МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-психологічної освіти та фізичної культури
Кафедра психології

Допущено до захисту
« » травня 2026 р.
В.о. зав. кафедри
_____ Борис ЯКИМЧУК

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР)

Виконала студентка 4 курсу, П41 групи
освітньої програми «Психологія»
спеціальності 053 Психологія
Міщенко Анастасія

Науковий керівник – кандидат психологічних наук, доцент,
Байда Світлана Петрівна

Умань – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП……	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР…….	
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психології……..	
1.2. Причини та механізми формування посттравматичного стресового розладу……	
1.3. Психологічні особливості осіб із посттравматичним стресовим розладом……	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПТСР……..	
2.1. Організація та методи дослідження……..	
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних аспектів посттравматичного стресового розладу……..	
2.3. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги при ПТСР	
ВИСНОВКИ…….....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..	
ДОДАТКИ……	

ВСТУП

Актуальність і доцільність дослідження. Сучасні соціально-політичні умови, зокрема воєнні дії, вимушена міграція, втрати та тривале перебування в умовах підвищеної небезпеки, зумовлюють значне зростання кількості осіб із проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР є однією з найпоширеніших форм психічних розладів, що виникає як відповідь на інтенсивний травматичний досвід і суттєво впливає на емоційне, когнітивне та поведінкове функціонування особистості.

Актуальність дослідження зумовлена також тим, що в умовах сучасних кризових ситуацій спостерігається зростання запиту на психологічну допомогу, однак механізми формування ПТСР, його психологічні прояви та особливості перебігу залишаються недостатньо вивченими, особливо в контексті різних вікових та соціальних груп.

Крім того, ПТСР має складну структуру симптомів (нав'язливі спогади, флешбеки, емоційне оніміння, підвищена тривожність тощо), що ускладнює діагностику та психологічну корекцію. Це зумовлює необхідність поглибленого аналізу психологічних аспектів даного розладу, а також розробки ефективних підходів до його профілактики та психокорекції.

Феномен психічної травми та ПТСР перебуває в центрі уваги науковців уже не одне десятиліття, проте сучасні реалії вимагають переосмислення наявних підходів.

Значний внесок у дослідження загальної природи стресу, травми та психологічних аспектів ПТСР зробили зарубіжні вчені: B. van der Kolk, J. Herman – присвятили роботи вивченню комплексного ПТСР та впливу травми на тіло й мозок; R. Lazarus, S. Folkman – заклали теоретичний фундамент дослідження копінг-стратегій та психологічного стресу; C. Figley – детально описав феномен вторинної травматизації та співчутливої втоми; E. Foa – розробила ефективні методологічні підходи до терапії ПТСР через тривалу експозицію.

В українському науковому дискурсі вивчення ПТСР отримало новий потужний імпульс після 2014 року та з початком повномасштабної війни у 2022 році. Психологічні аспекти травматизації, особливості реабілітації комбатантів та цивільних досліджують такі вітчизняні фахівці: С. Д. Максименко, В. Г. Паннок, Г. Е. Улунова – розглядають загальнотеоретичні та практичні проблеми психологічної допомоги особистості в кризових станах; О. В. Тімченко, В. П. Садковий – спеціалізуються на психології екстремальних ситуацій та бойового стресу; О. Г. Блінов, І. В. Сінєльнікова – досліджують особливості формування ПТСР у військовослужбовців та специфіку їхньої ресоціалізації; Н. В. Зарецька – приділяє увагу психологічній адаптації ветеранів та системній психосоціальній підтримці.

Попри значну кількість напрацювань, залишається потреба в інтеграції зарубіжного досвіду в українські реалії, а також у детальнішому дослідженні специфіки «пролонгованої травми», коли людина перебуває під дією стресогенних факторів тривалий час без можливості повної безпеки.

Висока соціальна значущість проблеми, необхідність оптимізації методів психологічної допомоги в умовах воєнного стану та наявність теоретичних лакун зумовили вибір теми бакалаврської роботи: «Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу (ПТСР)».

Таким чином, дослідження психологічних аспектів ПТСР є важливим як у теоретичному, так і в практичному аспектах сучасної психологічної науки.

Недостатня дослідженість зазначених аспектів проблеми посттравматичного стресового розладу зумовила вибір дослідження «Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу (ПТСР)».

Об’єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад як психологічне явище.

Предмет дослідження: психологічні особливості, механізми формування та прояви посттравматичного стресового розладу.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу та визначити його основні прояви й механізми формування.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння ПТСР у психологічній науці та розкрити основні причини та механізми виникнення посттравматичного стресового розладу.
2. Визначити основні симптоми та форми прояву ПТСР.
3. Узагальнити сучасні підходи до психологічної допомоги особам із ПТСР та підготувати практичні рекомендації щодо психологічної допомоги при ПТСР.

Методи дослідження: аналіз наукових джерел, узагальнення, синтез, систематизація наукових даних, тестування, бесіда, метод мовленнєвої проекції, метод експертного оцінювання, формувальний психолого-педагогічний експеримент, соціально-психологічний тренінг, описова статистика, метод дослідження достовірності різниці даних, кореляційний аналіз, факторний аналіз.

Експериментальна база дослідження – загальноосвітні навчальні заклади № 11 та № 14 м. Умань. Дослідженням охоплено 225 учнів підліткового віку. Серед них 111 хлопців та 114 дівчат.

Теоретичне значення дослідження полягає у дослідженні теоретичних й методологічних підходів до вивчення проблеми агресії та агресивності, визначині видів, функцій, факторів агресивності особистості у підлітковому віці.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що виявлено психологічні особливості проявів агресивності учнів підліткового віку; запропоновано спеціальну орієнтовану програму профілактики та корекції деструктивної агресивності підлітків; подальшого розвитку дістало вчення про сутність та структурні компоненти агресивності.

Дані про апробацію. Матеріали бакалаврського дослідження доповідалися на засіданні кафедри психології та Всеукраїських науково-практичних конференціях та семінарах:

Структура та обсяг бакалаврської роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, який містить 40 найменувань та додатки.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психології

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш актуальних об’єктів дослідження сучасної психології та психіатрії, що зумовлено зростанням кількості психотравмуючих подій у світі, зокрема воєнних конфліктів, техногенних катастроф, насильства та інших кризових ситуацій. У широкому розумінні ПТСР розглядається як складна психічна реакція на пережиту травму, яка виходить за межі звичайного стресу та супроводжується тривалими порушеннями психічного функціонування [10; 21].

У науковій літературі поняття ПТСР сформувалося відносно нещодавно, хоча сам феномен посттравматичних реакцій описувався ще в працях класиків психології та медицини. Зокрема, ще у XIX–XX століттях дослідники звертали увагу на психологічні наслідки війни, називаючи їх «синдромом солдата» або «бойовою втомою». Лише у другій половині XX століття, після аналізу досвіду ветеранів війни, ПТСР було офіційно включено до класифікацій психічних розладів [14].

Сучасне розуміння ПТСР значною мірою базується на діагностичних критеріях, представлених у DSM-5, де він визначається як розлад, що виникає після впливу травматичної події та включає чотири основні групи симптомів: повторне переживання травми, уникнення, негативні зміни у когніціях і настрої, а також підвищену збудливість [1]. Водночас у МКХ-11 акцент робиться на стійкості симптомів і порушенні соціального функціонування, що дозволяє розглядати ПТСР як хронічний стан, який суттєво впливає на якість життя людини [27].

З психологічної точки зору ПТСР можна розглядати як порушення процесів адаптації особистості до стресових умов. Як зазначає Р. Лазарус, стрес виникає внаслідок когнітивної оцінки ситуації як загрозливої або такої, що перевищує ресурси людини, а ПТСР є наслідком тривалого невдалого подолання такого стресу [22]. У свою чергу, Г. Сельє підкреслював, що хронічний стрес без ефективних механізмів адаптації призводить до виснаження організму, що може проявлятися як у фізичних, так і в психічних розладах [32].

Важливим аспектом розуміння ПТСР є його багатовимірність. Це означає, що розлад не обмежується лише емоційними проявами, а охоплює когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери. Зокрема, емоційні прояви ПТСР включають тривогу, страх, почуття провини, сором, гнів або емоційну притупленість [2; 11]. Когнітивні зміни проявляються у формі негативних переконань щодо себе («я слабкий», «я винен»), світу («світ небезпечний») та майбутнього («нічого не зміниться») [24].

Поведінкові реакції при ПТСР часто пов’язані з уникненням ситуацій або стимулів, що нагадують про травматичну подію. Це може призводити до соціальної ізоляції, зниження активності та погіршення якості життя [21]. Фізіологічні прояви включають підвищену збудливість, порушення сну, гіперреактивність на зовнішні подразники, що свідчить про зміни у функціонуванні нервової системи [6].

