

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»**

Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

**ВПЛИВ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПІДВИЩЕННЯ
СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ОСІБ З ПТСР**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

БАЗИЛЬСЬКА АННА АНАТОЛІЇВНА

Кваліфікаційна робота

допущена до захисту

Зав. кафедри _____ **Раєвська Я.М**

«_____» _____ 2026 р.

Науковий керівник:

Федосова Л. О.

кандидат психологічних наук

Рецензент:

кандидат психологічних наук,
доцент

КИЇВ 2026

Реєстрація

_____	_____	_____
номер	дата	підпис лаборанта кафедри

**Рекомендовано
до захисту**

_____	_____	_____
підпис наукового керівника	дата	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*
курс II (*магістратура*)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри
_____ проф. Раєвська Я.М.
«__» _____ 2026р.

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Базильської Анни Анатоліївни

Тема роботи: **«Вплив позитивної психотерапії на підвищення стресостійкості у осіб з ПТСР».**

Затверджена наказом по інституту від «1» жовтня 2026 р. №_____

1. Термін подання студентом завершеної роботи «__» _____ 2026 р.
2. Цільова установка: вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу табл., рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Федосова Л. О.		
Розділ 2	Федосова Л. О.		
Розділ 3	Федосова Л. О.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичний аналіз проблеми ПТСР та ролі стресостійкості в психологічному відновленні.

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей стресостійкості у осіб з ПТСР.

Розділ 3. Підвищення стресостійкості осіб з ПТСР засобами позитивної психотерапії.

Висновки.

Список використаних джерел.

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	жовтень 2025	жовтень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	жовтень 2025	жовтень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	листопад 2025	листопад 2025
4.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2026	грудень 2026
5.	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 2926
6.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	лютий 2026	лютий 2026
7.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	лютий 2026	лютий 2026
8.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	березень 2026	березень 2026

Дата видачі завдання 01.10.2026 р.

Науковий керівник _____

(Федосова Л. О.)

Завдання прийняв до виконання

здобувач вищої освіти _____

(Базильська А. А.)

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПТСР ТА РОЛІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ ВІДНОВЛЕННІ	11
1.1. Наукові підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу та стресостійкості	11
1.2. Психологічні механізми формування стресостійкості у осіб із ПТСР	18
1.3. Позитивна психотерапія як метод розвитку стресостійкості та психологічного відновлення осіб з ПТСР	23
Висновок до першого розділу	30
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ОСІБ З ПТСР	34
2.1. Організаційні основи дослідження	34
2.2. Характеристика методичного інструментарію для діагностики ПТСР та стресостійкості	36
2.3. Аналіз результатів констатувального експерименту	44
Висновок до другого розділу	59
РОЗДІЛ III. ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСІБ З ПТСР ЗАСОБАМИ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	61
3.1. Розробка та впровадження програми позитивної психотерапії для осіб із ПТСР	61
3.2. Оцінка ефективності проведеної психокорекційної програми	66
3.3. Практичні рекомендації щодо використання технік позитивної психотерапії для підвищення стресостійкості у осіб з ПТСР	75
Висновок до третього розділу	77
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	93

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота викладена на 92 сторінках, містить 13 таблиць та 63 літературні джерела.

Об'єкт дослідження – процес підвищення стресостійкості у осіб з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Предмет дослідження – вплив методів позитивної психотерапії на розвиток стресостійкості у осіб з ПТСР.

Мета дослідження – теоретичне обґрунтування ефективності позитивної психотерапії як психокорекційного підходу для підвищення стресостійкості у осіб з посттравматичним стресовим розладом та практичне визначення психологічних умов за яких застосування її методів сприяє формуванню адаптивних копінг-стратегій, відновленню контролю над життєвими ситуаціями та зміцненню психоемоційної стабільності.

Методи дослідження. Для досягнення мети використано комплекс методів: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблем ПТСР, стресостійкості та позитивної психотерапії; емпіричні: тести-опитувальники: «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)» М. Горовиц, «Шкала депресії Бека», самооцінка психічних станів Г. Айзенка, «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна, «Шкала психічного стресу PSM-25» Лемура-Тесье-Філіона, авторська анкета для визначення травматизації учасників експерименту; практичні – застосування методик позитивної психотерапії у формуючому експерименті; методи математико-статистичної обробки – кількісний аналіз результатів дослідження та перевірка достовірності отриманих даних.

Ключові слова: позитивна психотерапія, стресостійкість, посттравматичний стресовий розлад, копінг-стратегії, психоемоційна адаптація, психокорекція.

Key words: positive psychotherapy, stress resilience, post-traumatic stress disorder, coping strategies, psycho-emotional adaptation, psychocorrection.

**ВПЛИВ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПІДВИЩЕННЯ
СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ОСІБ З ПТСР**

**THE INFLUENCE OF POSITIVE PSYCHOTHERAPY ON
ENHANCING STRESS RESILIENCE IN PERSONS WITH PTSD**

ВСТУП

Постановка проблеми та її актуальність. У сучасному суспільстві проблема психологічних наслідків травматичних подій набуває особливої значущості. Соціальні та екзистенційні виклики, такі як військові конфлікти, примусова міграція, насильство, втрата близьких або переживання інших критичних життєвих подій, часто призводять до формування посттравматичних психічних станів. Вони характеризуються високим рівнем тривожності, депресивними проявами, нав'язливими спогадами та флешбеками, емоційною лабільністю, порушенням соціальної адаптації та зниженням здатності ефективно реагувати на стресові ситуації.

Зростання поширеності симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед різних категорій населення зумовлює нагальну потребу у розробці та впровадженні ефективних психотерапевтичних підходів. Особливу актуальність набувають методи, здатні не лише зменшувати негативні прояви психотравми, а й підвищувати психоемоційну стійкість особистості, формувати адаптивні копінг-стратегії та відновлювати ресурси для активної соціальної та професійної діяльності. Системний підхід до розвитку стресостійкості передбачає врахування індивідуальних особливостей особистості, глибокий аналіз травматичного досвіду та застосування психологічних технологій, що сприяють відновленню контролю над власним життям, зниженню рівня тривоги та депресії, а також підвищенню загальної психоемоційної адаптивності.

Одним із перспективних напрямів у роботі з посттравматичними станами є позитивна психотерапія, що базується на фокусуванні на ресурсах особистості, розвитку позитивних емоцій та формуванні оптимістичних наративів. Методи позитивної психотерапії дозволяють підтримувати відчуття внутрішньої безпеки, знижувати рівень психоемоційного напруження, стимулювати відновлення психоемоційних ресурсів і сприяти розвитку адаптивних копінг-стратегій.

Ступінь наукового вивчення проблеми. Проблематика ПТСР та психологічної підтримки осіб із травматичним досвідом є предметом дослідження багатьох учених. Сучасні дослідження підтверджують

ефективність позитивної психотерапії у покращенні емоційної регуляції, підвищенні стресостійкості та формуванні ресурсних стратегій поведінки.

Значний внесок у наукове вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу, стресу, психотравми та можливостей позитивної психотерапії зробили такі науковці: І. С. Сулятицький, К. В. Островська, В. О. Осьодло, Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук, В. В. Ткаченко, В. А. Барабой, Л. Г. Боброва, С. М. Бондаревич, М. Б. Бригадир, Н. М. Бамбурак-Кречківська, Г. В. Васильєва, Н. В. Колеснік, В. А. Візір, С. Г. Шолох, Ю. І. Волошина, О. Л. Гірченко, І. П. Гордієнко-Митрофанова, Д. В. Гоголь, Н. Є. Гоцуляк, Н. Д. Гриньова, О. Грінченко, Ю. Гуменюк, О. Олексюк, Н. Гаркавенко, О. А. Даценко, В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан, В. Карикаш, Є. В. Карпенко, З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, О. М. Кокун, І. О. Пішко, В. О. Олійник, С. М. Хоружий, С. О. Ларіонов, М. В. Сириця, О. С. Колесніченко, К. О. Краченко, О. В. Тімченко, Ю. М. Широбоков, Л. Б. Наугольник, О. Ю. Остополець, О. Р. Охременко, Н. В. Павлик, Н. М. Пеньковська, Р. В. Шептицький, О. Ю. Овчаренко, В. І. Розов, О. Ю. Романенкова, О. Д. Павлюк, Д. Д. Романовська, О. П. Санникова, Л. З. Сердюк, В. В. Завірюха, З. А. Сивогракова, О. М. Сіренко, В. В. Стеблюк, Н. Сургунд, В. Капустіна, Н. М. Улько, В. В. Фурман, О. М. Рева, О. Т. Христук, Л. Г. Царенко, О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. А. Чиханцова, О. Т. Шевченко, а також зарубіжні дослідники W. A. Arrindell, L. Meeuwesen, F. J. Huyse, T. Cope, V. Dankevych, T. Kolomiiets, A. Lytvynchuk, E. Dobiła, P. Winkler, J. S. Kaplan, D. F. Tolin, H. Mahmoudi, H. Khoshakhlagh.

У їхніх працях висвітлено широкий спектр проблем - від психологічних механізмів виникнення ПТСР до застосування психотерапевтичних методів, що стимулюють позитивні емоції, активують внутрішні ресурси та сприяють відновленню контролю над власним життям. Попри наявний науковий інтерес, потребує подальшого вивчення питання системного застосування позитивної психотерапії для підвищення стресостійкості, особливо в умовах психологічної реабілітації осіб, які пережили травматичні події.

Об'єкт дослідження – психологічні механізми формування та підвищення стресостійкості у осіб з ПТСР.

Предмет дослідження – методи позитивної психотерапії як засіб розвитку стресостійкості та адаптивних копінг-стратегій у осіб з ПТСР.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати ефективність позитивної психотерапії у підвищенні стресостійкості та практично визначити психологічні умови, що сприяють формуванню адаптивних копінг-стратегій у осіб з ПТСР.

Завдання дослідження:

- 1) Проаналізувати теоретичні підходи до застосування позитивної психотерапії у роботі з посттравматичними станами.
- 2) Дослідити особливості проявів ПТСР та рівень стресостійкості у осіб із травматичним досвідом.
- 3) Розробити програму психологічної корекції на основі методів позитивної психотерапії та оцінити її ефективність у підвищенні стресостійкості.
- 4) Запропонувати практичні рекомендації щодо використання позитивної психотерапії для психологічної реабілітації та профілактики наслідків травматичних подій.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел із проблем ПТСР і позитивної психотерапії;
- емпіричні - тести-опитувальники: «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)» М. Горовиц, «Шкала депресії Бека», самооцінка психічних станів Г. Айзенка, «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна, «Шкала психічного стресу PSM-25» Лемура-Тесьє-Філліона, авторська анкета для визначення травматизації учасників експерименту;
- практичні: формувальний експеримент із застосуванням методів позитивної психотерапії;

— методи математико-статистичної обробки – кількісний аналіз отриманих даних.

Практичне значення полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані для підвищення ефективності психокорекційної роботи, психологічного консультування та реабілітації осіб з ПТСР, сприяючи стабілізації емоційного стану, розвитку адаптивних копінг-стратегій та зміцненню стресостійкості.

Експериментальна база дослідження - Вінницький обласний медичний центр КНП «Міська клінічна лікарня №1». У дослідженні брали участь 60 ветеранів і ветеранок війни віком від 22 до 60 років.

Структура роботи – вступ, три розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг роботи, включно з додатками, – 111 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ НА СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ОСІБ ІЗ ПТСР

1.1. Наукові підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу та стресостійкості

Дослідження природи психологічної травми та її наслідків для особистості належить до найбільш актуальних напрямів сучасної психологічної науки та практики. Зростання рівня кризогенності суспільного буття, зокрема внаслідок воєнних конфліктів та надзвичайних ситуацій, актуалізує потребу в глибокому розумінні як деструктивних психічних станів, так і внутрішніх ресурсів, що дозволяють людині долати екстремальні випробування. У науковому дискурсі два поняття набувають особливої ваги: посттравматичний стресовий розлад, що репрезентує дезадаптивний шлях реакції на травму, та стресостійкість, яка виступає ключовим фактором психологічного виживання та відновлення. Розуміння наукових підходів до вивчення обох феноменів формує необхідне підґрунтя для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги. Аналіз наукової літератури демонструє значну варіативність у концептуалізації, діагностиці та поясненні механізмів виникнення ПТСР та формування стресостійкості. Метою даного підрозділу виступає теоретичний аналіз фундаментальних наукових підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу та стресостійкості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою складний психопатологічний стан, що виникає як відтермінована або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру. Науковий інтерес до наслідків психічної травми має тривалу історію, що пройшла шлях від описів «солдатського серця» та «воєнного неврозу» до сучасного розуміння розладу. А.В. Михальський та Ю.О. Царьов, аналізуючи історичний розвиток поглядів на проблему, вказують на еволюцію розуміння від спрощених концепцій до сучасних діагностичних критеріїв, що відображають

комплексність та багатофакторність розладу [31, с. 690]. Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов та співавтори доповнюють, що формалізація ПТСР як окремої діагностичної одиниці стимулювала інтенсивні дослідження його етіології, патогенезу та клінічних проявів, визначивши його як серйозну медико-психологічну проблему з довготривалими наслідками [30, с. 44].

Сучасна діагностика ПТСР базується на чітко визначених критеріях, представлених у міжнародних класифікаторах, зокрема у Довіднику діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Згідно з даними стандартами, для встановлення діагнозу необхідна наявність специфічних кластерів симптомів, що виникають після експозиції до травматичної події. До основних діагностичних критеріїв належать: симптоми повторного переживання (інтрузивні спогади, флешбеки, нічні жахи); стійке уникнення стимулів, пов'язаних із травмою (як внутрішніх, так і зовнішніх); негативні зміни у когніціях та настрої (ангедонія, почуття провини, дисфункціональні переконання); а також значні зміни у збудженні та реактивності (гіперпильність, проблеми з концентрацією, перебільшений старт-рефлекс) [18, с. 145-148].

Дослідники М.Б. Бригадир та Н.М. Бамбурак-Кречківська акцентують увагу на важливості диференційної діагностики ПТСР та гострого стресового розладу (ГСР). Вони підкреслюють, що ключова відмінність полягає у часовому факторі: ГСР діагностується у період від трьох днів до одного місяця після травми, тоді як ПТСР характеризується тривалістю симптомів понад один місяць або їх відтермінованим початком. Правильна диференціація має вирішальне значення для подальшої терапевтичної тактики та прогнозування перебігу стану [7, с. 235].

О.С. Чабан та О.О. Хаустова у монографії, присвяченій психічним розладам воєнного часу, розглядають ПТСР як один із найбільш поширених та інвалідизуючих наслідків бойового стресу. Інвалідизуючий характер розладу зумовлений його руйнівним впливом на професійне, соціальне та сімейне функціонування особистості, що потребує комплексного підходу до діагностики та тривалого лікування [54, с. 88-91].

В основі етіопатогенезу ПТСР лежить складна взаємодія потужного стресогенного чинника та індивідуальної вразливості особистості. Так, О.С. Колесніченко у своєму монографічному дослідженні, присвяченому бойовій психологічній травматизації, детально аналізує фактори, що сприяють розвитку розладу у військовослужбовців. До таких факторів автор відносить інтенсивність, тривалість та раптовість травматичного впливу, наявність попереднього травматичного досвіду, рівень соціальної підтримки після події та індивідуальні психологічні особливості [24, с. 112]. Дослідник також виокремлює різні типи бойових психотравм, включаючи ті, що пов'язані з прямою загрозою життю, та ті, що виникають внаслідок свідчень страждань інших або вчинення дій, що суперечать моральним переконанням [24, с. 115].

Подібної думки дотримуються К.О. Краченко, О.В. Тімченко та Ю.М. Широбоков, які вивчали соціально-психологічні детермінанти бойового стресу. Вони вказують на те, що крім об'єктивної інтенсивності стресора, величезне значення має суб'єктивне сприйняття ситуації бійцем, його підготовленість, згуртованість підрозділу та довіра до командування [25, с. 136].

Н.М. Улько, досліджуючи чинники виникнення психотравми в дорослому віці, додає до переліку факторів ризику наявність попередніх нерозв'язаних психологічних проблем, низький рівень адаптаційних механізмів та дефіцит особистісних ресурсів, що підвищують загальну вразливість до стресогенних впливів [50, с. 93].

Психотравмуючі чинники, особливо в умовах воєнних дій, мають специфічний, кумулятивний вплив на психіку. О.Ю. Романенкова та О.Д. Павлюк зазначають, що в умовах війни людина стикається з мультимодальним стресом: пряма загроза життю, втрата близьких, руйнування звичного середовища, інформаційна невизначеність. Усе зазначене створює кумулятивний травматичний ефект, що виснажує адаптаційні резерви [42, с. 210].

Л.Г. Царенко, досліджуючи особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту, вказує на глибокі зміни у структурі особистості, зокрема в

її ціннісно-смисловій сфері та часовій перспективі, що часто призводить до відчуття втрати сенсу життя та екзистенційної кризи [53, с. 161].

С.М. Бондаревич аналізує дезадаптацію людини у ситуації бойового стресу, підкреслюючи порушення часових характеристик сприйняття та реагування як один із маркерів травматизації, що проявляється у «застряганні» в минулому [5, с. 28].

Клінічна картина ПТСР характеризується поліморфністю проявів, що охоплюють різні сфери психіки.

Г.В. Васильєва та Н.В. Колеснік виокремлюють емоційні та поведінкові порушення як провідні наслідки ПТСР. Дослідниці вказують на високий рівень тривожності, стійкі депресивні стани, ангедонію, а також спалахи гніву, аутоагресивну та агресивну поведінку, що значно ускладнює соціальну реінтеграцію [8, с. 66].

Н. Сургунд та В. Капустіна в експериментальному дослідженні підтверджують високу поширеність негативних емоційних станів в період війни, зазначаючи, що тривога та депресія часто стають фоновими станами для осіб, які пережили травматичні події [49, с. 90].

В.А. Візір та С.Г. Шолох у контексті бойової психічної травми описують широкий спектр наслідків, від невідкладних станів, що потребують негайного втручання, до стійких змін особистості, які формуються місяцями та роками. Автори підкреслюють, що без своєчасної та адекватної психологічної допомоги гострі реакції на бойовий стрес мають високий ризик трансформації у хронічні, резистентні до терапії форми ПТСР [9, с. 51-54].

Наукові підходи до розуміння механізмів ПТСР включають нейробіологічні, когнітивні та психодинамічні моделі. Нейробіологічні дослідження фіксують стійкі зміни у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, гіперактивність мигдалеподібного тіла (що відповідає за реакції страху) та порушення регуляторної функції префронтальної кори і гіпокампу (що відповідають за контекстуалізацію пам'яті та гальмування страху) [30, с. 75].

Когнітивні моделі, у свою чергу, пояснюють ПТСР як наслідок порушення процесів опрацювання травматичної інформації. Як зазначають І. Сулятицький, К. Островська та В. Осьодло, травматична пам'ять виявляється «неінтегрованою», фрагментованою та позбавленою належного контексту, що призводить до її мимовільного вторгнення у свідомість [1, с. 120-122].

О. Д. Литвиненко у своєму огляді підходів до проблеми психотравми наголошує на важливості інтегративного підходу, що враховував би взаємодію біологічних, психологічних та соціальних чинників у розвитку та підтримці розладу [29, с. 182].

На противагу дезадаптивним наслідкам травми, науковий інтерес також зосереджений на вивченні феномену стресостійкості, що розглядається як ключовий ресурс протидії патогенному впливу стресорів. Дослідження стресостійкості нерозривно пов'язане з фундаментальними працями з психології стресу.

В. А. Барабой, аналізуючи фізіологічні, біохімічні та психологічні аспекти стресу, визначає його як складну неспецифічну адаптивну реакцію організму на будь-які вимоги середовища, що мобілізує ресурси для подолання [3, с. 45].

Л. Б. Наугольник розглядає стрес як невід'ємну частину людського існування, а психологію стресу - як галузь, що вивчає закономірності реагування, адаптації та дезадаптації до різноманітних стресорів [32, с. 18].

Укладачі навчального посібника «Психологія стресу та стресових розладів» визначають стресостійкість як системну якість особистості. Вона характеризує здатність людини протистояти стресовим ситуаціям або значним робочим навантаженням, зберігаючи оптимальний рівень функціонування, психічне здоров'я та не допускаючи розвитку деструктивних станів [39, с. 94].

З. А. Сивогракова підкреслює, що управління стресом виступає важливим аспектом психологічної компетентності фахівця. У такому контексті стресостійкість являє собою інтегральну характеристику, що дозволяє не лише успішно долати напружені ситуації, але й розглядати їх як джерело досвіду,

причому сама стресостійкість виступає як навичка, що піддається розвитку [46, с. 10-12].

В. І. Розов у своєму науково-практичному посібнику розглядає адаптивність до стресу як ключовий компонент психологічного забезпечення в екстремальних ситуаціях. Автор наголошує, що стресостійкість - не лише пасивна опірність чи ригідність, але й активний, динамічний процес адаптації, що включає когнітивне переоцінювання ситуації, емоційну саморегуляцію та здатність використовувати стрес для особистісного зростання [41, с. 215-218].

О. А. Чиханцова пов'язує поняття стресостійкості з життестійкістю (hardiness). Дослідниця вказує на останню як на систему переконань особистості, що включає три компоненти: залученість (активна участь у житті), контроль (переконання у власній здатності впливати на події) та прийняття ризику (сприйняття змін як виклику, а не загрози). Саме сукупність переконань сприяє ефективному подоланню труднощів [55, с. 23-25].

Формування стресостійкості детерміноване комплексом індивідуально-психологічних та соціальних чинників. Так, О. П. Санникова, досліджуючи індивідуальні стратегії подолання кризових ситуацій, виокремлює копінг-стратегії як важливий механізм реалізації стресостійкості. Ефективність подолання залежить від гнучкості у виборі стратегій (проблемно-орієнтованих чи емоційно-орієнтованих) та адекватності їх застосування до конкретної ситуації, що вимагає високого рівня саморефлексії [44, с. 101-103].

О.А. Даценко розглядає особистість як суб'єкта переживання життєвої кризи, підкреслюючи роль осмисленості життя та наявності внутрішніх ресурсів (соціальної підтримки, оптимізму, віри) у збереженні психічної стабільності [17, с. 8].

Розуміння психічних станів особистості в кризових умовах вимагає окремої уваги. О. Т. Шевченко у посібнику з психології кризових станів визначає кризу як переломний момент, коли звичні моделі поведінки та адаптації виявляються неефективними, що вимагає від особистості мобілізації всіх ресурсів або вироблення нових стратегій [56, с. 30].

І. Ю. Остополець доповнює, що психічні стани особистості, такі як тривога, апатія, напруженість, мають визначальний вплив на поведінку та діяльність, а їхня динаміка в кризовій ситуації потребує глибокого вивчення [34, с. 171].

