пережитого;
- техніка контрольованої експозиції;
- інтеграція досвіду через творчі методи.

Модуль 5. Завершення, ресурсність та формування майбутніх стратегій (заняття 12)

- підсумкова рефлексія;
- формування плану самодопомоги;
- техніки ресурсування;
- оцінка власних змін.

В додатку представлена програма групових занять.

Заняття 1. Психологічна стабілізація та формування безпечного простору

Перше заняття корекційної програми спрямоване на створення психологічно безпечного простору, зниження первинної емоційної напруги та формування базових навичок саморегуляції, необхідних для подальшої роботи з травматичним досвідом. Необхідність цього етапу безпосередньо обґрунтовується результатами попередньої діагностики, яка засвідчила високий рівень тривожності, стресу та

гіперактивації за методиками PCL-5, DASS-21 та шкалою Холмса–Раге. Переважання фізіологічної перенапруги, порушень концентрації, інтенсивних інтрузивних переживань і підвищеної пильності вказує на потребу спочатку стабілізувати емоційний стан учасників, перш ніж переходити до глибинних психотерапевтичних технік [25].

Заняття розпочинається з короткого вступу, у якому учасникам пояснюється структура програми та її логіка: будь-яка робота з емоційними наслідками травми можлива лише за умови відновлення відчуття внутрішнього контролю та безпеки. Психолог акцентує, що надмірна активація нервової системи є закономірною реакцією на травматичні події, а тому техніки стабілізації є не просто допоміжним елементом, а фундаментальною умовою ефективності подальшого лікувального впливу. Після цього проводиться короткий «чек-ін», у межах якого кожен учасник описує свій теперішній стан одним словом або короткою метафорою, що дозволяє сформувати атмосферу відкритості та чутливості до свого емоційного досвіду.

Наступний етап присвячений формуванню правил взаємодії та створенню безпечного простору. Психолог допомагає групі визначити основні принципи роботи: конфіденційність, добровільність, повага до меж кожного, право на паузу й чесне вираження почуттів. Це не тільки регламентує роботу, а й знижує соціальну тривогу та страх оцінювання – поширені елементи емоційної дезадаптації, характерні для клієнтів із травматичним досвідом [26, с.125].

Після цього подається коротка психоедукація, спрямована на пояснення механізмів реакції «боротьби, втечі або завмирання» та природи гіперактивації. Учасники дізнаються, чому після травми тіло залишається напруженим, як симпатична нервова система утримує стан постійної готовності та чому цього достатньо, щоб підсилювати тривогу, депресивність і виснаження. Усвідомлення цих процесів сприяє формуванню більшої керованості власним станом та дозволяє клієнтам зрозуміти, що їхні переживання мають нейрофізіологічне підґрунтя, а не є «слабкістю» чи «нездатністю справлятися».

Основна частина заняття складається з комплексу стабілізаційних технік, відібраних відповідно до діагностичних даних. Спершу застосовується техніка «Контейнер», яка дозволяє учасникам символічно відкласти частину надмірних емоцій і думок, отримавши відчуття контролю над внутрішнім простором. Цей прийом особливо ефективний при високих значеннях інтрузивності та когнітивних порушень, оскільки тимчасово зменшує інтенсивність травматичних спогадів і розумову перевантаженість [27, с.159].

Далі проводиться вправа «Заземлення через п’ять органів чуття», що повертає людину у стан «тут і тепер» та перериває автоматизовані цикли тривожних думок і тілесної напруги. Залучення зорових, слухових, тактильних та смакових відчуттів є одним із найдієвіших способів стабілізувати нервову систему у ситуації підвищеної пильності, про що свідчить і високий рівень гіперактивації за PCL-5.

Третім елементом є дихальна техніка з подовженим видихом, яка активізує парасимпатичну систему та сприяє швидкому зниженню тривожності. Саме тривога, відповідно до отриманих даних, виявилася найтісніше пов’язаною з посттравматичними симптомами, тому робота з диханням є центральним стабілізувальним компонентом програми. На завершення основного блоку застосовується техніка «Тілесне сканування», що допомагає учасникам розпізнавати м’язові затиски, відстежувати реакції тіла та поступово формувати навичку уважного й неосудливого ставлення до внутрішніх сигналів [30, с.25].

Фінальна частина включає рефлексію, під час якої учасники діляться змінами у самопочутті та відзначають вправи, які виявилися для них найбільш ефективними. Це сприяє інтеграції досвіду та формуванню мотивації до подальшої роботи. Завершується заняття коротким домашнім завданням, яке передбачає щоденне застосування однієї зі стабілізаційних технік та фіксацію змін у власному стані. Цей етап важливий для формування сталі навички саморегуляції та забезпечення узгодженості між заняттями.

Після закінчення першого заняття очікується зниження психофізіологічної

напруги, покращення здатності зосереджуватися, формування відчуття контролю над власним станом та зміцнення внутрішньої опори. Таким чином створюється необхідний фундамент для подальшої корекційної роботи, спрямованої на глибше опрацювання травматичного досвіду.

Заняття 2. Робота з тілесними відгуками травми та відновлення сенсорної стабільності

Друге заняття корекційної програми спрямоване на поглиблення роботи з тілесними проявами травматичного досвіду та розвиток здатності клієнтів більш усвідомлено розпізнавати й регулювати соматичні реакції, що супроводжують емоційний дистрес. Необхідність такого етапу зумовлена результатами діагностики, які показали високі показники гіперактивації, підвищену м’язову напругу, порушення сну, труднощі з концентрацією та схильність до тілесних реакцій тривоги. Значна частина учасників повідомляла про часті головні болі, спазми у грудях, тремор, відчуття «внутрішньої напруги» та загальне виснаження, що повністю корелює з високими балами за шкалами тривожності та стресу (DASS-21), а також зі стресовим навантаженням за методикою Холмса і Раге. Ці показники вказують на те, що соматичний компонент травми потребує системної й цілеспрямованої корекційної уваги ще до переходу до глибинних когнітивних інтервенцій [37].

На початку заняття проводиться коротка рефлексія стану, що дає змогу визначити, як учасники інтегрували техніки першого заняття та які соматичні реакції проявлялися протягом тижня. Таке обговорення важливе для формування зв’язку між тілесними сигналами та емоційним станом, адже більшість клієнтів із травматичним досвідом схильні або ігнорувати власні тілесні відчуття, або інтерпретувати їх як загрозливі, що ще більше підсилює тривожність. Психолог м’яко пояснює, що тіло є першою системою, яка реагує на небезпеку, а тому повернення до тілесної чутливості є ключовим кроком на шляху до відновлення.

Далі подається психоедукаційний блок, у якому пояснюється роль тіла в процесі переживання травми. Учасники дізнаються, що м’язові спазми, прискорене

серцебиття, поверхневе дихання або відчуття «замороженості» є природними наслідками активації симпато-адреналової системи. Підкреслюється, що тривала активація цієї системи змінює спосіб обробки сенсорної інформації: людина починає сильніше реагувати на звуки, рухи, світло, раптові зміни навколишнього середовища. Це створює ефект сенсорного перевантаження, підсилює емоційну нестабільність і знижує здатність до самоконтролю. Розуміння цих механізмів дозволяє учасникам позбутися хибних переконань про «ненормальність» своїх реакцій, що вже саме по собі знижує рівень тривожності [39, с.196].

Основна частина заняття присвячена практичному опрацюванню тілесних проявів травматичного досвіду. Спочатку застосовується метод фокусування на тілесних відчуттях, який допомагає учасникам навчитися визначати локалізацію напруги, її інтенсивність та зміну під впливом емоцій. Завдяки цьому формується здатність розпізнавати перші сигнали тривоги й вчасно використовувати саморегуляційні техніки. Такий підхід є надзвичайно важливим для клієнтів, у яких травма спричинила хронічний стан гіпернастороженості, що підтверджено високими результатами за шкалою гіперактивації PCL-5.

Після цього проводиться вправа на прогресивну м’язову релаксацію, мета якої – зменшення соматичної напруги та повернення відчуття тілесного комфорту. Учасники вчаться поетапно напружувати та розслабляти окремі групи м’язів, спостерігаючи, як змінюються їхні відчуття. Така техніка сприяє зниженню рівня фізіологічного стресу, зменшує частоту соматичних скарг і допомагає відновити відчуття контролю над тілесними реакціями. Оскільки багато учасників продемонстрували підвищені показники стресу та соматичних проявів за DASS-21, м’язова релаксація є одним із центральних інструментів зниження загального напруження [41, с.109].

Наступним елементом є робота з тілесними межами. Учасникам пропонується вправа на усвідомлення простору навколо себе та встановлення контактної межі між тілом і навколишнім середовищем. Це особливо важливо для тих, у кого

діагностовано симптоми уникнення, порушення відчуття власного Я або підвищену сенсорну чутливість. Техніка допомагає зменшити відчуття хаотичності та внутрішнього розпаду, які часто супроводжують травматичний досвід.

Завершальна частина заняття включає обговорення переживань, що виникли під час виконання вправ, та формування почуття підтримки в групі. Психолог звертає увагу на позитивні зміни: зменшення напруги, поява відчуття тепла у тілі, уповільнення дихання, ясність думок чи навіть легка втома, що свідчить про розслаблення. Домашнє завдання передбачає щоденне виконання короткої модифікації м'язової релаксації або тілесного сканування з подальшим записом відчуттів у щоденник самоспостереження. Це сприяє формуванню стабільної навички відстеження та регулювання соматичних реакцій.

Таким чином друге заняття відіграє ключову роль у переході від етапу базової стабілізації до глибшого опрацювання емоційного та когнітивного компонентів травматичного досвіду. Опрацьовуючи тілесні реакції, учасники вчаться знімати надмірну напругу, зменшувати інтенсивність внутрішнього стресу та відновлювати здатність відчувати себе більш стійкими й інтегрованими. Це створює підґрунтя для подальших занять, у яких розглядаються емоційні, когнітивні та міжособистісні аспекти посттравматичних переживань [44, с.135].