Особливу роль у формуванні ПТСР відіграє пам’ять про травматичну подію. Як зазначають дослідники, травматичні спогади мають фрагментарний, емоційно насичений характер і можуть відтворюватися у вигляді флешбеків або нав’язливих образів [10]. Це пов’язано з тим, що травма порушує нормальні процеси обробки інформації, внаслідок чого спогади не інтегруються в загальну систему життєвого досвіду.

Сучасні дослідження також підкреслюють роль нейробіологічних механізмів у розвитку ПТСР. Зокрема, встановлено, що у людей із цим розладом спостерігаються зміни у функціонуванні таких структур мозку, як

мигдалина, гіпокамп і префронтальна кора, які відповідають за емоції, пам’ять і регуляцію поведінки [6]. Це підтверджує, що ПТСР має не лише психологічну, але й біологічну природу.

Окрему увагу в психології приділяють соціальним чинникам розвитку ПТСР. До них належать рівень соціальної підтримки, культурні особливості, умови життя та попередній досвід людини. Відсутність підтримки або негативне соціальне оточення можуть значно ускладнювати процес відновлення після травми [23]. Водночас наявність підтримуючих стосунків сприяє зниженню ризику розвитку розладу.

У контексті сучасних подій особливо актуальним є вивчення ПТСР у військовослужбовців та цивільного населення, що переживає наслідки воєнних дій. Дослідження показують, що у таких умовах значно зростає поширеність ПТСР, а його прояви можуть мати як індивідуальний, так і колективний характер [13; 21]. Це зумовлює необхідність розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації.

Крім того, у сучасній науці виділяють різні форми ПТСР, зокрема гострий, хронічний і відстрочений. Гострий ПТСР проявляється протягом перших місяців після травми, тоді як хронічний може тривати роками. Відстрочений ПТСР характеризується появою симптомів через значний час після травматичної події [3]. Також окремо виділяють комплексний ПТСР, який виникає внаслідок тривалих або повторюваних травм і супроводжується глибшими порушеннями особистості [8].

Не менш важливим є розмежування ПТСР та інших психічних розладів, зокрема депресії, тривожних розладів і розладів адаптації. Хоча ці стани можуть мати подібні симптоми, ПТСР відрізняється наявністю чітко визначеної травматичної події як пускового механізму [1]. Це має важливе значення для діагностики та вибору методів психологічної допомоги.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є складним багатокомпонентним явищем, що виникає внаслідок впливу надзвичайно сильних стресових факторів і проявляється у порушеннях емоційної,

когнітивної та поведінкової сфер. Його розуміння потребує інтеграції різних підходів – психологічного, біологічного та соціального, що дозволяє більш повно охарактеризувати природу цього розладу та визначити ефективні шляхи його подолання.

1.2. Причини та механізми формування посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) формується під впливом складної взаємодії різноманітних чинників, серед яких провідну роль відіграють психотравмуючі події, індивідуально-психологічні особливості особистості, а також біологічні та соціальні умови. У сучасній психології причини розвитку ПТСР розглядаються в межах біопсихосоціальної моделі, що дозволяє комплексно пояснити механізми виникнення цього розладу [20; 23].

Основною причиною формування ПТСР є переживання подій, які становлять загрозу життю або цілісності особистості. До таких подій належать воєнні дії, насильство, катастрофи, серйозні аварії, втрати близьких людей тощо. Важливо підкреслити, що не сама подія визначає розвиток розладу, а її суб'єктивне сприйняття людиною. Одна і та ж ситуація може по-різному впливати на різних людей залежно від їхнього життєвого досвіду, рівня психологічної стійкості та наявних ресурсів подолання стресу [18].

Згідно з когнітивною теорією стресу Р. Лазаруса, вирішальним фактором у розвитку ПТСР є процес оцінки ситуації. Якщо людина сприймає подію як надзвичайно загрозливу та таку, що перевищує її можливості впоратися, це може призвести до виникнення сильного стресу, який у подальшому трансформується у посттравматичний розлад [22]. Таким чином, ключовим є не лише сам факт травми, а й інтерпретація цієї події.

Важливу роль у формуванні ПТСР відіграють індивідуально-психологічні особливості особистості. Зокрема, підвищена тривожність, емоційна нестабільність, низька самооцінка, схильність до негативного мислення можуть підвищувати ризик розвитку розладу [2; 11]. Водночас такі риси, як психологічна стійкість, оптимізм, здатність до саморегуляції та ефективні копінг-стратегії, навпаки, знижують ймовірність виникнення ПТСР.

Окрему увагу слід приділити попередньому досвіду людини. Наявність травматичних подій у минулому, особливо в дитячому віці, значно підвищує вразливість до нових стресових ситуацій [34]. Це пояснюється тим, що ранні травми можуть порушувати формування базових механізмів психологічного захисту та адаптації.

Соціальні фактори також мають суттєвий вплив на розвиток ПТСР. Відсутність соціальної підтримки, ізоляція, конфліктні стосунки або негативне соціальне середовище можуть ускладнювати процес подолання травми та сприяти закріпленню симптомів розладу [23]. Навпаки, підтримка з боку родини, друзів і суспільства є важливим ресурсом, що допомагає людині впоратися з наслідками травматичних подій.

Поряд із психологічними та соціальними чинниками важливу роль відіграють біологічні механізми. Дослідження показують, що у людей із ПТСР спостерігаються зміни у функціонуванні нервової системи, зокрема підвищена активність мигдалини, яка відповідає за обробку страху, та зниження активності префронтальної кори, що контролює емоційні реакції [6]. Також відзначаються порушення у роботі гіпокампа, що впливає на процеси пам’яті.

З біологічної точки зору ПТСР пов’язаний із дисбалансом нейромедіаторів і гормонів стресу, зокрема кортизолу та адреналіну. Тривалий вплив стресу призводить до порушення регуляції цих систем, що сприяє закріпленню симптомів розладу [6]. Це підтверджує положення Г. Сельє про те, що хронічний стрес може призводити до виснаження адаптаційних ресурсів організму [32].

Одним із ключових механізмів формування ПТСР є порушення процесів обробки травматичної інформації. У нормі пережитий досвід інтегрується у систему пам’яті та поступово втрачає емоційну інтенсивність. Однак у випадку травми цей процес порушується, і спогади залишаються «незавершеними», зберігаючи сильне емоційне забарвлення [10]. Це призводить до виникнення флешбеків, нав’язливих думок і сновидінь.

Крім того, важливим механізмом є формування умовно-рефлекторних зв’язків. Стимули, які асоціюються з травматичною подією, можуть викликати сильні емоційні реакції навіть за відсутності реальної загрози. Це пояснює появу симптомів уникнення та підвищеної настороженості [3].

У межах психодинамічного підходу ПТСР розглядається як наслідок внутрішнього конфлікту, пов’язаного з пережитою травмою. Травматичний досвід може витіснятися у несвідоме, але продовжує впливати на поведінку та емоційний стан людини [30]. З цієї точки зору симптоми ПТСР є спробою психіки впоратися з травматичним досвідом.

Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на ролі дисфункціональних переконань і поведінкових стратегій у підтримці ПТСР. Людина може формувати негативні уявлення про себе та світ, що посилює відчуття небезпеки і безпорадності [24]. Уникнення травматичних стимулів, хоча і знижує тривогу в короткостроковій перспективі, у довгостроковій – сприяє збереженню симптомів.

Особливого значення набуває концепція комплексного ПТСР, який формується внаслідок тривалого або повторюваного впливу травматичних факторів, таких як насильство чи тривале перебування в умовах небезпеки. У цьому випадку порушення зачіпають не лише емоційну сферу, але й структуру особистості, що проявляється у труднощах саморегуляції, міжособистісних відносин і самоідентифікації [8].

У сучасних умовах, особливо в контексті воєнних подій, важливим є врахування колективних аспектів травми. Масові травматичні події можуть впливати не лише на окремих осіб, а й на суспільство в цілому, формуючи так

звану колективну травму [21]. Це потребує розробки комплексних програм психологічної допомоги на рівні громади.

Важливим доповненням до розуміння механізмів формування посттравматичного стресового розладу є нейропсихологічні моделі, які детально пояснюють зміни у функціонуванні мозку після пережитої травми. Згідно з сучасними дослідженнями, травматичний досвід призводить до порушення взаємодії між структурами мозку, відповідальними за емоційну регуляцію та когнітивну обробку інформації.

Зокрема, гіперактивація мигдалеподібного тіла зумовлює надмірну реакцію страху навіть на нейтральні стимули, тоді як зниження активності префронтальної кори ускладнює контроль над емоційними реакціями та раціональну оцінку ситуації. Порушення функціонування гіпокампа, у свою чергу, призводить до фрагментації пам’яті та труднощів у розрізненні минулого і теперішнього досвіду.