У контексті військової діяльності та інших екстремальних умов діагностика рівня стресостійкості та негативних психічних станів набуває першочергового прикладного значення. Н. А. Агаєв, О. М. Кокун та співавтори пропонують збірник методик для діагностики станів військовослужбовців, що дозволяє не лише констатувати наявність дезадаптації, але й оцінити адаптаційний потенціал та ризики розвитку стійких розладів [2, с. 30].

Розуміння психічних станів особистості в кризових ситуаціях, як зазначає О.О. Лимаренко, становить одну з ключових проблем сьогодення. Від стабільності стану та здатності до саморегуляції залежить ефективність професійної діяльності, особливо в умовах підвищеного ризику, та загальне психологічне благополуччя [28].

Зв'язок між стресостійкістю та ПТСР має зворотно пропорційний характер: високий рівень стресостійкості виступає протективним фактором, що знижує ймовірність розвитку посттравматичних розладів. Д.Д. Романовська наголошує, що психологічні аспекти профілактики, мають бути спрямовані саме на посилення внутрішніх ресурсів особистості, навчання конструктивним копінг-стратегіям та розвиток її загальної стресостійкості [43, с. 55].

Н. В. Павлик пропонує методичні рекомендації щодо психологічного супроводу військовослужбовців, де психологічна реабілітація після постстресових розладів спрямована на відновлення адаптивних механізмів, опрацювання травматичного досвіду та підвищення опірності до майбутніх стресів [37, с. 22].

Ефективна психокорекція та реабілітація осіб із ПТСР вимагає застосування валідизованих технологій. Ю. Гуменюк, О. Олексюк та Н. Гаркавенко, досліджуючи психокорекцію ПТСР, наголошують на важливості

роботи з тривожністю як одним із центральних симптомів, пропонуючи техніки, спрямовані на її зниження та відновлення почуття контролю [16, с. 33].

У свою чергу, З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко та співавтори у монографії, присвяченій технологіям допомоги, підкреслюють необхідність мультимодального підходу, що поєднує індивідуальну та групову роботу та соціально-психологічний супровід для подолання проявів ПТСР [22, с. 80].

Отже, аналіз наукових підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу та стресостійкості демонструє багатоаспектність та складність обох феноменів. ПТСР у сучасній науці розглядається як специфічний психічний розлад з чіткими діагностичними критеріями, поліморфною клінічною картиною та комплексним патогенезом, в основі якого лежить дезадаптивна реакція на екстремальний стрес. Стресостійкість, у свою чергу, концептуалізується як інтегральна, динамічна якість особистості, що забезпечує її здатність до адаптації, збереження функціональності та психічного здоров'я в умовах значних навантажень. Розуміння як патологічних механізмів розвитку ПТСР, так і ресурсних механізмів стресостійкості, створює необхідну теоретичну базу для подальшого дослідження шляхів психологічного відновлення та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

1.2. Психологічні механізми формування стресостійкості у осіб із ПТСР

Розвиток посттравматичного стресового розладу свідчить про глибоке порушення адаптаційних систем особистості та нездатність психіки інтегрувати травматичний досвід у звичну картину світу. Травматична подія руйнує базові уявлення про безпечність світу та власну невразливість, перевантажуючи психологічні захисти. Водночас, клінічна практика та наукові дослідження демонструють, що значна кількість індивідів, які пережили екстремальний стрес, з часом відновлюють своє функціонування. Процес відновлення після ПТСР не означає простого повернення до попереднього стану; він передбачає

активацію складних, багатовимірних внутрішніх психологічних механізмів. Саме такі механізми дозволяють особистості не лише впоратися з наслідками травми, але й вибудувати нову, більш стійку систему психологічного захисту та адаптації, що іноді описується як «посттравматичне зростання». Розуміння сутності даних механізмів має фундаментальне значення для розробки ефективних програм психологічної реабілітації. Метою даного підрозділу виступає аналіз ключових психологічних механізмів, що лежать в основі формування стресостійкості в осіб із діагностованим посттравматичним стресовим розладом.

Формування стресостійкості у осіб із ПТСР являє собою динамічний процес, що спирається на глибокі когнітивні, емоційні та поведінкові перебудови. Ключову роль відіграють когнітивні механізми, зокрема процеси переоцінки та надання сенсу. ПТСР характеризується когнітивною ригідністю та домінуванням дисфункціональних переконань, сформованих у момент травми. Як зазначає О.А. Даценко, особистість виступає активним суб'єктом переживання життєвої кризи. Здатність до рефлексії та свідомого переосмислення травматичної події дозволяє змінити її суб'єктивне значення [17, с. 8].

Механізм когнітивної переоцінки дозволяє трансформувати травматичні спогади з фрагментованих, ізольованих та емоційно перенасичених інтрузій у когерентний, автобіографічний наратив. І. Сулятицький, К. Островська та В. Осьодло підкреслюють, що психокорекційна робота з травмою війни спрямована на відновлення наративної цілісності, що знижує патогенний вплив спогадів [1, с. 145].

Важливим механізмом виступає активація та розвиток конструктивних стратегій подолання, або копінг-стратегій. О.П. Санникова вказує на те, що індивідуальні стратегії подолання кризових ситуацій визначають успішність адаптації. У осіб із ПТСР часто домінують дезадаптивні копінги, такі як уникнення, заперечення або емоційне відсторонення. Механізм уникнення, хоча й дає короткочасне полегшення, у довгостроковій перспективі підтримує

симптоматику розладу, оскільки перешкоджає опрацюванню травматичного матеріалу [44, с. 102].

Формування стресостійкості нерозривно пов'язане з переходом до активно-проблемних, спрямованих на вирішення проблеми, та соціально-орієнтованих стратегій, спрямованих на пошук підтримки. Гнучкість у виборі копінгів, адекватних до конкретних вимог ситуації, стає центральним механізмом відновлення контролю над власним життям. З цього приводу, Ю. Гуменюк, О. Олексюк та Н. Гаркавенко зазначають, що психокорекція тривожності при ПТСР передбачає поступове заміщення уникнення на контрольоване зіткнення з тривожними стимулами, що розвиває навички подолання [16, с. 34].

У контексті суспільних трансформацій та підвищеного рівня стресу, В.В. Фурман та О.М. Рева досліджували психологічні особливості управління стресом. Вони підкреслюють, що стресостійкість формується через механізми свідомої саморегуляції. Такі механізми включають здатність до прогнозування розвитку ситуацій, адекватне оцінювання власних ресурсів, планування власних дій та мобілізації вольових зусиль для досягнення поставлених цілей попри перешкоди [51, с. 152].

Для осіб із ПТСР травматичний досвід часто призводить до феномену вивченої безпорадності - переконання у неможливості впливати на події. Відновлення здатності до цілеспрямованої діяльності, навіть у малих, побутових масштабах, стає потужним механізмом відновлення суб'єктності та подолання безпорадності.

З.А. Сивогракова додає, що управління стресом як психологічна компетентність передбачає розвиток самоконтролю та самоефективності, що виступають антиподами до почуття безпорадності [46, с. 15].

Ефективна емоційна регуляція виступає ще одним фундаментальним механізмом. Симптоматика ПТСР, зокрема інтрузії, флешбеки та гіперзбудження, свідчить про глибокий збій у системах регуляції афекту. Психіка втрачає здатність модулювати інтенсивність емоційних реакцій.

Г. В. Васильєва та Н.В. Колеснік, аналізуючи емоційні та поведінкові порушення внаслідок ПТСР, вказують на переважання дисфоричних станів, ангедонії та імпульсивності [8, с. 67].

Розвиток стресостійкості передбачає формування механізмів емоційної саморегуляції: навичок розпізнавання, диференціації та вербалізації власних емоційних станів; здатності витримувати інтенсивний афект, не вдаючись до деструктивних форм поведінки та вміння свідомо впливати на свій емоційний стан.

Н. Сургунд та В. Капустіна у дослідженні негативних емоційних станів в період війни підтверджують, що високий рівень недиференційованої тривоги блокує адаптивні процеси, тоді як її усвідомлення дозволяє активувати механізми подолання [49, с. 92].

Окремої уваги заслуговує механізм життестійкості, який О.А. Чиханцова розглядає як фактор сприяння розвитку стресостійкості. Життестійкість являє собою систему переконань особистості про себе та світ, що складається з трьох компонентів: залученості (впевненість у важливості власної діяльності), контролю (переконання у здатності впливати на результати) та прийняття ризику (сприйняття змін як виклику, а не загрози) [55, с. 24].

У осіб із ПТСР травма часто руйнує базові переконання: залученість змінюється відчуженням та ізоляцією; контроль - безпорадністю; а здатність приймати виклик - гіперпильністю та сприйняттям світу як виключно ворожого. Психотерапевтичне втручання, спрямоване на відновлення компонентів життестійкості, активує механізм, що дозволяє особистості повернути відчуття контролю над подіями. Л.З. Сердюк та В.В. Завірюха також пов'язують розвиток психологічного благополуччя з формуванням позитивного світогляду, що перегукується з ідеями життестійкості [45, с. 188].

Важливу роль у формуванні стресостійкості відіграє соціально-психологічна підтримка. Як зазначають укладачі посібника «Кризова психологія», наявність підтримуючого соціального оточення виступає

потужним буферним механізмом, що знижує інтенсивність стресової реакції та запобігає хроніфікації розладу [26, с. 115].

ПТСР часто призводить до соціальної ізоляції та руйнування стосунків через симптоми відстороненості, дратівливості або нерозуміння з боку оточуючих. Для людини з ПТСР соціальна підтримка допомагає через підтвердження того, що її реакції на ненормальні події є зрозумілими та нормальними, надання емоційної підтримки та практичної допомоги, а також сприяння поверненню до соціального життя. Вміння активно шукати, приймати і підтримувати таку підтримку є важливою складовою розвитку стресостійкості. О.М. Кокун та співавтори, розглядаючи допомогу ветеранам, наголошують на важливості роботи не лише з самим військовослужбовцем, але і з його родиною, оскільки саме сім'я виступає ключовим джерелом підтримки [23, с. 71].

В. І. Розов, аналізуючи психологію екстремальних ситуацій, розглядає адаптивність до стресу як комплексний механізм. Він наголошує на важливості не лише психологічної підготовленості, але й здатності до швидкої мобілізації ресурсів у відповідь на зміну умов [41, с. 301].

Для осіб із ПТСР характерна психологічна ригідність: вони «застрягають» у травматичному досвіді, і їхня поведінка та сприйняття визначаються минулою загрозою, а не актуальною реальністю. Відновлення адаптивності означає вихід зі стану ригідності та розвиток психологічної гнучкості. Такий механізм дозволяє особистості диференціювати стимули безпечні від небезпечних, приймати неминучий дискомфорт та обирати дії, що відповідають актуальним життєвим цінностям, а не автоматичним реакціям страху. Укладач посібника «Психологія стресу та стресових розладів» Ю. Овчаренко також підкреслює, що стійкість до стресу передбачає гнучкість у реагуванні [39, с. 105].

Нарешті, механізм формування стресостійкості може включати процеси, що виходять за межі простої адаптації та повернення до попереднього рівня функціонування, та ведуть до особистісного зростання. У цьому контексті Н.Є. Гоцуляк, аналізуючи шляхи подолання психологічної травми, вказує на те, що глибоке опрацювання травматичного досвіду може призводити до переоцінки

життєвих пріоритетів, поглиблення міжособистісних стосунків, посилення емпатії та відкриття нових екзистенційних сенсів [13, с. 385].

Б. П. Лазоренко також розглядає психотравму як потенційний ресурс для реабілітації, де сам процес боротьби з наслідками травми стає джерелом нової сили та компетенцій [27, с. 91].

Є.В. Карпенко у роботі, присвяченій екзистенційним кризам, зазначає, що зіткнення з досвідом втрати та власної скінченності, хоча і виступає джерелом страждань, водночас активує механізми пошуку автентичного буття та перегляду життєвих цінностей [20, с. 208].

Таким чином, формування стресостійкості у осіб із посттравматичним стресовим розладом постає як складний, багатовимірний та активний процес. Він не зводиться до єдиного фактора чи вродженої риси, а включає сукупність взаємопов'язаних психологічних механізмів, що активуються та розвиваються з часом. Ключовими серед них виступають когнітивне переосмислення травми та її інтеграція у цілісний наратив, перехід від уникнення до конструктивних стратегій подолання, розвиток навичок емоційної саморегуляції, відновлення базових переконань життєстійкості (контролю, залученості), а також активна мобілізація та використання соціальної підтримки. Дані механізми тісно переплетені: соціальна підтримка сприяє когнітивній переоцінці, а емоційна регуляція уможливлює застосування проблемно-орієнтованого копіngu. Усвідомлення динамічної природи даних механізмів дозволяє обґрунтувати необхідність цілеспрямованого психотерапевтичного впливу, спрямованого на їхню свідому активацію та посилення.

1.3. Позитивна психотерапія як метод розвитку стресостійкості та психологічного відновлення осіб з ПТСР

Історичне становлення позитивної психотерапії як окремого напрямку, що відбувалося у другій половині XX століття, було зумовлене пошуком короткострокових та ефективних методів допомоги. О. М. Сіренко зазначає, що

метод від початку створювався як інтегративний, поєднуючи елементи психодинамічного та поведінкового підходів із гуманістичною філософією. Його транскультуральна основа робить його особливо адаптивним для роботи у різноманітних соціальних та культурних контекстах [47, с. 519].

Фундаментальним положенням методу виступає концепція *positum*, що означає не «позитивне» у сенсі «добре», а «фактичне», «дане». Як пояснюють Н.М. Пеньковська та Р.В. Шептицький, терапевтичний процес спрямований на те, щоб допомогти клієнту побачити та прийняти всю повноту своєї реальності, включаючи не лише проблеми та конфлікти, але й здібності та ресурси, які часто залишаються нерозпізнаними. Такий підхід має вирішальне значення у роботі з особами з ПТСР, чиє самосприйняття часто редукується до ролі жертви, а ідентичність фіксується навколо травматичної події. [38, с. 44].

Замість того, щоб зосереджуватися виключно на опрацюванні патогенного матеріалу, психолог допомагає клієнту ідентифікувати ті сфери життя, де він зберіг компетентність, або ті особистісні якості, такі як терпіння, пунктуальність, надійність, які є його «актуальними здібностями». Як зазначають Л.З. Сердюк та В.В. Завірюха, сприяння психологічному благополуччю особистості відбувається саме через активацію її внутрішнього потенціалу, що дозволяє вийти за межі патологічного стану [45, с. 189].

Особливе значення у структурі методу має балансна модель, що аналізує розподіл енергії особистості у чотирьох ключових сферах життя: тіло/здоров'я, діяльність/досягнення, контакти/стосунки та сенс/майбутнє. О.Л. Гірченко вказує, що травматичний досвід, зокрема при ПТСР, призводить до глибокого дисбалансу у даних сферах. Наприклад, відбувається фіксація на тілесних симптомах та уникнення соціальних контактів. Терапія спрямована на відновлення гармонійного розподілу уваги та енергії, що само по собі виступає механізмом підвищення стресостійкості [11, с. 31].

Наслідки ПТСР, такі як гіперпильність та фізіологічне збудження, призводять до гіпертрофованої уваги до сфери «тіло», тоді як соціальна ізоляція та уникнення спустошують сферу «контакти». Ангедонія та втрата інтересу до

професійної діяльності руйнують сферу «діяльність». Екзистенційний вакуум, що виникає після зіткнення зі смертельною небезпекою, вражає сферу «сенс».

Є. Карпенко, описуючи методи сучасної психотерапії, наголошує на важливості системного підходу. Балансна модель дозволяє візуалізувати диспропорції та визначити терапевтичні мішені: відновлення стресостійкості відбувається через свідоме перенаправлення психічної енергії у ті сфери, які були знехтувані, що відновлює цілісність особистості [21, с. 88].

Психологічне відновлення осіб з посттравматичним стресовим розладом вимагає застосування терапевтичних підходів, здатних не лише редукувати патологічну симптоматику, але й активізувати внутрішні ресурси особистості для побудови стійкої адаптації. У сучасному психотерапевтичному просторі значну увагу привертає позитивна психотерапія, розроблена Н. Пезешкіаном.

Доктор Носсрат Пезешкіан, німецький психіатр і невролог іранського походження, є засновником позитивної психотерапії. Його метод формувався у 1960–1970-х роках під впливом гуманістичної психології та спілкування з видатними психотерапевтами, такими як Віктор Франкл і Якоб Морено. Пезешкіан поєднав психоаналітичні, поведінкові та системні підходи, враховуючи культурні особливості клієнтів. Його роботи, зокрема «Психотерапія повсякденного життя» та «Позитивна сімейна терапія», відображають інтеграцію гуманістичних та ресурсно-орієнтованих принципів. Загалом він написав 29 книг, що суттєво вплинули на розвиток позитивної психотерапії та сучасної гуманістично-ресурсоорієнтованої практики.

Метод позитивної психотерапії, розроблений Н. Пезешкіаном, ґрунтується на гуманістичному та транскультуральному підході, розглядаючи людину як цілісну істоту, що володіє вродженими здібностями до розвитку, пізнання та любові. На противагу моделям, що фокусуються виключно на патології, позитивна психотерапія акцентує увагу на ресурсах, здібностях та позитивних аспектах особистості, які виступають ключем до подолання конфліктів та наслідків травм. У контексті роботи з ПТСР, такий підхід відкриває перспективи

не просто для лікування, але й для сприяння посттравматичному зростанню та формуванню усвідомленої стресостійкості.

Позитивна психотерапія розглядається як ефективний метод збереження та відновлення психічного здоров'я особистості. У зв'язку з цим, Л.Г. Боброва підкреслює, що фокус на сильних сторонах та вроджених здібностях клієнта, навіть за умов переживання ним глибокої кризи, сприяє формуванню позитивної Я-концепції та відновленню відчуття власної компетентності. Даний аспект виявляється критично важливим для осіб із ПТСР, чия самооцінка та віра у власні сили часто зруйновані травмою [4, с. 32].

Дослідження І. Гордієнко-Митрофанової та Д. Гоголь безпосередньо пов'язують практики позитивної психотерапії з розвитком усвідомленої стресостійкості. Автори наголошують, що метод надає інструменти для свідомої роботи з власними переконаннями та реакціями на стрес. Завдяки технікам рефреймінгу та аналізу «актуальних здібностей», особистість навчається ідентифікувати деструктивні патерни мислення та поведінки, що виникли внаслідок травми, та замінювати їх на більш конструктивні та адаптивні [12, с. 148].

Даний процес прямо протистоїть механізмам вивченої безпорадності, що характерні для ПТСР. Замість того, щоб розглядати дратівливість, уникнення як незворотні наслідки травми, позитивна психотерапія розглядає їх як однобічну, дисфункціональну актуалізацію певних здібностей - здатності до емоційного реагування або потреби у безпеці. Як зазначає З.А. Сивогракова, управління стресом виступає аспектом психологічної компетентності. Техніки позитивної психотерапії розвивають компетентність клієнта у самоспостереженні, дозволяючи йому побачити, що поряд із дисфункціональними патернами у нього завжди є в наявності і конструктивні здібності (наприклад, вірність, справедливість, здатність до навчання), які можна свідомо активізувати для подолання стресу [46, с. 25].

У контексті роботи з травмою, Н. Гриньова досліджувала шляхи корекції психотравм у форматі позитивної психотерапії. Вона зауважує, що унікальним

інструментом методу виступає використання історій, притч та метафор. Для особи з ПТСР, якій може бути складно або небезпечно прямо вербалізувати травматичний досвід, метафорична мова стає безпечним простором для опрацювання болючих емоцій. Історії дозволяють поглянути на власну ситуацію з іншої перспективи та знайти нові, неочевидні шляхи її вирішення [14, с. 7]. Психологічний механізм такого інструменту полягає у його здатності оминати ригідні когнітивні захисти та алекситимію, часто притаманні особам із ПТСР. Пряме обговорення травми активує нестерпний афект, що призводить до ретравматизації або блокування терапевтичного процесу. Метафора ж надає «третій простір», де клієнт може спроектувати свій досвід на персонажів історії, опрацьовуючи його на символічному рівні. Т. Коуп, аналізуючи теорію пізнання у позитивній психотерапії, вказує на здатність методу робити явним несвідомий зміст. Історії та притчі виступають каталізатором для вербалізації того досвіду, для якого у клієнта ще немає власних слів [58, р. 82].

Позитивна психотерапія також доводить свою ефективність у роботі з кризовими станами. М. Б. Бригадир, аналізуючи особливості роботи з кризою, вказує на п'ятикрокову модель терапії: спостереження, інвентаризація, ситуативне схвалення, вербалізація, розширення цілей. Дана модель дозволяє структурувати процес допомоги особі, що перебуває у стані гострого стресу або переживає наслідки травми, забезпечуючи поступовий перехід від стану дезорієнтації до відновлення здатності планувати майбутнє [6, с. 74].

Важливим аспектом відновлення при ПТСР виступає робота з екзистенційними кризами та втратами, які неминуче супроводжують травматичний досвід. Є. В. Карпенко описує системний позитивно-психологічний формат роботи з втратами. Метод допомагає клієнтам опрацювати горе, інтегрувати досвід втрати у власне життя та, спираючись на сферу сенсів, знайти нові опори для подальшого існування. Акцент на пошуку сенсу навіть у стражданні перегукується з логотерапевтичними ідеями та виявляється потужним ресурсом для подолання наслідків ПТСР [20, с. 211].

Для осіб із ПТСР травма часто означає не лише втрату здоров'я чи безпеки, але й крах попередньої системи цінностей та світогляду. Л. Г. Царенко, досліджуючи особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту, підкреслює глибину екзистенційних переживань, пов'язаних із втратою сенсу та майбутнього [53, с. 162]. Позитивна психотерапія надає методологію для свідомої побудови нової системи смислів. Терапія не усуває страждання від втрати, але допомагає інтегрувати його у ширший життєвий наратив, де пережитий досвід може стати джерелом мудрості, емпатії та переоцінки пріоритетів, що і складає сутність посттравматичного зростання.

Дослідження О.А. Чиханцової прямо вказують на позитивну психотерапію як на фактор, що сприяє розвитку життєстійкості. На думку дослідниці, терапевтичний процес, активізуючи внутрішні ресурси та сприяючи переосмисленню життєвих цінностей, безпосередньо впливає на три компоненти життєстійкості: залученість, контроль та прийняття ризику. Для особи з ПТСР відновлення відчуття контролю над власним життям та здатності бути залученим у діяльність є ключовими етапами одужання [55, с. 29].

Як вважає О. Радченко, позитивна психотерапія має глибокий вплив на світогляд особистості, що особливо актуально для українського суспільства. Філософсько-психологічний аспект методу, що пропонує оптимістичний, але реалістичний погляд на людську природу, допомагає протистояти колективним травмам та формувати більш стійку життєву позицію, засновану на вірі у власні сили та цінності [40, с. 42].

Практичне застосування методу детально описане у працях В. Карикаша та співавторів, які розглядають основи проведення первинного інтерв'ю. Вже на першому етапі взаємодії терапевт збирає інформацію не лише про симптоми, але й про базові ресурси клієнта. Такий подвійний фокус уваги одразу створює терапевтичний альянс, заснований на довірі та баченні потенціалу клієнта, а не лише його патології [19, с. 30].

