

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Хмельницький К. В.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У
ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ**

2025

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет _____ здоров'я людини _____
(повне найменування інституту, факультету)
Кафедра _____ психології та соціології _____
(повна назва кафедри)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
магістра**

**на тему: «ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ
РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ»**

Виконав:

здобувач вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-242зм

К. В. Хмельницький

Керівник роботи: к. психол. н., доц.

Н. М. Бугайова

Рецензент:

завідувачка кафедри загальної та соціальної психології
Навчально-наукового інституту управління,
психології та безпеки Львівського державного
університету внутрішніх справ МВС України
д. психол. н., проф.

З. Я. Ковальчук

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітній ступінь _____ магістр _____
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю. О.

“03” вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Хмельницькому Костянтину Віталійовичу

1. Тема роботи: «Профілактика посттравматичних стресових розладів у осіб постраждалих в збройному конфлікті».

Керівник роботи: Н. М. Бугайова – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня 2025 року, № 141/15.04

2. Строк подання студентом роботи до захисту «10» грудня 2025 року.

3. **Вихідні дані до роботи:** обсяг роботи – 122 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. **Зміст основної частини** (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. **Перелік графічного матеріалу** (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки).

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

7. Дата видачі завдання: «03» вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
4	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
7	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
8	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
9	Перевірка роботи на академічний плагіат.	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	
10	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	18.12.2025 р. – 21.12.2025 р.	
11	Захист кваліфікаційної роботи.	22.12.2025 р. – 27.12.2025 р.	

Здобувач вищої освіти

Керівник роботи:

к. психол. н., доц.

Хмельницький К. В.

Бугайова Н. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 122 с., рис. – 5, табл. – 17, літератури – 47 дж., додатків – 7.

У кваліфікаційній роботі представлено теоретико-методологічні основи, емпіричні результати та прикладні аспекти дослідження посттравматичного стресового розладу у осіб, що постраждали внаслідок збройного конфлікту. Теоретично розглянуто сутність поняття посттравматичного стресового розладу, його клінічну картину та особливості проявів, а також чинники виникнення у військових та цивільних що мають травматичний досвід у збройному конфлікті.

Проведено констатувальний експеримент, який дозволив виявити початковий ступінь та інтенсивність прояву посттравматичних симптомів, а також інші коморбідні показники (рівні тривоги та депресивні прояви, функціональність тощо).

На основі отриманих результатів розроблено та апробовано соціально-психологічну тренінгову програму профілактики та корекції посттравматичного стресового розладу, а її ефективність програми підтверджено статистично (t-критерій Стьюдента).

Ключові слова: ВІЙСЬКОВІ, ДЕПРЕСІЯ, ЗБРОЙНИЙ КОНФЛІКТ, ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД, ТРИВОЖНІСТЬ, ЦИВІЛЬНІ.

ABSTRACT

Khmelnyskyi K. V. Prevention of post-traumatic stress disorders in individuals affected by armed conflict. Qualification work. Kyiv, 2025.

The qualification work presents the theoretical and methodological foundations, empirical results, and applied aspects of research on post-traumatic stress disorder in individuals affected by armed conflict. The essence of the concept of post-traumatic stress disorder, its clinical picture and manifestations, as well as the factors contributing to its occurrence in military personnel and civilians who have experienced trauma in armed conflict are considered theoretically.

A diagnostic experiment was conducted to identify the initial degree and intensity of post-traumatic symptoms, as well as other comorbid indicators (levels of anxiety and depressive manifestations, functionality, etc.).

Based on the results obtained, a socio-psychological training program for the prevention and correction of post-traumatic stress disorder was developed and tested, and its effectiveness was statistically confirmed (Student's t-test).

Keywords: MILITARY, DEPRESSION, ARMED CONFLICT, POST-TRAUMATIC GROWTH, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, PREVENTION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, TRAUMATIC EXPERIENCE, ANXIETY, CIVILIANS.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	12
1.1. Аналіз наукової психологічної літератури з проблеми вивчення посттравматичного стресового розладу	12
1.2. Посттравматичний стресовий розлад як реакція психіки людини на сильний стресор	14
1.3. Чинники виникнення посттравматичного стресового розладу у осіб постраждалих в збройному конфлікті	18
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ	23
2.1. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у осіб постраждалих в збройному конфлікті	23
2.2. Методологія та організація емпіричного дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у осіб постраждалих в збройному конфлікті	26
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту . Ошибка! Закладка не определена.	
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	42
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ	43
3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу щодо профілактики посттравматичних стресових розладів у осіб постраждалих в збройному конфлікті	43
3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту	106
3.3. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента	113
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	120
ВИСНОВКИ	123
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	125
ДОДАТКИ	130

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема дослідження особливостей розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) у осіб, які постраждали внаслідок збройних конфліктів, залишається однією з широко досліджуваних тем у сучасній військовій психологічній науці, а нині вона набуває особливої актуальності у зв'язку з триваючими воєнними подіями на території України. Війна формує певне середовище інтенсивного хронічного стресу, у якому людина стикається з подіями, що суттєво перевищують її звичні адаптаційні можливості та руйнують базові механізми психологічної стійкості, а екстремальні умови які типові для збройного конфлікту спричиняють глибоку та комплексну травматизацію, наслідки якої виходять далеко за межі звичайних стресових реакцій.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність ПТСР у популяціях, які зазнали безпосереднього впливу воєнних дій, є в кілька разів вищою, ніж у загальному населенні, що підтверджують і результати ряду емпіричних досліджень [44]. Так, у вибірках військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в Іраку й Афганістані, симптоми ПТСР виявлялися у 20–30 % осіб, що значно перевищує характерні для мирного населення показники [24]; дослідження цивільних, які перебували в умовах масованих атак, окупації або тривалих обстрілів, демонструють ще вищі рівні психологічного дистресу та посттравматичної симптоматики – від 40 % до 60 %, залежно від інтенсивності й тривалості впливу стресорів [24].

У науковому дискурсі проблематика ПТСР розроблялася багатьма провідними дослідниками. Зокрема, суттєвий внесок у розуміння механізмів переробки травми зробили В.Ван Дер Колк, який описав нейробіологічні основи травматичних спогадів; Дж.Герман запропонувала концепцію комплексної травми; А.Елерс та Д.Кларк створили когнітивну модель формування та динаміки ПТСР; а Р.Тедескі та Л.Калгун дослідили феномен посттравматичного зростання після пережитих травматичних подій. Роботи А. Брювін та М. Резік, а також численні емпіричні дослідження військових [37] розширили уявлення про комплекс та

особливості травматичної симптоматики у ветеранів та цивільних, які постраждали від воєнних дій. Тому, актуальним лишається питання профілактики та корекції ПТСР, оскільки своєчасне психологічне втручання потенційно здатне запобігти переходу гострих стресових реакцій у хронічні розлади, зменшити інтенсивність симптомів та підвищити здатність до подальшої соціальної й професійної адаптації у мирному житті.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у осіб, що постраждали внаслідок збройного конфлікту.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу та ефективність програми його профілактики у ветеранів та цивільних постраждалих.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми профілактики посттравматичного стресового розладу у осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту.

На підставі означеної мети було визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння ПТСР, його структури та специфіки проявів у контексті воєнного досвіду.
2. Емпірично дослідити рівень та особливості прояву посттравматичної симптоматики у вибірці постраждалих від збройного конфлікту.
3. Розробити та впровадити програму соціально-психологічного тренінгу профілактики посттравматичного стресового розладу.
4. Емпірично перевірити ефективність програми за допомогою психодіагностичних та статистичних методів.
5. Проаналізувати динаміку показників учасників після інтервенції.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: когнітивної моделі ПТСР (Т. Елерс, Д. Кларк, А. Бек); нейробіологічної моделі травми (Ван дер Колк; А. Бремнер, М. Шімсек); моделі посттравматичного зростання (Р. Тедескі та Л. Калхун); сучасних протоколів профілактики та корекції ПТСР (протокол МОЗ України, протокол NICE, рекомендації ISTSS).