Заняття 3. Емоційна регуляція та опрацювання переживань, пов'язаних із травмою

Третє заняття корекційної програми є логічним продовженням попередніх двох етапів, у яких учасники отримали базові навички стабілізації та первинного контролю над тілесними реакціями. На цьому етапі робота переходить до глибшого рівня – визнання, усвідомлення та поступового опрацювання емоцій, що супроводжують травматичний досвід. Потреба саме в такому форматі інтервенції була чітко визначена за результатами діагностики: більшість клієнтів демонструвала високі показники депресії, тривожності й стресу за DASS-21, а також значні зміни у когнітивах та настрої згідно зі шкалою PCL-5, що включало почуття провини,

сорому, безнадійності та зниження інтересу до життя. У поєднанні з високим рівнем життєвого стресу за методикою Холмса і Раге ці дані вказують на необхідність цілеспрямованої роботи з емоційною сферою, адже саме емоційні порушення є центральною ланкою, що підтримує дезадаптацію клієнтів із травматичним досвідом.

Заняття розпочинається з короткого вербального налаштування, в якому учасники мають можливість поділитися тим, як вони почувалися після роботи з тілесними вправами попереднього тижня. Психолог формує атмосферу безпеки й прийняття, наголошуючи, що емоційна реакція на травматичний досвід є природною, а її усвідомлене проживання – важливий етап у процесі відновлення. Таке налаштування допомагає зняти внутрішній опір та готовність учасників перейти від уникнення емоцій до їх поступового прийняття [45, с.207].

У психоедукаційній частині заняття розкривається механізм формування емоційних порушень після травми. Учасники дізнаються, що емоційні реакції після травматичної події часто мають фрагментований характер: певні емоції можуть бути надмірно інтенсивними (як-от страх або гнів), тоді як інші – повністю заблокованими чи відчуватися як «відсутні». Пояснюється, що таке блокування емоцій є захисним механізмом психіки, проте в довгостроковій перспективі воно призводить до погіршення емоційної регуляції, накопичення внутрішньої напруги та формування депресивних тенденцій. Саме тому робота зі стабілізації емоцій не передбачає глибокого занурення в травматичні спогади, а спрямована на безпечне розпізнавання власних переживань та повернення здатності регулювати їх інтенсивність [46, с.160].

У основній частині заняття проводиться вправа, що допомагає учасникам розпізнавати й диференціювати власні емоції. Психолог пропонує техніку «емоційного сканування», у якій увага поступово зосереджується на внутрішньому емоційному стані, дозволяючи учасникам відчути, яка емоція на даний момент домінує, як вона проявляється у тілі та думках. Такий підхід надзвичайно важливий

для клієнтів з травматичним досвідом, адже у них часто спостерігається зміщення емоційного фокусу або плутанина між різними переживаннями, що пов’язано з високими результатами за шкалами тривоги та депресії. Усвідомлення емоційної структури власного стану є первинним кроком до можливості керувати ним.

Після первинного усвідомлення емоцій проводиться вправа на зовнішнє символічне вираження переживань. Учасникам пропонується використати метафоричний образ або колір, який відповідає їхній поточній емоції, після чого відбувається обережне групове обговорення. Ця техніка дозволяє безпечно дистанціюватися від інтенсивності емоцій і водночас дати їм форму, що сприяє подальшому опрацюванню. Досвід показує, що клієнти з травматичним досвідом часто відчувають труднощі з вербалізацією, а метафоричні техніки м’яко знижують напругу та стимулюють емоційну інтеграцію [48, с.207].

Далі застосовується метод емоційної регуляції через дихання та фокус уваги. Психолог навчає учасників техніці «подовженого видиху», яка допомагає заспокоїти симпатичну нервову систему та знизити інтенсивність емоцій. Учасники спостерігають, як дихання впливає на рівень тривожності, страху чи внутрішньої збудженості. Для багатьох з них це стає першим досвідом усвідомленого контролю над емоційним станом, що відповідає меті програми – відновленню здатності до саморегуляції. Після виконання вправи проводиться коротка вербалізація переживань, у якій учасники описують зміни у своєму стані: зменшення напруги, поява відчуття заземленості, зниження інтенсивності емоційного хвилювання або ясніша усвідомленість.

У завершальній частині заняття відбувається інтеграція пережитого досвіду. Психолог підкреслює, що навіть невеликі зміни в напрямку емоційної стабільності мають важливе значення, оскільки формують фундамент для подальшої роботи з когнітивними аспектами травми. Учасники отримують домашнє завдання – коротку практику щоденного «емоційного сканування» та відстеження того, які події викликають підвищення емоційної напруги. Це дозволяє продовжити процес усві-

домлення емоційної динаміки вже поза межами заняття, поступово зміцнюючи навичку саморегуляції [50, с.208].

Таким чином третє заняття є центральним у переході від тілесної стабілізації до активної роботи з емоційним компонентом травматичного досвіду. Воно допомагає учасникам повернути внутрішній контакт із власними переживаннями, знизити рівень емоційної реактивності та закласти підґрунтя для глибшого опрацювання травматичних спогадів. Саме відновлення здатності до емоційної регуляції створює умови для подальших інтервенцій і відповідає загальній меті програми – підвищенню емоційної стабільності та відновленню психологічної цілісності клієнтів.

3.2. Аналіз ефективності програми корекції емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом

Оцінювання ефективності корекційної програми відбувалося шляхом порівняння результатів діагностики, отриманих на констатувальному етапі (до початку участі у програмі), з показниками після її завершення. Оскільки дослідження здійснювалося на одній групі клієнтів, аналіз динаміки було спрямовано на визначення глибини індивідуальних змін, зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики, покращення емоційної регуляції та підвищення суб'єктивної адаптованості. Для цього використовувалися три стандартизовані методики: шкала посттравматичного стресового розладу PCL-5, опитувальник DASS-21 (депресія, тривожність, стрес) та шкала життєвих стресових подій Холмса–Раге. Такий комплекс діагностичних інструментів дозволив охопити різні рівні емоційної дезадаптації, характерні для осіб з травматичним досвідом.

За результатами першої методики «Шкали посттравматичного стресового розладу PCL-5» нами було визначено результати за кожною шкалою, результати представлено в таблицях 3.1 – 3.4 та на рисунках 3.1 – 3.4.

Таблиця 3.1

Результати за шкалою інтрузивні симптоми (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Констатуючий етап		Контрольний етап	
	Кількість осіб	% від вибірки	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	11	19,3	22	38,6
Помірний рівень	17	29,8	18	31,6
Виражені симптоми ПТСР	20	35,1	12	21,1
Високий рівень ПТСР	9	15,8	5	8,7

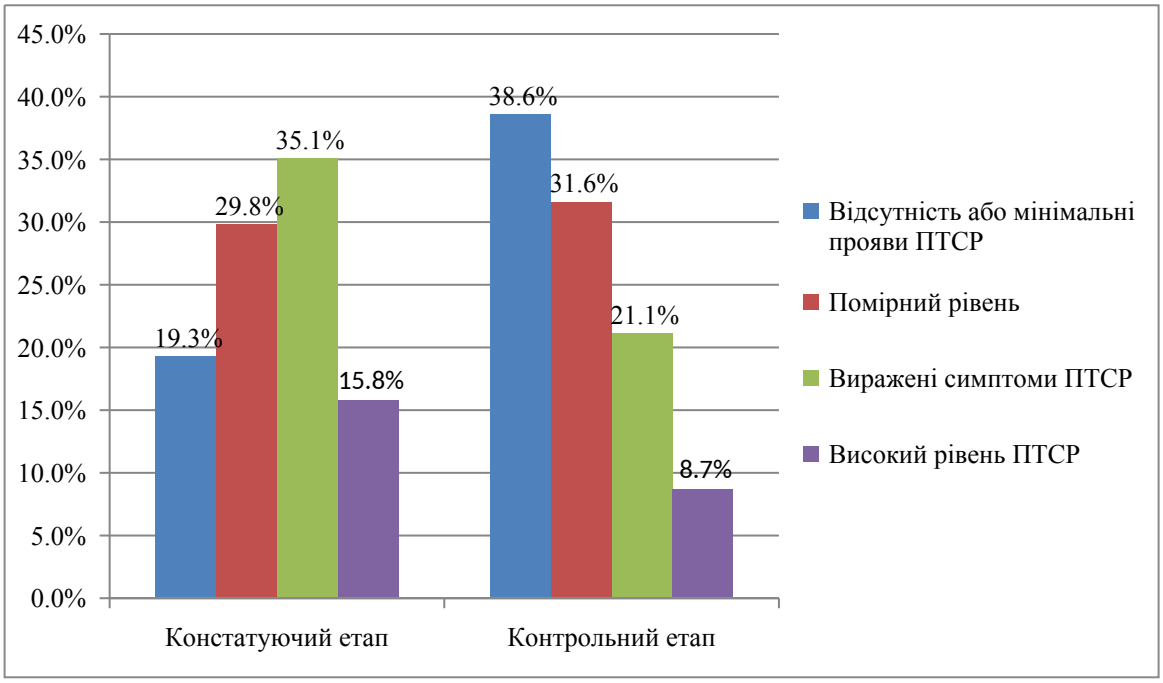


Рис. 3.1 Результати за шкалою інтрузивні симптоми (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняльний аналіз результатів за шкалою інтрузивних симптомів методики PCL-5 дозволив оцінити ефективність реалізованої психокорекційної програми, спрямованої на зниження проявів посттравматичного стресового розладу.

На констатувальному етапі дослідження було встановлено, що найбільша частина учасників дослідження демонструвала виражені симптоми посттравматичного стресового розладу (35,1%), що свідчило про значну кількість нав'язливих спо-

гадів, емоційних переживань та повторного відтворення травматичних подій у свідомості респондентів. Крім того, 15,8% досліджуваних мали високий рівень проявів ПТСР, що вказувало на значну інтенсивність інтрузивних симптомів та їх негативний вплив на психоемоційний стан.

Після проведення психокорекційної програми на контрольному етапі дослідження було зафіксовано позитивні зміни у структурі розподілу показників. Зокрема, кількість осіб із відсутністю або мінімальними проявами ПТСР зросла з 19,3% до 38,6%, що свідчить про покращення психологічного стану значної частини учасників дослідження та зменшення частоти інтрузивних переживань.

Водночас частка досліджуваних із вираженими симптомами ПТСР зменшилася з 35,1% до 21,1%, що свідчить про зниження інтенсивності нав'язливих спогадів, емоційного напруження та повторного переживання травматичних подій. Також було зафіксовано зменшення високого рівня ПТСР з 15,8% до 8,7%, що вказує на позитивну динаміку психоемоційного стану учасників після реалізації програми.