З позиції нейробіології ПТСР також розглядається як результат хронічної активації стресової системи організму. Тривалий вплив стресу призводить до дисрегуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що проявляється у порушенні секреції кортизолу. У частини осіб із ПТСР спостерігається парадоксальне зниження рівня кортизолу при одночасному підвищенні чутливості до стресових стимулів. Це свідчить про виснаження адаптаційних механізмів організму та втрату здатності до адекватної стресової відповіді.

Окремого значення набуває модель «порушеної інтеграції пам’яті», яка пояснює виникнення інтрузійних симптомів. Відповідно до цієї моделі, травматичний досвід не інтегрується у автобіографічну пам’ять належним чином, а зберігається у вигляді сенсорно-емоційних фрагментів. Саме тому у людини виникають флешбеки, які сприймаються як повторне переживання події «тут і зараз», а не як спогад про минуле. Це супроводжується інтенсивними фізіологічними реакціями, що підсилює відчуття реальної загрози.

Додатково слід розглянути роль механізмів навчання у формуванні ПТСР. Згідно з теорією класичного обумовлення, нейтральні стимули, які були присутні під час травматичної події, можуть набувати значення умовних сигналів небезпеки. У результаті навіть незначні нагадування про травму здатні викликати сильні емоційні реакції тривоги та страху. Оперантне обумовлення, у свою чергу, пояснює закріплення уникальної поведінки: уникнення травматичних стимулів тимчасово знижує рівень тривоги, що підкріплює таку поведінку і робить її стійкою.

У контексті когнітивних моделей ПТСР важливим є поняття «травматичних схем». Після пережитої події у людини можуть формуватися глибокі негативні переконання щодо себе, інших людей та навколишнього світу. Типовими є переконання на кшталт «світ є небезпечним», «я не здатен себе захистити», «зі мною може статися щось погане у будь-який момент». Такі когнітивні схеми підтримують стан постійної настороженості та сприяють генералізації страху на нейтральні ситуації.

Важливим аспектом є також роль дисоціативних механізмів у розвитку ПТСР. У момент надмірного психічного навантаження психіка може використовувати дисоціацію як захисний механізм, що дозволяє частково «відокремитися» від травматичного досвіду. Однак при хронічному перебігу це може призводити до відчуття відстороненості від власного тіла, емоційного оніміння та порушення цілісності «Я». У складних випадках формується так званий дисоціативний підтип ПТСР, який характеризується вираженими порушеннями самосприйняття.

У сучасній літературі також підкреслюється значення теорії емоційної обробки страху (Foa & Kozak), згідно з якою ПТСР виникає внаслідок формування патологічної «мережі страху» у пам’яті. Ця мережа включає стимул, емоційну реакцію та поведінкові відповіді, які активуються навіть за відсутності реальної загрози. Ефективна терапія, відповідно до цієї моделі, повинна сприяти поступовій модифікації цієї мережі шляхом безпечного опрацювання травматичних спогадів.

Не менш важливим є соціокультурний контекст формування ПТСР. Сприйняття та переживання травматичних подій значною мірою залежать від культурних норм, соціальних очікувань та колективних наративів. У суспільствах, де існує високий рівень стигматизації психічних розладів, люди з ПТСР частіше уникають звернення за допомогою, що сприяє хрофікації симптомів. Навпаки, у середовищі з високим рівнем психологічної грамотності та підтримки процес відновлення відбувається значно швидше.

У контексті сучасних воєнних конфліктів особливої актуальності набуває поняття «хронічної травматизації», коли людина не стикається з одноразовою подією, а перебуває у тривалих умовах загрози. У таких випадках нервова система постійно перебуває у стані мобілізації, що унеможливлює повноцінне відновлення та сприяє формуванню стійких змін у психіці. Це наближає клінічну картину до комплексного ПТСР, який включає глибші порушення емоційної регуляції та міжособистісного функціонування.

Таким чином, сучасне розуміння причин і механізмів формування ПТСР базується на інтеграції біологічних, психологічних та соціальних підходів. Розглянуті моделі дозволяють не лише пояснити багатофакторність розладу, але й визначити ключові напрями психокорекційної та психотерапевтичної роботи, спрямованої на відновлення адаптаційних можливостей особистості.

Отже, причини та механізми формування ПТСР є багатофакторними і включають взаємодію психотравмуючих подій, індивідуально-психологічних особливостей, соціального середовища та біологічних процесів. Розуміння цих механізмів є необхідною умовою для ефективної діагностики, профілактики та психологічної допомоги особам, які пережили травматичні події.

1.3. Психологічні особливості осіб із посттравматичним стресовим розладом

Психологічні особливості осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є складною системою змін, що виникають унаслідок впливу

травматичних подій і охоплюють усі рівні психічного функціонування особистості. Ці зміни не обмежуються лише окремими симптомами, а відображають глибоку перебудову емоційної, когнітивної, поведінкової та особистісної сфер. У цьому контексті ПТСР доцільно розглядати як цілісне порушення психічної регуляції, що впливає на спосіб сприйняття світу, себе та взаємодії з оточенням [21; 23].

Однією з найбільш виражених характеристик осіб із ПТСР є порушення емоційної сфери. Типовими є стани постійної тривоги, страху, внутрішньої напруги, а також емоційної нестабільності [2; 11]. Люди можуть переживати різкі коливання настрою, що змінюються від пригніченості до дратівливості або агресії. Часто виникає почуття безпорадності, провини чи сорому, пов’язане з травматичною подією. У деяких випадках спостерігається явище емоційного «оніміння», коли людина втрачає здатність переживати позитивні емоції, що значно ускладнює її соціальне функціонування та взаємодію з іншими [24].

Особливо важливим є феномен гіперпильності (гіперактивації), який є характерною ознакою ПТСР. Він проявляється у постійному очікуванні небезпеки, підвищеній настороженості, труднощах із розслабленням, порушеннях сну та концентрації уваги [6]. Особи можуть реагувати на незначні подразники як на потенційну загрозу, що свідчить про порушення механізмів регуляції емоцій. Такий стан пов’язаний із постійною активацією системи «боротьби або втечі», яка не вимикається навіть за відсутності реальної небезпеки.

Когнітивні особливості осіб із ПТСР проявляються у зміні способу мислення, сприйняття та інтерпретації подій. Одним із ключових аспектів є формування негативних переконань щодо себе, інших людей і світу загалом [24]. Людина може сприймати себе як слабку, беззахисну або винну у травматичній події. Світ, у свою чергу, сприймається як небезпечний і непередбачуваний, що призводить до зниження довіри до оточення та підвищення соціальної тривожності.

Суттєві зміни відбуваються і в процесах пам’яті. Травматичні спогади мають специфічний характер: вони є яскравими, емоційно насиченими та часто виникають у вигляді нав’язливих образів або флешбеків [10]. При цьому такі спогади можуть бути фрагментарними, що ускладнює їх логічне осмислення та інтеграцію в загальний життєвий досвід. У результаті людина ніби повторно переживає травматичну подію, що підтримує стан постійного стресу.

Поведінкові прояви ПТСР тісно пов’язані з механізмами уникнення. Особи намагаються уникати будь-яких стимулів, що можуть нагадувати про травматичну подію, включаючи місця, людей, розмови або навіть власні думки [3]. Хоча така поведінка тимчасово знижує рівень тривоги, у довгостроковій перспективі вона сприяє закріпленню симптомів і обмежує життєву активність людини. Це може призводити до соціальної ізоляції, втрати інтересів і зниження якості життя.

У міжособистісній сфері ПТСР проявляється у труднощах встановлення та підтримання близьких стосунків. Особи можуть відчувати недовіру до інших, страх бути знову травмованими, а також емоційну відстороненість [23]. Це часто призводить до конфліктів, самотності та порушення соціальних зв’язків. У сімейному контексті це може проявлятися у відчуженні, труднощах у спілкуванні та зниженні емоційної близькості.

Особистісні зміни при ПТСР є глибокими і можуть зачіпати базові цінності, установки та життєві орієнтири. Людина може втрачати сенс життя, відчувати екзистенційну кризу, що описано у працях В. Франкла [38]. Водночас у деяких випадках можливе явище посттравматичного зростання, коли пережита травма стає поштовхом до переосмислення життя, формування нових цінностей і особистісного розвитку.

Окремо слід відзначити підвищену агресивність та імпульсивність, які можуть бути характерними для осіб із ПТСР. Це проявляється у труднощах контролю емоцій, схильності до конфліктів, вербальної або фізичної агресії [2]. Такі реакції часто є результатом накопиченого внутрішнього напруження та порушення механізмів саморегуляції.

Важливою особливістю є також коморбідність ПТСР із іншими психічними розладами. Найчастіше він поєднується з депресією, тривожними розладами, панічними атаками та залежностями [14]. Це значно ускладнює діагностику та потребує комплексного підходу до лікування і психологічної допомоги.