Наукова новизна дослідження. У ході дослідження отримано результати що розширюють сучасні уявлення про психологічні наслідки збройного конфлікту та

можливості їх профілактики. Зокрема: емпіричний матеріал представлено як комплексне дослідження взаємозв'язків між симптомами ПТСР, тривогою, депресією, функціонуванням та посттравматичним зростанням у вибірці осіб, що постраждали внаслідок війни; обґрунтовано та апробовано профілактичну програму, що інтегрує елементи травма-фокусованої КПТ, ДБТ та АСТ, адаптовану до контексту українського збройного конфлікту; емпірично доведено ефективність короткострокового психокорекційного втручання у зменшенні посттравматичної симптоматики та підвищенні психологічного функціонування; виявлено специфічний профіль кореляційних зв'язків між психологічними змінними, який відображає механізми адаптації постраждалих у воєнних умовах.

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні методи: методи аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення наукової літератури та джерел;

- емпіричні методи: метод анкетування для встановлення основних соціально-демографічних показників; психодіагностичні методики: шкала впливу подій (IES-R), опитувальник ПТСР (PCL-5), госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS), шкала посттравматичного зростання (PTGI);

- методи математичної статистики: частотний аналіз для соціально-демографічної характеристики вибірки; описова статистика; перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка; кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для виявлення взаємозв'язків між змінними; t-критерій Стюдента для залежних вибірок (оцінка змін «до та після» у кожній групі) та для незалежних вибірок (порівняння контрольної та експериментальної групи). Статистичну обробку здійснено з використанням пакета Jamovi.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про: специфіку проявів ПТСР у контексті сучасного збройного конфлікту; механізми взаємодії травматичних симптомів, емоційної регуляції та функціонування; роль ресурсних процесів (зокрема посттравматичного зростання) у подоланні наслідків війни; можливості інтеграції доказових психотерапевтичних підходів для профілактики ПТСР у груп ризику. Отримані результати доповнюють

існуючі моделі травматичного реагування та можуть бути використані для подальших розробок у воєнному та поствоєнному контекстах.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання результатів у системі психологічної допомоги: розроблена профілактична програма може бути впроваджена у роботі психологів військових частин, центрів реабілітації, громадських організацій, що працюють із ветеранами та цивільними постраждалими; результати можуть бути використані у навчальних курсах з психології травми, кризової інтервенції, військової психології; отримані дані є підґрунтям для подальших прикладних досліджень та вдосконалення програм психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Аналіз наукової психологічної літератури з проблеми вивчення посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у сучасній клінічній психології та психіатрії розглядається як специфічна форма психічної дезадаптації, що виникає внаслідок впливу подій екстремального, загрозливого для життя або цілісності особистості характеру [12].

За визначенням Американської психіатричної асоціації, ПТСР – це «серйозний і тривалий психічний розлад, який розвивається після переживання або свідчення травматичної події, такої як бойові дії, терористичні акти, катастрофи, сексуальне чи фізичне насильство, тяжкі нещасні випадки тощо» [16]; при цьому наголошується, що критичною є не лише об'єктивна загроза життю, а й суб'єктивне переживання безпорадності, жаху й неможливості контролювати ситуацію.

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу згідно DSM-5 об'єднані у чотирьох кластерах симптомів, включаючи:

- А. «п'ять симптомів інтрузії, вторгнення спогадів (дослівно «*flashback*»),
- В. два – активного уникнення,
- С. сім – негативних змін в думках та емоціях,
- Д. шість змін у рівні збудження (за «гіпер» типом)» [16].

Перший кластер, симптоми інтрузії, охоплює нав'язливі спогади, повторювані сновидіння травматичного змісту, флешбеки (відчуття, ніби подія відбувається знову), інтенсивний психологічний або фізіологічний дистрес при зіткненні з нагадуваннями про травму. Другий кластер, симптоми уникання, стосується стійкого уникання зовнішніх (люди, місця, ситуації, розмови) або внутрішніх (думки, почуття, образи) нагадувань про подію. Третій кластер описує негативні зміни у когніціях та емоціях: стійкі негативні переконання про себе, інших або світ («я нікому не можу довіряти», «світ небезпечний»), тривале відчуття

страху, сорому чи провини, зниження інтересу до значущої діяльності, відчуття відчуженості, «емоційного оніміння». Четвертий кластер – зміни у рівні збудження та реактивності – включає симптоми гіперпильності, дратівливості та спалахів гніву, посиленого рефлексу переляку, труднощів концентрації, порушень сну, а також ризикової або саморуйнівної поведінки [16].

DSM-5 передбачає наявність щонайменше одного симптому інтрузії, одного уникання, двох симптомів негативних змін у когніціях/емоціях та двох симптомів гіперзбудження, які зберігаються понад один місяць після події й призводять до клінічно значимого дистресу або порушень функціонування в соціальній, професійній чи інших важливих сферах. У випадках, коли симптоматика триває менше місяця, розглядається діагноз гострого стресового розладу, що може еволюціонувати в ПТСР, тому важливою особливістю є наявність дисоціативних феноменів – деперсоналізації, дереалізації та дисоціативних флешбеків, які в окремих випадках виділяють у дисоціативний підтип ПТСР.

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), розробленій ВООЗ, концепція ПТСР зазнала додаткової операціоналізації з метою підвищення діагностичної специфічності. На відміну від DSM-5, МКХ-11 пропонує більш «звужену» модель, яка включає шість основних симптомів, згрупованих у три кластери:

- А. «повторне переживання травматичної події,
- В. уникнення травматичних нагадувань,
- С. постійне відчуття загрози» [44].

Для встановлення діагнозу необхідна наявність принаймні одного симптому з кожного кластеру, який зберігається понад кілька тижнів і супроводжується вираженим порушенням функціонування. Водночас до переліку критеріїв ПТСР не включаються низка неспецифічних симптомів – таких як загальні порушення сну, труднощі концентрації, дратівливість, які, за даними емпіричних досліджень, часто спостерігаються і при інших психічних розладах.

У межах МКХ-11 запропоновано також окремий діагноз комплексного ПТСР (кПТСР), який, крім базових симптомів ПТСР, включає тривалі та стійкі порушення у сфері саморегуляції – емоційної нестабільності, стійкого відчуття

негативної самооцінки («я нікчемний», «зі мною щось не так») та труднощів у міжособистісних стосунках; дана категорія особливо релевантна для осіб, які зазнали тривалих чи повторюваних травматичних подій, зокрема в умовах збройних конфліктів, полону чи катувань [44].

Таким чином, аналіз сучасних визначень показує, що ПТСР розглядається як комплексний розлад, в основі якого лежить порушена переробка травматичного досвіду та стійке відчуття загрози, що зберігається навіть після припинення об'єктивної небезпеки. За узагальненими даними дослідження К. Кохе, клінічна картина охоплює поєднання інтрузивних феноменів, уникання, негативних когнітивно-емоційних змін та гіперзбудження, які у військових та осіб, що постраждали внаслідок збройного конфлікту, часто ускладнюються дисоціативними проявами, моральною травмою та супутніми депресивними й тривожними розладами [20].

1.2. Посттравматичний стресовий розлад як реакція психіки людини на сильний стресор

Посттравматичний стресовий розлад розглядається як специфічна форма порушеної адаптації до стресу (надсильного, екстремального рівня дії), коли базові психофізіологічні механізми реагування на небезпеку виявляються надмірно активованими і продовжують бути такими навіть після припинення дії певної загрози. Класичні моделі стресу Г. Сельє, Р. Лазарус виходять з того, що типова реакція «бий – тікай – завмири» є еволюційною відповіддю організму на загрозу і при нормотипових випадках ця реакція поступово згасає, а система саморегуляції повертається до відносної рівноваги, проте при ПТСР цей процес «повернення до базового рівня» порушується: нервова система «застрягає» у режимі надмобілізації, а психіка продовжує реагувати так, ніби подія все ще триває; виходячи звідси, ПТСР можна описати як хронічно фіксовану реакцію психіки на сильний стресор [37].