Кількість осіб із помірним рівнем симптомів дещо збільшилася (з 29,8% до 31,6%), що можна пояснити переходом частини респондентів із категорії виражених проявів до менш інтенсивного рівня симптоматики.

Таким чином, отримані результати свідчать про позитивну динаміку змін показників інтрузивних симптомів посттравматичного стресового розладу після реалізації психокорекційної програми. Зменшення частки високих та виражених проявів ПТСР і збільшення кількості учасників із мінімальними проявами симптоматики підтверджує ефективність проведених психокорекційних заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та зниження рівня посттравматичних переживань.

Таблиця 3.2

Результати за шкалою симптоми уникнення (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Констатуючий етап		Контрольний етап	
	Кількість осіб	% від вибірки	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	14	24,6	24	42,1
Помірний рівень	16	28,1	17	29,8
Виражені симптоми ПТСР	18	31,6	11	19,3
Високий рівень ПТСР	9	15,8	5	8,8

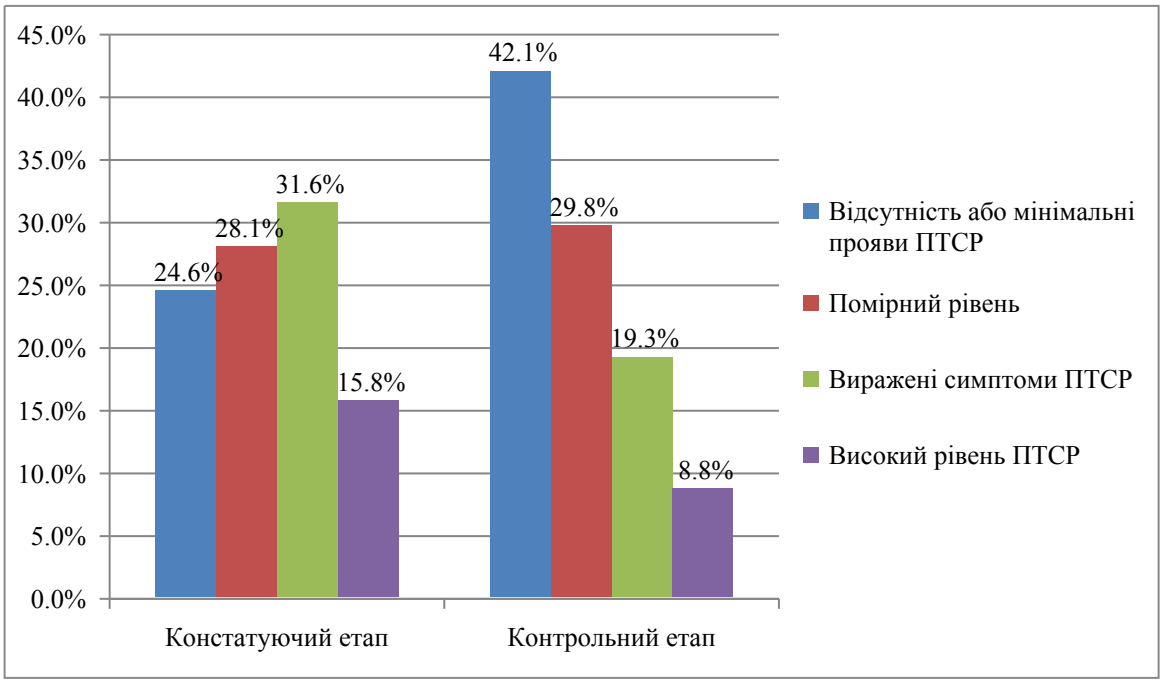


Рис. 3.2 Результати за шкалою симптоми уникнення (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняльний аналіз результатів дослідження за шкалою симптомів уникнення методики PCL-5 дозволив визначити зміни у вираженості поведінкових та емоційних реакцій, пов’язаних з прагненням уникати спогадів, думок або ситуацій, що нагадують про травматичний досвід.

На констатувальному етапі дослідження було встановлено, що значна частина респондентів демонструвала прояви уникнення. Зокрема, 31,6% учасників мали виражені симптоми ПТСР, що свідчило про схильність до уникнення травматичних спогадів, обмеження контактів із ситуаціями, які нагадують про пережиті події, а також прагнення дистанціюватися від емоційно значущих переживань. Крім того,

15,8% досліджуваних характеризувалися високим рівнем симптомів, що вказувало на суттєві труднощі у психологічній адаптації та значний вплив травматичного досвіду на повсякденну поведінку.

Після реалізації психокорекційної програми на контрольному етапі дослідження було зафіксовано позитивну динаміку показників. Зокрема, кількість осіб із відсутністю або мінімальними проявами ПТСР зросла з 24,6% до 42,1%, що свідчить про зменшення схильності до уникнення травматичних переживань та підвищення рівня психологічної адаптації респондентів.

Водночас частка досліджуваних із вираженими симптомами уникнення зменшилася з 31,6% до 19,3%, що свідчить про зниження інтенсивності поведінкових реакцій уникнення та підвищення готовності учасників дослідження взаємодіяти з оточенням і долати наслідки травматичних переживань. Також спостерігається зменшення високого рівня симптомів ПТСР з 15,8% до 8,8%, що підтверджує позитивні зміни у психоемоційному стані досліджуваних. Кількість осіб із помірним рівнем проявів дещо зросла (з 28,1% до 29,8%), що можна пояснити переходом частини респондентів із категорії виражених проявів до менш інтенсивного рівня симптоматики.

Отже, результати контрольного етапу свідчать про позитивну динаміку змін показників симптомів уникнення після реалізації психокорекційної програми. Зниження частки високого та вираженого рівнів симптомів та збільшення кількості осіб із мінімальними проявами ПТСР підтверджує ефективність проведених заходів, спрямованих на зниження посттравматичної симптоматики та покращення психологічного благополуччя учасників дослідження.

Таблиця 3.3

Результати за шкалою негативні зміни у когніціях та настрої (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Констатуючий етап		Контрольний етап	
	Кількість осіб	% від вибірки	Кількість осіб	% від вибірки

Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	10	17,5	20	35,1
Помірний рівень	15	26,3	18	31,6
Виражені симптоми ПТСР	21	36,8	13	22,8
Високий рівень ПТСР	11	19,3	6	10,5

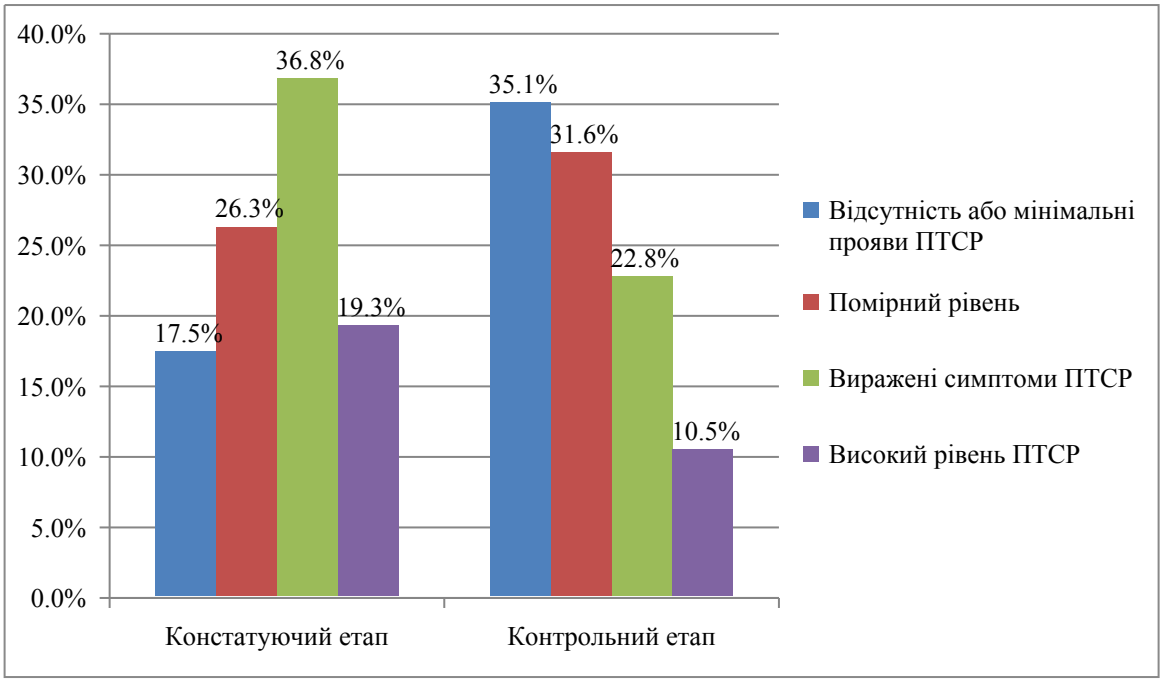


Рис. 3.3 Результати за шкалою негативні зміни у когніціях та настрої (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняння результатів констатувального та контрольного етапів дослідження показало позитивну динаміку змін за шкалою негативних змін у когніціях та настрої. Якщо на початковому етапі найбільша частина респондентів демонструвала виражені симптоми ПТСР (36,8%) та високий рівень проявів (19,3%), то після реалізації програми спостерігається зменшення цих показників до 22,8% та 10,5% відповідно.

Водночас збільшилася кількість осіб із відсутністю або мінімальними проявами симптоматики (з 17,5% до 35,1%) та помірним рівнем проявів (з 26,3% до 31,6%). Це свідчить про зниження інтенсивності негативних емоційних пережи-

вань, покращення емоційного стану та позитивний вплив проведеної психокорекційної програми на психологічне благополуччя учасників дослідження.