Гендерні особливості прояву ПТСР також заслуговують на увагу. Дослідження показують, що жінки частіше демонструють емоційні прояви (тривога, депресія), тоді як чоловіки більш схильні до зовнішніх форм реагування, таких як агресія або вживання психоактивних речовин [21]. Це зумовлює необхідність індивідуалізації підходів до психологічної допомоги.

Вікові особливості ПТСР також мають значення. У дітей симптоми можуть проявлятися у вигляді страхів, регресивної поведінки, труднощів у навчанні або агресії [23]. У підлітків часто спостерігаються поведінкові порушення, ризикована поведінка, емоційна нестабільність. У дорослих більш виражені когнітивні та емоційні зміни, тоді як у людей похилого віку можуть домінувати депресивні симптоми.

У професійній сфері ПТСР може призводити до зниження працездатності, труднощів концентрації уваги, втрати мотивації [21]. Це впливає на соціальну адаптацію та може призводити до економічних труднощів. Люди часто змушені змінювати роботу або взагалі відмовлятися від професійної діяльності.

Особливої уваги потребує феномен дисоціації, який часто супроводжує ПТСР. Він проявляється у відчутті відчуженості від себе або реальності, «відключенні» емоцій, порушенні цілісності сприйняття [30]. Дисоціація є своєрідним захисним механізмом, який допомагає психіці впоратися з надмірним стресом, але водночас ускладнює процес інтеграції травматичного досвіду.

Також варто зазначити, що ПТСР впливає на тілесне самопочуття людини. Часто спостерігаються психосоматичні прояви, такі як головний біль,

порушення сну, серцево-судинні симптоми, хронічна втома [6]. Це підтверджує взаємозв’язок між психічними та фізіологічними процесами.

Незважаючи на значну складність проявів ПТСР, сучасна психологія підкреслює можливість відновлення. За умови своєчасної допомоги, підтримки та застосування ефективних психотерапевтичних методів можливе значне покращення стану людини [24]. Це свідчить про важливість ранньої діагностики та комплексного підходу до роботи з такими особами.

Отже, психологічні особливості осіб із посттравматичним стресовим розладом є багатовимірними та охоплюють усі аспекти психічного функціонування. Вони проявляються у порушеннях емоційної регуляції, когнітивних процесів, поведінки, міжособистісних відносин і особистісної структури. Розуміння цих особливостей є необхідною умовою для ефективної психологічної допомоги та реабілітації осіб, які пережили травматичні події.

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПТСР

2.1. Організація та методи дослідження

Метою нашого емпіричного дослідження є виявлення та якісний аналіз психологічних аспектів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зокрема особливостей його прояву, деструктивного впливу на емоційну сферу особистості та специфіки використання копінг-стратегій особами, які зазнали безпосереднього травматичного впливу внаслідок воєнних дій.

Для досягнення поставленої мети дослідження було організовано та проведено у кілька послідовних етапів:

1. Підготовчий етап. Здійснювався теоретичний аналіз наукових джерел, формулювалися мета, завдання та гіпотези емпіричного дослідження, здійснювався підбір адекватного, валідного та компактного психодіагностичного інструментарію.
2. Організаційно-діагностичний етап. Формування вибірки досліджуваних, проведення інструктажу, забезпечення умов анонімності та конфіденційності, безпосереднє проведення психодіагностичного тестування за допомогою дистанційних технологій (Google Forms).
3. Аналітико-інтерпретаційний етап. Збір, якісний та кількісний аналіз отриманих емпіричних даних, їх обробка за допомогою методів описової статистики, інтерпретація результатів, узагальнення та формулювання висновків.

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 10 осіб, які мають безпосередній досвід перебування в зоні бойових дій або статус вимушеного переселення (ВПО) внаслідок військової агресії проти України. Вік піддослідних коливається в межах від 25 до 45 років. З огляду на специфіку та делікатність теми, дослідження проводилося виключно на добровільних засадах із суворим дотриманням норм професійної етики психолога, принципу

конфіденційності та невідчуження інформації. Мала чисельність вибірки зумовила фокус дослідження на глибокому якісному аналізі індивідуально-психологічних проявів травматизації.

Для комплексного вивчення психологічних аспектів ПТСР було сформовано психодіагностичний комплекс, що складається з таких методик:

1. Опитувальник для цивільної діагностики ПТСР (PCL-5 — PTSD Checklist). *Мета:* Оцінка наявності та ступеня вираженості симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5. Опитувальник дозволяє зафіксувати прояви інтрузій (нав'язливих спогадів), уникнення, негативних змін у когнітивній та емоційній сферах, а також симптомів гіперзбудження.
2. Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкман (Ways of Coping Questionnaire - WCQ), адаптація Т. Крюкової. *Мета:* Визначення провідних стратегій подолання стресу (копінг-стратегій), які використовуються досліджуваними для адаптації до травматичних подій (зокрема: «Конфронтація», «Дистанціювання», «Самоконтроль», «Пошук соціальної підтримки», «Втеча-уникнення» тощо).
3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). *Мета:* Визначення рівня супутньої тривожності та депресивних станів, які коморбідно супроводжують ПТСР у травмованих осіб.

Зважаючи на обсяг вибірки (N=10), первинні дані піддавалися переважно якісному аналізу (case study) з елементами кількісного опису. Математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel. Зокрема, було використано методи описової статистики: розрахунок відсоткових частот (для визначення рівнів вираженості симптомів) та розрахунок середнього арифметичного значення (M).

Опитувальник PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) є одним із найбільш поширених скринінгових інструментів для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Методика призначена для самооцінки респондентом наявності та

інтенсивності симптомів ПТСР, що виникли після пережитої травматичної події.

Інструмент складається з 20 пунктів, кожен із яких відповідає конкретному симптоматичному критерію ПТСР. Респондент оцінює ступінь вираженості кожного симптому за шкалою Лайкерта (від 0 до 4 балів), де 0 означає «зовсім не турбувало», а 4 — «надзвичайно турбувало».

Структурно опитувальник охоплює чотири основні кластери симптомів:

інтрузії (нав'язливі переживання) — повторні спогади, флешбеки, нічні кошмари;

уникнення — свідоме або несвідоме уникнення думок, почуттів чи ситуацій, пов'язаних із травмою;

негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері — стійкі негативні переконання, емоційне оніміння, почуття провини або відчуження;

симптоми гіперзбудження — підвищена тривожність, дратівливість, порушення сну, надмірна настороженість.

Підсумковий бал дозволяє визначити як наявність ймовірного ПТСР, так і ступінь його тяжкості (легкий, помірний, тяжкий рівень проявів). Методика є зручною для масового скринінгу та первинної діагностики.

2. Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкман (Ways of Coping Questionnaire — WCQ), адаптація Т. Крюкової

Методика WCQ, розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкман, спрямована на дослідження індивідуальних способів подолання стресових ситуацій. В українській адаптації Т. Крюкової опитувальник використовується для вивчення когнітивних і поведінкових стратегій, які людина застосовує у відповідь на стрес або травматичні події.

Методика дозволяє оцінити широкий спектр копінг-стратегій, які умовно поділяються на адаптивні та неадаптивні. Серед основних шкал виділяють:

Конфронтаційний копінг — активні спроби впливу на ситуацію, іноді з елементами імпульсивності;

Дистанціювання — емоційне відсторонення від проблеми;

Самоконтроль — регуляція власних емоцій та поведінки;

Пошук соціальної підтримки — звернення до інших людей за допомогою, порадою чи емоційною підтримкою;

Втеча-уникнення — уникнення вирішення проблеми, фантазування або відхід від реальності;

Планування вирішення проблеми — аналітичний підхід до подолання стресової ситуації;

Позитивна переоцінка — спроба знайти позитивне значення або сенс у стресовій події.

Респондент оцінює частоту використання кожної стратегії у стресових ситуаціях. Отримані результати дозволяють визначити домінуючі копінг-патерни та оцінити їх адаптивність у контексті пережитої травми. У випадку ПТСР особливу увагу приділяють переважанню уникальних та емоційно дезадаптивних стратегій.

3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) є валідизованим інструментом для швидкого скринінгу рівня тривожності та депресивних станів у пацієнтів як у клінічній, так і в неклінічній вибірці. Методика широко використовується для оцінки емоційного стану осіб із соматичними та психічними розладами, зокрема при ПТСР.

Шкала складається з 14 тверджень, поділених на дві підшкали:

HADS-A (тривога) — 7 пунктів, що оцінюють рівень напруженості, занепокоєння та гіперзбудження;

HADS-D (депресія) — 7 пунктів, що відображають знижений настрій, анедонію та втрату інтересу до діяльності.

Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою (від 0 до 3), що дозволяє визначити сумарний рівень тривоги та депресії окремо. Інтерпретація результатів передбачає виділення нормального, субклінічного та клінічно значущого рівнів симптоматики.