Нейробіологічні дослідження (зокрема як показано в літературному огляді М. Шімшек) демонструють, що сильний травматичний стрес супроводжується активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, продукцією катехоламінів і глюкокортикоїдів, зміною функціонування лімбічних структур і префронтальної кори [36]. В результаті досліджень вибірок із ПТСР також встановлюється підвищена реактивність амігдали (структури, відповідальної за виявлення загрози й формування страху), знижену активність медіальної префронтальної кори, яка гальмує емоційні реакції, та зміни у гіпокампі, що відповідає за контекстуалізацію спогадів і часову організацію досвіду [36]. Тому, травматичні спогади відтворюються у формі фрагментів, насичених сенсорними деталями, а мозок не ідентифікує що травматична подія вже належить до минулого – саме це є в основі флешбеків, нав'язливих образів і відчуття постійної небезпеки.

Когнітивно-поведінкові моделі, які розглядають ПТСР насамперед як результат порушеної переробки інформації про травму, дозволяють описати психологічні механізми цієї реакції. Відомо, що потенційно травматичні події протягом життя переживає більшість людей, однак ПТСР розвивається лише в частини з них, що свідчить про те, що сам факт експозиції до стресора недостатній; вирішальним є те, як подія кодується, інтерпретується та інтегрується в когнітивну систему особистості [17].

Дослідники Т. Фоа та М. Козак у своїй «емоційній теорії обробки» («emotional processing theory») описують, що під час травми в пам'яті формується так звана «мережа страху», яка включає інформацію про стимули загрози, фізіологічні реакції та значення події: якщо ця мережа є надмірно широкою та негнучкою, будь-які зовнішні або внутрішні нагадування (звуки, запахи, думки) легко її активують, запускаючи сильний страх і поведінкове уникання.

Надалі А. Елерс та Д. Кларк доповнили цю модель та описали як сильний стресор трансформується в стійке відчуття загрози. Як зазначають автори, ключовою проблемою є не сама травма, а спосіб її переробки: ПТСР розвивається тоді, коли подія сприймається як доказ того, що небезпека триває «тут і тепер» [22]. Описане відчуття постійної загрози має два джерела: по-перше, це негативні оцінки події та її наслідків («я не впорався», «зі мною щось не так», «людям довіряти не

можна)), які руйнують базові припущення людини про себе і світ; по-друге, це особливості кодування пам'яті: травматичний досвід зберігається фрагментарно, поза часовим і просторовим контекстом, тому спогади легко активуються у вигляді образів і тілесних відчуттів, ніби подія відбувається знову. Саме тому, для того щоб впоратися з цим індивід вдається до уникання, гіперконтролю, постійного «сканування» небезпеки, але саме ці стратегії заважають зміні оцінок і інтеграції спогадів, тим самим підтримуючи цикл ПТСР.

Значний вплив на розуміння травматичної пам'яті має теорія подвійної репрезентації К.Брювін, яка розрізняє два типи пам'яті: вербально доступну (VAM), що містить наративний опис подій і може бути довільно відтворена, та ситуативно доступну (SAM), яка кодує сенсорні враження, тілесні реакції й емоційні стани, пов'язані з травмою [19]. У здорових індивідів ці дві системи взаємодіють, що дозволяє інтегрувати сильний досвід у життєву історію, проте при ПТСР домінує саме ситуативна пам'ять: образи, запахи, звуки «прориваються» у свідомість, не будучи достатньо пов'язаними з вербальним наративом; людина відчуває не просто спогад, а повторне переживання події. Тому, психотерапевтична робота, відповідно, спрямована на те, щоб зміцнити вербальну репрезентацію травми й поступово «вбудувати» сенсорні фрагменти у цілісну історію, яку людина може розповідати та переосмислювати [19].

Інтегративна когнітивна модель А. Кларк та А. Бек (див. рис. 1.1) узагальнює ці підходи, описуючи три послідовні етапи формування посттравматичної реакції [20]. На першому етапі сильний стресор інтерпретується через призму вже наявних схем («світ справедливий», «я маю все контролювати», «зі мною такого не може статися»); якщо травма радикально суперечить цим переконанням, виникає глибока когнітивний дисонанс. На другому етапі формується упереджена пам'ять: увага фокусується на загрозливих елементах, тоді як нейтральні чи ресурсні аспекти досвіду ігноруються. На третьому етапі запускаються підтримуючі стратегії (уникання, пригнічення думок, ризикована поведінка), які знижують тривогу на короткий строк, але не дають переосмислити подію, тому симптоми зберігаються й набувають хронічного характеру. З цієї перспективи ПТСР є

результатом порушеного когнітивного циклу: подія, інтерпретація, емоція, поведінка, підтвердження старих переконань [20].

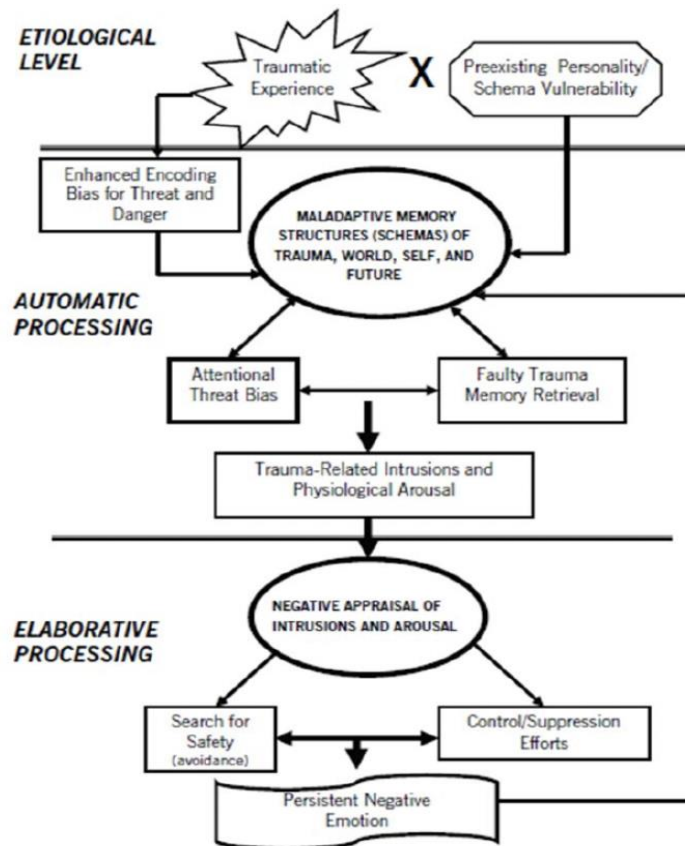


Рис. 1.1. Когнітивна модель формування ПТСР (Clark та Beck) [20]

Виходячи з цього, посттравматичний стресовий розлад як реакція психіки на сильний стресор може бути описаний як результат порушення переробки травматичного досвіду. На нейробіологічному рівні цей збій проявляється у тривалій дисрегуляції систем стресу та зміні функціонування ключових мозкових структур; на когнітивному – у формуванні негативних переконань і фрагментарної пам'яті; на поведінковому – у широкому спектрі стратегій уникання, гіперконтролю та дисоціації (які індивід застосовує з метою «впоратися»). Тому, у випадку коли всі описані компоненти взаємодіють і підсилюють один одного, нормальна адаптаційна відповідь на екстремальний стрес перетворюється на посттравматичний стресовий розлад.

1.3. Чинники виникнення посттравматичного стресового розладу у осіб постраждалих в збройному конфлікті

Ймовірність подальшого розвитку посттравматичного стресового розладу в осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту, розглядаються в науковій літературі як результат певної комплексної взаємодії як індивідуальних характеристик, так і зовнішніх (включаючи умов життя після повернення із «гарячої зони» збройного конфлікту); зокрема в сучасних дослідженнях зазначається, що сама по собі експозиція до екстремального стресора є необхідною, але не достатньою умовою розвитку ПТСР, тому на розвиток розладу впливає комплекс перед травматичних та після травматичних чинників [19].