Таблиця 3.4

Результати за шкалою симптоми гіперактивації (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Констатуючий етап		Контрольний етап	
	Кількість осіб	% від вибірки	Кількість осіб	% від вибірки
Відсутність або мінімальні прояви ПТСР	12	21,1	21	36,8
Помірний рівень	17	29,8	19	33,3
Виражені симптоми ПТСР	19	33,3	11	19,3
Високий рівень ПТСР	9	15,8	6	10,5

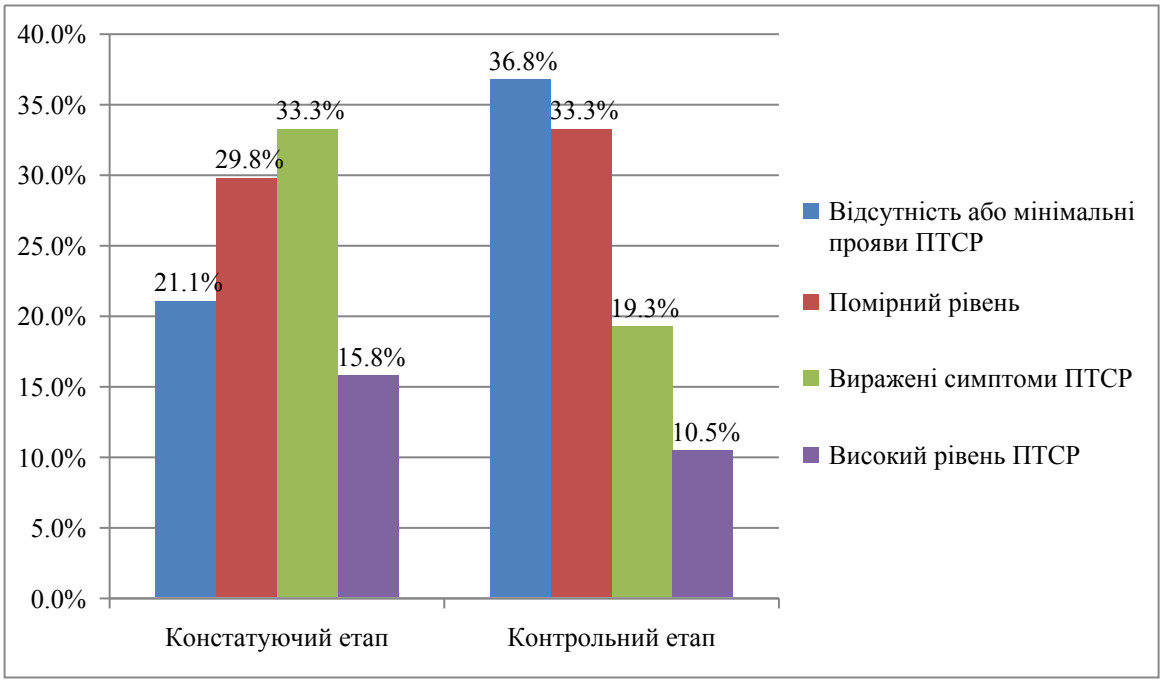


Рис. 3.4 Результати за шкалою симптоми гіперактивації (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняльний аналіз результатів дослідження за шкалою симптомів гіперактивації засвідчив позитивні зміни після реалізації психокорекційної програми. Якщо на констатувальному етапі найбільша частина респондентів демонструвала

виражені симптоми ПТСР (33,3%) та високий рівень проявів (15,8%), то на контрольному етапі ці показники зменшилися до 19,3% та 10,5% відповідно.

Водночас спостерігається збільшення кількості осіб із відсутністю або мінімальними проявами симптоматики (з 21,1% до 36,8%) та помірним рівнем проявів (з 29,8% до 33,3%). Отримані результати свідчать про зниження рівня емоційної напруги, дратівливості та підвищеної збудливості, що підтверджує позитивний вплив проведеної програми на психоемоційний стан учасників дослідження.

Таким чином, дані методики PCL-5 показали, що переважна частина учасників мала виражений або високий рівень посттравматичних симптомів. Найбільш інтенсивними виявилися кластери інтризій та гіперактивації, що свідчило про наявність нав'язливих спогадів, емоційних «вторгнень», підвищеної пильності, фізіологічного напруження та труднощів зі сном. Водночас високі бали за кластером «негативні зміни у когніціях і настрої» вказували на глибокі когнітивно-афективні порушення: почуття провини, різке зниження віри у власні можливості, негативні моделі сприйняття себе й світу, емоційну відстороненість і труднощі у відчутті позитивних емоцій [51, с.50].

Після завершення корекційної програми, результати якої продемонстрували суттєве зменшення інтенсивності емоційних порушень. Відбулися виражені зміни у всіх кластерах шкали PCL-5. Інтризії стали менш частими, менш інтенсивними та менш емоційно навантаженими [52, с.220]. Клієнти відзначали, що травматичні спогади більше не супроводжуються такою гострою тілесною реакцією; вони стали здатними усвідомлювати моменти емоційного «вторгнення» й застосовувати техніки заземлення, візуалізації або дихального контролю.

Значне покращення також спостерігалося у кластері «гіперактивації». Фізіологічні симптоми – тремтіння, напруження, неможливість розслабити м'язи, проблеми зі сном – зменшилися у переважної частини учасників. Вони повідомляли про зниження частоти нічних пробуджень, зменшення відчуття перманентної пильності та зростання рівня загальної тілесної релаксації. Це стало можливим завдя-

ки системному застосуванню технік тілесної стабілізації та методів саморегуляції, які були центральними елементами програми.

Особливо показовою була динаміка у когнітивно-афективних проявах ПТСР. Після завершення програми клієнти значно рідше демонстрували ознаки негативного мислення, самозвинувачення, безнадійності та внутрішньої порожнечі. Учасники почали усвідомлювати зв’язок між своїми переживаннями та травматичним досвідом, що знизило інтенсивність внутрішньої боротьби та сприяло нормалізації емоційних реакцій. Робота з емоційною пам’яттю, техніки переосмислення досвіду та ресурсні вправи дозволили клієнтам поступово змінювати спосіб інтерпретації власних почуттів, що мало вирішальне значення для покращення психоемоційної стабільності [53, с.224].

За результатами другої методики «Шкали депресії, тривожності та стресу» (DASS-21) було визначено результати за кожною шкалою, результати представлено в таблицях 3.5 – 3.7 та на рисунках 3.5 – 3.7.

Таблиця 3.5

Результати за шкалою депресії (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	**Констатуючий етап**		**Контрольний етап**	
	Кількість осіб	**% від вибірки**	**Кількість осіб**	**% від вибірки**
Нормальний рівень	12	21,1	20	35,1
Легкий рівень	10	17,5	14	24,6
Помірний рівень	17	29,8	13	22,8
Високий рівень	11	19,3	7	12,3
Дуже високий рівень	7	12,3	3	5,2

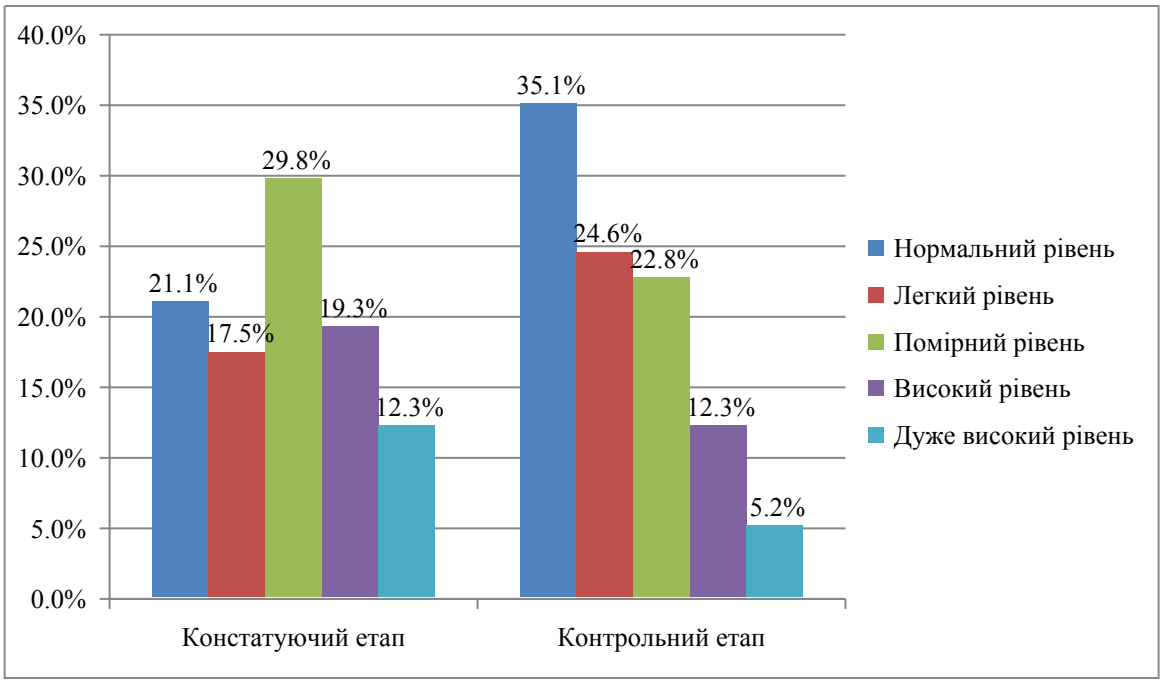


Рис. 3.5 Результати за шкалою депресії (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняння результатів за шкалою депресії методики DASS-21 на констатувальному та контрольному етапах дослідження засвідчило позитивні зміни у психоемоційному стані учасників. Якщо на початковому етапі значна частина респондентів мала помірний (29,8%), високий (19,3%) та дуже високий (12,3%) рівні депресії, то після реалізації програми спостерігається зменшення кількості осіб із вираженими проявами депресивних станів.

Водночас кількість досліджуваних із нормальним рівнем депресії зросла з 21,1% до 35,1%, а частка осіб із легким рівнем також дещо збільшилася. Зменшення показників високого та дуже високого рівнів депресії свідчить про покращення емоційного стану учасників дослідження та підтверджує позитивний вплив проведеної психокорекційної програми.