Застосування HADS у дослідженнях ПТСР є обґрунтованим, оскільки тривожні та депресивні розлади часто виступають коморбідними станами, які ускладнюють перебіг основного розладу та впливають на якість життя постраждалих.

Таким чином, обраний психодіагностичний інструментарій забезпечує комплексну оцінку психологічного стану осіб із ознаками ПТСР. Поєднання шкали PCL-5, опитувальника копінг-стратегій WCQ та HADS дозволяє отримати багатовимірну картину досліджуваного феномену, що включає рівень травматичної симптоматики, особливості стрес-долаючої поведінки та вираженість емоційних порушень.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних аспектів посттравматичного стресового розладу

На першому етапі аналізу емпіричних даних було досліджено рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у досліджуваних за допомогою опитувальника PCL-5. Максимальна сума балів за цією методикою становить 80, а клінічно значущим порогом, що свідчить про ймовірну наявність ПТСР, є показник у 31–33 бали і вище.Отримані результати розподілу рівнів ПТСР у групі досліджуваних (N=10) представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл рівнів вираженості симптомів ПТСР за методикою PCL-5 (N=10)			
Рівень вираженості	**Діапазон балів**	**Кількість осіб (f)**	**Відсоткова частка (%)**
Високий (Клінічний ПТСР)	45–80 балів	4	40%
Середній (Субклінічні прояви)	33–44 бали	3	30%
Низький (Психологічний дистрес)	0–32 бали	3	30%

Аналіз даних таблиці 2.1 свідчить, що сумарно **70% досліджуваних** (високий та середній рівні) мають чітко виражену симптоматику посттравматичного стресу, яка перевищує критичний клінічний поріг. Детальний якісний аналіз відповідей дозволив встановити, що найвищі бали респонденти набрали за такими кластерами симптомів:

- *Інтрузії (кластер B):* повторювані нав'язливі спогади про травматичні події, нічні кошмари.
- *Гіперзбудженість (кластер E):* постійна тривожність, спалахи гніву, порушення сну та надмірна пильність.

У 30% осіб виявлено низький рівень, що може вказувати на високий рівень індивідуальної життєстійкості або успішне проходження первинної психічної адаптації до травми.

Для глибшого розуміння емоційного стану респондентів було застосовано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (**HADS**). Оцінка здійснювалася окремо для кожної підшкали (норма: 0–7 балів; субклінічний стан: 8–10 балів; клінічний стан: 11 балів і вище).

Таблиця 2.2

Показники тривоги та депресії за методикою HADS ($N=10$)

Рівні станів	**Підшкала тривоги (T)**	**Підшкала депресії (D)**
Норма (0–7 балів)	20% (2 особи)	30% (3 особи)
Субклінічно виражена (8–10 балів)	40% (4 особи)	50% (5 осіб)
Клінічно виражена (11+ балів)	40% (4 особи)	20% (2 особи)
Середнє значення (M)	**10,2 балів**	**8,6 балів**

Порівняльний аналіз середніх значень (M) показує, що загальний рівень тривожності в групі (M=10,2) знаходиться на межі субклінічного та клінічного

виявлення, тоді як рівень депресії (M=8,6) є помірно вираженим (субклінічним).Висока тривожність (сумарно 80% клінічних та субклінічних проявів) безпосередньо пов'язана з постійним очікуванням небезпеки, що є базовим симптомом ПТСР для осіб із досвідом перебування в зоні бойових дій та ВПО.

Депресивні прояви (70% сумарно) відображають процеси астенізації психіки, переживання втрати колишнього способу життя та деструкції майбутньої життєвої перспективи.На завершальному етапі було проаналізовано стратегії подолання стресу за допомогою опитувальника Р. Лазаруса. Середні показники використання копінг-стратегій (у балах) наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Середні показники використання копінг-стратегій за Р. Лазарусом (N=10)

Назва копінг-стратегії	**Середній бал (M)**	**Рівень напруженості копінгу**	**Оцінка адаптивності**
1. Конфронтація	9,4	Середній	Частково адаптивна
2. Дистанціювання	11,8	Високий	Неадаптивна (захисна)
3. Самоконтроль	10,2	Середній	Адаптивна
4. Пошук соціальної підтримки	13,4	Високий	Адаптивна
5. Прийняття відповідальності	8,1	Низький	Невиражена
6. Втеча-уникнення	15,2	Високий	Деструктивна (захисна)
7. Планування вирішення	8,6	Низький	Знижена

Назва копінг-стратегії	**Середній бал (М)**	**Рівень напруженості копінгу**	**Оцінка адаптивності**
проблеми			
8. Позитивна переоцінка	7,4	Низький	Знижена

Якісний аналіз копінг-поведінки досліджуваних виявив чітку закономірність: домінуючою стратегією в групі є «Втеча-уникнення» (М=15,2). Це свідчить про те, що більшість респондентів намагаються знизити психологічне напруження шляхом мисленнєвого або поведінкового відсторонення від реальних проблем, занурення у фантазії чи використання інших захисних механізмів. Оскільки травма воєнного стану є надпотужною, психіка використовує уникнення як спосіб самозбереження.

Також зафіксовано високі показники за стратегіями «Пошук соціальної підтримки» (М=13,4) та «Дистанціювання» (М=11,8). Поєднання уникнення та дистанціювання підтверджує симптоматику ПТСР (емоційне оніміння, відстороненість від соціуму). Водночас високий запит на соціальну підтримку є позитивним прогностичним маркером, який вказує на збережену потребу в отриманні допомоги від родини, волонтерів чи психологів.

Натомість конструктивні когнітивні стратегії, такі як «Планування вирішення проблеми» (М=8,6) та «Позитивна переоцінка» (М=7,4), мають низькі показники, що пояснюється виснаженістю внутрішніх психологічних ресурсів особистості під впливом хронічного травматичного стресу.

Для отримання повноцінної психологічної картини та компенсації малого обсягу вибірки ($N=10$) було здійснено ретельний синдромологічний та поособовий аналіз відповідей респондентів. Це дозволило розподілити вибірку на три умовні підгрупи за характером перебігу посттравматичного синдрому та специфікою емоційного реагування.

Перша підгрупа: Досліджувані з деструктивно-депресивним типом реагування (40% вибірки)

До цієї групи увійшли особи, які набрали максимальні бали за шкалою ПТСР (PCL-5 > 50 балів) та клінічні показники за шкалою депресії HADS (від 12 до 15 балів).

Психологічний профіль цих респондентів характеризується глибокою дезадаптацією. У їхніх відповідях чітко простежується тріада: **«інтрузія – астенія – деструктивний копінг»**. Прояви ПТСР у них мають хроніфікований характер. Вони демонструють тотальне використання стратегії *«Втеча-уникнення»* (індивідуальні бали за Лазарусом досягають 17–19). На емоційному рівні це проявляється через відчуття повної безпорадності, суму, втрати сенсу життя та нездатності планувати майбутнє навіть на найближчі дні.

Висока депресія у цих піддослідних блокує когнітивну стратегію *«Планування вирішення проблеми»*. Особа відмовляється від активних дій, замикається в собі, що призводить до явища вторинної соціальної ізоляції. Вони не вірять у можливість психологічного відновлення, а їхнє сприйняття соціуму забарвлене ворожістю або байдужістю.

Друга підгрупа: Досліджувані з тривожно-конфліктним типом реагування (30% вибірки)

Цю підгрупу складають респонденти із середніми та високими показниками ПТСР (PCL-5 у межах 38–46 балів) та вираженою клінічною тривожністю (HADS-T від 11 до 14 балів) при відносно низькій депресії.

Провідними симптомами тут виступають надмірна збудливість, дратівливість, емоційна лабільність та порушення сну. У копінг-поведінці цих осіб, окрім *«Уникнення»*, активізується стратегія *«Конфронтація»* (бали вище середнього — 11–13). Психологічний захист працює за типом зовнішньої проекції агресії: внутрішній біль, страх та тривога перекодовуються психікою у гнів, спрямований на оточуючих, державні інституції, близьких людей або соціальні обставини.

Такі особи перебувають у стані хронічного «ерзац-мобілізації». Вони постійно готові до відбиття загрози, через що їхня нервова система зазнає колосального виснаження. Проте, на відміну від першої підгрупи, вони мають

вищий рівень життєвої енергії, яка, за умови адекватної психокорекції, може бути переспрямована в конструктивне русло.

Третя підгрупа: Досліджувані з адаптивно-ресурсним типом реагування (30% вибірки)

Сюди увійшли особи, чиї показники за PCL-5 не перевищили клінічний поріг (24–30 балів), а рівні тривоги та депресії за HADS залишилися в межах норми або субклінічних проявів (5–8 балів).