Передтравматичні чинники розвитку посттравматичного стресового розладу розглядаються як фундаментальна основна індивідуальної вразливості яка визначає, наскільки психіка людини буде здатна витримати вплив екстремального стресора. Хоча наявність травматичної події є необхідною умовою розвитку ПТСР, численні дослідження (в тому числі лонгітюдні) показують, що відмінності між людьми у реакції на травму значною мірою пов'язані з їх фундаментальними психологічними [19].

Ще одним із найбільш досліджених передтравматичних чинників є наявність попередніх психічних розладів, у першу чергу мова йде про депресивні та тривожні розлади. Дані Національного епідеміологічного дослідження США свідчать, що наявність будь-якого афективного або тривожного розладу до експозиції травми збільшує ймовірність розвитку ПТСР у 2–3 рази [28]. Механізм цього зв'язку розглядається через призму когнітивно-емоційної вразливості: у людей з уже наявними розладами наявні ригідні, негативні когнітивні схеми, підвищена сенситивність до загрози, а також знижена здатність до емоційної регуляції, що ускладнює переробку травматичних спогадів, та надалі підвищує ризик розвитку ПТСР [28].

Значну роль як передтравматичний чинник відіграють ранній дитячий травматичний досвід. Наприклад, метааналіз досліджень Віффен та Макінтош та повторні аналізи достовірно демонструють, що досвід емоційного, фізичного або

сексуального насильства в дитинстві формує у індивіда підвищену вразливість до подальших травматизацій, що може проявлятися через дезорганізовані паттерни прив'язаності, використання неадаптивних копінг-стратегій, схильність до дисоціації тощо [45].

Особистісні характеристики також є суттєвими чинником, найбільш послідовним емпіричним предиктором розвитку ПТСР є високий рівень нейротизму – тобто тенденції до здебільшого переживання негативних емоцій, сензитивності до стресу та схильності до емоційної нестабільності [22]. Особи з високим нейротизмом більш схильні інтерпретувати ситуації як загрозливі, що підсилює перитравматичні реакції, а схильність до катастрофізації, тобто тенденція прогнозувати найгірші можливі наслідки, також асоціюється з підвищеним ризиком ПТСР, оскільки вона сприяє формуванню циклів тривожних думок та поведінковому униканню.

Щодо посттравматичних чинників, одним із найбільш описаних у науковій літературі є наявність (чи її відсутність) соціальної підтримки після травматичного досвіду, оскільки соціальна підтримка виконує функцію буфера стресу, сприяє нормалізації афективного стану, забезпечує можливість безпечного наративу про пережитий досвід та зменшує ризик формування дезадаптивних когнітивних схем («зі мною щось не так», «ніхто мене не розуміє»). Наприклад, за даними метааналізу Джона Брюїна [19], недостатня соціальна підтримка є одним із визначних предикторів формування ПТСР. Для осіб що брали участь у збройному конфлікті повернення з фронту часто супроводжується зміною соціальної ролі, втратою «бойової спільності» та відчуттям розриву зі звичним середовищем, яке раніше виконувало функцію підтримки, що у результаті лише ускладнює симптоматику та посилює відчуття ізоляції від оточення.

Другим значущим чинником є наявність подальших повсякденних стресорів (наприклад, після повернення з фронту ветерани можуть переживати такі типові труднощі, як безробіття, економічна нестабільність, непорозуміння з близькими тощо). Модель ресурсів Хобфолла стверджує, що травма призводить до втрати ресурсів (часових, матеріальних, соціальних, емоційних), а подальші стресори створюють ефект накопичення втрат, що підсилює психопатологічні реакції [23].

У дослідженнях серед ветеранів США доведено, що труднощі із працевлаштуванням, конфлікти у родині та інші соціально-економічні проблеми значно підвищують ризик хронічного ПТСР, більше того зазначається – іноді більше ніж сама інтенсивність пережитого досвіду бойових дій [38]; для цивільних осіб, які пережили збройний конфлікт, типовим є втрата житла, вимушене переміщення та неможливість повернутися до звичного життя, що також ускладнює процес відновлення та реадaptaції.

Описуючи труднощі реінтеграції в цивільне життя варто зазначити, що вони виступають ще одним вагомим посттравматичним чинником. Після завершення активної фази участі в бойових діях багато ветеранів стикаються з «шоком повернення»: цивільний ритм життя здається повільним, буденні задачі – не значущими, а міжособистісні стосунки – складними. Післявоєнні дослідження у США та Ізраїлі показують, що труднощі з відновленням соціальних ролей, почуття втрати місії та сенсів, а також невідповідність між військовим досвідом і цивільними очікуваннями – є значущими предикторами розвитку хронічних симптомів ПТСР; у цивільних, що пережили війну, реінтеграція може ускладнюватися відсутністю стабільного середовища, руйнуванням соціальних структур, втратою роботи та ресурсів [19].

Коморбідні психічні та соматичні стани – ще один важливий післятравматичний чинник, в літературі підкреслюється що ПТСР дуже рідко виникає у «чистому» вигляді: найчастіше він поєднується з депресивними розладами, тривожними розладами, панічними епізодами, зловживанням психоактивними речовинами, а також хронічним болям, серцево-судинними захворюваннями й порушеннями сну [28]. У результаті коморбідні стани не лише посилюють загальний рівень дистресу, але й суттєво ускладнюють процес подальшої психотерапевтичної допомоги.

Таким чином, чинники виникнення посттравматичного стресового розладу в даній категорії осіб являють собою досить складну багаторівневу систему, в якій поєднуються чинники «до» травматичного досвіду та «після». Разом з тим, розглянуті емпіричні дослідження демонструють, що високий ризик ПТСР пов'язаний з кумуляцією бойового досвіду, моральною травмою, низькою

соціальною підтримкою та наявністю попередніх психічних розладів, тоді як резильєнтність, підтримувальні стосунки та відчуття сенсу виконують захисну функцію.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У ході теоретичного аналізу встановлено, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у міжнародних класифікаціях DSM-5 та МКХ-11 розглядається як складний та хронічний психопатологічний стан, що формується унаслідок дії екстремального стресора, пов'язаного із загрозою життю чи спостереженням масових страждань. До типової структури ПТСР відносять інтрузії, уникання, негативні зміни в когнітивній та емоційній сфері, а також стійкі порушення системи збудження. Узагальнення літератури свідчить, що ці симптоми не є ізольованими, а формують цілісну систему дезадаптивних реакцій, які порушують емоційну, когнітивну та поведінкову регуляцію.

На основі систематизації даних літератури з'ясовано, що ПТСР слід розглядати як специфічну форму психофізіологічної адаптації до подій, що перевищують можливості обробки та інтеграції; зокрема у когнітивно-поведінкових моделях наголошується, що фрагментована пам'ять, негативні переконання щодо себе й світу, а також поведінкове уникання створюють замкнене коло підтримання симптомів. Таким чином, ПТСР є результатом комплексної взаємодії біологічного чиннику, індивідуальних особливостей, зовнішніх чинників та способів когнітивної переробки травми.