Таблиця 3.6

Результати за шкалою тривожності (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Констатуючий етап		Контрольний етап	
	Кількість	% від вибі-	Кількість	% від

	осіб	рки	осіб	вибірки
Нормальний рівень	9	15,8	17	29,8

Продовження таблиці 3.6

Легкий рівень	8	14	14	24,6
Помірний рівень	18	31,6	13	22,8
Високий рівень	13	22,8	8	14
Дуже високий рівень	9	15,8	5	8,8

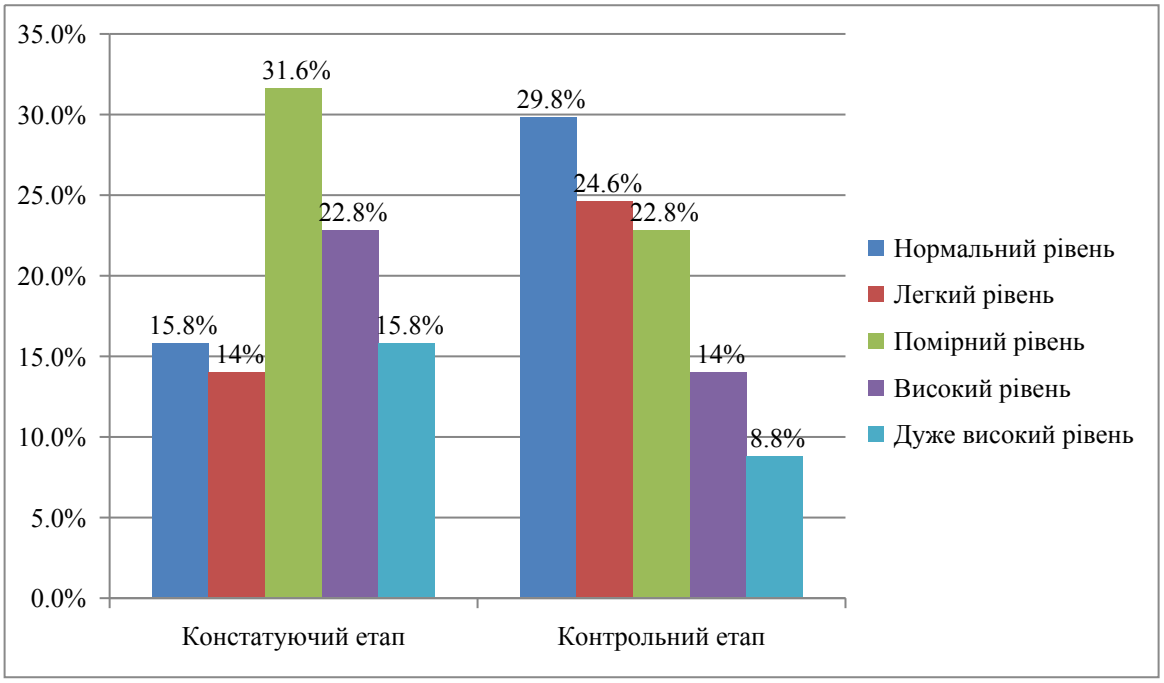


Рис. 3.6 Результати за шкалою тривожності (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняльний аналіз результатів за шкалою тривожності методики DASS-21 показав позитивну динаміку після проведення психокорекційної програми. На констатувальному етапі значна частина респондентів мала помірний (31,6%), високий (22,8%) та дуже високий (15,8%) рівні тривожності, що свідчило про підвищений рівень внутрішньої напруги та емоційної нестабільності.

Після реалізації програми спостерігається збільшення кількості осіб із нормальним рівнем тривожності (з 15,8% до 29,8%) та легким рівнем, а також зменшення частки респондентів із високим та дуже високим рівнями тривожності.

Отримані результати свідчать про зниження рівня емоційної напруги та покращення психологічного стану учасників дослідження.

Таблиця 3.7

Результати за шкалою стресу (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Констатуючий етап		Контрольний етап	
	Кількість осіб	% від вибірки	Кількість осіб	% від вибірки
Нормальний рівень	10	17,5	18	31,6
Легкий рівень	11	19,3	15	26,3
Помірний рівень	16	28,1	12	21,1
Високий рівень	13	22,8	8	14
Дуже високий рівень	7	12,3	4	7

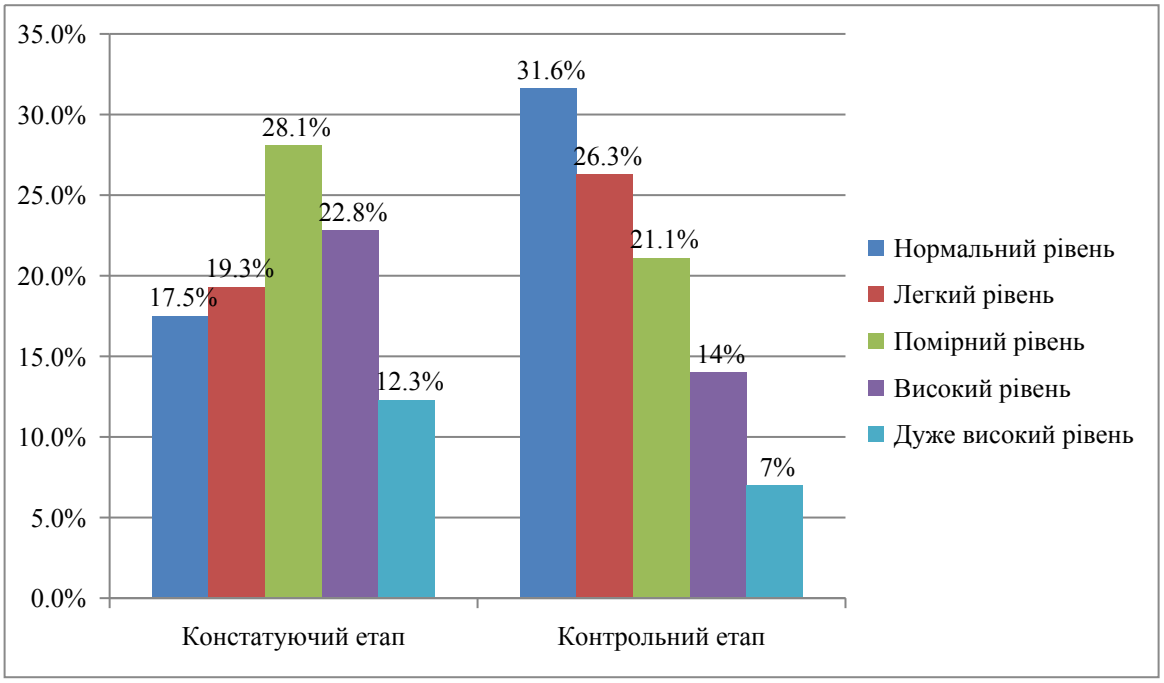


Рис. 3.7 Результати за шкалою стресу (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняння результатів за шкалою стресу методики DASS-21 на констатувальному та контрольному етапах дослідження показало позитивну динаміку змін. Якщо на початковому етапі значна частина респондентів мала помірний (28,1%), високий (22,8%) та дуже високий (12,3%) рівні стресу, то після реалізації програми спостерігається зменшення кількості осіб із вираженими проявами стресових переживань.

Водночас кількість досліджуваних із нормальним рівнем стресу зросла з 17,5% до 31,6%, а також збільшилася частка осіб із легким рівнем проявів. Зменшення показників високого та дуже високого рівнів стресу свідчить про покращення психоемоційного стану учасників дослідження та підтверджує ефективність проведеної психокорекційної програми.

Результати DASS-21 відобразили значну емоційну нерівновагу: високі показники тривожності свідчили про фізіологічні прояви страху, панічні реакції, напруження, надмірну збудливість. Стрес проявлявся як хронічне внутрішнє перенапруження, дратівливість, відчуття неможливості контролювати власні реакції. Депресивні симптоми характеризувалися емоційним виснаженням, почуттям безнадії, зниженням мотивації та труднощами у відчутті радості. Усе це засвідчувало, що клієнти потребували комплексної корекційної роботи, спрямованої на відновлення емоційної стабільності та зменшення впливу травматичного досвіду на функціонування психіки.

Позитивна динаміка була зафіксована і за шкалами депресії, тривожності та стресу DASS-21. Рівень тривожності суттєво знизився: фізіологічні прояви страху стали більш контрольованими, епізоди панічних реакцій зменшилися, клієнти навчилися розпізнавати моменти наростання напруги та вчасно застосовувати техніки уповільнення і заспокоєння. Стресові реакції також зменшилися: учасники демонстрували більшу емоційну витривалість, спокійніше реагували на подразники, а також виявляли вищу здатність до самоконтролю. Що стосується депресивних симптомів, то їх зниження вказує на покращення загального емоційного тонусу, зростання інтересу до життя та появу мотивації до саморозвитку [54, с.57].

За результатами третьої методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (за Холмсом і Раге), яка дозволяє визначити рівень стресового навантаження та адаптаційного потенціалу клієнтів у відповідь на пережиті події, представлено в таблиці 3.8 та рисунку 3.8.

Таблиця 3.8

Результати методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (констатуючий та контрольний етапи)

Рівень	Бали	Констатуючий етап		Контрольний етап	
		Кількість осіб	% від вибірки	Кількість осіб	% від вибірки
Високий	≥ 300	28	49,1	16	28,1
Помірний	150-300	21	36,8	26	45,6
Низький	< 150	8	14	15	26,3