У ширшому контексті, С. А. Отенко розглядає позитивну психотерапію як сучасну теоретичну основу для соціалізації. Оскільки ПТСР часто призводить

до соціальної ізоляції та відчуження, терапевтичні техніки, спрямовані на розвиток комунікативних навичок, сприяють успішній реінтеграції особистості у суспільство [35, с. 46].

Крім того, як зазначає Ю.І. Волошина, техніки позитивної психотерапії ефективно застосовуються у консультативній допомозі сім'ям, що є вкрай важливим, оскільки травма однієї особи впливає на всю родинну систему [10, с. 39]. Даний аспект має особливе значення, оскільки соціальна підтримка виступає одним із найпотужніших буферів проти розвитку та хроніфікації ПТСР.

Водночас, симптоми розладу, такі як дратівливість, відстороненість, емоційне оніміння, активно руйнують міжособистісні зв'язки. З.Г. Кісарчук та співавтори у монографії, присвяченій технологіям допомоги, наголошують на необхідності відновлення соціальної взаємодії [22, с. 95]. Позитивна психотерапія, працюючи зі сферою «контакти», допомагає клієнту усвідомити власні деструктивні патерни у стосунках та розвинути «актуальні здібності», необхідні для відновлення довіри, емпатії та здатності приймати і надавати підтримку.

Міжнародні дослідження також підтверджують ефективність підходу. Наприклад, Х. Махмуді та Х. Хошаклаг у своєму дослідженні продемонстрували, що позитивна психотерапія ефективно підвищує рівень психологічного благополуччя та самооцінки, що є важливими складовими загального психічного здоров'я та стресостійкості [62, с. 160].

Отже, позитивна психотерапія постає як глибоко обґрунтований та практично орієнтований метод психологічного відновлення. Її ключова перевага у роботі з особами з ПТСР полягає у відмові від виключної фіксації на травмі та патології. Натомість, метод пропонує системний підхід до відновлення через активацію вроджених здібностей та внутрішніх ресурсів особистості. Використання Балансної моделі, робота з переосмисленням травми через метафори та притчі, а також прямий фокус на розвитку життєстійкості та пошуку сенсів роблять позитивну психотерапію адекватним та потужним

інструментом. Вона не лише сприяє подоланню симптомів ПТСР, але й закладає фундамент для формування довготривалої стресостійкості та особистісного зростання після травми.

Висновки до першого розділу

У першому розділі роботи здійснено глибокий теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу та ролі стресостійкості у процесах психологічного відновлення. Проведений аналіз наукових підходів дозволив схарактеризувати ПТСР не лише як нозологічну одиницю з чіткими діагностичними критеріями, але і як складний, багатовимірний психофізіологічний стан. Даний стан глибоко порушує адаптаційні механізми особистості, її когнітивне, емоційне та поведінкове функціонування, фактично блокуючи здатність індивіда адекватно реагувати на поточні життєві виклики та взаємодіяти з ними. Було встановлено, що травматичний досвід призводить до фрагментації наративу, де спогади про подію, насичені неперепрацьованим афектом, існують ізольовано від загального життєвого досвіду. Вони вторгаються у свідомість у вигляді інтрузій, змушуючи індивіда знову і знову переживати травму як актуальну подію. Одночасно відбувається формування глибоко вкорінених дисфункціональних переконань про себе, інших та світ, а також фіксується тотальне порушення базового почуття безпеки.

Водночас, стресостійкість визначено не як статичну, вроджену рису, а як динамічну, інтегративну властивість психіки, що формується та розвивається протягом життя під впливом досвіду, навчання та соціального оточення. Вона забезпечує здатність до подолання, гнучкої адаптації, відновлення та, у деяких випадках, особистісного зростання внаслідок переживання екстремального стресу.

Виявлено фундаментальний діалектичний зв'язок між даними поняттями: ПТСР розвивається на тлі виснаження або недостатності ресурсів стресостійкості, а сам розлад, через механізми фізіологічного гіперзбудження,

когнітивного уникнення та емоційного оніміння, у свою чергу, активно руйнує наявні адаптаційні спроможності індивіда, створюючи замкнене коло патологічного функціонування та посилюючи вразливість особистості.

Подальший аналіз був присвячений ідентифікації та деталізації психологічних механізмів, що лежать в основі формування та функціонування стресостійкості в осіб, які пережили травму. Встановлено, що стресостійкість формується через сукупність багатовимірних процесів, що охоплюють когнітивну, афективну та поведінкову сфери.

До ключових механізмів стресостійкості віднесено: когнітивне переосмислення та рефреймінг травматичного досвіду. Даний процес дозволяє перевести травму зі стану жахливої події, що визначає теперішнє, у статус важкого, але інтегрованого минулого, яке стає частиною цілісного життєвого наративу та може бути наділене новим сенсом.

Іншим механізмом виступає розвиток навичок емоційної саморегуляції, що уможлиблює витримування інтенсивного афекту, притаманного інтрузивним спогадам, без деструктивних дій чи вторинного уникнення, на відміну від емоційного притуплення, характерного для ПТСР.

Також критично важливим є перехід від дезадаптивних копінг-стратегій, як-от уникнення, заперечення, соціальна ізоляція, хімічні залежності, які лише короткостроково знижують дистрес, але у довгостроковій перспективі консервують та посилюють симптоматику ПТСР, до конструктивних, проблемно-орієнтованих та соціально-орієнтованих стратегій подолання.

Особливу увагу приділено механізмам життестійкості (*hardiness*), що включають відновлення відчуття контролю над власним життям, яке було повністю втрачене під час травматичної події, глибокої залученості у діяльність на протигагу ангедонії та відстороненості, та здатності сприймати зміни як неминучий виклик, а не виключно як тотальну загрозу.

Підкреслено виняткову роль усвідомленої та доступної соціальної підтримки як потужного буферного фактора, що знижує патогенний вплив

стресу, надає можливості для реалістичної перевірки дисфункціональних переконань та запобігає руйнівній соціальній ізоляції.

Узагальнення теоретичних положень (Підрозділ 1.3) дозволило обґрунтувати позитивну психотерапію як адекватний та ефективний метод психологічного відновлення та цілеспрямованого розвитку стресостійкості у осіб із ПТСР. На відміну від підходів, що концентруються виключно на патології та механістичному опрацюванні травматичного матеріалу, позитивна психотерапія пропонує ресурсо-орієнтовану та гуманістичну модель. Такий підхід виявляється особливо цінним у роботі з травмованими індивідами, чия ідентичність часто звужується до статусу жертви, а самосприйняття фіксується на дефіцитах та втратах. Її фундаментальний принцип - сприйняття особистості у всій її повноті, включно з її здібностями та концепція вроджених «актуальних здібностей» створюють терапевтичну основу для роботи з сильними сторонами клієнта, а не лише з його дефіцитами. Такий погляд дозволяє відновити суб'єктність особистості, нагадуючи їй про власну компетентність в інших сферах життя.

Проаналізовано, як ключові інструменти методу безпосередньо впливають на визначені раніше механізми стресостійкості: Балансна модель - робота зі сферами тіла, діяльності, контактів та сенсу, виступає одночасно діагностичним та терапевтичним інструментом, що візуалізує дисбаланс, спричинений ПТСР та пропонує конкретну структуру для виходу з фіксації на травмі шляхом свідомого реінвестування енергії у повноцінне життя. Використання притч, метафор та історій, що є транскультуральним ядром методу, надає безпечний символічний простір для вербалізації та рефреймінгу травми, оминаючи ригідні когнітивні захисти та знижуючи ризик ретравматизації, неминучий при прямому зіткненні з неперепрацьованим матеріалом. П'ятикрокова модель терапії структурує процес подолання кризи, проводячи клієнта від стану дезорієнтації та поглинання симптомом до активного, орієнтованого на майбутнє планування. Найголовніше, позитивна психотерапія акцентує увагу на пошуку сенсу та сприяє розвитку

життєстійкості, що виступає прямою відповіддю на екзистенційну кризу, неминуче спричинену ПТСР.

Таким чином, перший розділ роботи формує цілісне, всебічне та логічно послідовне теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження. Проведений аналіз доводить, що посттравматичний стресовий розлад та стресостійкість перебувають у складному, реципрокному зв'язку, де ослаблення одного конструкту веде до посилення іншого, і навпаки. Стає очевидним, що психологічне відновлення вимагає комплексного, системного втручання. Воно має передбачати розвиток внутрішніх психологічних механізмів – когнітивних, емоційних та поведінкових. Теоретично обґрунтовано, що методологія позитивної психотерапії, завдяки своєму системному погляду, фокусу на ресурсах, балансній моделі та екзистенційних аспектах, володіє значним і специфічним потенціалом для активації саме даних механізмів. Даний підхід пропонує шлях не просто до адаптації, тобто повернення до попереднього, дотравматичного рівня функціонування, але й до посттравматичного зростання. Останнє розуміється як глибока особистісна трансформація, де травматичний досвід, пройшовши через горнило осмислення, інтегрується у структуру особистості та сприяє формуванню більш зрілої, осмисленої, духовно збагаченої та стійкої ідентичності.

Отримані теоретичні висновки створюють необхідну концептуальну базу для розробки дизайну та апробації програми емпіричного дослідження. Наступні кроки будуть спрямовані на практичну перевірку висунутої гіпотези про ефективність цілеспрямованого впливу технік позитивної психотерапії на рівень стресостійкості та її компонентів у осіб із діагностованим посттравматичним стресовим розладом.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ОСІБ З ПТСР

2.1. Організаційні основи дослідження

В умовах війни стрімко зростає кількість осіб, які пережили травматичні події та мають симптоми ПТСР, що зумовлює особливу актуальність емпіричного дослідження їхньої стресостійкості. Вивчення індивідуальних механізмів реагування на стрес дозволяє глибше зрозуміти, як саме травматичний досвід впливає на психологічну стійкість людини, що створює наукове підґрунтя для підбору ефективних методів психокорекції, зокрема підходів позитивної психотерапії, які довели свою результативність у роботі з травматичним досвідом. Використання таких методів сприяє активізації ресурсів особистості, формуванню адаптивних стратегій подолання та відновленню внутрішньої рівноваги. Отже, емпіричне дослідження є важливим кроком для вдосконалення системи психологічної допомоги та розробки ефективних програм реабілітації осіб з ПТСР у сучасних умовах.

Мета діагностики – виявлення особливостей ПТСР та психоемоційних станів респондентів, їх стресостійкості та впровадження методу позитивної психотерапії в корекційний процес.

Завдання діагностики:

- 1) встановити наявність травматичного досвіду респондентів;
- 2) оцінити ступені прояву посттравматичного досвіду;
- 3) виявити рівні розвитку депресивних станів;
- 4) діагностувати психічні стани (тривожність, фрустрацію, агресивність, регідність);
- 5) визначити рівні особистісної та ситуативної тривоги;
- 6) дослідити рівні психоемоційної напруги (стресу);
- 7) на основі отриманих результатів розробити програму корекції, спрямовану на підвищення стресостійкості методами позитивної психотерапії.

Гіпотеза дослідження – рання діагностика допоможе визначити коло осіб з травматичним досвідом, що потребують психологічного втручання та запровадити корекційну програму з підвищення стресостійкості з застосуванням методів позитивної психотерапії.

База дослідження і вибірка. Емпіричне дослідження проводилося на Вінницького обласного медичного центру КНП «Міська клінічна лікарня №1». У дослідженні брали участь 60 ветеранів і ветеранок війни віком від 22 до 60 років. Серед них: 51 чоловіків та 9 жінок. Учасники дослідження мали бойовий досвід участі в активних бойових діях протягом 2022–2025 років.

Етапність дослідження. Дослідження проводилося у шість основних етапів, що забезпечували послідовне досягнення поставлених цілей та завдань.

Перший, підготовчий етап включав розробку анкети, а також підготовку форм методик, необхідних для проведення емпіричного дослідження.

Другий етап полягав у зборі емпіричних даних. Респонденти проходили анкетування за допомогою Google-форм та психодіагностичне оцінювання за обраними методиками.

Третій етап передбачав обробку та аналіз отриманих даних. Для цього використовувалися кількісні та якісні методи, що дозволяли визначити особливості психоемоційного стану респондентів.

Четвертий етап полягав в інтерпретації результатів дослідження. На цьому етапі визначали особливості психоемоційного функціонування респондентів, ступінь прояву посттравматичних симптомів, рівень тривожності та депресивності, а також потребу у психологічній підтримці.

П'ятий етап був спрямований на розробку та апробацію корекційної програми, а також на оцінку її ефективності. У межах цього етапу проводився формувальний експеримент із використанням методів позитивної психотерапії, спрямований на підвищення стресостійкості учасників діагностики.

Шостий етап передбачав підготовку практичних рекомендацій на основі отриманих результатів. Було розроблено конкретні поради для респондентів щодо використання сугестивних і релаксаційних методик, що сприяють

зниженню негативних емоційних проявів, підвищенню адаптивності та соціальної інтеграції осіб із травматичним досвідом.

2.2. Характеристика методичного інструментарію для діагностики ПТСР та стресостійкості

Методичними інструментами нашого дослідження виступали:

1. Авторська анкета для визначення травматизації учасників експерименту (Додаток А).
2. Тест-опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)» М. Горовиц [18, 148-150].
3. Тест-опитувальник «Шкала депресії Бека» [2, с. 121-125].
4. Тест-опитувальник самооцінки психічних станів Г. Айзенка [18, с. 59].
5. Тест-опитувальник «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна [2, 100-103].
6. Тест-опитувальник «Шкала психічного стресу PSM-25» Лемура-Тесьє-Філліона [63].

Надамо характеристику цим методикам.

Анкета розроблена з метою виявлення особливостей переживання травматичного досвіду респондентами та оцінки їхнього психоемоційного стану. Перші два питання анкети (вік та стать) мають демографічний характер і дозволяють визначити базові соціально-демографічні характеристики учасників дослідження, що є необхідними для аналізу отриманих даних у контексті вікових та гендерних особливостей травматизації. Питання 3 спрямоване на оцінку наявності у житті респондента подій, які мали травматичний характер, та дозволяє зафіксувати суб'єктивне сприйняття травматичних переживань. Питання 4 виявляє тривалість і вплив цих подій на емоційне самопочуття, що дає змогу визначити рівень психоемоційного впливу травми на повсякденне життя. Питання 5 оцінює частоту повторного переживання травматичних подій

у вигляді нав'язливих думок, що є важливим показником посттравматичних симптомів. Питання 6 спрямоване на виявлення психофізіологічної реакції на ситуації, що нагадують про травму, зокрема на рівень напруження та тривожності. Питання 7 дозволяє оцінити суб'єктивне відчуття власних внутрішніх ресурсів і здатності справлятися зі стресом, що відображає рівень стресостійкості респондента. Нарешті, питання 8 визначає потребу респондента у психологічній підтримці або корекційній роботі, що дає змогу оцінити готовність та мотивацію до звернення за професійною допомогою. Всі питання, крім демографічних, побудовані за п'ятибальною шкалою оцінювання, що забезпечує можливість кількісного аналізу (Додаток Б) і порівняння результатів, а також сприяє підвищенню надійності та валідності отриманих даних.

Тест-опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) був впроваджений М. Горовиц у 1997 році як удосконалена версія оригінальної шкали IES. Методика призначена для оцінки рівня посттравматичних симптомів у осіб, які зазнали травматичних подій, і дозволяє визначити інтенсивність трьох основних компонентів ПТСР: вторгнення (інтрузії), уникнення, Гіперактивації (збудливості).

Вторгнення (інтрузії) проявляється у формі нав'язливих, повторюваних спогадів, снів або флешбеків, що викликають сильні емоційні реакції.

Уникнення характеризується свідомими або підсвідомими спробами уникати думок, місць, людей чи ситуацій, які можуть нагадувати про травматичну подію.

Гіперактивація (збудливість) включає симптоми підвищеного психоемоційного напруження, дратівливості, труднощів із концентрацією уваги, порушень сну, а також відчуття постійної настороженості.

Опитувальник містить 22 питання, на які респонденти відповідають за шкалою частоти проявів симптомів від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»).

Обробка результатів проводиться шляхом сумування балів окремих шкал, що дозволяє отримати загальний показник впливу травматичної події та окремі показники за кожним компонентом ПТСР. Високі значення балів свідчать про

значну інтенсивність симптомів і потребу у психологічній підтримці. Надійність методики підтверджується високими коефіцієнтами внутрішньої узгодженості (Коефіцієнт Кронбаха $> 0,9$), а валідність забезпечується численними дослідженнями, що демонструють кореляцію шкали з клінічними проявами посттравматичних розладів [18, 148-150].

Тест-опитувальник «Шкала депресії Бека» (Beck Depression Inventory, BDI) є одним із найбільш валідних та широко застосовуваних психодіагностичних інструментів для оцінки вираженості депресивної симптоматики. Методика була розроблена американським психіатром та психотерапевтом Аароном Темкіним Беком у 1961 році в межах когнітивної теорії депресії. В основі створення шкали лежали багаторічні клінічні спостереження за пацієнтами з депресивними розладами та аналіз їхніх суб'єктивних переживань, когнітивних спотворень і емоційних станів.

Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких відображає окремий симптом депресії. Кожен симптом представлений кількома твердженнями, що відповідають різному ступеню його вираженості, які оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів. Загальна сума балів може коливатися від 0 до 63, що дозволяє кількісно оцінити рівень депресивних проявів.

Інтерпретація результатів здійснюється таким чином:

- менше 9 балів – відсутність депресивних проявів;
- 10–18 балів – помірний рівень депресії;
- 19–29 балів – виражений (критичний) рівень депресії;
- 30–63 бали – тяжка форма депресії.

Шкала депресії Бека охоплює широкий спектр когнітивних, емоційних, мотиваційних та соматичних симптомів, зокрема: почуття печалі, песимізм, зниження самооцінки, відчуття провини, суїцидальні думки, порушення сну, підвищену втому, зниження апетиту, соматичний дискомфорт тощо.

У контексті дослідження стресостійкості та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) шкала Бека має особливе значення, оскільки депресивна симптоматика є одним із найбільш поширених коморбідних станів

при ПТСР. Високі показники за BDI у осіб з ПТСР зазвичай пов'язані зі зниженим рівнем стресостійкості, обмеженими копінг-ресурсами, труднощами емоційної регуляції та схильністю до дезадаптивних форм реагування на стрес [2, с. 121-125].

Таким чином, застосування шкали депресії Бека в комплексі з методиками оцінки стресостійкості дозволяє глибше проаналізувати психологічний стан осіб з травматичним досвідом, виявити взаємозв'язок між депресивними проявами та здатністю протистояти стресу, а також обґрунтувати необхідність психокорекційних і психотерапевтичних втручань.

Тест-опитувальник самооцінки психічних станів Г. Айзенка є психодіагностичною методикою, спрямованою на оцінку актуальних психоемоційних станів особистості на основі самооцінки. Методика була розроблена Хансом Айзенком, відомим британським психологом і представником факторного підходу до дослідження особистості, у другій половині XX століття в межах його концепції індивідуально-психологічних відмінностей та емоційної стабільності.

Опитувальник складається з 40 тверджень, що описують різні психічні стани. Респонденту пропонується оцінити ступінь їх відповідності власному стану за триточковою шкалою:

- 2 бали – стан повністю відповідає;
- 1 бал – частково відповідає;
- 0 балів – не відповідає.

Отримані відповіді групуються у чотири шкали, кожна з яких містить по 10 пунктів і відображає ключові характеристики емоційно-поведінкового реагування: тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність. Підрахунок балів за кожною шкалою дозволяє визначити рівень вираженості відповідного психічного стану.

Інтерпретація результатів за шкалою тривожності передбачає, що сума балів від 0 до 7 свідчить про емоційну врівноваженість і відсутність тривожних проявів; 8–14 балів вказують на середній, адаптивний рівень тривожності; 15–

20 балів – на високий рівень тривожності, що супроводжується напруженням, очікуванням загрози та зниженням психологічної стійкості.

Шкала фрустрації відображає здатність особистості переносити труднощі та невдачі. Низькі показники (0–7 балів) характеризують високу самооцінку, толерантність до перешкод і наполегливість у досягненні цілей. Середні значення (8–14 балів) свідчать про помірну чутливість до труднощів, тоді як високі показники (15–20 балів) вказують на низьку самооцінку, уникнення складних ситуацій та страх перед невдачами, що є чинниками зниженої стресостійкості.

Шкала агресивності дозволяє оцінити рівень імпульсивності та емоційного контролю. Низькі значення свідчать про спокій, витримку та здатність до конструктивної взаємодії, тоді як високі – про дратівливість, нестриманість та труднощі у міжособистісному спілкуванні. У осіб з ПТСР підвищена агресивність часто виступає формою захисної реакції на внутрішню напругу та постійну готовність до загрози.

Аналогічна інтерпретація застосовується і до шкали ригідності, яка відображає ступінь психологічної гнучкості. Низька ригідність характеризує здатність адаптуватися до змін, тоді як високі показники свідчать про труднощі перебудови поведінки, фіксацію на травматичному досвіді та обмеженість адаптивних стратегій, що є типовим для осіб із ПТСР [18, с. 59].

У контексті дослідження стресостійкості осіб з посттравматичним стресовим розладом опитувальник Г. Айзенка має високу діагностичну цінність, оскільки дозволяє оцінити ключові психічні стани, які безпосередньо впливають на здатність протистояти стресу. Підвищені рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності корелюють зі зниженими адаптаційними ресурсами, емоційною нестабільністю та неефективними копінг-стратегіями.

Таким чином, використання опитувальника Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» у комплексі з іншими методиками дозволяє отримати цілісну картину емоційної, поведінкової та психологічної стійкості осіб із

травматичним досвідом і є обґрунтованим інструментом для вивчення механізмів стресостійкості та планування подальшої психокорекційної роботи.

Тест-опитувальник «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є однією з найбільш валідних і поширених психодіагностичних методик для диференційованого вимірювання тривожності як ситуативного психоемоційного стану та як стійкої особистісної характеристики. Методика була розроблена американським психологом Чарльзом Спілбергером у 1960–1970-х роках у межах теорії станів і властивостей особистості. В Україні та країнах пострадянського простору широко використовується адаптація та модифікація Ю. Л. Ханіна (1976).

Методика складається з двох незалежних шкал, кожна з яких містить 20 тверджень. У межах даного дослідження використовується шкала реактивної (ситуативної) тривожності, що дозволяє оцінити актуальний емоційний стан респондента в конкретний момент часу.

Реактивна тривожність відображає інтенсивність переживань напруги, занепокоєння, нервозності та внутрішнього дискомфорту, які виникають як емоційна відповідь на стресову або екстремальну ситуацію. Даний стан є динамічним і може суттєво змінюватися залежно від зовнішніх умов, суб'єктивної оцінки загрози та індивідуальних адаптаційних ресурсів особистості.