Узагальнення емпіричних досліджень дозволило встановити, що прояви ПТСР у ветеранів і цивільних, які постраждали в умовах збройного конфлікту, мають низку специфічних характеристик, які відрізняють їх від класичних особливостей прояву ПТСР. Для цієї категорії характерні інтенсивні сенсорні флешбеки, відтворення бойових сцен, підвищена фізіологічна реактивність та стійкий стан «бойової готовності»; виражене уникання; зміни у міжособистісній сфері, включно з емоційною відчуженістю та труднощами у встановленні близьких стосунків; феномени моральної травми; а також інші соціально-психологічні наслідки, пов'язані з руйнуванням стабільності життя та втратами.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ

2.1. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у осіб постраждалих в збройному конфлікті

На відміну від моделей посттравматичної реакції що описують універсальні механізми реагування на екстремальні події, феноменологія посттравматичного стресового розладу у контексті воєнних подій виявляється значно складнішою та має власну специфіку, що досліджується окремо в межах військової психології. Загалом, передусім це зумовлено специфікою воєнного середовища та тривалістю впливу інтенсивного стресора (в тому числі «життя у війні»), при цьому під травматичний вплив потрапляють не лише безпосередню військовослужбовці які беруть участь у збройному конфлікті, але й цивільні особи, які стали учасниками або свідками воєнних подій – саме тому можливо констатувати, що посттравматичний стресовий розлад у контексті збройного конфлікту має низку власних специфічних проявів.

У класичних дослідженнях К. Хоге, виконаних на вибірках військовослужбовців які повернулися з Іраку та Афганістану, було встановлено, що тривалий вплив бойових стресорів сприяє формуванню стійкого гіперзбудження та реакцій постійного очікування загрози, які зберігаються навіть після припинення реальної небезпеки (тобто при поверненні до мирного середовища) [24]. Разом з тим, у дослідженні серед цивільних які постраждалих унаслідок масованих атак і вимушеного переміщення, Д. Сілов з колегами продемонстрували дещо іншу специфіку проявів: у цивільного населення переважає «розширене очікування небезпеки», що проникає у всі сфери повсякденності, і знижує здатність відчувати базову безпеку навіть у фізично захищених умовах. Тобто у сукупності обидва дослідження свідчать про те, що хоча механізм підтримки гіперзбудження має різні

поведінкові форми у військових і цивільних, проте він ґрунтується на єдиному нейрофізіологічному підґрунті - хронічній активації системи тривоги.

Щодо емоційної дисрегуляції, яка є типовим проявом при «класичному» варіанті ПТСР, в літературі також зазначається про певні особливості. Так, у дослідженнях З. Соломон з ізраїльськими ветеранами було встановлено, що характерним наслідком бойової діяльності є стійка емоційна відстороненість, зокрема обмеженість у переживанні позитивних емоцій та труднощі формування близьких стосунків [37]; у свою чергу, дослідження Р. Прібе де вибіркою були цивільні постраждалі від Балканських війн, продемонструвало дещо іншу картину емоційних реакцій: серед цивільних переважають амбівалентність, коливання між інтенсивним горем, провиною вижившого та емоційним виснаженням [19]. Таким чином, якщо у військових емоційна дезактивація формується як наслідок адаптивних стратегій приглушення афектів у бойових умовах, то у цивільних вона ймовірно має основну у втраті соціальних зв'язків і руйнуванні стабільного життя що було до війни.

Окремий напрям досліджень становлять вивчення моральної травматизації: так, у моделі моральної травми, розробленій Б. Літц та колегами, де підкреслюється що у військових моральна травма пов'язана з діями, які суперечать власним етичним переконанням, або ситуаціями, коли військовий відчуває відповідальність за наслідки бойових рішень; проте дослідження цивільних вибірок, проведені в зонах конфлікту на Близькому Сході, показують, що моральна травма може виникати і без активної участі у насильстві, наприклад, унаслідок відчуття власного безсилля, спостереження за жорстокістю, руйнуванням цінностей та порушенням норм гуманності [29]. З цього можна зробити висновок, що військова моральна травма пов'язана насамперед із дією, а цивільна – із безсиллям перед чужою дією. Попри це, феноменологія переживань (сором, самозвинувачення, екзистенційна дезорієнтація) є подібною, що свідчить про універсальний характер морального компоненту травматизації.

Ще один важливий напрям наявних емпіричних досліджень стосується впливу війни на когнітивні схеми. Наприклад, у роботі К. Міллер та А. Расмуссен, виконаній серед цивільних біженців, було виявлено, що тривалий вплив травм

призводить до формування стійких переконань про непередбачуваність світу, відсутність контролю та неможливість впливати на власне життя; на відміну від цього, у вибірках ветеранів бойових дій, аналізованих у роботах Ч. Шріпада основними когнітивними змінами є глобальна недовіра до інших, гіперконтроль та переконання у необхідності постійної мобілізації [18].

Також варто розглянути відмінності у динаміці та тривалості посттравматичного стресового розладу. У лонгітюдних дослідженнях ветеранів, виконаних З. Соломон, описано феномен відстроченого ПТСР, коли симптоматика розвивається не одразу після травми, а через кілька років, часто під впливом повторних стресорів [37]. Ці результати частково узгоджуються з роботами, у яких повторна травматизація – тривале перебування в небезпечних районах, соціальні втрати, хронічна нестабільність також сприяє пізньому прояву або загостренню посттравматичного стресового розладу [48]; а отже, незалежно від того, чи йдеться про військових, чи цивільних, повторний вплив стресорів у постконфліктних умовах є значущим предиктором тривалого та складного перебігу ПТСР. Не менш показовими є дослідження дисоціативної симптоматики, наприклад у роботах К.Хоге, присвячених ветеранам, зазначено, що дисоціативні реакції часто пов'язані з інтенсивністю бойових зіткнень та свідченням масивних втрат; водночас у цивільних вибірках, досліджених у Сирії та Газі, дисоціативні стани частіше виникають у контексті масованих атак, неможливості втекти та руйнування середовища проживання [24].

Узагальнення розглянутих досліджень дозволяє стверджувати, що посттравматичного стресового розладу у постраждалих від збройного конфлікту – становить багатовимірне явище, дослідження військових і цивільних демонструють спільну основу травматичних реакцій, проте різні траєкторії розвитку: у військових домінують реакції, сформовані у бойовому середовищі (емоційна дисрегуляція, моральний конфлікт тощо), тоді як у цивільних – скоріше як реакції на втрату контролю, руйнування соціального простору та повторну травматизацію.

2.2. Методологія та організація емпіричного дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у осіб постраждалих в збройному конфлікті

В даній роботі використано експериментальний дизайн дослідження, що обумовлюється необхідністю оцінки ефективності розробленої програми психологічного тренінгу. Тому дослідження було здійснено у три етапи: констатувальний (встановлення показників до корекції), формувальний (розробка та впровадження програми тренінгу) та контрольний (встановлення показників після впровадження програми тренінгу).

Метою дослідження є встановлення психологічних особливостей та чинників, що пов'язані з розвитком посттравматичних стресових проявів у осіб, постраждалих у збройному конфлікті, а також перевірка ефективності програми психологічної корекції, спрямованої на профілактику ПТСР.

Завдання дослідження:

- 1) Встановити рівень симптомів ПТСР та супутніх психологічних показників у респондентів, постраждалих у збройному конфлікті.
- 2) Розробити та реалізувати психологічну корекційну програму, спрямовану на профілактику посттравматичних стресових розладів.
- 3) Оцінити ефективність програми за допомогою статистичних методів шляхом порівняння показників до та після втручання у експериментальній і контрольній групах.

Організація дослідження передбачала реалізацію в декілька основних етапів. Першим етапом був констатувальний, під час якого здійснювалося встановлення вихідних показників психологічного функціонування осіб, постраждалих у збройному конфлікті, а саме: проводилося первинне анкетування, спрямоване на дослідження соціально-демографічних характеристик вибірки (вік, стать, досвід перебування в умовах бойових дій), а також застосовувався обраний комплекс психодіагностичних методик. Після збору первинних даних проводилася перевірка нормальності розподілу показників за допомогою тесту Шапіро-Уїлка, що обумовило вибір подальших методів статистичної обробки даних.

На другому етапі безпосередньо впроваджувалася розроблена психокорекційна програма у груповому форматі, орієнтована на профілактику посттравматичних стресових розладів, та включала комплекс психологічних технік, спрямованих на підвищення стресостійкості, розвиток навичок емоційної саморегуляції, психоедукацію щодо природи травматичного стресу та практики адаптивних стратегій подолання наслідків пережитих подій.