У копінг-профілі цих респондентів зафіксовано збалансоване поєднання стратегій *«Пошук соціальної підтримки»* та *«Самоконтроль»* на тлі помірних показників *«Дистанціювання»*. Якісний аналіз показує, що ці досліджувані активно інтегрують свій досвід: вони визнають наявність травми (низькі бали за уникненням), але фокусуються на розв'язанні поточних завдань (пошук роботи, облаштування побуту як ВПО, волонтерство).

Стратегія *«Пошук соціальної підтримки»* реалізується ними через активну комунікацію з іншими переселенцями, участь у громадських організаціях та звернення до фахівців. Це підтверджує тезу про те, що соціальна інтеграція є найпотужнішим антитравматичним фактором.

Проведений аналіз дозволяє простежити чітку психологічну залежність між рівнем травматизації особистості та вибором паттернів поведінки для подолання стресу.

Розвиток ПТСР супроводжується специфічною деформацією копінг-сфери. Коли рівень посттравматичного стресу досягає клінічних значень (як у 40% нашої вибірки), традиційні адаптивні механізми (планування, позитивна переоцінка) руйнуються. Психіка, захищаючись від надмірного афекту, переходить на архаїчні та енерговитратні механізми захисту — повне заперечення та ізоляцію (*«Втеча-уникнення»*).

Однак тривале уникнення створює «порочне коло» ПТСР:

1. Людина уникає думок про травму
2. Травматичний досвід залишається непереробленим у довготривалій пам'яті

3. Це підживлює інтрузії та нічні кошмари
4. Рівень тривоги та ПТСР зростає
5. Потреба в уникненні стає ще сильнішою.

Низькі показники за стратегією *«Прийняття відповідальності»* (М=8,1) в усій вибірці вказують на те, що досліджувані схильні сприймати події війни та вимушеного переселення як дію непереборної сили (форс-мажору), що є цілком адекватним реальності. Проте екстернальний локус контролю в поєднанні з низьким рівнем *«Планування вирішення проблеми»* (М=8,6) гальмує процес довгострокової адаптації. Люди застрягають у стані «тимчасовості», що суттєво пролонгує дію ПТСР.

Окремої уваги заслуговує коморбідність ПТСР із тривожно-депресивними станами. Високі середні показники тривоги (М=10,2) вказують на те, що психологічні аспекти ПТСР у цивільних осіб та ВПО в Україні мають специфіку «актуальної травми». Тобто, травматизація не завершилася в минулому, вона продовжується через щоденні повітряні тривоги, загрози ракетних ударів та загальну соціально-економічну нестабільність. Це не дозволяє психіці перейти до стадії посттравматичного зростання і вимагає постійного підживлення зовнішніх і внутрішніх психологічних ресурсів.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження підтверджує, що психологічні аспекти ПТСР є комплексним синдромом, який поєднує в собі тяжкі емоційні порушення (висока тривога, депресивні прояви) та деструктивні зміни копінг-стратегій, орієнтовані на втечу від реальності, що потребує системної, пролонгованої психологічної допомоги та реабілітації.

2.3. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги при ПТСР

Результати проведеного емпіричного дослідження чітко вказують на те, що особи з досвідом перебування в зоні бойових дій та вимушеного переселення потребують комплексної, поетапної та індивідуалізованої системи психологічної

допомоги. Виявлений високий рівень деструктивного копінгу (зокрема, стратегії «Втеча-уникнення»), клінічні прояви тривоги та депресії, а також наявність різних типів реагування на травму (деструктивно-депресивного, тривожно-конфліктного) зумовлюють необхідність розробки диференційованих практичних рекомендацій для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників.

Ефективна система психокорекції та реабілітації при ПТСР повинна базуватися на принципах доказовості, безпеки, системності та пролонгованості. Основними мішенями психологічного впливу в даному контексті виступають: зниження рівня психоемоційного напруження і тривожності; десенсибілізація травматичних спогадів; трансформація деструктивних копінг-стратегій у конструктивні паттерни поведінки; інтеграція травматичного досвіду в загальну структуру наративу особистості та відновлення часової перспективи майбутнього.

І. Загальні принципи та етапи побудови психотерапевтичного процесу

Процес надання психологічної допомоги клієнтам із ПТСР та вираженим субклінічним або клінічним дистресом має розгортатися у кілька послідовних етапів. Порушення цієї послідовності (наприклад, передчасна робота з травматичним спогадом без належної стабілізації) може призвести до вторинної ретравматизації клієнта.

1. Етап стабілізації та психоосвіти (Первинний етап)

Головна мета цього етапу — створення безпечного терапевтичного простору, формування комплаєнсу (терапевтичного альянсу) та зниження гостроти симптомів гіперзбудження.

- Психоосвіта (Психоедукація): Психолог має доступною мовою пояснити клієнту природу його стану. Клієнт повинен зрозуміти, що його симптоми (нічні кошмари, спалахи гніву, флешбеки) — це *нормальна реакція психіки на ненормальні обставини*. Розуміння біологічних та психологічних механізмів ПТСР знижує рівень вторинної тривоги («я сходжу з розуму») і підвищує мотивацію до роботи.

- Навчання технікам саморегуляції: Оскільки наше дослідження зафіксувало високий рівень тривожності (М=10,2), клієнтів необхідно першочергово забезпечити інструментами «швидкої допомоги» при панічних атаках чи флешбеках.

Дихальні техніки: Метод квадратного дихання (вдих на 4 рахунки — затримка на 4 — видих на 4 — затримка на 4) або дихання з подовженим видихом (вдих на 4, видих на 8). Це дозволяє активізувати парасимпатичну нервову систему й знизити фізіологічне збудження.

Техніки заземлення (Grounding): Метод «5-4-3-2-1», коли під час нападу тривоги клієнт має усно назвати 5 об'єктів, які він бачить, 4 речі, які може помацати, 3 звуки, які чує, 2 запахи, які відчуває, та 1 смак. Це повертає фокус уваги з внутрішнього когнітивного хаосу (інтрузій) у фізичну реальність.

М'язова релаксація: Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном (послідовне напруження та розслаблення різних груп м'язів) для зняття хронічних соматичних блоків, характерних для кластера Е.

2. Етап безпосередньої переробки травматичного матеріалу (Основний етап)

Перехід до цього етапу можливий лише тоді, коли клієнт опанував навички саморегуляції й здатний залишатися у «вікні толерантності» (не впадати в паніку або ступор при згадці про травму). На цьому етапі доцільно застосовувати методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) з фокусом на травму та метод EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей).

- Метод пролонгованої експозиції (у виділенні або in virtuo): Спрямований на подолання стратегії «Втеча-уникнення», яка виявилася домінуючою в досліджуваній групі. Клієнт під керівництвом терапевта у безпечних умовах детально переказує травматичну подію в теперішньому часі. Багаторазове повторення (експозиція) призводить до згасання (габітуації) емоційного афекту: спогад перестає викликати нестерпний біль і переходить у розряд «минулого досвіду».
- Когнітивна реструктуризація: Спрямована на опрацювання кластера D (негативні когнітивні зміни). Психолог допомагає клієнту виявити та

диспутувати когнітивні викривлення та дисфункційні переконання, такі як: «Я винен, що вижив», «Світ абсолютно ворожий», «Я ніколи не буду колишнім». Ці думки замінюються на більш адаптивні та реалістичні конструкції.

3. Етап інтеграції та ресоціалізації (Завершальний етап)

Фокус уваги зміщується з минулого на теперішнє та майбутнє.

- Робота з життєвими смислами: Допомога клієнту у формуванні концепції «посттравматичного зростання». Переоцінка цінностей, пошук нових життєвих орієнтирів.
- Трансформація копінг-сфери: Активне стимулювання когнітивних стратегій «Планування вирішення проблеми» та «Позитивна переоцінка». Психолог допомагає клієнту складати конкретні покрокові плани (пошук роботи, навчання, інтеграція у нову громаду для ВПО).

II. Диференційовані рекомендації залежно від типу реагування клієнта

З огляду на виділені під час емпіричного аналізу підгрупи досліджуваних, психологічна допомога має модифікуватися під конкретний психологічний профіль.

1. Стратегія допомоги для клієнтів із деструктивно-депресивним типом реагування

Для цієї групи (40% вибірки) характерні тотальне уникнення, апатія та високі бали депресії.

- Активація поведінки (Behavioral Activation): Через високий рівень депресії такі клієнти схильні до повної бездіяльності. Психотерапевт починає не з глибинних розмов, а зі складання суворого, але простого розкладу дня. Покрокове виконання елементарних дій (прогулянка 15 хвилин, прибирання, регулярний прийом їжі) допомагає повернути відчуття контролю над власним життям.
- Робота з почуттям провини та безпорадності: Застосування технік «когнітивного пирога» для раціонального розподілу відповідальності за події. Клієнти цієї групи часто беруть на себе 100% провини за речі, якими

вони не могли керувати (наприклад, руйнування будинку чи неможливість врятувати когось під час обстрілу).