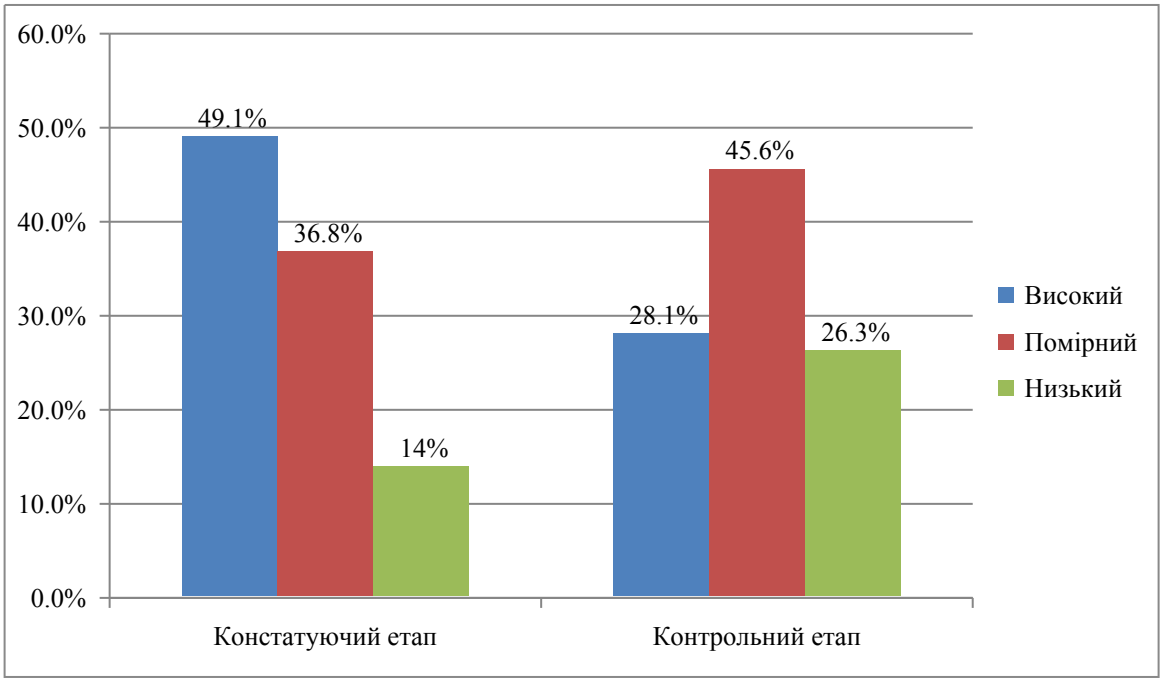


Рис. 3.8 Результати методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації (констатуючий та контрольний етапи)

Порівняльний аналіз результатів методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації за Холмсом і Раге показав позитивні зміни після проведення психокорекційної програми. На констатувальному етапі майже половина респондентів (49,1%) мала високий рівень стресового навантаження, що свідчило про значну ймовірність розвитку психоемоційного напруження та труднощів соціальної адаптації.

Після реалізації програми спостерігається зменшення кількості осіб із високим рівнем стресового навантаження (з 49,1% до 28,1%) та збільшення частки респондентів із помірним і низьким рівнями, що свідчить про підвищення рівня

стресостійкості та покращення адаптаційних можливостей учасників дослідження. Отримані результати підтверджують позитивний вплив проведеної програми на психоемоційний стан респондентів.

Дані шкали Холмса–Раге дозволили оцінити зміну суб'єктивного впливу життєвих стресових подій. Хоча кількість стресорів з об'єктивних причин не могла змінитися, їх психологічний вплив зменшився. Це свідчить про розвиток емоційної резильєнтності, здатності справлятися з труднощами без різкого погіршення емоційного стану. Порівняння результатів до і після програми свідчить, що життєві стресори перестали виступати каталізаторами сильних афективних реакцій, а стали лише фоном, який можна опрацьовувати з опорою на внутрішні ресурси.

Загалом ефективність програми проявилася у покращенні всіх ключових компонентів емоційної сфери: когнітивних, афективних, фізіологічних та поведінкових. Динаміка свідчить про те, що клієнти навчилися краще контролювати власні емоції, розуміти природу власних реакцій, використовувати техніки саморегуляції, працювати з тілесними проявами тривоги та знижувати інтенсивність посттравматичних симптомів. Учасники стали більш толерантними до емоційного дискомфорту, розвинули здатність витримувати внутрішню напругу, а також повернули відчуття особистої цілісності та безпеки [55, с.297].

Отримані результати дозволяють розглянути ефективність корекційної програми не лише через призму кількісних змін, але й на рівні якісних трансформацій, що відбулися з учасниками. Важливо підкреслити, що позитивна динаміка не була одномоментною – вона формувалася поступово, у результаті багатоетапного освоєння навичок саморегуляції, переосмислення травматичного досвіду та поступового відновлення емоційної рівноваги. Це дає підстави говорити про системний характер змін, які торкнулися як емоційної, так і когнітивної, поведінкової та тілесної сфер [56, с.38].

Однією з ключових ознак позитивного впливу програми стало зменшення емоційної дезінтегрованості, що проявлялося у більшій когерентності переживань.

Якщо на початку дослідження клієнти відзначали відчуття розірваності, внутрішнього хаосу, суперечливості емоцій та небажання торкатися власних переживань, то після завершення програми вони демонстрували значно більшу здатність усвідомлювати власні емоційні стани, вербалізувати їх, розрізняти емоційні нюанси та відокремлювати поточні реакції від наслідків травми. Подібна емоційна диференційованість є важливою умовою для відновлення адаптивного функціонування й свідчить про формування зрілих механізмів регуляції [69,70].

Не менш значущим індикатором ефективності було зміцнення здатності до толерування емоційного дискомфорту. На вихідному етапі більшість учасників прагнули уникати будь-яких ситуацій, що нагадували про травматичний досвід. Це відповідало високим показникам за шкалою уникнення (PCL-5). Однак після проходження програми рівень уникнення суттєво знизився: клієнти повідомляли про готовність говорити про травматичні події, аналізувати власні реакції, повертатися до складних тем без відчуття катастрофічної загрози. Вони зазначали, що більше не переживають «емоційного паралічу» у відповідь на тригери, а здатні впоратися зі спогадами, не втрачаючи контролю. Це свідчить про формування навичок емоційної витримки та зростання психологічної стійкості [57, с.50].

Важливим моментом стала зміна ставлення до власної травми. Якщо до початку участі в програмі клієнти відзначали почуття провини, сорому, самозвинувачення, що часто характерно для травматичних переживань, то після завершення роботи спостерігалося переосмислення значення травматичної події. Клієнти змогли подивитися на пережите як на частину життєвої історії, яка не визначає їхню цінність чи особистісну повноцінність [59, с.484]. У багатьох з них з’явився досвід зовнішньої перспективи: вони почали розуміти, що їхні реакції були природними відповідями на екстремальні обставини, а не ознаками слабкості. Подібне когнітивно-рефлексивне переосмислення знижує інтенсивність вторинних травматичних реакцій і становить основу для довготривалої психологічної стабілізації.

Варто також зупинитися на зміні тілесних корелятів емоційної напруги. Уча-

сники відзначали, що на початку роботи для них були характерні соматичні прояви: м’язова скутасть, тремтіння, головний біль, порушення сну, болі у грудях або животі. Після систематичного застосування дихальних технік, практик тілесного сканування, прогресивної м’язової релаксації та вправ на заземлення більшість клієнтів повідомила про помітне зменшення тілесного дискомфорту. Це підтверджує, що робота з тілом є обов’язковим компонентом терапії травматичного досвіду, оскільки фізіологічні реакції часто стають основою закріплення хронічної тривоги та гіперактивації [60, с.13].

Суттєві зміни відбулися і в соціально-поведінковій сфері. До участі у програмі клієнти часто вказували на труднощі у міжособистісному спілкуванні, підвищену чутливість до критики, страх конфлікту, недовіру до оточення та схильність до ізоляції. Наприкінці участі у програмі багато з них повідомили про відновлення соціальних зв’язків, повернення почуття близькості, здатність звертатися по допомогу, участь у підтримувальних взаємодіях. Це стало можливим завдяки груповому формату програми, який створив простір безпечного спілкування, сприяв формуванню навичок відкритої комунікації, взаємної підтримки та нормалізації емоційних реакцій [62, с.115].

Особливо позитивними виявилися зміни у сфері саморегуляції. Якщо до програми більшість учасників у стані емоційного напруження застосовували дезадаптивні стратегії (уникнення, надмірний контроль, емоційне блокування, імпульсивність), то після її завершення вони демонстрували вищу гнучкість та включення адаптивних механізмів. Клієнти навчилися використовувати техніки зниження напруги, розпізнавати перші ознаки емоційної ескалації, переключати увагу, брати паузи, застосовувати методи когнітивного переформулювання. Це дозволило їм зменшити інтенсивність негативних емоцій і запобігти розвитку стресових реакцій [63, с.188].

Ефективність програми також проявилася у зростанні рівня суб’єктивного контролю. Учасники почали повідомляти про відновлення відчуття впливу на

власне життя, наявність вибору, здатність планувати майбутнє та приймати рішення. До початку корекційного процесу багато клієнтів перебували у стані «емоційної безпорадності», коли будь-яка життєва ситуація сприймалася як неконтрольована та безнадійна. Поступове повернення відчуття особистісної компетентності є важливою умовою зниження депресивної симптоматики та формування стійкості [64, с.172].

Ще одним важливим результатом програми стало підвищення рівня мотиваційної активності. Травматичний досвід часто супроводжується втратою життєвих цілей, апатією, зниженням інтересу до значущих справ. Завдяки включенню ресурсно-орієнтованих технік, вправ на визначення цінностей, занять із відновлення життєвих орієнтирів клієнти демонстрували повернення мотиваційного тонусу: починали ставити перед собою досяжні цілі, планувати майбутні дії, шукати нові сенси та сфери діяльності. Цей ефект має особливе значення, оскільки він визначає потенціал подальшого особистісного росту та запобігає поверненню симптомів [65, с.258].

Важливо й те, що програма сприяла формуванню навичок усвідомленого ставлення до власного емоційного життя. Клієнти зазначали, що почали краще розуміти причинно-наслідкові зв’язки між подіями, думками, емоціями та поведінкою. Зростання рівня рефлексії дозволило їм швидше розпізнавати деструктивні патерни, вчасно їх коригувати та будувати більш адаптивні стратегії реагування. Зворотній зв’язок від учасників показує, що в результаті програми вони стали більш емоційно зрілими, уважними до своїх почуттів та емоційно стабільними.

Не можна оминути і той факт, що груповий формат роботи став важливим терапевтичним фактором. Відчуття приналежності, розуміння, можливість чути досвід інших, «нормалізація» власних переживань через усвідомлення їх спільності – усе це сприяло зниженню почуття ізоляції, яке є типовим для людей із травматичним досвідом [66, с.43]. Учасники відзначали, що в групі вони могли вперше за

довгий час відчути підтримку, прийняття та емоційний контакт, що суттєво підвищувало ефективність корекційного процесу.