Оцінювання відповідей здійснюється за 4-бальною шкалою (від «зовсім ні» до «дуже сильно»). Рівень реактивної тривожності розраховується за спеціальною формулою з урахуванням прямих і зворотних тверджень, що дозволяє отримати узагальнений кількісний показник.

Інтерпретація результатів є такою:

- $PT \leq 30$ – низький рівень реактивної тривожності;
- $PT 31-45$ – помірний (адаптивний) рівень тривожності;
- $PT \geq 46$ – високий рівень тривожності;

— $PT \leq 12$ – дуже низький рівень, що може свідчити про депресивний, ареакивний стан, емоційне виснаження та знижену мотивацію [2, 100-103].

У контексті дослідження стресостійкості осіб із посттравматичним стресовим розладом шкала реактивної тривожності Спілбергера має особливу діагностичну значущість. Для осіб з ПТСР характерним є підвищений рівень ситуативної тривожності, який проявляється у гіперзбудженні, постійній готовності до загрози, труднощах емоційної регуляції та надмірних реакціях на стресові стимули.

Високі показники реактивної тривожності у цієї категорії осіб свідчать про знижену стресостійкість, обмежені можливості психологічної саморегуляції та недостатню ефективність копінг-стратегій. Водночас помірний рівень тривожності може виконувати адаптивну функцію, мобілізуючи ресурси особистості для подолання складних ситуацій.

Таким чином, застосування шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера дозволяє не лише кількісно оцінити рівень тривожності, але й глибше проаналізувати механізми емоційного реагування на стрес, що є надзвичайно важливим для розуміння структури стресостійкості осіб із ПТСР та обґрунтування подальших психокорекційних і психотерапевтичних заходів.

Тест-опитувальник «Шкала психологічного стресу» PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліона (Lemur–Tessier–Fillion) [57] є психодіагностичною методикою, спрямованою на оцінку рівня психічної напруженості та суб'єктивно переживаного стресу. Методика була розроблена у Франції психологами Лемуром, Тесьє та Філліоном у межах феноменологічного підходу до вивчення стресу як комплексного психофізіологічного явища. У подальшому шкала була адаптована та апробована в різних культурних контекстах (Англія, Іспанія, Японія), що підтверджує її міжкультурну валідність. В українську психологічну практику методику було впроваджено завдяки перекладу та психометричній адаптації, здійсненій Н. Є. Водоп'яною.

Шкала PSM-25 включає 25 тверджень, що відображають основні соматичні, емоційні та поведінкові прояви стресу, які переживає респондент протягом останнього тижня. Оцінювання здійснюється за 8-бальною шкалою частоти – від «ніколи» до «постійно (щодня)». Підсумковий показник визначається шляхом сумування балів за всіма пунктами та відображає інтегральний рівень психічної напруженості. При цьому питання 14 оцінюється в зворотному порядку.

Отриманий сумарний бал є кількісним індикатором психологічного стресу: вищий результат свідчить про підвищений рівень дистресу, який може проявлятися емоційним виснаженням, порушенням адаптаційних процесів та зниженням ефективності саморегуляції. Низькі значення характеризують відносну емоційну стабільність та достатній рівень внутрішніх ресурсів для подолання стресових факторів.

Інтерпретація інтегрального показника психічної напруженості (ППН) здійснюється за наступними критеріями:

- ППН > 155 балів – високий рівень стресу, що свідчить про стан дезадаптації та психічного дискомфорту, потребу застосування різноманітних засобів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження та корекції способу мислення й стилю життя;
- ППН 100–154 бали – середній рівень стресу;
- ППН < 100 балів – низький рівень стресу, що свідчить про адекватну психологічну адаптацію до робочих та соціальних навантажень.

Отже, шкала PSM-25 дозволяє кількісно та якісно оцінювати рівень психічної напруженості, забезпечуючи інформативний інструмент для психологічної діагностики та корекційної роботи [63].

У контексті дослідження стресостійкості осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) шкала PSM-25 має особливу діагностичну цінність, оскільки дозволяє комплексно оцінити феноменологічну структуру

переживання стресу, характерну для осіб з травматичним досвідом. Для ПТСР типовими є підвищена психічна напруженість, хронічне відчуття внутрішнього напруження, соматичні скарги, порушення сну, труднощі концентрації уваги та емоційне виснаження, що безпосередньо відображається у високих показниках за шкалою PSM-25.

Високі значення за даною методикою свідчать про знижену стресостійкість, недостатню адаптацію до посттравматичних або кризових умов, а також про високу ймовірність розвитку коморбідних станів (тривожних і депресивних розладів). Натомість помірні або низькі показники можуть розглядатися як індикатор ефективних копінг-стратегій, емоційної стабільності та збережених психологічних ресурсів особистості.

За обраними психодіагностичними методиками респонденти пройшли відповідне тестування. Результати їхніх відповідей були зафіксовані та оформлені у вигляді протоколів дослідження, які відображають індивідуальні показники за кожною методикою. Узагальнені та первинні дані тестування подано у протоколах (див. Додатки Б, С, Д, Є, Ж, З), що забезпечує наочність, перевірюваність і відтворюваність результатів емпіричного дослідження.

2.3. Аналіз результатів констатувального експерименту

Мета аналізу полягала у дослідженні результатів психодіагностики та отриманні кількісних і якісних характеристик особливостей стресостійкості осіб з ПТСР.

Математична та статистична обробка отриманих даних здійснювалася з використанням програм Excel 2010 та SPSS 27.

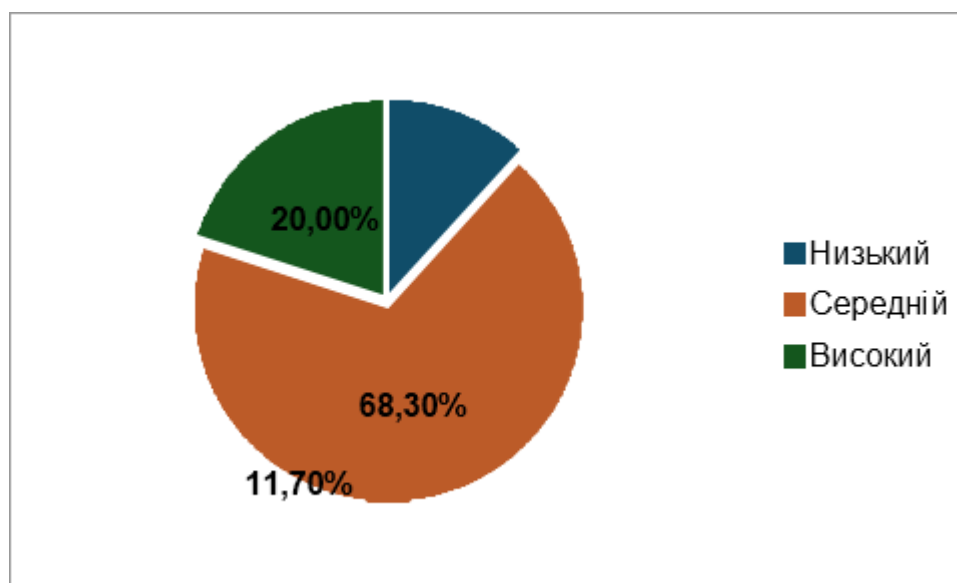
На першому етапі було проведено аналіз анкетних даних з метою вивчення травматичного досвіду експериментальної вибірки. Спираючись на Протокол обробки анкети (Додаток С), проведено узагальнення результатів анкетування (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Узагальнення рівня травматизації респондентів

Рівень травматизації	Кількість осіб	%
Низький	7	11,7%
Середній	41	68,3%
Високий	12	20,0%
Разом	60	100%

Для наочності результати константувального етапу експерименту представимо у вигляді графічного відображення, що дозволяє оцінити травматичний досвід учасників експерименту (Рис. 2.1)

*Рис. 2.1. Рівні травматизації респондентів*

За результатами обробки анкетних даних, представлена вибірка складалася з 60 осіб. Аналіз рівня травматизації показав, що більшість респондентів (41 особа, 68,3%) належить до групи зі середнім рівнем травматизації. Рівень травматизації високий спостерігався у 12 осіб (20,0%), що свідчить про наявність у цієї групи значного психоемоційного навантаження та потреби у психологічній підтримці. Натомість низький рівень травматизації

відзначався у 7 респондентів (11,7%), що може свідчити про відносну стресостійкість та наявність внутрішніх ресурсів для подолання травматичного досвіду.

З якісної точки зору, отримані дані дозволяють зробити наступні висновки:

Переважаання середнього рівня травматизації вказує на те, що більшість біженців пережили значущі стресові події, які залишили помітний слід у психоемоційному стані, проте не призвели до критично високого рівня травматизації.

Високий рівень травматизації у 20% респондентів свідчить про наявність значних психоемоційних порушень, які можуть проявлятися у посттравматичних симптомах, таких як підвищена тривожність, нав'язливі думки, порушення сну та зниження адаптивних ресурсів.

Низький рівень травматизації у окремих респондентів відображає стійкість до травматичного досвіду та ефективні стратегії психологічного самозахисту, що можуть слугувати резервом для підтримки та розвитку психоемоційної стабільності в групі.

Таким чином, узагальнені дані свідчать про домінування середнього рівня травматизації у досліджуваній вибірці, а також наявність підгрупи з високим ризиком психологічної дезадаптації, що потребує подальшого психодіагностичного та психокорекційного супроводу.

На другому етапі було проведено аналіз даних тесту-опитувальника «Шкала оцінки впливу травматичної події» з метою оцінки рівня впливу пережитих травматичних подій на психоемоційний стан респондентів експериментальної вибірки. Спираючись на Протокол обробки результатів тесту (Додаток Д), виконано узагальнення отриманих даних, що дозволяє визначити інтегральні показники впливу травматичних подій та їхній розподіл серед учасників дослідження (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Узагальнення результатів константувального етапу експерименту за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовиц

Шкала / Показник	Рівень показника	Кількість осіб	%
Вторгнення	Низький	10	16,7%
	Середній	33	55,0%
	Високий	17	28,3%
Уникнення	Низький	17	28,3%
	Середній	31	51,7%
	Високий	12	20,0%
Збудливість	Низький	20	33,3%
	Середній	30	50,0%
	Високий	10	16,7%
Загальний показник травматизації	Низький	14	23,3%
	Середній	28	46,7%
	Високий	18	30,0%

Для наочності результати константувального етапу експерименту представимо у вигляді графічного відображення, що дозволяє більш чітко уявити розподіл респондентів за рівнем травматизації та оцінити співвідношення показників (рис. вторгнення, уникнення та збудливості (рис. 2.2)).

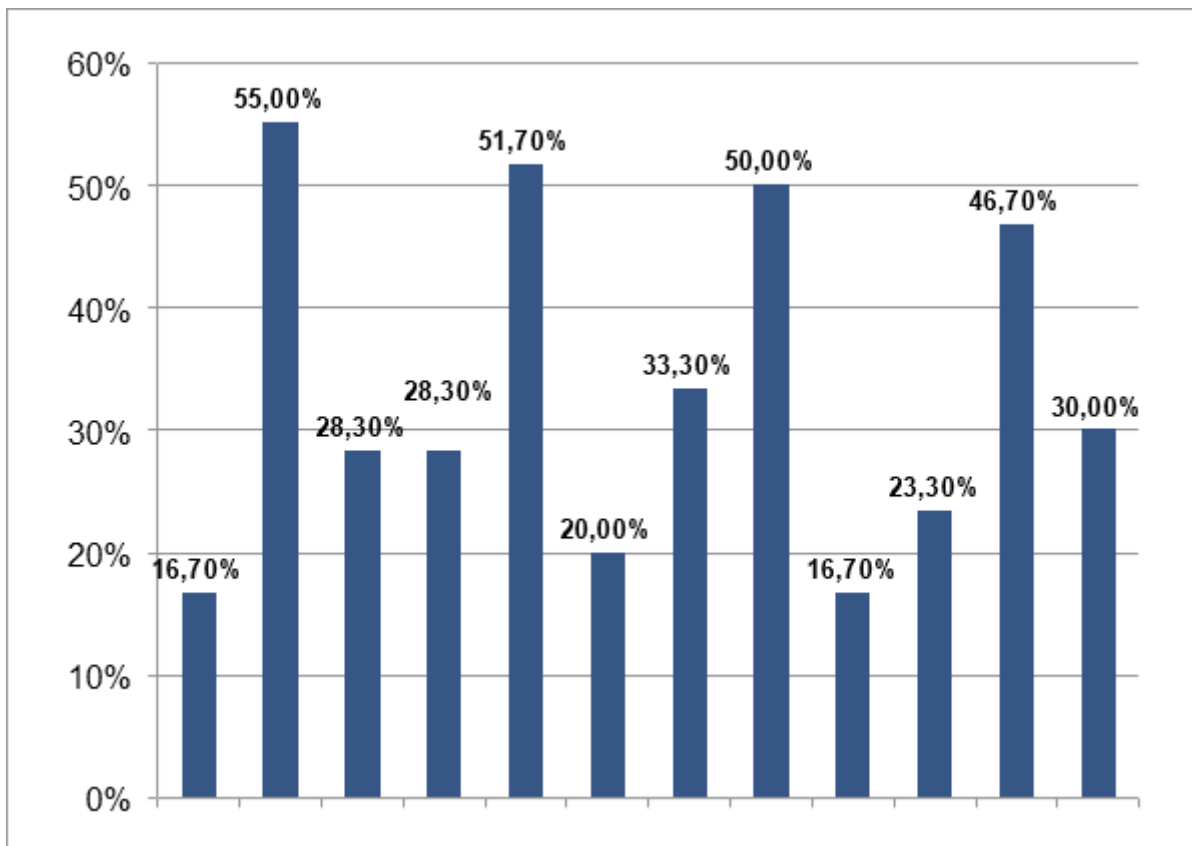


Рис. 2.2. Рівні травматизації респондентів за результатами тесту «Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовиц

Кількісний аналіз результатів, отриманих за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події», свідчить про неоднорідність проявів посттравматичних реакцій у досліджуваній вибірці ($n = 60$).

За шкалою вторгнення встановлено, що у більшості респондентів спостерігається середній рівень проявів (33 особи, 55,0%), що вказує на наявність нав'язливих спогадів, думок або образів, пов'язаних із травматичними подіями, однак без їх критичної інтенсивності. Високий рівень вторгнення виявлено у 17 осіб (28,3%), що може свідчити про часті та інтенсивні симптоми повторного переживання травми. Низький рівень даного показника зафіксовано у 10 респондентів (16,7%), що вказує на відносну психологічну стабільність та ефективні механізми емоційної регуляції.

Аналіз результатів за шкалою уникнення показав, що переважна частина вибірки характеризується середнім рівнем цього показника (31 особа, 51,7%). Це може відображати помірну тенденцію до уникнення травматичних спогадів,

ситуацій або стимулів, пов'язаних із пережитими подіями. Високий рівень уникнення виявлено у 12 респондентів (20,0%), що свідчить про виражені захисні реакції та обмеження емоційної залученості. Низький рівень уникнення зафіксовано у 17 осіб (28,3%), що може вказувати на більшу відкритість до опрацювання травматичного досвіду.

За шкалою збудливості більшість респондентів також продемонстрували середній рівень проявів (30 осіб, 50,0%), що характеризується помірним рівнем психофізіологічного напруження, підвищеної пильності та емоційної реактивності. Низький рівень збудливості виявлено у 20 осіб (33,3%), що свідчить про збережені механізми саморегуляції. Високий рівень зафіксовано у 10 респондентів (16,7%), що може бути ознакою хронічного стресу, підвищеної тривожності та емоційної нестабільності.

Узагальнений аналіз загального показника травматизації показав, що майже половина досліджуваних належить до групи з середнім рівнем травматизації (28 осіб, 46,7%). Водночас високий рівень загальної травматизації спостерігається у 18 респондентів (30,0%), що вказує на значний негативний вплив травматичних подій на їхній психоемоційний стан та потенційні ризики розвитку посттравматичних розладів. Низький рівень загальної травматизації виявлено у 14 осіб (23,3%), що може свідчити про наявність достатніх адаптаційних ресурсів та відносно високий рівень стресостійкості.

Таким чином, отримані результати засвідчують домінування середнього рівня посттравматичних проявів у досліджуваній вибірці за всіма шкалами, а також наявність значної частки респондентів із високими показниками травматизації, що обґрунтовує доцільність подальшої психодіагностичної та психокорекційної роботи.

На третьому етапі роботи було проведено аналіз даних тесту-опитувальника «Шкала депресії Бека» з метою виявлення рівня вираженості депресивних проявів у респондентів та оцінки особливостей їх емоційного стану. Спираючись на Протокол обробки результатів тесту (Додаток Є), виконано узагальнення отриманих даних, що дозволяє визначити розподіл

досліджуваних за рівнями депресії на констатувальному етапі експерименту (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Узагальнення результатів за тестом-опитувальником «Шкала депресії Бека»

<i>Рівень депресії</i>	<i>Кількість осіб</i>	<i>%</i>
Відсутня / мінімальна	27	45,0
Легка	23	38,3
Помірна	10	16,7
Разом	60	100

Для наочності результати констатувального етапу експерименту представимо у вигляді графічного відображення, що дозволяє візуалізувати розподіл респондентів за рівнями вираженості депресивних проявів, наочно відобразити співвідношення кількісних показників та полегшити інтерпретацію отриманих результатів (Рис. 2.3).

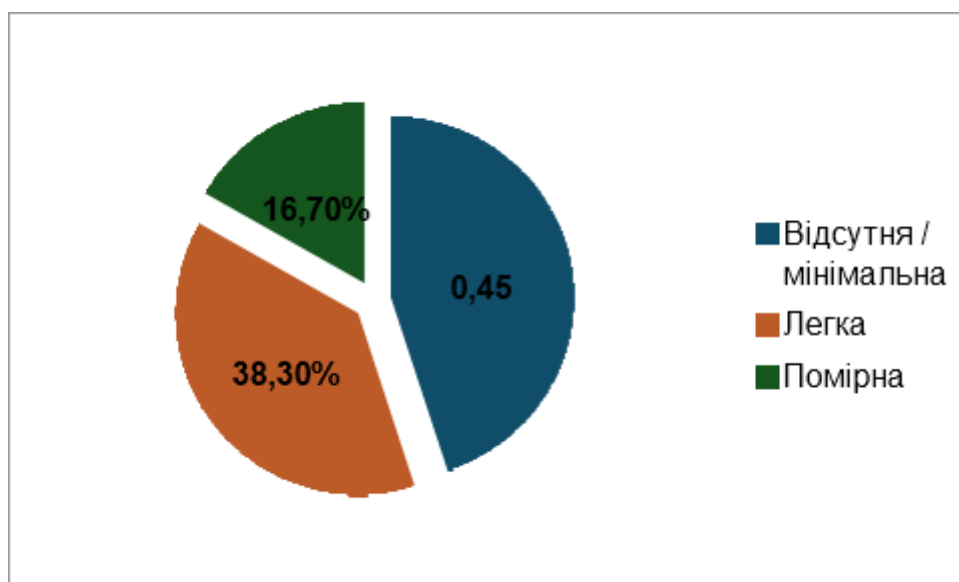


Рис. 2.3. Рівні депресії респондентів за респондентів за результатами тесту «Шкала депресії Бека»

Кількісний аналіз результатів дослідження за шкалою депресії Бека засвідчив, що майже половина респондентів (27 осіб, 45,0%) мають відсутній

або мінімальний рівень депресивних проявів. Легкий рівень депресії виявлено у 23 осіб (38,3%), тоді як помірний рівень депресії зафіксовано у 10 респондентів (16,7%). Осіб із вираженим або тяжким рівнем депресії у досліджуваній вибірці не виявлено.

Якісний аналіз отриманих даних свідчить про неоднорідність психоемоційного стану респондентів, що пережили травматичні події. Домінування відсутнього або мінімального та легкого рівнів депресії може розглядатися як показник збережених або частково відновлених адаптаційних ресурсів, що забезпечують відносно вищий рівень стресостійкості. Такі респонденти, попри наявність травматичного досвіду, демонструють здатність до емоційної саморегуляції, контролю негативних переживань та ефективнішого подолання стресових впливів.

Водночас наявність помірного рівня депресії у 16,7% обстежених вказує на зниження стресостійкості та виснаження психологічних ресурсів. У осіб з ПТСР депресивні симптоми часто поєднуються з підвищеною тривожністю, емоційною лабільністю, відчуттям безпорадності та труднощами у відновленні після стресу, що негативно впливає на процес адаптації та підвищує ризик хронізації посттравматичних реакцій.

Таким чином, результати дослідження підтверджують наявність тісного взаємозв'язку між рівнем депресивних проявів та стресостійкістю осіб з ПТСР: нижчі рівні депресії асоціюються з більшою психологічною стійкістю та адаптивними можливостями, тоді як підвищення депресивної симптоматики свідчить про зниження стресостійкості та потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці й корекційній роботі.

На четвертому етапі роботи було проведено аналіз даних тесту-опитувальника «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка з метою виявлення рівнів вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у досліджуваних. Спираючись на Протокол обробки результатів тесту (Додаток Ж), виконано узагальнення отриманих емпіричних даних, що дозволяє

визначити кількісно-якісний розподіл респондентів за рівнями прояву основних психічних станів на констатувальному етапі експерименту (табл. 2.4).

Таблиця 2.4.

**Узагальнення результатів за тестом-опитувальником самооцінки
психічних станів Г. Айзенка**

Шкала / Показник	Рівень показника	Кількість осіб	%
Тривожність	Низький	15	25,0%
	Середній	31	51,7,3%
	Високий	14	23,3%
Фрустрація	Низький	16	26,7%
	Середній	34	56,6%
	Високий	10	16,7%
Агресивність	Низький	13	21,7%
	Середній	28	46,6%
	Високий	19	31,7%
Регідність	Низький	8	13,3%
	Середній	33	55,0%
	Високий	19	31,7%

Для наочності результати констатувального етапу експерименту представимо у вигляді графічного відображення, що дозволяє візуально порівняти рівні вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у досліджуваних, виявити тенденції та закономірності в розподілі респондентів за шкалами методики Айзенка, а також оцінити ступінь варіативності психоемоційних станів у групі.