- Фокус на ресурсуванні: Пошук найменших збережених джерел позитивних емоцій. Терапія має бути м'якою, підтримуючою, з тривалим етапом стабілізації.

2. Стратегія допомоги для клієнтів із тривожно-конфліктним типом реагування

Для цієї групи (30% вибірки) характерні висока дратівливість, спалахи гніву, гіперпильність та когнітивна готовність до конфлікту.

- Менеджмент гніву (Anger Management): Навчання клієнта розпізнавати перші фізіологічні маркери зародження гніву (прискорене серцебиття, стискання кулаків) до того, як він перейде в неконтрольовану поведінкову спалах. Застосування техніки «Тайм-аут» (фізичне відсторонення з місця конфлікту на 10–15 хвилин для охолодження нервової системи).
- Каналізація агресії: Переспрямування накопиченого мобілізаційного потенціалу та адреналіну в конструктивні види діяльності: регулярний спорт, фізична праця, участь у кризових волонтерських проектах.
- Опрацювання гіперпильності: Робота з безпекою. Клієнт вчиться розрізняти реальну загрозу від уявних тригерів (наприклад, гучний звук вихлопної труби автомобіля — це не вибух, небезпеки тут і зараз немає).

III. Модифікація копінг-поведінки клієнтів із ПТСР

Оскільки наше дослідження виявило значний дисбаланс у структурі копінг-стратегій (перевага захисного уникнення та дефіцит планування), практичний психолог повинен цілеспрямовано працювати над трансформацією поведінкових паттернів клієнта.

1. Зниження напруженості копінгу «Втеча-уникнення»

Уникнення є головним ворогом подолання ПТСР. Психолог має застосовувати метод «градуйованої експозиції». Складається список тригерів клієнта (місця, звуки, теми розмов), які він уникає, і ранжується від найменш страшного до найбільш лякаючого (від 0 до 100%). Робота починається з

поступового, контрольованого контакту з найслабшим тригером в уяві, а потім і в реальному житті, доки тривога не знизиться.

2. Стимулювання копінгу «Пошук соціальної підтримки»

Емпірично доведено, що ця стратегія у вибірці має високий рівень вираженості (M=13,4) і є потужним ресурсом.

- Організація груп взаємодопомоги (Peer-to-peer): Для ВПО та осіб із досвідом зони бойових дій вкрай важливо перебувати в середовищі людей із подібним досвідом. Це знімає відчуття унікальності своєї травми («я не один такий») та самотності.
- Сімейна психоконсультація: Залучення близьких родичів клієнта до процесу реабілітації. Проведення психоосвіти для членів родини, щоб вони розуміли причини емоційної відстороненості або дратівливості клієнта і вміли надавати екологічну підтримку без тиску.

3. Розвиток копінгів «Планування» та «Позитивна переоцінка»

Для активізації цих дефіцитарних стратегій застосовуються техніки коучингу та вирішення проблем (Problem-Solving Therapy):

1. *Чітке формулювання поточної проблеми* (наприклад, відсутність житла чи роботи на новому місці).
2. *Мозковий штурм:* генерація максимальної кількості варіантів рішень (навіть фантастичних) без їх первинної критики.
3. *Аналіз плюсів та мінусів* кожного варіанту.
4. *Вибір оптимального рішення та розбивка його на дрібні, легкодосяжні кроки* (міні-цілі). Досягнення кожної міні-цілі стимулює дофамінову систему клієнта й повертає йому віру у власну ефективність (Self-efficacy).

IV. Рекомендації щодо самодопомоги для клієнтів (пам'ятка)

Психотерапевтична робота триває 1-2 години на тиждень, решту часу клієнт перебуває наодинці з собою. Тому практичний психолог має надати клієнту чіткі інструкції щодо щоденної екологічної самодопомоги:

1. Інформаційна гігієна: Суворе обмеження споживання новинного контенту (не більше 20-30 хвилин на день, виключно з офіційних джерел). Постійний

«скролінг» стрічки новин підживлює кластер гіперзбудження та провокує інтрузії.

2. Режим сну та соматичне здоров'я: Лягати спати в один і той самий час. Відмова від кофеїну та алкоголю в другій половині дня (алкоголь часто використовується клієнтами як деструктивний копінг для засинання, проте він руйнує фазу швидкого сну та посилює нічні кошмари).
3. Фізична активність: Щоденні прогулянки пішки не менше 40-50 хвилин. Спортивні навантаження допомагають утилізувати надлишок кортизолу та адреналіну в організмі.
4. Ведення щоденника емоцій: Записування своїх станів, тригерів та думок допомагає структурувати внутрішній досвід та здійснювати самомоніторинг.

Психологічна допомога особам із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є комплексним і поетапним процесом, що спрямований на зниження інтенсивності симптоматики, відновлення психологічної рівноваги та інтеграцію травматичного досвіду в структуру особистості. Ефективність психокорекційної роботи значною мірою залежить від дотримання принципів поступовості, безпеки та індивідуального підходу до клієнта.

Першочерговим завданням психологічної допомоги є формування відчуття безпеки у клієнта. Особи з ПТСР часто перебувають у стані підвищеної тривожності, гіперзбудження та очікування загрози, що ускладнює встановлення терапевтичного контакту. У зв’язку з цим важливо забезпечити стабільність умов консультування, чіткість меж взаємодії та передбачуваність процесу терапії. Встановлення довірливого терапевтичного альянсу є базовою умовою подальшої роботи.

Наступним важливим напрямом є етап стабілізації психоемоційного стану. На цьому рівні застосовуються методи саморегуляції, спрямовані на зниження рівня тривоги та подолання гострих стресових реакцій. До них належать дихальні техніки, вправи на заземлення, методи релаксації, а також техніки фокусування уваги на «тут і зараз». Значну роль відіграє тілесно-орієнтована робота, що сприяє

зниженню соматичних проявів стресу. Паралельно здійснюється психоосвіта, у межах якої клієнту пояснюється природа ПТСР, механізми виникнення симптомів та закономірності їх прояву, що сприяє нормалізації переживань і зменшенню самозвинувачення.

Після досягнення певного рівня стабілізації можливим стає перехід до етапу опрацювання травматичного досвіду. На цьому етапі використовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на виявлення та корекцію дисфункціональних переконань, пов'язаних із травматичною подією (наприклад, почуття провини, безпорадності або постійного очікування небезпеки). Ефективними також є методи експозиційної терапії, які передбачають поступове контрольоване зіткнення з травматичними спогадами з метою зниження їх емоційної насиченості.

Одним із сучасних і доказових методів роботи з ПТСР є EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка рухом очей), яка сприяє переробці травматичних спогадів та зменшенню їх дистресового впливу. Також використовується наративний підхід, спрямований на реконструкцію життєвої історії клієнта та інтеграцію травматичного досвіду в цілісну систему особистісного досвіду без його домінування.

Важливим компонентом психологічної допомоги є робота з основними симптомами ПТСР, зокрема флешбеками, униканням та підвищеною збудливістю. Для подолання нав'язливих спогадів застосовуються техніки переключення уваги, заземлення та сенсорної орієнтації. У випадках уникання травматичних стимулів використовується поступове розширення поведінкового репертуару клієнта через контрольовану експозицію. Для зниження рівня фізіологічного збудження рекомендується нормалізація режиму сну, фізична активність та розвиток навичок саморегуляції.

Окрему увагу слід приділяти соціальній підтримці осіб із ПТСР. Залучення сім'ї, формування підтримувального соціального середовища та участь у групах психологічної підтримки сприяють підвищенню ефективності терапії та

зниженню рівня ізоляції. Відновлення соціальних зв’язків є важливим чинником ресоціалізації та покращення якості життя клієнтів.

Таким чином, психологічна допомога при ПТСР повинна мати комплексний, поетапний та індивідуалізований характер. Поєднання стабілізаційних технік, методів опрацювання травматичного досвіду та соціально-психологічної підтримки забезпечує поступове зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу та сприяє відновленню психічного здоров’я особистості.

Впровадження зазначених практичних рекомендацій у роботу психологічних служб, центрів допомоги ВПО та реабілітаційних установ дозволить підвищити ефективність надання психологічної допомоги, знизити ризик хроніфікації ПТСР та сприятиме успішній повноцінній ресоціалізації особистості в сучасному українському суспільстві.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретичного дослідження, присвяченого вивченню психологічних аспектів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), було здійснено комплексний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння його сутності, механізмів формування, основних проявів та напрямів психологічної допомоги. Отримані результати дозволяють сформулювати такі узагальнені висновки відповідно до поставлених мети та завдань дослідження.

Перш за все, встановлено, що посттравматичний стресовий розлад у сучасній психологічній науці розглядається як складний багатофакторний психічний стан, який виникає у відповідь на переживання інтенсивної або загрозливої для життя травматичної події. Теоретичний аналіз засвідчив, що у різних наукових підходах (когнітивному, поведінковому, психодинамічному, нейробіологічному та біопсихосоціальному) ПТСР трактується як результат порушення адаптаційних механізмів психіки, які не здатні ефективно інтегрувати травматичний досвід у загальну структуру особистісного досвіду.