Додатково важливо підкреслити, що ефективність програми проявилася не лише в окремих позитивних змінах, але й у формуванні цілісної тенденції до відновлення психологічної рівноваги. Простежувалося поступове вирівнювання емоційного фону, що проявлялося у зменшенні різких коливань настрою, стабілізації рівня психофізіологічної активації та зниженні інтенсивності реакцій на стресові стимули. Учасники зазначали, що після проходження програми вони стали спокійніше реагувати на зовнішні подразники, легше переносити невизначеність і менше відчувати внутрішню напруженість у ситуаціях, які раніше викликали емоційні зриви. Ця тенденція особливо важлива, оскільки її можна розглядати як маркер довготривалої дії корекційної програми, що виходить за межі лише диагностичних змін [67, с.56].

Позитивні зміни відбувалися також у сфері усвідомлення власних потреб і кордонів. До початку роботи багато учасників мали труднощі у визначенні власних меж, часто поступалися іншим навіть на шкоду власному добробуту, що було наслідком зниженого самоприйняття та нестачі внутрішнього ресурсу. У процесі роботи клієнти отримали можливість дослідити власні емоційні реакції, відчути право на особисті межі та навчитися заявляти про них відкрито й конструктивно. Такі зміни свідчать про зростання рівня автономності, що є ключовим компонентом психологічної відновлюваності [68, с.131].

Таким чином, результати ефективності програми демонструють багатовимірний, системний та стійкий характер позитивних змін. Корекційна програма не лише зменшила інтенсивність посттравматичних симптомів, тривоги, але й сприяла глибоким особистісним трансформаціям, відновленню емоційної рівноваги, розвитку навичок саморегуляції, покращенню міжособистісних взаємин.

Висновки до третього розділу

На основі результатів констатувального етапу дослідження була визначена необхідність цілеспрямованого впливу на ключові компоненти емоційної дезадаптації, зумовленої травматичними подіями: підвищений рівень тривоги, депресивності, симптомів ПТСР, емоційної нестабільності, дезадаптивних копінг-стратегій та зниженого ресурсу саморегуляції. Виявлені порушення стали теоретичним і практичним підґрунтям для створення комплексної корекційної програми, що охоплює когнітивний, емоційний, поведінковий та тілесно-орієнтований напрями роботи.

Розроблена програма передбачала поєднання психоедукації, когнітивно-поведінкових технік, методів емоційної регуляції, технік тілесної стабілізації, групових форм взаємодії та індивідуальної терапевтичної підтримки. Така мультимодальна структура дала змогу впливати на різні рівні функціонування особистості – від базової фізіологічної реактивності до глибинних когнітивних переконань, що підтримують посттравматичну симптоматику. Особливий акцент було зроблено на формуванні навичок саморегуляції, відновленні внутрішніх ресурсів, переосмисленні травматичного досвіду та відбудові відчуття безпеки, що є центральними завданнями роботи з травмованими клієнтами.

Аналіз ефективності програми засвідчив позитивну динаміку за всіма діагностичними показниками. Було зафіксовано суттєве зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу за шкалою PCL-5, зменшення рівня депресії, тривоги та стресу за DASS-21, а також зниження загального стресового навантаження за шкалою Холмса–Раге. Клієнти продемонстрували посилення емоційної стабільності, покращення когнітивної гнучкості, підвищення рівня усвідомлення емоцій та здатності до конструктивної саморегуляції. Значущі кореляційні зв’язки, встановлені між різними симптомокомплексами, підтвердили системний характер позитивних змін.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на комплексний аналіз психологічних механізмів формування емоційних станів у клієнтів з травматичним досвідом, емпіричне вивчення структурних компонентів їхнього психоемоційного стану та розробку ефективної програми корекції, що враховує специфіку посттравматичних реакцій. Робота об'єднала теоретичний, методологічний, емпіричний і прикладний напрями дослідження, дозволивши виявити закономірності впливу травматичних подій на емоційну сферу людини та окреслити дієві інструменти психологічної допомоги.

Першочерговим результатом стало глибоке теоретичне обґрунтування природи емоційних станів особистості, у межах якого було встановлено, що емоційні стани є складними інтегративними реагуваннями, що формуються під впливом когнітивних оцінок, фізіологічних механізмів, особистісних диспозицій та соціального контексту. Аналіз різних концепцій – психодинамічної, біхевіористичної, когнітивної та гуманістичної – підтвердив, що жоден теоретичний підхід не може вичерпно пояснити природу емоційних порушень після травматичних подій, однак інтеграція їх положень дає змогу сформувати багатовимірну модель посттравматичних реакцій. Саме ця інтегративність дозволила концептуально пов'язати травматичний досвід із емоційною дисфункцією, дисоціативними проявами, порушенням саморегуляції та формуванням стійких негативних когнітивних схем.

У межах другого теоретичного напряму було обґрунтовано роль травматичного досвіду як детермінанти емоційних порушень. Продемонстровано, що травма впливає не лише на емоційну сферу, але й на когнітивні процеси, тілесні реакції, соціальну поведінку та цілісну структуру особистості. Було виявлено, що травматичні події спричиняють хронічні зміни в системах саморегуляції, викликають стійкі порушення у вигляді симптомів посттравматичного стресового розладу, депресивних та тривожних симптомів, а також значно знижують здатність до адаптації у повсякденному житті. Важливо, що травма виявляє пролонговану дію, впливаючи на внутрішню картину світу та визначаючи специфіку емоційного реагування

навіть через багато років після події. Таким чином, теоретичне опрацювання проблеми стало підґрунтям для розуміння того, чому клієнтам із травматичним досвідом потрібні цілеспрямовані корекційні втручання.

Емпірична частина роботи дозволила отримати статистично значущі дані щодо особливостей емоційних порушень у вибірці клієнтів, які пережили різні типи травматичних ситуацій. Результати за шкалою посттравматичного стресового розладу PCL-5 вказали на високий рівень інтрузивних симптомів, уникнення, негативних змін у когнітивній сфері та гіперактивації у значної частини учасників. Це свідчить про сформовані та стійкі патерни посттравматичної симптоматики, що без належного втручання зберігаються упродовж тривалого часу і поглиблюють емоційну нестабільність.

Показники за шкалою DASS-21 демонстрували підвищені рівні депресивності, тривожності та стресу, що підтвердило системність емоційних порушень і їхню взаємообумовленість із симптомами ПТСР. За методикою Холмса–Раге було виявлено значне психосоціальне навантаження, що свідчило про сукупний вплив життєвих стресорів на поглиблення емоційної дезадаптації. Особливо важливо, що результати кореляційного аналізу показали тісний зв’язок між інтрузивними симптомами, негативними когнітивними схемами, тривогою, депресією та загальним рівнем стресового навантаження. Це дозволило сформулювати висновок про наявність єдиного симптомокомплексу, характерного для осіб із травматичним досвідом, який підтримується взаємним підсиленням різних показників емоційної дезадаптації.

Отримані результати стали теоретичною основою для створення корекційної програми, представленої у третьому розділі. Програма була спрямована на зниження інтенсивності посттравматичних симптомів, відновлення емоційної регуляції, розвиток навичок самоконтролю, стабілізацію психофізіологічного стану та формування адаптивних копінг-стратегій. Її мультимодальна структура охоплювала психоедукацію, когнітивно-поведінкові техніки, емоційно-орієнтовані методи, тілесні

інтервенції, елементи майндфулнес, арттерапевтичні практики та групову взаємодію. Така комплексність відповідає сучасним підходам до психотерапії травми, які базуються на необхідності одночасної роботи з когнітивним, емоційним, поведінковим і тілесним рівнями функціонування особистості.

Аналіз ефективності програми підтвердив, що цілеспрямовані психокорекційні втручання здатні істотно трансформувати структуру емоційних порушень у клієнтів із травматичним досвідом. Після завершення програми було зафіксовано зниження інтенсивності інтрузивних симптомів, уникнення, гіперактивації, депресивності, тривожності та суб'єктивного рівня стресу. Також підвищилася якість емоційної саморегуляції та психологічної адаптації, з'явилися ознаки відновлення контролю над власним життям, зміцнення внутрішніх ресурсів та зростання резільєнтності. Зменшення взаємної кореляції між окремими симптомами після проходження програми свідчило про деконструкцію патологічної структури емоційної дезадаптації та формування більш здорових патернів реагування.

Таким чином, дослідження підтвердило висунуту гіпотезу: застосування спеціально розробленої корекційної програми, орієнтованої на роботу з травматичним досвідом, сприяє зниженню рівня тривожності, депресивності, посттравматичної симптоматики та загального психоемоційного дистресу. Позитивна динаміка після участі у програмі демонструє дієвість мультимодального підходу, який дає змогу врахувати індивідуальні особливості переживання травми та забезпечує глибоку трансформацію емоційної сфери клієнтів.

Проведене дослідження дозволило окреслити низку важливих практичних орієнтирів щодо організації психологічної допомоги клієнтам із травматичним досвідом. Зокрема, проявилася необхідність забезпечення поступовості корекційного впливу: від стабілізації емоційного стану – до роботи з травматичними спогадами та відновлення здатності до саморегуляції. Емпіричні результати засвідчують, що клієнти зі значною посттравматичною симптоматикою потребують чітко структурованих інтервенцій, оскільки хаотична, неорганізована чи надто швидка

робота може спричинити ретравматизацію та поглиблення емоційної дестабілізації.

Окремої уваги потребує той факт, що позитивні зміни, зафіксовані після впровадження програми, значною мірою пов’язані не лише з конкретними техніками чи методами, а й зі створенням підтримувального терапевтичного середовища. Згідно з отриманими даними, значна частина учасників відзначала, що саме атмосфера прийняття, відсутності оцінювання, емпатійне ставлення психолога та досвід групової взаємодії стали ключовими чинниками їхньої стабілізації й подальшої готовності до глибшої роботи з травматичним досвідом.

Отримані результати також дозволяють визначити перспективні напрями подальших наукових досліджень. Доцільним є розширення вибірки, включення контрольної групи, а також аналіз впливу соціальних, культурних і гендерних чинників на специфіку посттравматичних реакцій. Особливу цінність має можливість дослідження довготривалих ефектів корекційної програми з метою визначення її пролонгованої результативності та виявлення факторів, що сприяють збереженню позитивних змін. Це дасть змогу не лише вдосконалювати існуючі програми психологічної допомоги, а й формувати нові інноваційні моделі підтримки осіб, які пережили травматичні події, з урахуванням сучасних викликів та потреб суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамян Н.Д., Муранова Н.П., Ягодзінський С.М. Індивідуально-психологічні чинники сприймання травмуючи подій. Вісник післядипломної освіти. Вип. 21(50). Серія «Соціальні та поведінкові науки». 2020. С. 10-27

2. Бондаревська Л.Л, Лещенко І.Т. Вплив психічної травми на переживання суб'єкта. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 31 (70) № 3. 2020. С. 60-64

3. Бабелюк О.В., Гоцуляк Н.Є. Психологія травмуючих ситуацій: навчально-методичний посібник. – Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друкарня «Рута», 2021. – 110 с

4. Бошган, В. Диференціація соціальної тривожності та окреслення її основних маркерів. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського: зб. наук. пр. Серія: Психологічні науки, 2017. 1(17), 28-34.