На третьому, контрольному етапі, відбувалося повторне вимірювання усіх психометричних показників з метою оцінки ефективності програми. Повторна діагностика включала ті ж методики, що й констатувальний етап, що забезпечувало можливість прямого порівняння результатів «до» та «після» впливу. На даному етапі проводився аналіз змін у межах кожного учасника експериментальної групи, а також порівняння з відповідними показниками контрольної групи за допомогою застосування статистичних методів, що надало можливість підтвердити ефективність розробленої програми та визначити, які саме психологічні показники виявили найбільш суттєву позитивну динаміку після впровадження інтервенції.

Дослідження здійснювалося за дотриманням принципів етики проведення психологічних досліджень з особливо вразливими особами, перед початком дослідження кожен учасник отримував пояснення щодо мети, структури та умов дослідження, після чого мав можливість ознайомитися з формою інформованої згоди та заповнити анкету (див. Додаток А). У процесі діагностичного обстеження забезпечувалося екологічне подання психодіагностичних методик, що передбачало структурування послідовності запитань, використання інструкцій та можливість пропускати окремі питання з огляду на емоційний стан учасника.

Особлива увага приділялася створенню безпечного психологічного простору, що зменшував ризик ретравматизації та сприяв формуванню довірливої атмосфери: учасники мали право припинити участь на будь-якому етапі без пояснення причин, а також отримували інформацію щодо можливостей звернення по психологічну підтримку у разі виникнення емоційного дискомфорту внаслідок участі у дослідженні.

Методичний інструментарій дослідження склали наступні методики:

1) Шкала впливу подій IES-R (застосовувався варіант адаптації українського інституту когнітивно-поведінкової терапії). Основною метою застосування шкали є виявлення суб'єктивної реакції на пережиту травматичну подію, її застосування в даному дослідженні дозволило оцінити інтенсивність травматичного стресу, пов'язаного з досвідом збройного конфлікту.

Структурно шкала вимірює три кластери симптомів, що відповідають уявленням про структуру ПТСР: інтрузії (повторювані спогади, нав'язливі образи та емоційні реакції), уникнення (свідоме або несвідоме уникнення нагадувань про травматичну подію) та гіперзбудження (підвищена пильність, труднощі зі сном, емоційна напруженість). Методика складається з 22 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою, що визначає частоту або інтенсивність певного симптоматичного прояву за останній тиждень. Загальний бал, який може варіювати в межах від 0 до 88, відображає загальну вираженість впливу травматичної події на психологічний стан індивіда.

Повний перелік запитань подано в Додатку Б.

2) Опитувальник PCL-5 (варіант адаптації українського інституту когнітивно-поведінкової терапії) застосовувалася як основний інструмент для кількісного вимірювання вираженості симптомів ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5.

PCL-5 є широко використовуваним засобом скринінгу та моніторингу оцінки вираженості симптомів ПТСР, який демонструє високу кореляцію з результатами структурованого клінічного інтерв'ю CAPS-5, водночас будучи значно менш навантажувальним і більш практичним у польових умовах, зокрема при роботі з військовими, що було одним з визначальних чинників вибору інструментарію враховуючи специфіку вибірки даного дослідження.

Опитувальник складається з 20 тверджень, що охоплюють чотири основні кластери ПТСР: нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни у когнітивних та емоційних процесах, а також симптоми гіперзбудження. Респондент оцінює частоту прояву кожного симптому протягом останнього місяця за шкалою від 0 («зовсім не турбувало») до 4 («дуже сильно турбувало»), сумарний бал може

коливатися від 0 до 80 і використовується для визначення загальної вираженості симптомів.

Повний перелік запитань подано в Додатку В.

3) Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є однією із широко застосовуваних методик для оцінки супутніх симптомів при ПТСР, що затверджено зокрема клінічним протоколом МОЗ (від 19 липня 2024 року №1265) [12]. Шкала HADS була використана для оцінки емоційного стану учасників дослідження, зокрема рівня тривоги та депресивних проявів, які зачасти є коморбідними з ПТСР і значною мірою впливають на прогноз психічного функціонування та ефективність корекційних втручань.

Шкала складається з двох субшкал – тривоги та депресії, по 7 пунктів у кожній, що дозволяє окремо визначити тяжкість кожного з цих станів. Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою від 0-4; таким чином, діапазон можливих значень кожної субшкали становить 0-21. Застосування саме HADS у контексті дослідження є важливим і тому, що шкала конструктивно розроблена для оцінки емоційних станів без включення соматичних симптомів, які можуть перекриватися з соматичними проявами стресу або фізичними наслідками перебування в зоні бойових дій.

Повний перелік запитань подано в Додатку Г.

4) Шкала робочої та соціальної адаптації (в адаптації українського інституту когнітивно-поведінкової терапії) була використана для оцінки того, наскільки психологічні труднощі, пов'язані з пережитим травматичним досвідом, впливають на повсякденне функціонування особи. Вибір даного інструменту обумовлений тим, що ефективність профілактичної програми повинна проявлятися не лише у зниженні симптоматики, але й у покращенні здатності індивіда виконувати свої соціальні, професійні та побутові ролі у повсякденному житті.

Дана шкала складається з п'яти тверджень, що оцінюють ступінь впливу психологічних проблем на основні сфери життя: роботу, домашню активність, соціальну взаємодію, особисте життя та загальне функціонування. Кожний пункт оцінюється за шкалою від 0 («не впливає») до 4 («дуже сильно впливає»), що забезпечує діапазон сумарного балу.

Повний перелік запитань подано в Додатку Д.

5) Шкала посттравматичного зростання Р. Тедескі та Л. Колхун (в українській адаптації Д. С. Зубовського). Дана шкала використовувалася у дослідженні для оцінки позитивних психологічних змін, що можуть виникати внаслідок успішного подолання травматичного досвіду; застосування цього інструмента є важливим доповненням до оцінки симптоматики ПТСР, оскільки дозволяє врахувати не лише негативні наслідки травматичного досвіду, але й потенційні ресурси та можливості адаптаційного зростання, що є одним із важливих показників у контексті профілактичної та реабілітаційної роботи. Опитувальник містить 21 пункт, відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою від 0 («жодних змін») до 5 («сильні зміни»).

Повний перелік запитань подано в Додатку Ж.

Гіпотеза дослідження: очікується, що проходження тренінгової програми сприятиме статистично значущому зниженню вираженості симптомів посттравматичного стресу, а також покращенню емоційного стану, рівня повсякденного функціонування та показників посттравматичного зростання.

Для збору та первинної обробки даних застосовувалося програмне забезпечення Microsoft Excel, математико-статистичний аналіз здійснювався за застосуваннями програми Jamovi. В процесі обробки та аналізу даних були застосовані наступні методи.

1) частотний аналіз, для опису соціально-демографічних характеристик респондентів даного дослідження.

2) описова статистика, для вичислення середніх значень, медіани, стандартного відхилення та стандартної помилки.

3) критерій Шапіро-Уїлка, для здійснення перевірки нормальності розподілу даних.

4) кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для виявлення взаємозв'язків між основними змінними дослідження.

5) t-критерій Стюдента для залежних вибірок (для оцінки змін «до та після» впровадження програми) та критерій Стюдента для незалежних вибірок (з метою порівняння показників контрольної та експериментальної вибірки).

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Характеристика вибірки дослідження. У дослідженні взяли участь 50 осіб, які на момент проведення емпіричної частини перебували у процесі психологічної або медико-психологічної реабілітації після безпосередньої участі у подіях збройного конфлікту. Після завершення констатувального етапу вибірку було розподілено на дві схожі за основними соціально-демографічними та психологічними показниками групи: експериментальну ($n = 25$), яка брала участь у психокорекційній програмі, та контрольну ($n = 25$), яка не отримувала цілеспрямованого психологічного впливу, що дозволило здійснити порівняльний аналіз динаміки змін.