У межах першого завдання дослідження було проаналізовано теоретичні підходи до розуміння ПТСР та розкрито основні причини й механізми його виникнення. Встановлено, що ключовими чинниками розвитку розладу є переживання травматичної події, яка супроводжується відчуттям безпорадності, страху або загрози життю. Водночас визначальним є не лише об’єктивний характер події, а й її суб’єктивна когнітивна оцінка особистістю.

Було доведено, що формування ПТСР зумовлюється взаємодією психологічних, біологічних та соціальних факторів. До психологічних належать індивідуальні особливості особистості (рівень тривожності, емоційна стабільність, особливості копінг-стратегій), до біологічних — зміни у функціонуванні центральної нервової системи та нейроендокринної регуляції, а до соціальних — рівень підтримки з боку оточення, соціальна інтеграція та умови життя. Таким чином, підтверджено доцільність використання біопсихосоціальної моделі для пояснення механізмів розвитку ПТСР.

Особливу увагу в роботі приділено психологічним механізмам формування розладу. Встановлено, що одним із ключових механізмів є

порушення процесів когнітивної та емоційної обробки травматичного досвіду, внаслідок чого спогади зберігаються у фрагментованій формі та супроводжуються високим рівнем емоційної насиченості. Це зумовлює виникнення таких симптомів, як інтрузії, флешбеки та нав'язливі думки.

Також було визначено роль механізмів класичного та оперантного обумовлення у формуванні симптоматики ПТСР, зокрема уникальної поведінки та підвищеної чутливості до тригерів, що нагадують травматичну подію. Додатково розглянуто когнітивні механізми, пов'язані з формуванням негативних базових переконань про себе, інших людей і навколишній світ.

У межах другого завдання було визначено основні симптоми та форми прояву ПТСР. Встановлено, що клінічна картина розладу включає чотири основні групи симптомів: інтрузійні переживання, уникнення, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми підвищеної збудливості. Ці прояви суттєво впливають на якість життя особистості, порушують її соціальне функціонування, професійну діяльність та міжособистісні відносини.

Окремо відзначено, що у значної частини осіб із ПТСР спостерігаються коморбідні стани, зокрема тривожні та депресивні розлади, що ускладнює перебіг основного захворювання та потребує комплексного підходу до діагностики й терапії. Також встановлено, що симптоматика може мати різний ступінь вираженості — від субклінічних проявів до тяжких форм, що суттєво порушують функціонування особистості.

У межах третього завдання узагальнено сучасні підходи до психологічної допомоги особам із ПТСР та розроблено практичні рекомендації. Встановлено, що найбільш ефективними є комплексні поетапні підходи, які включають стабілізаційний етап, опрацювання травматичного досвіду та інтеграцію отриманого досвіду в структуру особистості.

Підкреслено, що на початковому етапі терапії особливого значення набуває створення відчуття безпеки, розвиток навичок саморегуляції та психоосвіта. На етапі опрацювання травми ефективними є когнітивно-поведінкова терапія, EMDR-терапія та наративні підходи, які спрямовані на

зменшення емоційної інтенсивності травматичних спогадів та зміну дисфункціональних переконань.

Окремо наголошено на важливості соціальної підтримки як одного з ключових факторів відновлення. Наявність стабільного соціального оточення, підтримка родини та включення у групи взаємодопомоги суттєво підвищують ефективність психологічної реабілітації осіб із ПТСР.

Підсумовуючи результати дослідження, слід зазначити, що посттравматичний стресовий розлад є складним психічним явищем, у формуванні якого беруть участь різні рівні організації психіки та організму. Його виникнення зумовлене як безпосереднім впливом травматичних подій, так і особливостями їх когнітивного опрацювання, нейробіологічними змінами та соціальним контекстом життя людини.

Таким чином, поставлена мета дослідження — теоретично проаналізувати психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу та визначити його основні прояви й механізми формування — була досягнута. Завдання дослідження виконані в повному обсязі.

Отримані результати мають як теоретичне, так і практичне значення, оскільки можуть бути використані у подальших наукових дослідженнях проблеми ПТСР, а також у практичній діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців соціально-психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів DSM-5 / пер. з англ. Київ : КНТ, 2017. 948 с.
2. Балашов Е. М. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу. *Психологія і суспільство*. 2024. № 2. С. 45–52.
3. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів. *Медична психологія.* 2016. № 1. С. 12–18.
4. Бойко О. В. Психологічна травма та її наслідки. Київ : Основа, 2020. 256 с.
5. Бондаренко І. О. Психологія травматичного досвіду. Київ : Наукова думка, 2021. 230 с.
6. Бреслав Г. М. Психологія емоцій. Київ : Академвидав, 2018. 304 с.
7. Варивода К. М. Нейробіологічні аспекти посттравматичного стресового розладу. *Науковий вісник*. 2022. № 3. С. 88–94.
8. Волкер П. Комплексний ПТСР: від виживання до процвітання / пер. з англ. Київ : Yakaboo Publishing, 2021. 320 с.
9. Гаврилюк Н. В. Посттравматичний стресовий розлад: теорія і практика. *Психологія і особистість*. 2022. № 2. С. 90–97.
10. Гринберг Н. Травма і пам’ять / пер. з англ. Київ : Наш формат, 2019. 280 с.
11. Даниленко Т. В. Сутність посттравматичного стресового розладу. Mental Health Journal. 2025. № 1. С. 21–27.
12. Дубровіна І. В. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. Київ : Каравела, 2019. 210 с.
13. Ємельянова Т. В. Психологія стресу. Київ : Либідь, 2018. 272 с.
14. Жданова І. М. Психологічні розлади після травматичних подій. Київ : Центр учбової літератури, 2020. 198 с.

15. Зінченко В. П. Психологія особистості. Київ : Либідь, 2017. 368 с.
16. Іванова О. С. ПТСР у військовослужбовців: психологічний аналіз. *Психологічний журнал*. 2022. № 4. С. 33–40.
17. Каплан Г., Седок Б. Клінічна психіатрія / пер. з англ. Київ : Медицина, 2016. 512 с.
18. Карвасарський Б. Д. Медична психологія. Санкт-Петербург : Пітер, 2018. 576 с.
19. Коваленко О. П. Психологія екстремальних ситуацій. Київ : Центр учбової літератури, 2020. 300 с.
20. Костюк Ю. М. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР. *Психологія науки*. 2024. № 2. С. 55–61.
21. Кочюнас Р. Основи психологічного консультування / пер. з лит. Київ : Академвидав, 2019. 304 с.
22. Лазарус Р. Стрес, оцінка та копінг / пер. з англ. Київ : Основи, 2017. 400 с.
23. Леонтьєв Д. О. Психологія смислу. Київ : Смысл, 2018. 512 с.
24. Литвиненко Н. І. Психологія травми. Київ : Каравела, 2021. 220 с.
25. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 520 с.
26. Мельник І. В. Посттравматичний стресовий розлад у сучасному суспільстві // Соціальна психологія. 2023. № 1. С. 77–84.
27. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11). Женева : ВООЗ, 2019. 1500 с.
28. Мороз О. В. Психологія кризових станів. Київ : Центр учбової літератури, 2020. 256 с.
29. Овчаренко Н. І. Психологія стресових станів. Київ : Академвидав, 2018. 260 с.
30. Пономаренко В. С. Психологічна допомога при травматичних подіях. Київ : Либідь, 2021. 240 с.
31. Сапольскі Р. Чому зебри не мають виразки / пер. з англ. Київ : Наш формат, 2019. 480 с.

32. Сельє Г. Стрес без дистресу / пер. з англ. Київ : Основи, 2017. 312 с.
33. Соколова Є. Т. Психологія особистості. Київ : Академія, 2018. 400 с.
34. Степанов О. М. Психологія кризових ситуацій. Київ : Академвидав, 2020. 288 с.
35. Титаренко Т. М. Життєві кризи особистості. Київ : Либідь, 2019. 280 с.
36. Ткачук Т. А. Психологічна реабілітація осіб із ПТСР. *Практична психологія*. 2023. № 3. С. 41–48.
37. Фрейд З. Психологія несвідомого / пер. з нім. Київ : Основи, 2016. 256 с.
38. Франкл В. Людина в пошуках сенсу / пер. з нім. Київ : Дух і літера, 2018. 160 с.
39. Чамлай І. В. Психологічні підходи до терапії ПТСР. *Психотерапія*. 2023. № 2. С. 60–67.
40. Шеленкова Н. Л. «Діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців/ветеранів». *Психологічний журнал*. 2024. № 1. С. 25–31.