5. Бондарук Ю. С., Коломієць А. М. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу людських реакцій на травматичну ситуацію. Том 26, 2018. С. 43-47

6. Біловол О. В. Травматичний досвід як фактор емоційного стану: монографія. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. 184 с.

7. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник. Львів: Свічадо. 2017. Т. 43. С. 448.

8. Будницька О.А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації : дис. канд. психол. наук Київ : Нац. унт ім. Тараса Шевченка. 2021. С. 170.

9. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи. 2023. Вип. 41. С. 55–73.

10. Василенко В. Оприявнюючи незриме, проговорюючи невимовне: категорія травми в об'єктиві сучасних досліджень. Слово і Час. 2017. № 11. С. 43–55.

11. Василюк О.П Теоретико-методологічний аналіз поняття «травматична пам'ять» з позиції когнітивного підходу. О.П. Василюк. Вісник Харківського

педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Вип..48. 2020. С. 29-36.

12. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену // Психологічні тривоги: науковий журнал. 2023. № 2. С. 41-50.

13. Грись А. М., Травенко О. С. Емоційні стани як детермінанти становлення особистісних рис. Актуальні проблеми психології. 2018. Т. 11. Вип. 18. С. 64-81.

14. Грандт В.В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти другого магістерського рівня за освітньо-професійною програмою «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 110 с.

15. Герман Д., Психологічна травма та шлях до видужання, Львів, Видавництво Старого Лева, 2017. С. 60-62

16. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання / / Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України, 2019. №1 (74). 390 с.

17. Гриньова Н. Дослідження психотравм особистості та шляхи їх корекції у форматі позитивної психотерапії / / Психологічний журнал, 2019. 10 с.

18. Діденко Г.О. Психологічні особливості життєвого стилю осіб з травматичним досвідом:автореф. дис. канд.псих. наук: 19.00.01. Луцьк, 2020. 20 с.

19. Дворник М. С. Психосоціальна підтримка особистості в умовах травматизації. Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2020. 176 с.

20. Ентоні, М.М., Рова, К. Розлад соціальної тривоги / Серія «Поступ у психотерапії. Практика, що ґрунтується на наукових доказах». (К. Явна, Нед.). Інститут психічного здоров'я УКУ. 2018. С. 59 – 63.

21. Єрмоленко С. В. Психологічна травма та її наслідки: діагностика та корекція. Суми : СумДУ, 2021. с. 112

22. Євсюков О. П., Садковий В. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2020. № 7. С. 120–128.

23. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2019. Вип. 128. С. 108–111

24. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості / Б. Б. Іваненко / / Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Педагогіка, психологія, філософія. К., 2018. Випуск 239. 95 с.

25. Качмар Л. Травматичний стрес із психотерапевтичної перспективи.Київ: Видавництво «Крок», 2019

26. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія / В. О. Климчук ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

27. Кучманич І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості / / Збірник наукових праць. К – ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. №36. 159 с.

28. Коць, Є.М. Психологічна природа осіб із соціальною тривожністю. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2017. 6 (1), С. 92-96.

29. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. – Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.

30. Котигорошко, Н. М., Іванова, Г. Ю., Максименко, С. Д. Особливості травматичного досвіду та стрес-реакцій у молоді в Україні. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – 2018, Серія 12: Психологічні науки, (42), С. 24-32.

31. Лупко С. Стратегії подолання психічної травми. Соціальна психологія. Вип. № 5 (7). 2017. С. 25–35.

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

33. Левітов, І. С., Лазуренко, О. М. Травма як причина порушення ментального здоров'я в контексті терапевтичної практики. Український журнал клінічної та медичної психології, – 2019. 4(23). С. 126-135.

34. Максименко С. Д. Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості / за ред. С. Д. Максименка. Київ: ТОВ «КММ», 2018. 296 с.

35. Михальська Ю.А., Ренке С.О. Особливості механізмів психологічного захисту особистості. Проблеми сучасної психології. Вип. 30. 2019. С. 417-427.

36. Максименко С. Д., Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок травматичних подій : посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2019. С. 150.

37. Мюнкер-Крамер Є. Терапія психологічної травми за допомогою EMDR. Львів. ВНТЛ-Класика, 2020.

38. Москалець В. П. Загальна психологія: підручник (для студентів-психологів). К.: Ліра-К, 2019. 563 с.

39. Носенко Д. О. Психотерапія травми: сучасні методи та технології : навчальний посібник. Дніпро : ДНУ імені Олеся Гончара, 2023. 196 с

40. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. / заг. редакція: Н. Пророк. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

41. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посібн.; Нац. акад. внутр. справ. Київ : НАВС, 2023. С. 109.

42. Онищенко Н. В. Горе як реакція постраждалого на втрату. Проблеми кризової психології. 2018. Вип. 12. Ч. ІІ. С. 33–39.

43. Психологія діяльності в особливих умовах : словник-довідник / за заг. ред. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2021. 118 с.

44. Психологія травмуючих ситуацій : лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / укладачі О.А. Резнікова. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 135с.

45. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / [З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2018. 207 с.

46. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

47. Панова Н.М. Формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб з травматичним досвідом. Збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальне забезпечення та соціальна робота в умовах сучасних викликів» (15 листопада 2024 року). Хмельницький: Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, 2024.

48. Пилипака Ю. І., Гамарнюк О. В., Романюк В. Л. Психічна травма як функціональна модель розладів психіки і поведінки особистості. Психологія: реальність і перспективи. 2021. № 4. С. 205–210.

49. Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали : навч.-метод. посіб. для здобувачів другого (магістерського) рівня спец. 053 «Психологія» / уклад. О. А. Резнікова. Слов'янськ : ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.

50. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. Львів : Колесо, 2020. 208 с.

51. Сандал О.С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. Вип. 2. 2021. С. 49-62.

52. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

53. Собчик О. А. Психологічна травма: діагностика та корекція. Харків : Фоліо, 2021. 224 с.

54. Сандал О. С. Аспекти емоційних станів як основа індивідуально психологічних якостей особистості. Інтеграція науки та практики як механізм ефективного розвитку суспільства : матеріали наук.-практ. конф. (Львів, 26–27 лют. 2021 р.). Херсон : Молод. вчений, 2021. С. 56–60.

55. Ставицька С.О., Улько Н.М. Психотерапевтична допомога особистості у кризово-травматичних життєвих ситуаціях. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми) / Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2018. С. 297–298.

56. Сокольський К. Ю., Яременко І. В. Моделі психологічної підтримки осіб у кризових станах. Тернопіль : Видавництво ТНПУ, 2020. С. 38.

57. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю.С.Семенова // Український науково-медичний молодіжний журнал -Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції, м. Київ, 11- 12 травня 2021 р.: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2021. – с. 50-54

58. Титаренко Т. М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. ст. Київ : Міленіум, 2019. 150 с.

59. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. – Київ : НУОУ імені Івана Черняховського, 2020. – 484 с.

60. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості, 2017. 13 с.

61. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

62. Ткачук Т. А. Копінг-стратегії у подоланні наслідків психологічної травми. Психологічний часопис. 2020. Том 6. № 9. С. 114-125.

63. Федоренко Р. П. Психологічна травма : діагностика та шляхи її подолання. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 188 с.

64. Хомич Г. О. Основи психологічної допомоги при травматичному досвіді : навчальний посібник. Переяслав : ДВНЗ Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди, 2019. С. 172.

65. Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2023. Вип. 13. С. 258-265

66. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : нвчальний посібник // Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценок, В. Кочубей, Л. Гридковець : за заг. ред.: Л. Царенко. Київ , 2018. 240. С. 43-44.

67. Чудаєва Н., Наталя Н., Мурашкевич О. Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога : довідник / За заг. ред. : Н. Чудаєва. Рада Європи, 2022. С. 55-74.

68. Чумаєва Ю.В., Малиш В.Є., Коваленко Н.В. Короткострокова корекція психічних травм особистості засобами EMDR травмотерапії. Наукові перспективи: журнал. 2024. № 1(43) 2024. С. 130-139.

69. Luthans F., Avolio B., Avey J., Norman S. Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. Personnel Psychology, 60(3), 2017. - p.541-572.

70. Ryff, C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and Psychosomatics. 2017

ДОДАТКИ

Додаток

Програма групових занять з клієнтами з травматичним досвідом

№ заняття	Тема	Мета	Основні методи
1	Вступ, створення безпечного простору	Формування довіри, зниження напруги	Психоедукація, правила групи

2	Реакції на травму. Нормалізація симптомів	Усвідомлення механізмів ПТСР	Лекція, обговорення, техніки стабілізації
3	Техніки заземлення	Стабілізація емоційних реакцій	Дихальні вправи, робота з тілом
4	Усвідомлення емоцій	Розпізнавання емоційних тригерів	Арт-терапія, щоденник емоцій
5	Емоційна регуляція	Формування навичок самоконтролю	ДБТ-техніки, релаксація
6	Особистісні ресурси	Виявлення внутрішніх ресурсів	Мандала ресурсу, майндфулнес
7	Негативні переконання	Виявлення дисфункційних думок	КПТ-техніки
8	Трансформація переконань	Розвиток адаптивного мислення	Сократівський діалог
9	Подолання почуття провини, сорому	Робота з самооцінкою	Рефреймінг, самоусвідомлення
10	Робота з травматичним досвідом	Поступове опрацювання травми	Наративна техніка
11	Інтеграція досвіду	Перетворення переживань у ресурси	Арт-терапія, проективні методи
12	Завершення програми	Підсумок змін, план подальшого розвитку	Рефлексія, ресурсні вправи