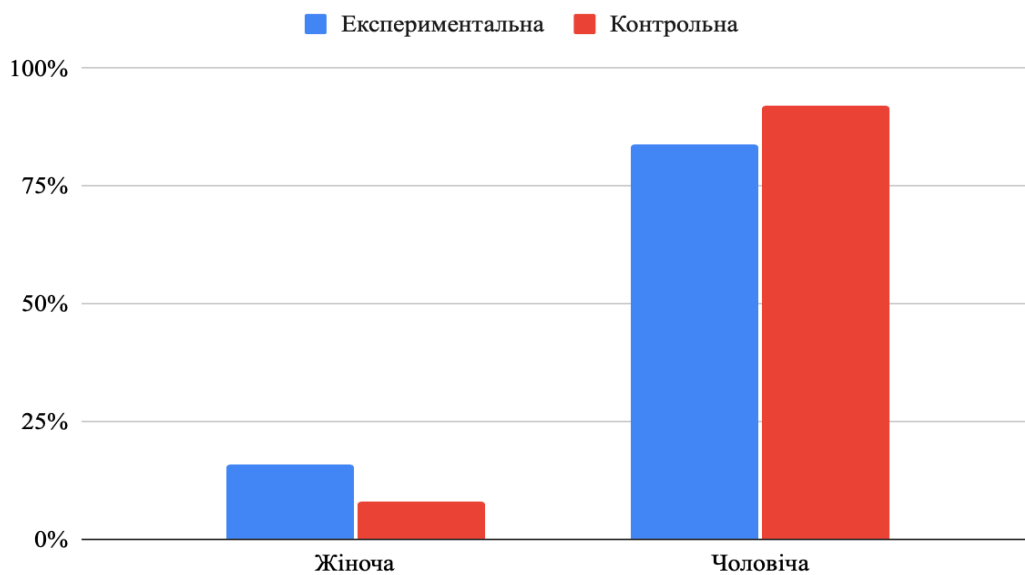
Формування вибірки здійснювалося з урахуванням низки критеріїв включення, які передбачали: наявність досвіду участі у збройному конфлікті або безпосереднього впливу бойових дій; перебування у стані відносної психологічної стабільності, що дозволяє брати участь у груповому дослідженні; здатність до усвідомленого прийняття інформованої згоди. Також було визначено критерії виключення, що передбачали відмову від участі або відсутність можливості підписати інформовану згоду; наявність гострих психічних розладів; виражену когнітивну дезорієнтацію чи інші стани, що унеможливають заповнення методик; перебування у стані гострої травматичної реакції або суїцидального ризику, що становило б загрозу для безпеки учасника. Також не включалися особи, які перебували у процесі інтенсивної медикаментозної терапії, здатної суттєво вплинути на досліджувані психологічні показники.

Для початку представимо характеристику вибірки дослідження за показником статі (див. табл. 2.1, рис. 2.1).

Таблиця 2.1

Частотний розподіл вибірки респондентів за статтю

Стать	Вибірка	Кількість	% вибірки
Чоловіча	Експериментальна	21	42.0%
	Контрольна	23	46.0%
Жіноча	Експериментальна	4	8.0%
	Контрольна	2	4.0%

**Рис. 2.1. Частотний розподіл вибірки респондентів за статтю**

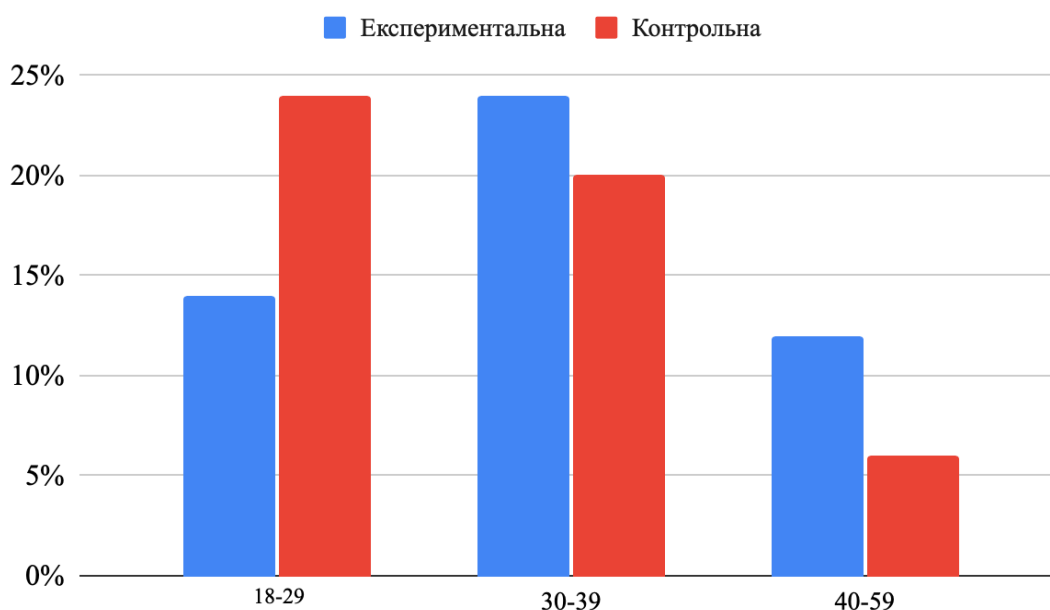
Загальна вибірка дослідження, що включала 50 осіб, виявилася переважно чоловічою, що загалом відповідає гендерним тенденціям вибірки осіб, які брали участь у збройному конфлікті. У експериментальній групі чоловіки становили 21 особу (42% загальної вибірки), тоді як жінки становили 4 (8%). Аналогічна тенденція простежується у контрольній групі, де чоловіки представлені у кількості 23 осіб (46%), а жінки – лише 2 особи (4%). Таким чином, обидві групи є відносно порівнянними за статевою ознакою, а структура вибірки загалом характеризується значним переважанням респондентів чоловічої статі.

Представимо характеристику вибірки дослідження за показником віку (див. табл. 2.2, рис. 2.2).

Таблиця 2.2

Частотний розподіл вибірки респондентів за віком

Вік	Вибірка	Кількість	% вибірки
18-29	Експериментальна	7	14.0%
	Контрольна	12	24.0%
30-39	Експериментальна	12	24.0%
	Контрольна	10	20.0%
40-59	Експериментальна	6	12.0%
	Контрольна	3	6.0%

**Рис. 2.2. Частотний розподіл вибірки респондентів за віком**

Аналіз вікової структури вибірки показує, що учасники дослідження належать до трьох основних вікових категорій: група віком від 18 до 29 років – представлена 7 респондентами експериментальної групи (14% загальної вибірки) та 12 респондентами контрольної групи (24%). Найчисельнішою виявилася вікова категорія 30–39 років: до неї входили 12 учасників експериментальної групи (24%) та 10 учасників контрольної групи (20%). Особи віком 40–59 років становили

меншу частку вибірки, будучи представленими 6 учасниками експериментальної групи (12%) та 3 учасниками контрольної групи (6%). Загалом віковий розподіл експериментальної та контрольної груп також є подібним за структурою.

Представимо характеристику вибірки дослідження за показником рівень освіти (див. табл. 2.3, рис. 2.3).