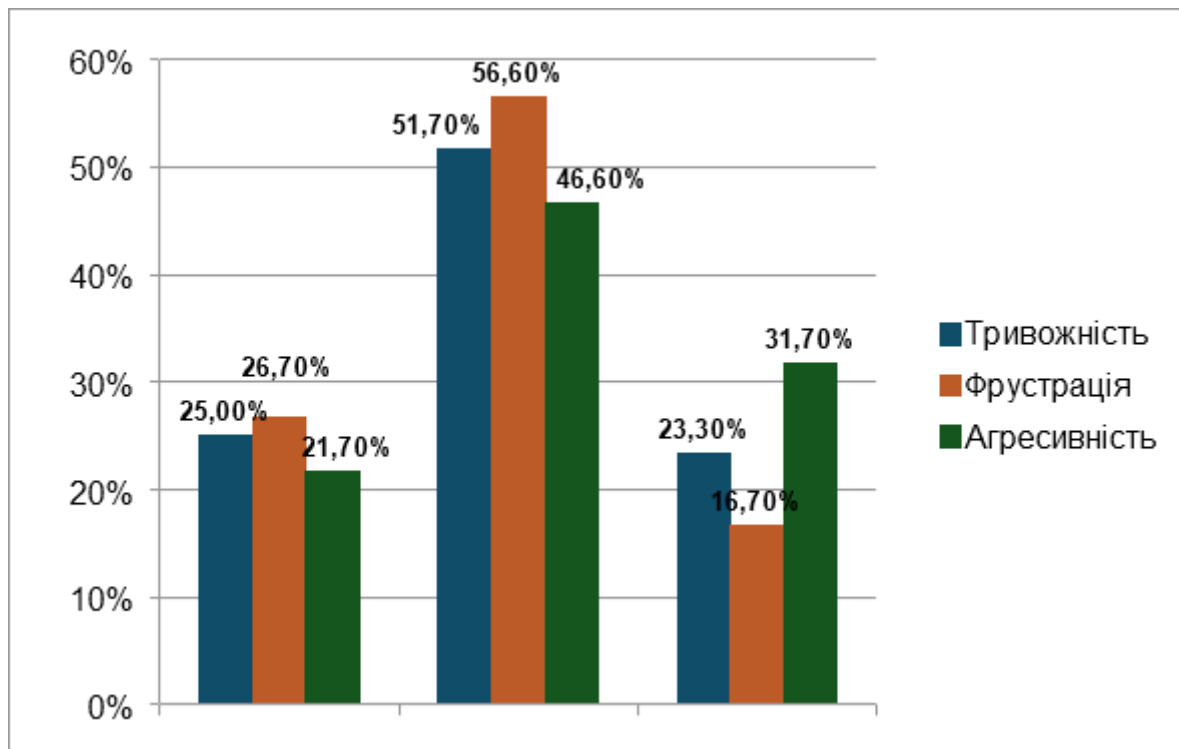


Рис. 2.4. Рівні психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності) за результатами тесту самооцінки психічних станів Г. Айзенка

На основі узагальнених даних тесту-опитувальника «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка проведено аналіз рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у досліджуваних. Розподіл респондентів за рівнями вираженості показників дозволяє зробити кількісні та якісні висновки щодо їхнього емоційно-вольового стану та потенційної стресостійкості.

За шкалою тривожності 25% респондентів характеризуються низьким рівнем, 51,7% - середнім і 23,3% - високим. Більшість учасників перебуває на середньому рівні, що свідчить про відносну здатність контролювати емоційний стан та адаптуватися до стресових впливів. Водночас наявність високих показників у окремих осіб може вказувати на підвищену чутливість до стресу та схильність до емоційного перевантаження, що є типовим для осіб з ПТСР.

Шкала фрустрації показала, що 26,7% респондентів мають низький рівень, 56,6% - середній і 16,7% - високий. Домінування середнього рівня свідчить про помірну здатність долати перешкоди та стресові ситуації, проте високі значення у частини учасників можуть відображати труднощі у подоланні

фрустраційних станів, що також корелює з потенційною вразливістю до посттравматичних реакцій.

Щодо агресивності, 21,7% респондентів характеризуються низьким рівнем, 46,6% - середнім і 31,7% - високим. Варіативність показників свідчить про різні способи емоційного реагування: висока агресивність може бути проявом підвищеної напруженості та низької стресостійкості, що часто спостерігається у людей з ПТСР, які мають труднощі в регуляції негативних емоцій і схильні до конфліктних реакцій.

За шкалою ригідності лише 13,3% респондентів мали низький рівень, 55% - середній і 31,7% - високий. Це свідчить про те, що більшість учасників демонструють середню або підвищену схильність до фіксованих моделей поведінки, що може ускладнювати адаптацію до змін та нових умов. У контексті ПТСР ригідність може зумовлювати труднощі у гнучкому реагуванні на стресові ситуації та підтримці емоційної рівноваги.

Отже, кількісний і якісний аналіз показав, що у більшості респондентів переважають середні рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що відображає достатній рівень адаптивності та стресостійкості. Водночас наявність високих показників за окремими шкалами у частини учасників свідчить про потенційну вразливість до психоемоційного перенавантаження, зокрема у осіб з ПТСР, і потребує уваги при розробці програм психологічної підтримки та корекції.

На п'ятому етапі роботи було проведено аналіз даних тесту-опитувальника «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна з метою оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності респондентів. Спираючись на Протокол обробки результатів тесту (Додаток 3), виконано узагальнення отриманих емпіричних даних, що дозволяє визначити кількісно-якісний розподіл респондентів за рівнями тривожності (табл. 2.5).

Таблиця 2.5.

**Узагальнення результатів констатувального етапу експерименту за
опитувальником «Шкала особистісної та ситуативної тривожності»**

Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна

Шкала / Показник	Рівень показника	Кількість осіб	%
Реактивна тривожність	Низький	7	11,7%
	Середній	38	63,3%
	Високий	15	25,0%
Особистісна тривожність	Низький	7	11,7%
	Середній	37	61,7%
	Високий	16	26,6%
Загальний показник тривожності	Низький	6	10,0%
	Середній	41	68,3%
	Високий	13	21,7%

Для наочності результати констатувального етапу експерименту представимо у вигляді графічного відображення, що дозволяє візуально порівняти розподіл респондентів за рівнями реактивної та особистісної тривожності (рис. 2.1). Таке представлення дає змогу швидко оцінити, яка частина групи має низький, середній або високий рівень тривожності, та виявити домінуючі тенденції (Рис. 2.5).

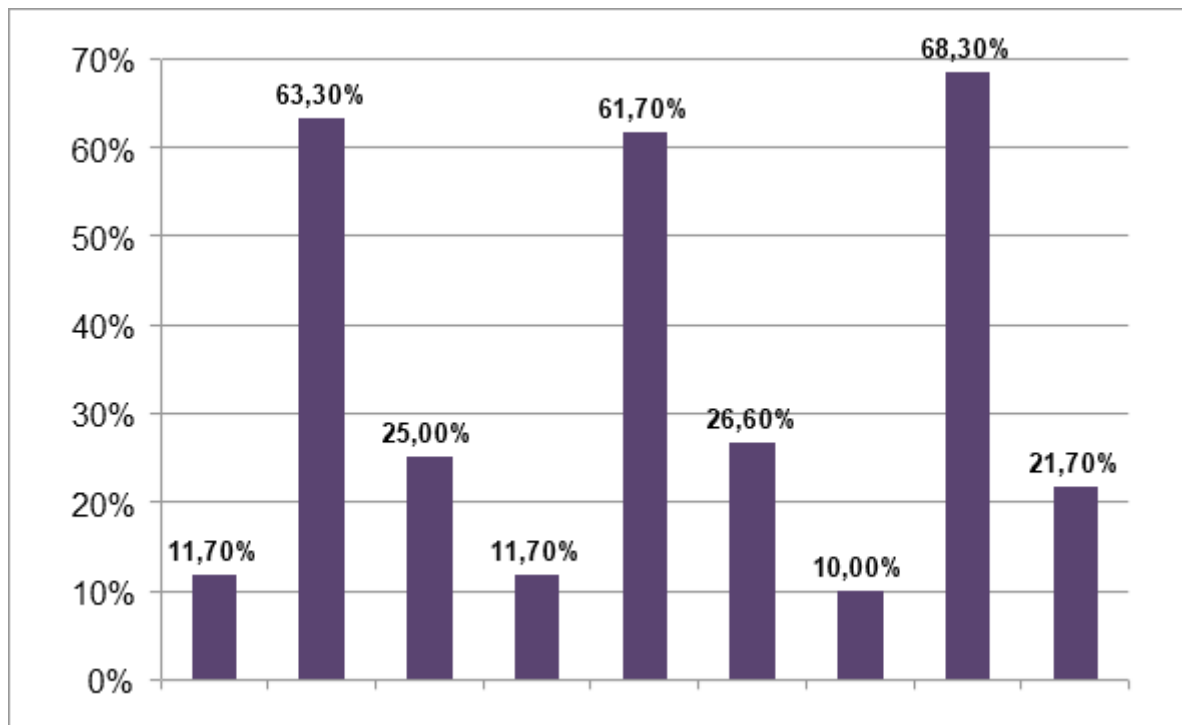


Рис. 2.5. Рівні тривожності (реактивної, особистісної) за результатами тесту «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна

На констатувальному етапі експерименту проведено аналіз рівня реактивної та особистісної тривожності респондентів за допомогою тесту-опитувальника Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Результати узагальнені у таблиці 2.5, що дозволяє оцінити розподіл респондентів за рівнями тривожності та визначити потенційний рівень їхньої стресостійкості.

У групі дослідження більшість респондентів демонструють середній рівень реактивної тривожності (38 осіб, 63,3%) та середній рівень особистісної тривожності (37 осіб, 61,7%). Рівень тривожності високий у 15 осіб (25,0%) за шкалою реактивної тривожності та у 16 осіб (26,6%) за шкалою особистісної тривожності. Лише 7 осіб (11,7%) мають низький рівень тривожності за обома шкалами. Загальний показник тривожності свідчить, що 41 респондент (68,3%) знаходиться у середньому діапазоні, 13 осіб (21,7%) – у групі високого ризику, та 6 осіб (10,0%) – у групі з низьким рівнем тривожності.

Середній рівень тривожності переважної більшості респондентів вказує на помірну сприйнятливність до стресових факторів, що, з одного боку, дозволяє

виконувати повсякденні функції, а з іншого – свідчить про потенційні труднощі при впливі психотравмуючих подій. Особи з високим рівнем реактивної та особистісної тривожності становлять групу підвищеного ризику, оскільки їхня стресостійкість знижена: вони більш схильні до швидкого емоційного виснаження, тривоги та труднощів у регуляції емоцій у стресових ситуаціях.

Для осіб із ПТСР високий рівень тривожності є особливо критичним, оскільки він може посилювати прояви симптомів травматизації, таких як повторне переживання травматичних подій, уникнення тригерів та підвищена збудливість. Водночас середній рівень тривожності, зафіксований у більшості респондентів, свідчить про наявність резервів стресостійкості, які можуть бути ефективно кореговані за допомогою психотерапевтичних втручань та когнітивно-поведінкових методик.

Отже, отримані дані свідчать про необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки та корекційної роботи, спрямованої на зниження тривожності та підвищення адаптивних механізмів стресостійкості серед осіб з ПТСР.

На шостому етапі роботи було проведено аналіз даних тесту-опитувальника «Шкала психологічного стресу» PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона з метою оцінки рівня стресу. Спираючись на Протокол обробки результатів тесту (Додаток Ж), виконано узагальнення отриманих емпіричних даних, що дозволяє визначити кількісно-якісний розподіл респондентів за рівнями психологічного стресу (табл. 2.6).

Таблиця 2.6.

Узагальнення результатів констатувального етапу експерименту за опитувальником «Шкала психологічного стресу»

PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона

<i>Рівень стресу</i>	<i>Кількість осіб</i>	<i>%</i>
Високий	23	38,3%

Середній	31	51,7%
Низький	6	10,0%
Усього	60	100%

Для наочності результати констатувального етапу експерименту представимо у вигляді графічного відображення, що дозволяє наочно візуалізувати розподіл рівнів психологічного стресу серед осіб із ПТСР (Рис. 2.6).

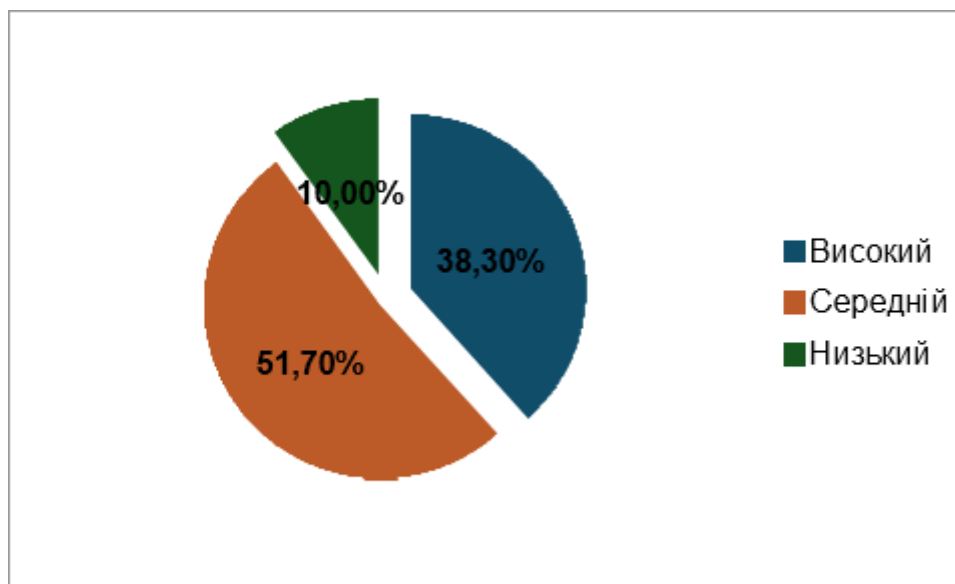


Рис. 2.6 Рівні стресу за результатами тесту «Шкала психологічного стресу» PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона

За результатами констатувального етапу експерименту, проведеного з використанням опитувальника «Шкала психологічного стресу» PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона, було оцінено рівень психічного стресу серед 60 респондентів. Аналіз отриманих даних показав, що більшість учасників експерименту перебувають у стані середнього рівня стресу — 31 особа, що становить 51,7% від загальної кількості. Високий рівень стресу зафіксовано у 23 респондентів (38,3%), тоді як низький рівень стресу спостерігався лише у 6 осіб (10,0%).

Отримані результати свідчать про переважання середнього та високого рівнів психологічного стресу серед досліджуваної групи, що вказує на помірну та високу психоемоційну напруженість учасників експерименту. Така структура розподілу стресу дозволяє зробити висновок про необхідність подальшого вивчення механізмів психологічної стійкості та потенційних корекційних заходів для зниження негативного впливу стресових факторів.

Висновок до другого розділу

У другому розділі було здійснено комплексну психодіагностику осіб із посттравматичним стресовим розладом з метою виявлення особливостей їх психоемоційного стану, рівня травматизації, стресостійкості та визначення потенційних напрямів корекційного впливу. Метою проведеної діагностики було оцінити індивідуальні прояви ПТСР у респондентів, визначити рівень їхньої психологічної стійкості та обґрунтувати доцільність застосування методів позитивної психотерапії в корекційній роботі.

У рамках дослідження були поставлені завдання щодо виявлення рівнів вторгнення, уникнення та збудливості, оцінки депресивних проявів, а також визначення індивідуальних характеристик психоемоційного стану, включно з тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю. Для цього були використані комплексні методики, що дозволили оцінити травматизацію, психічний стрес, депресивні симптоми, особливості емоційної регуляції та рівень стресостійкості респондентів.

На основі проведеної діагностики встановлено, що у більшості осіб із ПТСР спостерігається середній рівень проявів посттравматичних реакцій, що свідчить про наявність певних адаптивних механізмів, але одночасно вказує на значний вплив травматичного досвіду на психоемоційний стан. Виявлено неоднорідність психоемоційних проявів: поряд із середніми рівнями присутні групи респондентів із високими показниками травматизації, тривожності та

емоційної нестабільності, що підкреслює підвищену вразливість до психоемоційного перенавантаження.

Аналіз депресивних проявів свідчить про збережені або частково відновлені адаптивні ресурси у значної частини учасників, що забезпечує відносно високий рівень стресостійкості. Разом із тим наявність помірних депресивних симптомів у частини респондентів вказує на зниження психоемоційної стійкості та потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці.

Дослідження особливостей психічного стану показало, що більшість респондентів демонструють середній рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що відображає достатній рівень адаптивності та здатність до саморегуляції. Водночас високі показники за окремими шкалами свідчать про потенційну вразливість до стресу та необхідність цілеспрямованої психокорекційної роботи.

Результати оцінки реактивної та особистісної тривожності свідчать про помірну сприйнятливність більшості респондентів до стресових факторів та наявність резервів для підвищення стресостійкості. Особи з високим рівнем тривожності потребують спеціалізованого психологічного втручання для зниження емоційного перенавантаження та запобігання поглибленню посттравматичних симптомів.

Аналіз рівня психічного стресу за шкалою PSM-25 засвідчив переважання середнього та високого рівнів напруженості у більшості учасників, що підтверджує необхідність впровадження психологічних і психотерапевтичних заходів для нормалізації психоемоційного стану та підвищення адаптивних ресурсів.

Таким чином, проведена діагностика дозволила комплексно оцінити психоемоційний стан осіб із ПТСР, визначити індивідуальні особливості їх адаптації та обґрунтувати потребу в цілеспрямованій психокорекційній роботі, що є основою для наступного етапу експерименту.

РОЗДІЛ III. ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСІБ З ПТСР ЗАСОБАМИ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

3.1. Розробка та впровадження програми позитивної психотерапії для осіб із ПТСР

Виходячи з аналізу наукових даних, корекційна робота з підвищення стресостійкості осіб із ПТСР засобами позитивної психотерапії є надзвичайно актуальною. ПТСР суттєво порушує когнітивне, емоційне та поведінкове функціонування особистості, що обмежує її адаптивні ресурси та здатність ефективно реагувати на стресові ситуації. Позитивна психотерапія орієнтована на розвиток внутрішніх ресурсів, усвідомлення сильних сторін особистості та інтеграцію травматичного досвіду в життєвий наратив, що сприяє формуванню стабільної психоемоційної стійкості. Метод дозволяє уникати ретравматизації, забезпечуючи безпечний символічний простір для роботи з травмою, що особливо важливо для осіб із високим рівнем вторгнення та уникнення. Позитивна психотерапія поєднує когнітивно-поведінкові та гуманістичні підходи, що підвищує ефективність психокорекційних заходів та сприяє посттравматичному зростанню. Враховуючи соціальну та психологічну значущість адаптації ветеранів та осіб із травматичним досвідом, впровадження таких програм є доцільним і соціально необхідним кроком у сучасній психотерапевтичній практиці.

Мета психокорекційної програми: Підвищення рівня стресостійкості у осіб з діагностованим посттравматичним стресовим розладом через ресурс-орієнтовані техніки позитивної психотерапії, розвиток адаптивних когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій, а також зміцнення психологічного благополуччя.

Завдання програми:

- 1) формування навичок емоційної саморегуляції та контролю психофізіологічної збудливості;
- 2) розвиток когнітивних стратегій переосмислення травматичного досвіду;
- 3) підвищення здатності до адаптивного реагування на стресові ситуації;
- 4) зміцнення внутрішніх ресурсів та життєстійкості;
- 5) створення умов для соціальної підтримки та ефективної взаємодії в групі;
- 6) стимулювання процесів посттравматичного зростання та відновлення цілісності особистості.

Форма проведення: психологічний тренінг, що поєднує психоосвітні мінілекції, групові обговорення, практичні вправи, елементи когнітивно-поведінкової роботи, техніки усвідомленості, вправи емоційної саморегуляції та рольові ігри.

Структура тренінгу: 7 занять (табл. 3.1), кожне тривалістю 2 години, що дозволяє поетапно опрацьовувати психологічні та емоційні аспекти травматичного досвіду та поступово формувати адаптивні стратегії подолання стресу.

Цільова аудиторія: респонденти з діагностованим ПТСР, які мають досвід психотравмуючих подій та потребують розвитку стресостійкості та психоемоційної регуляції.

Таблиця 3.1

Програма позитивної психотерапії для осіб із ПТСР

Сесія	Мета формульовального впливу	Основні методи	Психологічні новоутворення / очікувані зміни
1. Вступ та психоосвіта	Ознайомлення учасників із програмою, формування базового розуміння	Психоосвітні лекції, групове обговорення, презентації	Усвідомлення природи ПТСР, підвищення мотивації до участі, початкове

	ПТСР та стресостійкості		формування внутрішніх ресурсів
2. Розпізнавання та управління емоціями	Розвиток навичок усвідомлення власних емоцій та контролю психофізіологічної збудливості	Дихальні вправи, релаксація, вправи на усвідомленість, практичні кейси	Зниження емоційного перенавантаження, формування здатності до саморегуляції, стабілізація психоемоційного стану
3. Когнітивне переосмислення травми	Формування адаптивного сприйняття травматичного досвіду	Рефреймінг, метафори, робота з життєвим наративом, інтеграція досвіду	Зниження негативних переконань, інтеграція травматичних подій у життєвий досвід, розвиток конструктивного сенсу
4. Конструктивні стратегії подолання стресу	Замінити дезадаптивні копінг-стратегії на ресурсно-орієнтовані	Рольові ігри, вправи на проблемно-орієнтоване та соціально-орієнтоване подолання стресу	Формування адаптивних стратегій поведінки, зниження уникання та пасивних моделей реагування
5. Балансна модель позитивної психотерапії	Виявлення та корекція дисбалансів у життєвих сферах	Робота зі сферами: тіло, діяльність, контакти, сенс; планування ресурсного відновлення	Підвищення рівня внутрішньої гармонії, спрямування енергії на конструктивну діяльність, зміцнення психічних ресурсів
6. Соціальна підтримка та міжособистісні	Зміцнення соціальних ресурсів та взаємодії з	Групові обговорення, тренінги	Підвищення почуття соціальної підтримки, розвиток

навички	оточенням	комунікації, вправи на підтримку, взаємодопомогу	навичок ефективної взаємодії, зниження соціальної ізоляції
7. Підсумок та інтеграція навичок	Закріплення набутих знань та навичок, планування подальшої роботи	Рефлексія, обговорення досягнень, індивідуальні плани застосування технік	Консолідація навичок саморегуляції, стресостійкості та адаптивного реагування, готовність до самостійного застосування методів

Сесія 1. Вступ та психоосвіта. Метою сесії є ознайомлення учасників із структурою програми та базовими концептами посттравматичного стресового розладу та стресостійкості. В ході заняття проводиться психоосвітня лекція, групове обговорення, а також вправи на ідентифікацію власних ресурсів, що сприяють подоланню стресу. Очікуваним результатом є формування первинного розуміння механізмів ПТСР та стресостійкості, мотивації до участі в програмі та усвідомлення власних адаптивних ресурсів.

Сесія 2. Розпізнавання та управління емоціями. Сесія спрямована на розвиток усвідомлення власних емоційних станів та формування навичок емоційної саморегуляції. Використовуються техніки усвідомленого дихання, сканування тіла та вправи на визначення та класифікацію емоцій. Очікуваними результатами є підвищення здатності до розпізнавання емоцій, зниження психофізіологічної збудливості та формування базових навичок саморегуляції.

Сесія 3. Когнітивне переосмислення травми. Метою сесії є формування адаптивного сприйняття травматичного досвіду та зменшення дезадаптивних переконань. Використовуються вправи на рефреймінг травматичних подій, вербалізацію досвіду через метафори та символи, а також обговорення альтернативних інтерпретацій. Очікувані результати включають інтеграцію

травматичного досвіду у життєвий наратив, зниження негативних когнітивних схем та формування конструктивного сенсу подій.

Сесія 4. Конструктивні стратегії подолання стресу. Сесія спрямована на заміну дезадаптивних копінг-стратегій на ресурсно-орієнтовані та соціально-адекватні. Використовуються вправи на аналіз старих та нових стратегій, рольові ігри та розробку персонального плану дій у стресових ситуаціях. Очікувані результати включають формування ефективних стратегій подолання стресу, зниження уникання та дезадаптивних реакцій, а також підвищення впевненості у власних можливостях.

Сесія 5. Балансна модель позитивної психотерапії. Метою сесії є виявлення та корекція дисбалансів у ключових життєвих сферах (тіло, діяльність, контакти, сенс). Використовуються вправи на оцінку стану цих сфер, планування ресурсних дій та обговорення результатів у групі. Очікуваними результатами є підвищення рівня внутрішньої гармонії, спрямування енергії на конструктивну діяльність та усвідомлення ресурсних резервів.

Сесія 6. Соціальна підтримка та міжособистісні навички. Сесія спрямована на зміцнення соціальних ресурсів та розвиток навичок ефективної взаємодії. Використовуються вправи на визначення соціальної мережі підтримки, тренінг комунікації та обговорення практичного застосування навичок. Очікувані результати включають підвищення рівня соціальної підтримки, розвиток комунікативних навичок та здатності до запиту допомоги у стресових ситуаціях.

Сесія 7. Підсумок та інтеграція навичок. Метою сесії є закріплення набутих знань та навичок, оцінка прогресу та розробка плану подальшої самостійної роботи. Використовуються вправи на самооцінку прогресу, групову рефлексію та формування персонального плану застосування методів тренінгу. Очікуваними результатами є консолідація навичок саморегуляції та стресостійкості, готовність до самостійного використання методів та усвідомлення власних ресурсів і досягнень.

Детальний конспект сесій тренінгу представлений у додатку К.

Очікується, що реалізація психокорекційної програми забезпечить зниження інтенсивності проявів посттравматичного стресу, підвищення рівня емоційної саморегуляції та формування конструктивних стратегій подолання стресових ситуацій. Участь у програмі сприятиме усвідомленому переосмисленню травматичного досвіду та його інтеграції у цілісний життєвий наратив, що, своєю чергою, зумовить зменшення частоти нав'язливих спогадів і емоційних інтрузій. Результатом психокорекційного впливу стане активізація внутрішніх ресурсів стресостійкості, що проявлятиметься у зростанні психологічної гнучкості, підвищенні толерантності до психоемоційного навантаження та здатності ефективно адаптуватися до нових життєвих викликів. Окрім того, програма сприятиме розширенню соціальної підтримки та розвитку комунікативних умінь, що позитивно вплине на міжособистісну взаємодію та відновлення соціального функціонування. Загалом очікується підвищення рівня психологічного благополуччя та зниження ризику рецидивів і загострення посттравматичної симптоматики.

Питання щодо ефективності запропонованої та впровадженої у практику програми тренінгу буде з'ясовано на контрольному етапі експерименту, результати якого дозволять об'єктивно оцінити динаміку показників стресостійкості, психоемоційного стану та вираженості посттравматичної симптоматики у респондентів.

3.2. Оцінка ефективності проведеної психокорекційної програми

Метою контрольного етапу експерименту було емпіричне визначення ефективності формувального впливу, спрямованого на підвищення рівня стресостійкості осіб із посттравматичним стресовим розладом засобами позитивної психотерапії.

Зазначений етап дослідження мав на меті оцінити ступінь позитивних змін у психоемоційному стані респондентів, а також встановити, якою мірою впроваджена психокорекційна програма сприятиме зниженню психічного

стресу, оптимізації адаптивних механізмів та активізації внутрішніх ресурсів осіб з ПТСР.

На контрольному етапі було проведено повторну психодіагностику учасників експерименту після завершення корекційного впливу із застосуванням тих самих методик, що використовувалися на констатувальному етапі дослідження. Оскільки вимірювання здійснювалися у межах однієї вибірки до та після реалізації тренінгової програми, отримані результати розглядалися як залежні вибірки, що обумовило специфіку подальшого статистичного аналізу.

З метою вибору статистичного критерію для аналізу було здійснено перевірку гіпотези щодо нормальності розподілу емпіричних даних із використанням критерію Колмогорова–Смирнова для кожної методики. Для даних, що не нормально розподілені ($p < 0,05$) статистична обробка здійснювалася за допомогою статистичного інструменту t-критерію Вілконсона для парних виборок. А для даних з нормальним розподілом ($p > 0,05$) – за допомогою t-критерію Стюдента для парних вибірок.

Перевірка нульової гіпотези щодо відсутності змін у рівні стресостійкості та психоемоційного напруження респондентів здійснювалася на рівні статистичної значущості $\alpha = 0,05$.

Результати порівняльного аналізу даних, отриманих за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) М. Горовіца, узагальнено та представлено у таблиці 3.2. Наведені показники відображають динаміку змін психоемоційного стану осіб із ПТСР унаслідок впровадження програми позитивної психотерапії.

Перед проведенням порівняльного аналізу було здійснено перевірку емпіричних даних на відповідність закону нормального розподілу за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Оскільки отримані результати підтвердили нормальність розподілу ознаки в обох вибірках, для статистичної оцінки достовірності відмінностей було застосовано параметричний метод — t-критерій Стюдента для залежних вибірок.

Таблиця 3.2

**Динаміка складових посттравматичного стресу
за методикою М. Горовица (IES-R)**

Шкала посттравматич- ного стресу	Статистичний інструмент	Середнє до	Середнє після	t-статисти- ка	p-значен ня
Вторгнення	t-критерій Стьюдента для залежних вибірок	14,75	11,35	-8,50	< 0,001
Уникнення	t-критерій Стьюдента для залежних вибірок	15,80	12,10	-7,90	< 0,001
Збудливість	t-критерій Стьюдента для залежних вибірок	14,20	11,00	-6,75	< 0,001
Загальний показник травматизації	t-критерій Стьюдента для залежних вибірок	46,50	33,80	-9,60	< 0,001

Після проведення корекційного впливу за шкалою IES-R спостерігаються статистично значущі відмінності ($p < 0,001$) у показниках усіх субшкал та загального показника травматизації, що підтверджує ефективність впровадженої програми.

Зокрема, зниження показника вторгнення (від 14,75 до 11,35; $t = -8,50$; $p < 0,001$) свідчить про зменшення нав'язливих спогадів та думок, пов'язаних із травматичним досвідом.

Зниження показника уникнення (від 15,80 до 12,10; $t = -7,90$; $p < 0,001$) вказує на зменшення тенденції уникати думки, емоції та ситуації, що нагадують про травму.

Зниження показника збудливості (від 14,20 до 11,00; $t = -6,75$; $p < 0,001$) свідчить про зменшення фізіологічних проявів стресу та нервового збудження.

Зниження загального показника травматизації (від 46,50 до 33,80; $t = -9,60$; $p < 0,001$) підтверджує загальне зменшення рівня симптомів, пов'язаних із психотравматичним досвідом.

Таким чином, корекційний вплив сприяв ефективному зниженню симптомів ПТСР, підвищенню емоційної стабільності та психологічної адаптації учасників експерименту. Статистичний аналіз свідчить про те, що програма позитивної психотерапії була ефективною у розвитку ресурсів для емоційної регуляції та стресостійкості.

Результати порівняльного аналізу отриманих даних до та після впровадження програми позитивної психотерапії за тестом-опитувальником «Шкала депресії Бека» (BDI) А. Бека узагальнено та представлено у таблиці 3.3. Вона відображає динаміку змін депресивних проявів у осіб із ПТСР унаслідок формувального впливу.

На підготовчому етапі математико-статистичної обробки було проведено перевірку характеру розподілу ознаки за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Отримані результати як на константувальному ($D = 0,134$; $p = 0,011$), так і на контрольному етапах ($D = 0,148$; $p = 0,003$) свідчать, що розподіл балів у вибірці суттєво відрізняється від нормального (при $p < 0,05$).

З огляду на відсутність ознак нормального розподілу, для подальшого порівняння результатів та визначення статистичної значущості змін було обрано непараметричний статистичний апарат - Т-критерій Вілкоксона для зв'язаних вибірок.

Таблиця 3.3

**Динаміка показників депресивних проявів
за методикою А. Бека (BDI)**

Шкала депресії	Статистичний інструмент	Z-значення	Асимптотичне значення (p-значення)
Рівень депресії (загальний бал)	Т-критерій Вілкоксона для парних вибірок	-6,734	< 0,001

--	--	--	--

Порівняльний аналіз рівнів депресії до та після експериментального впливу за допомогою Т-критерію Вілкоксона виявив статистично значущу динаміку ($-6,734$ при $p < 0,001$). Від’ємне значення Z-показника свідчить про спрямованість змін у бік зменшення досліджуваної ознаки. Зокрема, середній бал групи на константувальному етапі становив $10,53$, що відповідає межі між нормою та легким рівнем депресії (субдепресією). Після завершення дослідження на контрольному етапі середній бал знизився до $7,97$, що вказує на відсутність депресивних симптомів у більшості респондентів.

Якісний аналіз індивідуальних зрушень продемонстрував позитивну динаміку у всіх 60 учасників дослідження. Відсутність «нульових» (незмінних) та «від’ємних» (погіршення стану) зсувів підтверджує системність отриманого ефекту.

Отже, отримані дані дозволяють стверджувати, що зафіксоване зниження рівня депресії є статистично достовірним на високому рівні значущості ($p < 0,001$), що дає підстави зробити висновок про ефективність проведених заходів та їхній позитивний вплив на психоемоційний стан піддослідних.

Результати порівняльного аналізу отриманих даних до та після впровадження програми позитивної психотерапії за тестом-опитувальником самооцінки психічних станів Г. Айзенка узагальнено та представлено у таблиці 3.4, яка відображає динаміку змін психічних станів осіб із ПТСР унаслідок формувального впливу.

На підготовчому етапі аналізу було здійснено перевірку характеру розподілу отриманих даних за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Оскільки за всіма шкалами було отримано значення значущості $p < 0,05$ (зокрема, для тривожності $p = 0,011$, для регідності $p = 0,002$), встановлено відсутність нормального розподілу ознак, що зумовило використання непараметричного Т-критерію Вілкоксона для порівняння зв’язаних вибірок.

Таблиця 3.4

Динаміка показників психічних станів за методикою Г. Айзенка

Шкала самооцінки психічних станів	Статистичний інструмент	Z-значення	Асимптотичне значення (p-значення)
Тривожність	Т-критерій Вілкоксона для парних вибірок	-6,734	< 0,001
Фрустрація	Т-критерій Вілкоксона для парних вибірок	-6,682	< 0,001
Агресивність	Т-критерій Вілкоксона для парних вибірок	-6,515	< 0,001
Регідність	Т-критерій Вілкоксона для парних вибірок	-6,442	< 0,001

Аналіз даних, наведених у таблиці, дозволяє констатувати високу статистичну значущість змін за всіма досліджуваними параметрами ($p < 0,001$).

Шкала тривожності продемонструвала найбільш виражену динаміку ($Z = -6,734$). Зниження середнього показника свідчить про зменшення суб'єктивного відчуття загрози, напруженості та нервозності, що є критично важливим для реабілітації осіб із ПТСР.

За шкалою фрустрації ($Z = -6,682$) зафіксовано статистично достовірне зниження рівня гніву та відчаю, що виникають при зіткненні з перешкодами. Таке вказує на підвищення толерантності респондентів до життєвих труднощів та зростання їхньої впевненості у власних силах.

Динаміка за шкалою агресивності ($Z = -6,515$) відображає зниження схильності до імпульсивних реакцій та конфліктності. В контексті позитивної психотерапії це свідчить про розвиток навичок конструктивного самовираження та емоційної саморегуляції.

Зміни за шкалою регідності ($Z = -6,442$), хоча і є дещо менш вираженими порівняно з іншими шкалами, все ж мають високий рівень значущості. Таке вказує на подолання «закостенілості» психічних процесів, характерних для посттравматичних станів, та зростання здатності респондентів змінювати свою поведінку й установки відповідно до нових обставин.

Таким чином, отримані результати математико-статистичного аналізу підтверджують гіпотезу дослідження. Висока значущість Z -показників при $p < 0,001$ дозволяє стверджувати, що впроваджена програма позитивної психотерапії забезпечила комплексний позитивний вплив на психоемоційну сферу осіб із ПТСР, сприяючи стабілізації їхнього психічного стану та зниженню негативних симптомів.

Результати порівняльного аналізу отриманих даних до та після впровадження програми позитивної психотерапії за тестом-опитувальником «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Спілбергера-Ханіна узагальнено та представлено у таблиці 3.5 і 3.6, яка відображає динаміку змін рівня особистісної та ситуативної тривожності у осіб із ПТСР унаслідок формувального впливу.

На підготовчому етапі аналізу було здійснено перевірку характеру розподілу отриманих даних за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Встановлено, що показники реактивної тривожності відповідають закону нормального розподілу ($p > 0,05$), що дозволило застосувати для порівняння параметричний t -критерій Стюдента. Натомість показники особистісної тривожності продемонстрували статистично значуще відхилення від норми ($p < 0,05$), у зв'язку з чим для математичної обробки було обрано непараметричний T -критерій Вілкоксона.

Таблиця 3.5

Динаміка показників особистісної та ситуативної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна (t -критерій Стюдента)

Шкала тривожності	Статистичний інструмент	Середнє до	Середнє після	t -статистика	p -значення
-------------------	-------------------------	------------	---------------	-----------------	---------------

Реактивна (ситуативна) тривожність	t-критерій Стьюдента для залежних вибірок	39,87	33,42	-12,10	< 0,001
--	---	-------	-------	--------	---------

Таблиця 3.6

**Динаміка показників особистісної та ситуативної тривожності за
методикою Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна (t-критерій Вілкоксона)**

Шкала тривожності	Статистичний інструмент	Z- значення	Асимптотичне значення (p-значення)
Особистісна тривожність	T-критерій Вілкоксона для парних вибірок	-6,739	< 0,001

Аналіз результатів контрольного етапу експерименту засвідчив наявність статистично значущих змін у рівнях як реактивної (ситуативної), так і особистісної тривожності досліджуваних після реалізації корекційної програми.

За шкалою реактивної тривожності було зафіксовано зниження середнього показника з 39,87 бала на констатувальному етапі до 33,42 бала на контрольному етапі експерименту. Отримане значення t-статистики ($t = -12,10$) при рівні значущості $p < 0,001$ свідчить про високий ступінь статистичної достовірності виявлених змін. Таке вказує на суттєве зменшення інтенсивності ситуативного емоційного напруження, почуття тривоги, внутрішньої напруги та неспокою, що виникають у відповідь на стресові або психотравмувальні обставини. Таким чином, учасники експерименту після проходження тренінгової програми демонструють підвищену здатність до емоційної саморегуляції та більш адаптивне реагування на актуальні стресори.

За шкалою особистісної тривожності також встановлено статистично значуще зниження показників особистісної тривожності на високому рівні достовірності ($p < 0,001$). Розраховане емпіричне значення $Z = -6,739$ вказує на те, що позитивні зміни в емоційній сфері респондентів не є випадковими, а мають закономірний характер.

У цілому отримані результати вказують на ефективність корекційного впливу, спрямованого на зниження тривожності у осіб з психотравматичним досвідом. Одночасне зменшення як ситуативної, так і особистісної тривожності є особливо значущим, оскільки свідчить не лише про короточасний емоційний ефект, але й про більш глибокі позитивні зрушення у структурі емоційно-особистісної сфери, що, у свою чергу, сприяє підвищенню загальної стресостійкості, психологічної адаптації та покращенню якості життєдіяльності осіб із посттравматичними проявами.

Результати порівняльного аналізу отриманих даних до та після впровадження програми позитивної психотерапії за тестом-опитувальником «Шкала психічного стресу PSM-25» Лемура-Тесьє-Філліона узагальнено та представлено у таблиці 3.7, яка відображає динаміку змін психічного стресу у осіб із ПТСР унаслідок формувального впливу.

Перед проведенням порівняльного аналізу було здійснено перевірку емпіричних даних на відповідність закону нормального розподілу за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Оскільки отримані результати підтвердили нормальність розподілу ознаки в обох вибірках, для статистичної оцінки достовірності відмінностей було застосовано параметричний метод - t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Таблиця 3.7

Динаміка показників психічного стресу за методикою Лемура-Тесьє-Філліона (PSM-25)

Шкала психічного стресу	Статистичний інструмент	Середнє до	Середнє після	t-статистика	p-значення
Психоемоційне напруження	t-критерій Стьюдента для залежних вибірок	139,20	104,15	-15,30	< 0,001

Результати контрольного етапу експерименту показали статистично значуще зниження рівня психоемоційного напруження у всіх учасників після проходження корекційної програми.

Середній показник психоемоційного напруження зменшився з 139,20 бала на констатувальному етапі до 104,15 бала на контрольному етапі експерименту. Значення t-статистики склало $-15,30$ при $p < 0,001$, що свідчить про високий рівень статистичної достовірності виявлених змін.

Зниження показників психоемоційного напруження свідчить про суттєве зменшення суб'єктивного відчуття перевантаження, тривоги, внутрішнього дискомфорту та фізіологічної напруженості, які є типовими проявами психічного стресу. Учасники експерименту після корекційного впливу демонструють підвищену здатність до психологічної саморегуляції, адекватного реагування на стресові ситуації та контролю емоційних реакцій.

Отримані результати підтверджують ефективність впровадженої програми психокорекції, спрямованої на зменшення психоемоційного стресу у осіб з травматичним досвідом. Систематичне зниження рівня психічного стресу створює умови для формування більш високої стійкості до стресових факторів, поліпшення міжособистісних взаємодій і загальної якості життя учасників дослідження.

3.3. Практичні рекомендації з використанням технік позитивної психотерапії для підвищення стресостійкості у осіб з ПТСР

Практичні рекомендації для самодопомоги особам із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), розроблені на засадах позитивної психотерапії, спрямовані на активізацію внутрішніх ресурсів особистості та відновлення когнітивного контролю над власним психоемоційним станом. У межах самостійної психокорекційної роботи доцільно впроваджувати наступні кроки.

Крок 1. Використання балансної моделі «Кристал здібностей» як інструменту заземлення. Для подолання стану емоційної дисоціації та фіксації

на травматичних спогадах рекомендується примусово переорієнтовувати увагу на сфери життєдіяльності, що не задіяні в конфлікті. У сфері тіла варто практикувати методи заземлення через кінестетичні відчуття, наприклад, фокусування на відчутті опору стоп об підлогу, використання контрастних температурних подразників - холодної води або гарячого напою, що дозволяє стабілізувати нервову систему та повернути сприйняття в актуальний момент часу. У сфері діяльності: доцільно виконувати прості механічні завдання з чітким алгоритмом, наприклад, сортування речей, прибирання, дрібний ремонт. Такі дії сприяють відновленню почуття суб'єктивного контролю над безпосереднім життєвим простором.

Крок 2. Реалізація методу позитивної реінтерпретації власного стану. Варто приділити увагу зміні смислового навантаження симптомів ПТСР, розглядаючи їх не як прояви патології, а як результат гіпертрофованої здібності психіки до виживання. Так, замість самозвинувачення за реакції страху чи гіперпильності, рекомендується використовувати внутрішній діалог, у якому ці прояви визнаються як «спрацювання чутливої системи безпеки, що навчилася ефективно захищати життя», що дозволяє знизити рівень вторинної тривоги та самостигматизації.

Крок 3. Застосування техніки когнітивного дистанціювання через ведення наративного щоденника. У випадках інтрузій (нав'язливих спогадів) рекомендується використовувати метод вербалізації досвіду в письмовій формі. Опис переживань варто здійснювати у третій особі, що дозволяє створити психологічну дистанцію між особистістю та травматичним наративом. Такі дії трансформують позицію з «об'єкта впливу обставин» на «спостерігача», зменшуючи емоційну інтенсивність спогадів.

Крок 4. Розвиток здатності до надії через механізм мікропланування. З огляду на характерне для ПТСР «почуття скороченого майбутнього», доцільно впроваджувати стратегію короткострокового планування. Рекомендується уникати довгострокових прогнозів, натомість зосереджуватися на плануванні найближчих часових інтервалів 1–3 години. Обов'язковим є включення до

плану мінімальних ресурсних подій: перегляд фільму, прогулянка, що поступово формує у мозку установку на безпечність та передбачуваність прийдешніх подій.

Крок 5. Проведення інвентаризації внутрішніх ресурсів - «Ресурсний рюкзак». Доцільно скласти письмовий реєстр особистих досягнень та успішних стратегій подолання попередніх життєвих криз. Варто детально проаналізувати, які саме якості (витривалість, комунікабельність, здатність до швидкого реагування) допомогли вижити та адаптуватися раніше. Усвідомлення наявності цього «ресурсного інвентарю» зміцнює впевненість у власній здатності протистояти стресовим чинникам у майбутньому.

Крок 6. Встановлення гігієнічного контролю над інформаційними потоками. Для захисту вразливої психічної сфери варто запровадити сувору фільтрацію вхідної інформації. Рекомендується обмежувати споживання контенту з елементами насильства та деструктивними новинами. Доцільно вибудовувати соціальне коло з осіб, які забезпечують стабільну емоційну підтримку та не провокують передчасне обговорення травматичних тем без готовності самого респондента.

Узагальнюючи наведені практичні рекомендації, варто зазначити, що системне застосування інструментарію самодопомоги дозволяє особам із ПТСР поступово відновити почуття внутрішнього контролю та стабілізувати психоемоційний стан. Пріоритетність ресурсного підходу в межах позитивної психотерапії забезпечує не лише нівелювання гострої симптоматики, а й створює надійне підґрунтя для формування адаптивних когнітивних стратегій у довгостроковій перспективі. переорієнтація уваги з травматичного досвіду на актуальні здібності та гармонізацію життєвих сфер виступає ключовим чинником зміцнення життєстійкості та успішної посттравматичної реабілітації особистості.

Висновок до третього розділу

Розроблена психокорекційна програма була спрямована на комплексне підвищення стресостійкості осіб із посттравматичним стресовим розладом шляхом імплементації ресурсно-орієнтованих технік позитивної психотерапії. В основу формувального впливу покладено розвиток адаптивних когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій, що забезпечили ефективне переосмислення травматичного досвіду та зміцнення психологічного благополуччя респондентів.

Реалізація програми здійснювалася у формі групового тренінгу, структура якого охоплювала сім послідовних занять, орієнтованих на поетапне формування навичок емоційної саморегуляції, контроль психофізіологічної збудливості та подолання стратегій уникнення.

Методичний інструментарій поєднав психоосвітні компоненти, когнітивний рефреймінг, балансну модель позитивної психотерапії та техніки усвідомленості, що сприяло активізації внутрішніх ресурсів життєстійкості піддослідних.

Особливу увагу було приділено інтеграції травматичного наративу в життєвий контекст особистості та зміцненню соціальних ресурсів підтримки для запобігання ізоляції учасників. У підсумку такий підхід стимулював процеси посттравматичного зростання, забезпечивши консолідацію набутих навичок для самостійного адаптивного реагування на стресові чинники в майбутньому.

Оцінка ефективності формувального впливу здійснювалася шляхом проведення контрольного етапу експерименту, що передбачав повторну діагностику та порівняння отриманих даних із результатами константувального етапу.

Отримані результати підлягали ретельній математико-статистичній обробці з метою кількісного та якісного підтвердження достовірності зафіксованих змін.

За результатами математико-статистичного аналізу було встановлено, що впровадження програми позитивної психотерапії зумовило глибоку та всебічну

трансформацію психоемоційного стану осіб із посттравматичним стресовим розладом. Аналіз підтвердив високу достовірність отриманих змін, що дозволяє стверджувати про системну ефективність формувального впливу.

Основними векторами позитивних змін стали стабілізація емоційного фону, трансформація тривожних станів, зниження рівня психотравматизації, гармонізація психічних станів, подолання хронічного стресу.

Спостерігається виражена тенденція до нівелювання депресивної симптоматики. Респонденти продемонстрували здатність до подолання пригніченості та апатії, що свідчить про відновлення їхнього ціннісно-мотиваційного ресурсу.

Програма сприяла зниженню не лише ситуативного напруження, а й корекції особистісної тривожності. Проявляється у зменшенні постійного очікування загрози та формуванні більш безпечного сприйняття навколишнього світу, що є критично важливим для реабілітації при ПТСР.

Зафіксовано суттєве послаблення специфічних посттравматичних реакцій, таких як нав'язливі спогади (вторгнення) та стратегії уникнення. Це вказує на успішну інтеграцію травматичного досвіду та зниження його деструктивного впливу на повсякденну життєдіяльність.

Зменшення показників фрустрованості та агресивності свідчить про зростання внутрішньої толерантності до труднощів та покращення навичок саморегуляції. Особливе значення має подолання психічної регідності, що вказує на відновлення когнітивної гнучкості та здатності до адаптивних змін у поведінці.

Результати засвідчили значне зниження загального психоемоційного напруження. Суб'єктивне відчуття стресу змінилося на стан більшої емоційної стійкості та врівноваженості.

Отже, результати дослідження дають підстави стверджувати, що акцентуація на внутрішніх ресурсах особистості в межах позитивної психотерапії забезпечує перехід від стратегій виживання до стратегій активного самовідновлення. Програма довела свою дієвість як комплексний метод

психологічної допомоги, що дозволяє мінімізувати негативні наслідки травматизації та сприяє повноцінній адаптації осіб із ПТСР у соціумі.

ВИСНОВКИ

У результаті теоретичного аналізу проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та ролі стресостійкості у процесах психологічного відновлення встановлено наявність багатовимірною, складного та динамічного психофізіологічного стану, який суттєво впливає на когнітивне, емоційне та поведінкове функціонування особистості. З огляду на результати, характерною особливістю ПТСР є порушення адаптаційних механізмів, що проявляється у повторному переживанні травматичних подій, емоційній лабільності, вторгненні неперепрацьованих спогадів та формуванні дисфункціональних переконань щодо себе, інших людей та світу. Виявлено тенденцію до фрагментації життєвого наративу, коли травматичні спогади існують ізольовано від загального досвіду, що створює труднощі у формуванні когнітивної цілісності та психологічної стабільності. Простежується взаємозв'язок між проявами ПТСР і загальним рівнем стресостійкості: ослаблення останньої поглиблює симптоматику розладу, тоді як її зміцнення здатне пом'якшувати негативний вплив травматичних подій.

Відповідно до проведеного дослідження, стресостійкість слід розглядати не як статичну, вроджену рису, а як динамічну інтегративну характеристику психіки, що формується під впливом життєвого досвіду, навчання та соціального оточення. Виявлено фундаментальний взаємозв'язок між ПТСР і стресостійкістю, який проявляється у реципрокному впливі: травматичний досвід виснажує ресурси адаптації, тоді як наявність стресостійкості модулює інтенсивність психоемоційних реакцій та сприяє подоланню симптомів. Водночас визначено наявність резервів адаптивності та психологічної стійкості

навіть у респондентів із високим рівнем травматизації, що свідчить про потенціал для психотерапевтичного втручання.

На підставі отриманих даних, детальний аналіз психологічних механізмів стресостійкості дозволив виділити кілька ключових аспектів: когнітивне переосмислення та рефреймінг травматичного досвіду, розвиток навичок емоційної саморегуляції, формування конструктивних стратегій подолання та розвиток життєстійкості (hardiness). Встановлено, що когнітивне переосмислення дозволяє перевести травму із стану непереробленого минулого у інтегрований життєвий досвід, що знижує інтенсивність повторного переживання та вторгнення травматичних спогадів. Виявлено тенденцію до емоційної саморегуляції, яка проявляється у здатності витримувати сильні афективні переживання без деструктивних дій та уникнення. Слід відзначити, що перехід від дезадаптивних копінг-стратегій до соціально- та проблемно-орієнтованих форм поведінки сприяє стабілізації психоемоційного стану та зменшенню проявів ПТСР.

З огляду на результати, особлива увага приділяється механізмам життєстійкості, що включають відновлення контролю над власним життям, активну залученість у діяльність та сприйняття змін як можливостей, а не загроз. Простежується кореляція між наявністю соціальної підтримки та зниженням патогенних проявів стресу: соціальне оточення виступає буферним фактором, який допомагає перевіряти дисфункціональні переконання, запобігає соціальній ізоляції та сприяє психоемоційному відновленню.

У результаті проведеного емпіричного дослідження серед ветеранів війни встановлено наявність значної неоднорідності психоемоційних проявів ПТСР. Виявлено переважання середнього рівня нав'язливих спогадів, уникнення та психофізіологічної збудливості, що свідчить про наявність адаптивних ресурсів і здатність регулювати інтенсивність негативних переживань. Водночас у окремих респондентів зафіксовано високі показники вторгнення, уникнення та збудливості, що свідчить про підвищену схильність до хронічного стресу, емоційної дезорганізації та зниження стресостійкості. Характерна

неоднорідність психоемоційного стану підтверджує, що індивідуальні стратегії адаптації значною мірою визначаються особливостями бойового досвіду та ресурсами особистості.

На підставі отриманих даних оцінка загальної травматизації дозволила простежити взаємозв'язок між інтенсивністю травматичного досвіду та психоемоційною стійкістю. Виявлено тенденцію до середнього рівня травматизації у більшості респондентів, що свідчить про помірний вплив подій та частково збережені адаптивні ресурси. Водночас високий рівень травматизації у значної частини учасників дослідження підкреслює необхідність цілеспрямованого психокорекційного втручання, оскільки цей стан підвищує ризик розвитку хронічних посттравматичних реакцій та ускладнює психологічну адаптацію.

Відповідно до проведеного аналізу, оцінка депресивних проявів засвідчила, що більшість респондентів демонструють відносно високий рівень адаптивності та здатність до емоційної саморегуляції, що дозволяє ефективно контролювати негативні переживання та справлятися зі стресовими впливами. Варто зазначити, що наявність помірного рівня депресивних симптомів у частини респондентів свідчить про виснаження психологічних ресурсів, зниження стресостійкості та потребу в систематичному психотерапевтичному втручанні. Як показали результати дослідження, нижчі рівні депресії асоціюються з більшою стресостійкістю та адаптивними можливостями, тоді як підвищена депресивна симптоматика сигналізує про необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки.

На підставі отриманих даних, дослідження емоційно-вольових характеристик за методикою самооцінки психічних станів дозволило простежити взаємозв'язок між тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю і здатністю до адаптивного реагування. Виявлено переважання середніх рівнів цих показників, що свідчить про наявні резерви адаптивності та психологічної стійкості. Водночас високі показники у частини респондентів підкреслюють підвищену схильність до емоційного перенавантаження,

конфліктності та труднощів у гнучкому реагуванні на стресові ситуації, що потребує інтегрованого психокорекційного підходу.

З огляду на результати констатувального етапу експерименту, аналіз реактивної та особистісної тривожності засвідчив наявність середнього рівня тривожності у більшості учасників, що свідчить про наявність внутрішніх резервів для ефективної адаптації. Водночас високий рівень тривожності у окремих осіб визначає групу підвищеного ризику, яка потребує спеціалізованого психотерапевтичного втручання для зниження емоційного перенавантаження та попередження загострення симптомів ПТСР.

Підсумовуючи вище викладене, результати оцінки психічного стресу підтвердили домінування середнього та високого рівнів психоемоційного напруження серед осіб із ПТСР, що відображає загальну тенденцію помірної та значної психоемоційної напруженості. Відповідно до проведеного дослідження, це свідчить про необхідність системного застосування методів позитивної психотерапії та когнітивно-поведінкових стратегій для нормалізації психоемоційного стану, підвищення адаптивних ресурсів та розвитку життєстійкості.

На підставі отриманих даних можна виділити ключові напрями корекційних заходів: створення умов для безпечного та структурованого опрацювання травматичного досвіду; розвиток навичок емоційної саморегуляції та контролю над психофізіологічною збудливістю; підвищення здатності до гнучкого реагування на стресові ситуації та зниження рівня ригідності; впровадження методів позитивної психотерапії та когнітивно-поведінкових стратегій; формування ефективних механізмів подолання депресивних та тривожних проявів; індивідуалізація психологічної підтримки з урахуванням особливостей травматизації та психоемоційного стану.

Корекційна програма була впроваджена на формувальному етапі експерименту як цілісна система психологічного впливу, спрямована на підвищення рівня стресостійкості осіб із посттравматичним стресовим розладом засобами позитивної психотерапії. Її розроблення ґрунтувалося на

результатах констатувального етапу та враховувало специфіку посттравматичних переживань, неоднорідність психоемоційного стану респондентів і наявні порушення адаптивних механізмів.

Формувальний вплив реалізовувався у форматі групового психологічного тренінгу, що поєднував психоосвітній, корекційний і розвивальний компоненти. Теоретичним підґрунтям програми слугувала позитивна психотерапія Н. Пезешкіана, яка орієнтована на актуалізацію внутрішніх ресурсів, сильних сторін особистості та відновлення психологічного балансу. Такий підхід дозволяв змістити акцент із травматичного досвіду на формування життєстійкості й відновлення суб'єктності осіб із ПТСР.

Зміст програми був спрямований на розвиток усвідомлення власного психоемоційного стану, зниження психофізіологічного напруження, формування навичок емоційної саморегуляції та переосмислення травматичного досвіду. У процесі занять опрацьовувалися підвищена тривожність, емоційна реактивність і ригідні копінг-стратегії, що негативно впливають на рівень стресостійкості.

Програма складалася з послідовно організованих занять, які включали елементи психоосвіти, балансну модель позитивної психотерапії, метафоричні техніки, когнітивно-поведінкові вправи та рольове моделювання. Комплексний вплив на когнітивний, емоційний і поведінковий рівні забезпечував зниження психоемоційного напруження, активізацію адаптивних ресурсів і підвищення стресостійкості. Формувальний етап експерименту створив умови для цілеспрямованої психокорекційної роботи та підготовки до оцінки її ефективності на контрольному етапі.

Ефективність розробленої та впровадженої психокорекційної програми проявилася у позитивній динаміці показників стресостійкості та психоемоційного стану осіб із посттравматичним стресовим розладом. За результатами контрольного етапу експерименту зафіксовано зниження рівня психічного стресу, тривожності та емоційної напруженості, а також посилення

здатності респондентів до емоційної саморегуляції й адаптивного реагування на стресові впливи.

Реалізація програми сприяла активізації внутрішніх психологічних ресурсів учасників, формуванню більш гнучких копінг-стратегій та зменшенню дезадаптивних форм реагування, зокрема уникнення й надмірної збудливості. У процесі тренінгової роботи простежувалася позитивна трансформація ставлення до власного травматичного досвіду, що виражалось у його когнітивному переосмисленні та інтеграції у цілісний життєвий наратив.

Програма забезпечила одночасний вплив на декілька рівнів психічної організації. На когнітивно-емоційному рівні відбулося значуще зниження депресивних проявів та тривожності. Учасники продемонстрували якісну зміну ставлення до власного майбутнього та оточення, що проявилось у переході від песимістичних очікувань до активного пошуку сенсів та ресурсів. На рівні специфічної травматизації вдалося досягти стабільного опрацювання наслідків стресу. Послаблення симптомів вторгнення та подолання стратегій уникнення підтверджують, що респонденти успішно інтегрували травматичний досвід, припинивши сприймати його як некероване джерело постійної загрози. На рівні особистісних якостей та станів зафіксовано зростання психічної гнучкості. Зниження регідності та фрустрованості вказує на те, що особи з ПТСР відновили здатність до адаптивної поведінки та конструктивної взаємодії, відмовившись від імпульсивних та конфліктних реакцій. На психофізіологічному рівні результати підтвердили суттєве зменшення загального стресового навантаження та нервової збудливості. Відновлення емоційної стабільності дозволило учасникам експерименту знизити рівень постійної фізіологічної напруги, що є фундаментом для подальшої психосоматичної реабілітації.

Таким чином, Застосування засобів позитивної психотерапії забезпечило ресурсно-орієнтований характер психокорекційного впливу, що дозволило змістити фокус уваги з симптоматики ПТСР на розвиток життєстійкості, почуття контролю та відновлення суб'єктної позиції особистості. Підвищення

усвідомленості, формування навичок самопідтримки та посилення відчуття психологічного балансу сприяли стабілізації емоційного стану респондентів. Отримані результати свідчать, що запропонована програма є дієвим інструментом психологічної допомоги особам із ПТСР та може розглядатися як ефективний засіб підвищення стресостійкості й оптимізації адаптивних механізмів

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. Психолого-корекційний практикум травм війни: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 396 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Барабой В. А. Фізіологія, біохімія і психологія стресу. К.: Інтерсервіс, 2013. 313 с.
4. Боброва Л. Г. Позитивна психотерапія як метод збереження психічного здоров'я особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів, 2019. № 2. С. 30–34.
5. Бондаревич С.М. Часові характеристики дезадаптації людини у ситуації бойового стресу // Габітус. 2022. Вип. 37. С. 26-31.
6. Бригадир М. Б. Особливості роботи з кризою в позитивній психотерапії. Наукові проєкти соціально-гуманітарного факультету ЗУНУ. 2022. С. 73–75.
7. Бригадир М.Б., Бамбурак-Кречківська Н.М. Особливості появи та діагностики ГСР й ПТСР, способи їх ефективного лікування // Габітус. 2023. Вип. 51. С. 234-238.
8. Васильєва Г.В. Колеснік Н.В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок ПТСР // Габітус. 2021. Вип. 30. С. 65-69

9. Візір В. А., Шолох С. Г. Невідкладні стани, надання терапевтичної допомоги при загрожуючих станах на етапах медичної евакуації. Бойова психічна травма та її наслідки. Ураження отруйними речовинами у воєнний та мирний час: навчально-методичний посібник. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 120 с.
10. Волошина Ю. І. Основні напрямки консультативної допомоги сім'ї з використанням технік позитивної психотерапії. Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції «Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану». Київ: ДЗВО «УМО», 2022. С. 39-40.
11. Гірченко О.Л. Позитивна психотерапія: навч.-метод. посібник для здобувачів вищої освіти спеціальності 053 «Психологія» / укладач Гірченко О.Л.; Національний університет «Чернігівський колегіум імені Т.Г. Шевченка». Чернігів: Національний університет «Чернігівський колегіум імені Т.Г. Шевченка», 2023. 86 с.
12. Гордієнко-Митрофанова І. Позитивна психотерапія: навчальний посібник з психотерапевтичних практик розвитку усвідомленої стресостійкості / І. Гордієнко-Митрофанова, Д. Гоголь. – Електрон. дан. – Київ: ГО «МНГ», 2022. 221 с.
13. Гоцуляк Н. Є, Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання // Психологічні науки. Х., 2015. Вип. 1 (74). С. 378 –390.
14. Гриньова Н. Дослідження психотравм особистості та шляхи їх корекції у форматі позитивної психотерапії. Психологічний журнал, 2019. 10 с.
15. Грінченко О. Попередження психотравм при різних реакціях на вплив психогенних чинників // Психологічні травелогі», 2023. Вип. 1. С. 64-76.
16. Гуменюк Ю., Олексюк О., Гаркавенко Н. Психокорекція посттравматичних стресових розладів: тривожність та її подолання // Психологія: реальність і перспективи. 2023. Вип. 20. С. 30-38.

17. Даценко О. А. Особистість як суб'єкт переживання життєвої кризи. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: психологія. 2023. Т. 34, № 6. С. 6–10.
18. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с. С. 148-150
19. Карикаш В. та ін. Основи позитивної психотерапії. Первинне інтерв'ю / Черкаси: Укр. ін-т позит. крос-культур. психотерапії і менеджменту, 2013. 64 с.
20. Карпенко Є. В. Робота з втратами та екзистенційними кризами: системний позитивно-психологічний формат. Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2012. – Т. VII. Екологічна психологія. Вип. 29. С. 205-214.
21. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії: навч. посібник. – Дрогобич : Посвіт, 2015. 116 с.
22. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Технології психопсихологічної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. К.: Слово, 2020. 178 с.
23. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: методичний посібник. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.
24. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Х.: ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
25. Краченко К. О., Тімченко О. В., Ширококов Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. С. 134 –140.

26. Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2020. 383 с.
27. Лазоренко Б. П. Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної психотравматизації // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Київ, 2015. Вип. 4 (29). С. 89–94.
28. Лимаренко О. О. Психічні стани особистості в кризових ситуаціях як проблематика сьогодення в Україні // Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні вектори відновлення та розвитку України на засадах сталості та безпеки» м. Київ, Україна, 21 листопада 2023 р.
29. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Психологія. Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Одеса, 2016. Т. 21. Вип. 1 (39). С. 180–186.
30. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 223 с.
31. Михальський А.В., Царьов Ю.О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд // Проблеми сучасної психології. 2011. Вип. 12. С. 687–696.
32. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
33. Ніздрань-Федорович О. Застосування позитивної психотерапії у роботі з клієнтами із психотичними розладами. Наукові записки УКУ, 2020. Педагогіка. Психологія, вип. 3. С. 105–112.
34. Остополец І.Ю. До проблеми про психічні стани особистості // Наука і освіта. 2005. Вип. №3-4. С. 171-173.
35. Отенко С. А. Позитивна психотерапія як сучасна теоретична основа соціалізації. Гуманітарний корпус: збірник наукових статей з актуальних

- проблем філософії, культурології, історії, психології та педагогіки. Вінниця: «Твори», 2021. Вип. 37. Т.2. С. 45-48.
36. Охременко О. Р. Постстресові розлади. К.: Хімджест, 2004. 102 с.
 37. Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: методичний посібник. Київ, 2020. 92 с.
 38. Пеньковська, Н. М., Шептицький, Р. В. Основи психологічного консультування в методі позитивної психотерапії: навчально-методичний посібник. Тернопіль: Крок, 2014. 268 с.
 39. Психологія стресу та стресових розладів: навчальний посібник / Уклад. О. Ю. Овчаренко. – К.: Університет «Україна», 2023. 266 с.
 40. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців: філософсько-психологічний аспект. Вісник Прикарпатського університету: філософські і психологічні науки. 2019. Т.1. №22. С. 38-45.
 41. Розов В.І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу та психологічне забезпечення: науково-практичний посібник. К.: КНТ, 2024. 711 с.
 42. Романенкова О.Ю., Павлюк О. Д. Психотравмуючі чинники надзвичайних ситуацій під час війни та перша психологічна допомога / Психологія особистості. 2024. Вип. 16. С. 209-213.
 43. Романовська Д.Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: навчальний посібник. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
 44. Санникова О. П. Індивідуальні стратегії подолання кризових ситуацій // Проблеми гуманітарних наук. Наукові записки ДДПУ. 2000. Вип. 6. С.99-108.
 45. Сердюк Л.З., Завірюха В.В. Позитивна психотерапія в сприянні психологічному благополуччю особистості. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.

- Костюка. – Том IX, Загальна психологія. Історія психології. Етнічна психологія. Випуск 11. Київ; Ніжин: ПП Лисенко, 2018. С. 185-193.
46. Сивогракова З.А. Психологія стресу. Управління стресом як аспект психологічної компетентності фахівця. Харків: УкрДАЗТ, 2015. 42 с.
 47. Сіренко О. М. Історія становлення позитивної психотерапії, як окремого напрямку психології (друга половина XX – початок XXI ст.). Історія науки і техніки. 2018. Т. 8. Вип. 2 (13). С. 515-526.
 48. Стеблюк В.В. Травма та травматерапія: історія та сьогодення. Український вісник психоневрології. К., 2018. Вип. 4. С. 82 –86.
 49. Сургунд Н., Капустіна В. Експериментальне дослідження негативних емоційних станів в період війни // Психологічні травелогі. 2023. Вип. №1. С. 87-96.
 50. Улько Н. М. Чинники виникнення психотравми в дорослому віці // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, 2020. Вип. 10. С. 92–96.
 51. Фурман В.В., Рева О. М. Психологічні особливості управління стресом в умовах суспільних трансформацій // Психологія особистості. 2021. Вип. 27. С. 151-155.
 52. Христук О. Техніки відновлення на етапі психологічної реабілітації учасників бойових дій // Психологічні науки. 2019. Вип. 3 (14). С. 317-329.
 53. Царенко Л.Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. Психологія: теорія і практика, 2019. Вип. 1 (3). С. 158-170.
 54. Чабан О.С., Хаустова О. О., Психічні розлади воєнного часу. Монографія К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
 55. Чиханцова О. А. Позитивна психотерапія як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3(1). С. 21-33.

- 56.Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник. – К.: Здоров'я, 2005. 120 с.
- 57.Arrindell W. A., Meeuwesen L., Huyse F. J. The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and individual differences*. 1991. 12(2). P. 117–123.
- 58.Cope T. Positive Psychotherapy's Theory of the Capacity to Know as Explication of Unconscious Contents / T. Cope // *Journal of Religion and Health*. 2009. Vol. 48. P. 79-89.
- 59.Dankevych V., Kolomiets T., Lytvynchuk A. Mental health of rural communities in wartime conditions. *Věda a perspektivy*, 2023. P. 201-211
- 60.Dobiało E. «Positive psychotherapy» according to Seligman and «Positive Psychotherapy» according to Peseschkian: A Comparison / E. Dobiało, P. Winkler // *International Journal of Psychotherapy*. 2016. Vol. 20. No.3. P. 5-17.
- 61.Kaplan, J. S.; Tolin, D. F. (2011). Exposure therapy for anxiety disorders: Theoretical mechanisms of exposure and treatment strategies. *Psychiatric Times*. 28 (9): 33–37.
- 62.Mahmoudi H. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Psychological Wellbeing and Self-Esteem among Adolescents with Depression Disorder / H. Mahmoudi, H. Khoshakhlagh // *Social Behavior Research & Health (SBRH)*. – 2017. №2(1). P. 153-163.
- 63.Тест-опитувальник «Шкала психологічного стресу» PSM-25 Лемура-Тесьє-Філіона // [електронний ресурс] – Режим доступу: <https://studfile.net/preview/7348134/page:3/>

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ РЕСПОНДЕНТА

Мета анкети - з'ясувати особливості вашого переживання травматичного досвіду.

Анкета є анонімною, усі відповіді використовуються лише в узагальненому вигляді для наукового дослідження.

Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть той варіант відповіді, який найбільш точно відображає ваші відчуття або досвід.

На перші два запитання (вік та стать) оберіть відповідний варіант.

На запитання 3–8 дайте відповідь за шкалою, де:

- 1 - Повністю не згоден,
- 2 - Скоріше не згоден,
- 3 - Важко відповісти,
- 4 - Скоріше згоден,
- 5 - Повністю згоден.

Під час відповідей немає «правильних» чи «неправильних» варіантів. Важливо, щоб ваші відповіді були чесними та суб'єктивно точними.

1. Ваш вік:

18–25 26–35 36–45 46–55 56+

2. Ваша стать:

Чоловіча Жіноча Інше / Важко відповісти

3. Я вважаю, що в моєму житті були події, які мали для мене травматичний характер.

- Повністю не згоден
- Скоріше не згоден
- Важко відповісти
- Скоріше згоден
- Повністю згоден

4. **Події, які я пережив(ла), продовжують впливати на моє емоційне самопочуття.**
Повністю не згоден
Скоріше не згоден
Важко відповісти
Скоріше згоден
Повністю згоден
5. **Я часто повертаюся думками до травматичної події.**
Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто
6. **Ситуації, що нагадують про травму, викликають у мене сильне напруження або тривогу.**
Повністю не згоден
Скоріше не згоден
Важко відповісти
Скоріше згоден
Повністю згоден
7. **Я маю достатньо внутрішніх ресурсів, щоб справлятися зі стресом.**
Повністю не згоден
Скоріше не згоден
Важко відповісти
Скоріше згоден
Повністю згоден
8. **Мені потрібна психологічна підтримка або корекційна робота для опрацювання пережитого досвіду.**
Повністю не згоден
Скоріше не згоден
Важко відповісти
Скоріше згоден
Повністю згоден

Додаток Б

Ключ до анкети

Питання 3, 4, 6, 8. (Пряма шкала: більше балів = вищий рівень травматизації)

Відповідь	Бал
Повністю не згоден	1
Скоріше не згоден	2
Важко відповісти	3
Скоріше згоден	4
Повністю згоден	5

Питання 5. (Частота повернення до травми)

Відповідь	Бал
Ніколи	1
Рідко	2
Іноді	3
Часто	4
Дуже часто	5

Питання 7. (Зворотне кодування: більше балів = нижча ресурсність → вища травматизація)

Відповідь	Бал
Повністю не згоден	5
Скоріше не згоден	4
Важко відповісти	3
Скоріше згоден	2
Повністю згоден	1

Рівні травматизації

Сума балів	Рівень травматизації
22–30	Високий рівень
14–21	Середній рівень
6–13	Низький рівень

Додаток С

Протокол обробки анкети щодо з'ясування травматичного досвіду

№ респондента	Вік	Стать	П3 Травматичні	П4 Вплив подій	П5 Повернення думок	П6 Тривога при нагадуванні	П7 Ресурси (зворотнє)	П8 Потреба підтримки	Сума	Рівень травматизації
1	60	Ж	3	4	4	4	4	4	23	Високий
2	50	Ч	1	4	1	4	2	1	13	Низький
3	36	Ч	5	2	2	5	3	5	22	Високий
4	29	Ч	2	3	1	5	4	2	17	Середній
5	42	Ч	3	1	4	3	5	2	18	Середній
6	60	Ч	1	5	5	4	1	5	21	Середній
7	40	Ч	2	1	5	1	5	4	18	Середній
8	44	Ч	2	1	3	5	4	2	17	Середній
9	32	Ж	4	3	1	5	4	4	21	Середній
10	32	Ч	5	1	1	1	4	2	14	Середній
11	45	Ч	3	2	3	5	5	2	20	Середній
12	57	Ч	1	2	3	3	4	3	16	Середній
13	45	Ч	4	4	3	4	5	2	22	Високий
14	24	Ч	5	5	4	1	4	1	20	Середній
15	43	Ч	4	1	1	4	3	5	18	Середній
16	23	Ч	5	1	4	5	4	5	24	Високий
17	45	Ч	5	3	3	5	5	4	25	Високий
18	51	Ж	3	2	1	1	2	2	11	Низький
19	59	Ч	5	5	4	3	4	1	22	Високий
20	23	Ч	4	4	4	2	2	4	20	Середній
21	42	Ч	5	2	3	1	3	3	17	Середній
22	54	Ч	3	4	1	2	1	4	15	Середній
23	33	Ч	3	3	3	2	3	4	18	Середній
24	43	Ч	4	3	1	3	4	2	17	Середній
25	46	Ч	2	1	5	2	2	3	15	Середній
26	48	Ж	2	5	2	2	2	4	17	Середній

27	49	Ч	5	4	2	3	5	1	20	Середній
28	37	Ч	1	2	2	2	2	1	10	Низький
29	36	Ж	5	3	3	2	5	5	23	Високий
30	24	Ч	4	1	5	2	1	3	16	Середній
31	58	Ч	4	1	1	1	4	3	14	Середній
32	28	Ч	4	4	4	1	5	5	23	Високий
33	42	Ч	4	3	1	1	1	4	14	Середній
34	30	Ч	4	5	4	3	2	3	21	Середній
35	60	Ч	3	3	1	5	2	1	15	Середній
36	39	Ч	2	4	5	2	1	1	15	Середній
37	25	Ч	4	4	4	2	2	2	18	Середній
38	46	Ж	1	3	3	3	1	3	14	Середній
39	35	Ж	1	4	1	2	5	4	17	Середній
40	30	Ч	1	3	1	1	5	5	16	Середній
41	47	Ж	1	2	4	5	1	5	18	Середній
42	23	Ч	3	3	3	4	5	4	22	Високий
43	41	Ч	1	3	3	2	5	2	16	Середній
44	49	Ч	4	4	5	1	5	5	24	Високий
45	28	Ч	5	4	3	4	3	3	22	Високий
46	29	Ч	1	1	3	5	4	2	16	Середній
47	56	Ч	3	1	3	4	2	3	16	Середній
48	35	Ч	3	2	2	1	3	1	12	Низький
49	38	Ч	1	1	5	4	5	2	18	Середній
50	57	Ч	5	3	1	3	1	5	18	Середній
51	25	Ч	1	4	4	4	5	2	20	Середній
52	23	Ч	3	1	1	2	4	2	13	Низький
53	27	Ч	2	1	5	2	5	2	17	Середній
54	25	Ч	4	2	4	3	1	2	16	Середній
55	50	Ч	3	2	5	1	4	3	18	Середній
56	39	Ж	1	3	3	2	5	1	15	Середній
57	47	Ч	4	4	4	5	4	4	25	Високий
58	55	Ч	1	2	3	2	2	2	12	Низький
59	31	Ч	1	1	1	2	2	5	12	Низький
60	57	Ч	2	4	1	1	5	2	15	Середній

Додаток Д

**Протокол дослідження за тестом-опитувальником «Шкала
оцінки впливу травматичної події (IES-R)» М. Горовиц**

№ респондента	Константувальний етап експерименту				Контрольний етап експерименту			
	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Заг. показник травматизації	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Заг. показник травматизації
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	19	23	21	63	14	17	16	47
2	14	20	24	58	11	16	18	45
3	10	12	11	33	8	9	9	26
4	24	18	15	57	19	14	11	44
5	11	9	9	29	9	7	7	23
6	15	21	16	52	12	16	13	41
7	13	15	9	37	10	11	7	28
8	18	12	13	43	14	9	10	33
9	17	8	15	40	13	6	12	31
10	6	9	17	32	5	7	13	25
11	18	19	14	51	14	15	11	40
12	7	12	13	32	6	9	10	25
13	8	14	11	33	6	11	9	26
14	17	8	16	41	13	6	13	32
15	14	12	16	42	11	9	13	33
16	21	12	19	52	16	9	14	39
17	2	23	12	37	2	17	9	28
18	11	22	10	43	9	16	8	33
19	8	20	27	55	6	16	19	41
20	9	22	14	45	7	17	11	35
21	11	16	17	44	9	13	13	35
22	17	14	16	47	13	11	12	36
23	14	12	11	37	11	9	9	29
24	10	8	10	28	8	6	8	22
25	17	9	11	37	13	7	9	29

26	12	19	21	52	9	15	16	40
27	25	12	15	52	18	9	12	39
28	8	22	10	40	6	17	8	31
29	15	16	18	49	11	12	13	36
30	21	14	17	52	16	11	13	40
31	11	22	6	39	9	17	5	31
32	13	9	25	47	10	7	19	36
33	17	22	13	52	13	17	10	40
34	21	15	13	49	16	11	10	37
35	15	18	8	41	11	14	6	31
36	10	26	18	54	8	20	13	41
37	17	20	11	48	13	15	9	37
38	13	16	23	52	10	12	17	39
39	21	18	19	58	16	14	14	44
40	11	13	11	35	9	10	9	28
41	13	15	9	37	10	11	7	28
42	18	12	13	43	14	9	10	33
43	17	8	15	40	13	6	12	31
44	6	9	17	32	5	7	13	25
45	18	19	14	51	14	15	11	40
46	11	22	6	39	9	17	5	31
47	13	9	25	47	10	7	19	36
48	10	12	11	33	8	9	9	26
49	24	18	15	57	17	14	11	42
50	17	20	11	48	13	15	9	37
51	10	12	11	33	8	9	9	26
52	24	18	15	57	17	14	11	42
53	17	8	15	40	13	6	12	31
54	6	9	17	32	5	7	13	25
55	18	19	14	51	14	15	11	40
56	13	15	9	37	10	11	7	28
57	18	12	13	43	14	9	10	33
58	17	20	11	48	13	15	9	37
59	11	22	6	39	9	17	5	31
60	13	9	25	47	10	7	19	36

Додаток Є

**Протокол дослідження за тестом-опитувальником «Шкала
депресії Бека»**

№ респондента	Константувальний етап експерименту	Контрольний етап експерименту
	Депресія	Депресія
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1	5	4
2	8	6
3	7	5
4	7	5
5	7	5
6	6	5
7	7	5
8	11	8
9	7	5
10	7	5
11	7	5
12	12	9
13	12	9
14	11	8
15	4	3
16	8	6
17	8	6
18	8	6
19	5	4
20	9	7
21	9	7
22	9	7
23	13	10
24	15	11
25	15	11
26	15	11
27	9	7

28	9	7
29	9	7
30	6	5
31	5	4
32	6	5
33	8	6
34	10	7
35	12	9
36	14	10
37	13	10
38	13	10
39	13	10
40	10	7
41	9	7
42	10	7
43	14	10
44	14	10
45	11	8
46	10	7
47	15	11
48	15	11
49	15	11
50	9	7
51	13	10
52	18	13
53	17	12
54	16	12
55	16	12
56	14	10
57	14	10
58	14	10
59	18	13
60	19	14

Додаток Ж

**Протокол дослідження за тестом-опитувальником самооцінки
психічних станів Г. Айзенка**

№ респондента	Константувальний етап експерименту				Контрольний етап експерименту			
	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Регідність	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Регідність
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5	4	2	5	4	3	1	4
2	8	5	2	6	6	4	1	5
3	7	4	3	6	5	3	2	5
4	7	4	3	6	5	3	2	5
5	7	4	3	6	5	3	2	5
6	6	3	4	6	5	2	3	5
7	7	4	3	7	5	3	2	6
8	11	6	4	7	8	4	2	6
9	7	6	5	7	5	4	3	6
10	7	6	5	7	5	4	3	6
11	7	6	5	7	5	4	3	6
12	12	9	5	7	8	6	3	6
13	12	9	5	7	8	6	3	6
14	11	9	8	7	8	6	5	6
15	4	6	3	8	3	4	2	6
16	8	6	4	8	6	4	3	6
17	8	6	4	8	6	4	3	6
18	8	6	4	8	6	4	3	6
19	5	7	6	8	4	5	4	6
20	9	11	10	8	7	8	7	6
21	9	11	10	8	7	8	7	6
22	9	11	10	8	7	8	7	6
23	13	9	7	9	9	6	5	7

24	15	12	14	9	11	8	10	7
25	15	12	14	9	11	8	10	7
26	15	12	14	9	11	8	10	7
27	9	8	5	10	7	6	3	8
28	9	8	5	10	7	6	3	8
29	9	8	5	10	7	6	3	8
30	6	5	6	10	5	4	4	8
31	5	7	6	10	4	5	4	8
32	6	3	7	10	5	2	5	8
33	8	5	7	10	6	4	5	8
34	10	7	9	10	7	5	7	8
35	12	10	9	10	9	7	7	8
36	14	11	9	10	10	8	7	8
37	13	10	11	10	10	7	8	8
38	13	10	11	10	10	7	8	8
39	13	10	11	10	10	7	8	8
40	10	8	12	11	7	6	9	9
41	9	10	8	12	7	7	6	10
42	10	7	10	12	7	5	8	10
43	14	12	13	12	10	9	10	10
44	14	12	13	12	10	9	10	10
45	11	9	12	13	8	6	9	11
46	10	8	11	14	7	6	8	11
47	15	13	14	14	11	9	10	11
48	15	13	14	14	11	9	10	11
49	15	13	14	14	11	9	10	11
50	9	12	13	15	7	9	10	12
51	13	10	15	15	9	7	12	12
52	18	15	17	15	13	11	14	12
53	17	14	19	16	12	10	15	13
54	16	14	18	17	12	10	14	13
55	16	10	15	18	12	8	12	14
56	14	12	16	18	10	9	13	14
57	14	12	16	18	10	9	13	14
58	14	12	16	18	10	9	13	14
59	18	16	17	19	13	12	14	15
60	19	17	18	19	14	13	15	15

Додаток 3

Протокол дослідження за тестом-опитувальником «Шкала особистісної та ситуативної тривожності» Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна

№ респондента	Константувальний етап експерименту		Контрольний етап експерименту	
	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
1	2	3	4	5
1	33	32	28	28
2	34	38	29	33
3	32	21	27	18
4	38	34	32	29
5	25	28	22	24
6	32	30	28	26
7	33	35	28	30
8	35	33	30	28
9	32	30	28	26
10	25	29	22	25
11	50	41	42	35
12	25	29	22	25
13	41	40	35	33
14	40	44	34	38
15	43	46	36	40
16	56	47	48	39
17	43	44	36	38
18	42	44	35	38
19	41	39	34	33
20	37	39	32	34

21	50	46	42	38
22	43	45	36	38
23	32	30	27	26
24	31	29	27	25
25	41	44	34	38
26	52	47	44	39
27	50	41	42	35
28	50	41	42	35
29	56	47	48	39
30	27	29	24	25
31	41	43	34	37
32	41	40	34	33
33	20	27	18	24
34	38	31	32	27
35	43	46	36	40
36	20	27	18	24
37	39	32	33	28
38	42	44	35	38
39	32	30	27	26
40	42	44	35	38
41	43	46	36	40
42	34	40	29	36
43	43	41	36	34
44	41	44	34	38
45	34	32	29	28
46	44	46	36	40
47	57	52	48	43
48	42	44	35	38
49	42	44	35	38
50	33	30	28	26
51	20	27	18	24
52	56	47	48	39
53	38	34	32	29
54	42	44	35	38
55	45	45	38	38
56	25	29	22	25
57	38	42	32	36
58	38	34	32	29
59	42	44	35	38
60	41	42	34	36

Додаток І

Протокол діагностики за методикою «Шкала психічного стресу PSM-25»

Лемура-Тесьє-Філліона

№ респондента	Константувальний етап експерименту	Контрольний етап експерименту
	Психоемоційне праруження	Психоемоційне праруження
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1	89	72
2	134	95
3	162	110
4	147	102
5	101	84
6	95	78
7	158	120
8	120	92
9	171	135
10	140	105
11	165	118
12	109	88
13	92	75
14	150	115
15	174	128
16	138	98
17	100	82
18	88	70
19	160	122
20	143	108
21	156	112
22	132	94
23	168	125
24	145	103

25	112	89
26	159	119
27	125	96
28	172	130
29	137	101
30	141	107
31	98	80
32	164	121
33	153	114
34	128	93
35	161	117
36	149	109
37	105	85
38	167	124
39	118	91
40	155	113
41	142	104
42	90	74
43	170	132
44	135	99
45	157	116
46	122	90
47	163	123
48	144	106
49	110	87
50	175	138
51	129	97
52	152	111
53	96	77
54	166	126
55	139	100
56	115	86
57	169	129
58	148	108
59	103	81
60	151	112

Додаток К

Конспект програми позитивної психотерапії для осіб із ПТСР з підвищення рівня стресостійкості

Сесія 1. Вступ та психоосвіта

Мета: Ознайомлення учасників із програмою, формування базового розуміння ПТСР та стресостійкості.

Тривалість: 2 години

Структура:

1. Привітання, знайомство групи (15 хв).
2. Ознайомлення з метою та структурою тренінгу (10 хв).
3. Психоосвітня частина: ПТСР, його прояви та механізми стресостійкості (30 хв).
4. Групове обговорення: «Що для мене стресостійкість?» (20 хв).
5. Вправа «Карта ресурсів» (30 хв): учасники малюють власні внутрішні та зовнішні ресурси, що допомагають справлятися зі стресом.
6. Підсумок та домашнє завдання: вести щоденник переживань і позитивних моментів (15 хв).

Очікувані результати:

- Усвідомлення природи ПТСР та базових механізмів стресостійкості;
- Початкове формування мотивації для роботи;
- Ідентифікація власних ресурсів.

Сесія 2. Розпізнавання та управління емоціями

Мета: Розвиток усвідомлення власних емоцій та контролю психофізіологічної збудливості.

Структура:

1. Коротке обговорення домашнього завдання (10 хв).
2. Психосвітня мінілекція: «Емоції та стрес: як розпізнавати і регулювати» (15 хв).
3. Вправа «Колір емоцій» (20 хв): учасники на картках записують емоції, які відчували протягом тижня, та визначають їхню інтенсивність.
4. Техніка дихання 4-7-8 (10 хв) для зниження напруги.
5. Практика усвідомленості (mindfulness): сканування тіла (20 хв).
6. Групова дискусія: як емоційна саморегуляція допомагає справлятися з інтрузіями та тривогою (20 хв).
7. Підсумок та домашнє завдання: вести щоденник емоцій та спробувати застосовувати дихальні техніки (15 хв).

Очікувані результати:

- Підвищення усвідомленості власних емоцій;
- Зниження рівня психофізіологічної збудливості;
- Формування початкових навичок саморегуляції.

Сесія 3. Когнітивне переосмислення травми

Мета: Формування адаптивного сприйняття травматичного досвіду.

Структура:

1. Обговорення домашнього завдання (10 хв).
2. Лекція «Як травма впливає на мислення і переконання» (15 хв).
3. Вправа «Рефреймінг історії» (30 хв): учасники описують травматичну подію у вигляді короткої історії та обговорюють альтернативні способи її осмислення.
4. Використання метафор і символів: «Як я бачу себе після травми?» (20 хв).
5. Групове обговорення: поділ досвідом переосмислення події (20 хв).
6. Підсумок та домашнє завдання: щоденник «Моє нове бачення травми» (15 хв).

Очікувані результати:

- Зниження негативних переконань про себе і світ;
- Інтеграція травматичного досвіду у життєвий наратив;
- Поява конструктивного сенсу подій.

Сесія 4. Конструктивні стратегії подолання стресу

Мета: Замінити дезадаптивні копінг-стратегії на ресурсно-орієнтовані.

Структура:

1. Обговорення домашнього завдання (10 хв).
2. Вправа «Мої старі та нові стратегії» (20 хв): учасники пишуть, як раніше справлялися зі стресом і які конструктивні стратегії можна застосувати.
3. Рольова гра «Подолання труднощів» (30 хв): практикування нових стратегій у безпечному середовищі.
4. Вправа «План дій у кризових ситуаціях» (20 хв): створення персональної схеми реагування на стрес.
5. Обговорення результатів та обмін досвідом (20 хв).
6. Підсумок та домашнє завдання: застосування нових стратегій протягом тижня (10 хв).

Очікувані результати:

- Формування адаптивних стратегій подолання стресу;
- Зменшення уникання та дезадаптивних реакцій;
- Підвищення впевненості у власних можливостях.

Сесія 5. Балансна модель позитивної психотерапії

Мета: Виявлення та корекція дисбалансів у життєвих сферах.

Структура:

1. Коротке обговорення досвіду застосування нових стратегій (10 хв).
2. Вправа «Моя балансна карта» (30 хв): оцінка стану у чотирьох сферах – тіло, діяльність, контакти, сенс.
3. Групова робота: обговорення ресурсів і дисбалансів (20 хв).
4. Практика «Ресурсна інвестиція» (20 хв): планування дій для відновлення дисбалансованих сфер.
5. Дискусія та рефлексія (20 хв).
6. Підсумок та домашнє завдання: вести щоденник дій у балансній моделі (10 хв).

Очікувані результати:

- Виявлення та корекція дисбалансів у життєвих сферах;
- Підвищення рівня внутрішньої гармонії;
- Спрямування енергії на конструктивну діяльність.

Сесія 6. Соціальна підтримка та міжособистісні навички

Мета: Зміцнення соціальних ресурсів та взаємодії з оточенням.

Структура:

1. Обговорення результатів домашнього завдання (10 хв).
2. Лекція «Роль соціальної підтримки у подоланні стресу» (15 хв).
3. Вправа «Моя мережа підтримки» (20 хв): учасники визначають людей і ресурси, що надають підтримку.
4. Тренінг комунікації: «Висловлюю потреби та отримую підтримку» (30 хв).
5. Групова дискусія: обговорення досвіду соціальної взаємодії (20 хв).
6. Підсумок та домашнє завдання: практикувати звернення за підтримкою протягом тижня (15 хв).

Очікувані результати:

- Зміцнення соціальних ресурсів;
- Підвищення почуття соціальної підтримки;
- Розвиток навичок ефективної взаємодії.

Сесія 7. Підсумок та інтеграція навичок

Мета: Закріплення набутих знань та навичок, планування подальшої самостійної роботи.

Структура:

1. Обговорення результатів домашнього завдання (10 хв).
2. Вправа «Мій прогрес» (20 хв): кожен учасник відзначає зміни у власному стані та поведінці.
3. Рефлексія у групі: «Що допомогло мені найбільше?» (20 хв).
4. Вправа «План подальшої роботи» (30 хв): розробка персональних стратегій застосування методів тренінгу.
5. Заключне обговорення, підведення підсумків (20 хв).

Очікувані результати:

- Консолідація навичок саморегуляції та стресостійкості;
- Готовність до самостійного застосування технік;
- Усвідомлення власних ресурсів та досягнень.