Таблиця 2.3

Частотний розподіл вибірки респондентів за рівнем освіти

Рівень освіти	Вибірка	Кількість	% вибірки
Вища освіта	Експериментальна	20	40.0%
	Контрольна	21	42.0%
Середня освіта	Експериментальна	3	6.0%
	Контрольна	2	4.0%
Професійно-технічна	Експериментальна	2	4.0%
	Контрольна	0	0.0%

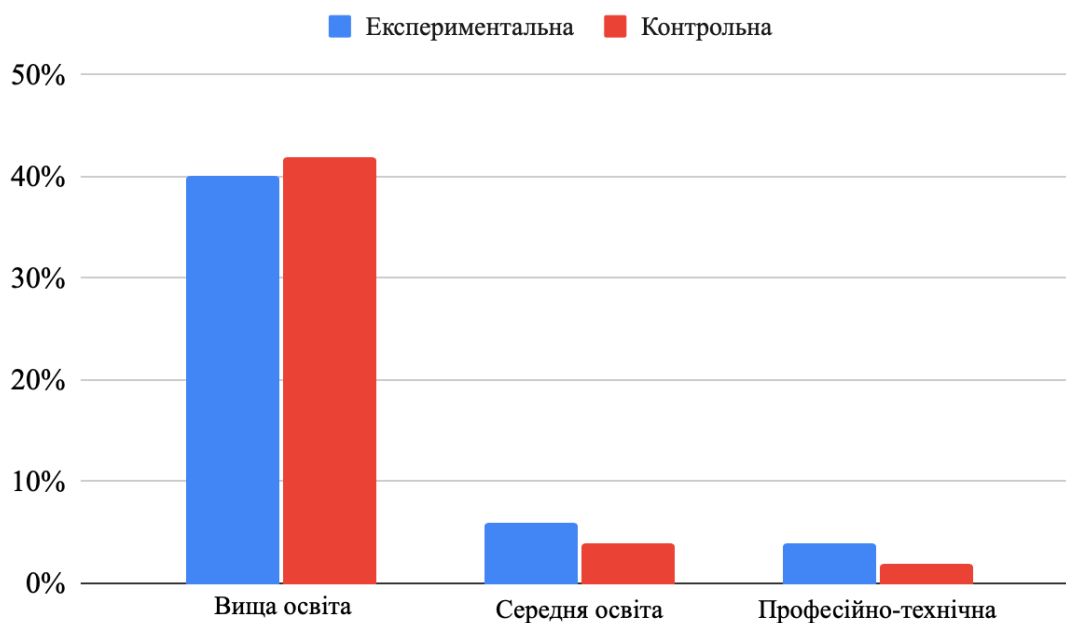


Рис. 2.3. Частотний розподіл вибірки респондентів за рівнем освіти

Розподіл учасників за рівнем освіти демонструє, що більшість респондентів як експериментальної, так і контрольної груп мають вищу освіту; зокрема, у експериментальній групі 20 осіб (40% загальної вибірки) вказали про наявність вищої освіти, тоді як у контрольній групі цей показник становить 21 особу (42%). Середню освіту мали 3 учасники експериментальної групи (6%) та 2 учасники контрольної групи (4%). Осіб із професійно-технічною освітою було значно менше: у експериментальній групі – 2 респонденти (4%), тоді як у контрольній групі представників цієї категорії не було.

Представимо характеристику вибірки дослідження за показником участі у бойових діях (див. табл. 2.4, рис. 2.4).

Таблиця 2.4

Частотний розподіл вибірки респондентів за показником тривалості участі у бойових діях

Термін	Вибірка	Кількість	% вибірки
До 1 року	Експериментальна	4	16.0%
	Контрольна	3	12.0%
2-3 роки	Експериментальна	15	60.0%
	Контрольна	18	72.0%
Більше 3 років	Експериментальна	6	24.0%
	Контрольна	4	16.0%

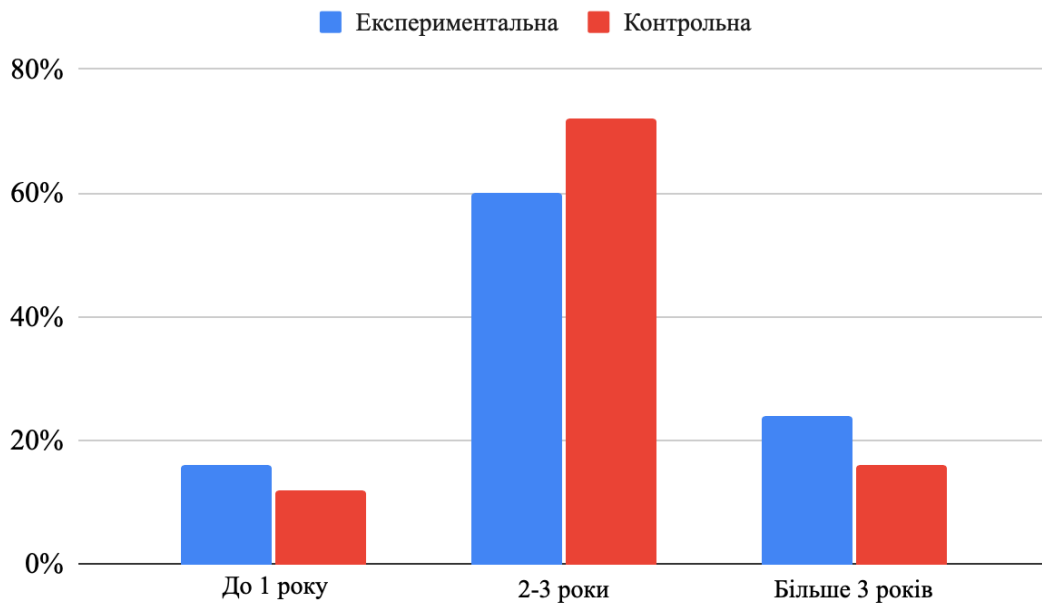


Рис. 2.4. Частотний розподіл вибірки респондентів за показником тривалості участі у бойових діях

Аналіз тривалості участі респондентів у бойових діях показує, що вибірка представлена учасниками з різним досвідом перебування у зоні збройного конфлікту, що забезпечує достатню варіативність досліджуваного показника. Найменшу частку становили учасники, чия участь у бойових діях тривала менш ніж один рік: у експериментальній групі їх було 4 особи (16%), тоді як у контрольній групі – 3 особи (12%). Найбільш чисельною групою були респонденти зі стажем бойової участі від двох до трьох років, що включала 15 учасників експериментальної групи (60%) та 18 учасників контрольної групи (72%). Особи, які брали участь у бойових діях понад три роки, становили 6 респондентів експериментальної групи (24%) та 4 респондентів контрольної (16%).

Отже, здійснений аналіз засвідчив достатнє порівняння експериментальної та контрольної груп за ключовими параметрами, що забезпечує коректність подальшого зіставлення показників та мінімізує вплив зовнішніх чинників на результати дослідження. Далі ми перейшли до аналізу показників, отриманих на констатувальному етапі дослідження, з метою формування вихідного психодіагностичного профілю вибірок дослідження.

В процесі проведення констатувального етапу респондентам пропонувалося заповнити опитувальники в наступному порядку: шкала оцінки функціональності, госпітальна шкала тривоги та депресії, опитувальник посттравматичних симптомів, шкала впливу подій та шкала посттравматичного зростання.

Зведену таблицю описового аналізу за всіма методиками дослідження на даному етапі представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Зведена таблиця показників дослідження (констатувальний етап)

	Вибірка	Кількість	Значення	Медіана	Стандартне відхилення	Стандартна помилка
Функціонування	Експериментальна	25	13.96	14.00	3.78	0.756
	Контрольна	25	14.00	14.00	3.66	0.733
Тривога	Експериментальна	25	7.92	7.00	2.29	0.458
	Контрольна	25	8.48	8.00	2.40	0.480
Депресія	Експериментальна	25	6.84	7.00	2.29	0.458
	Контрольна	25	7.48	7.00	2.40	0.480
ПТСР симптоми	Експериментальна	25	44.12	44.00	6.20	1.240
	Контрольна	25	45.63	45.00	6.48	1.240
Шкала впливу подій	Експериментальна	25	49.96	50.00	7.68	1.537
	Контрольна	25	50.44	50.00	7.26	1.453
Посттравматичне зростання	Експериментальна	25	45.84	48.00	7.90	1.580
	Контрольна	25	45.56	49.00	6.27	1.253

Аналіз отриманих на констатувальному етапі показників за шкалою робочої та соціальної адаптації (W&SAS) встановив ступінь порушення повсякденного функціонування респондентів під впливом наслідків пережитого бойового досвіду. Учасники експериментальної групи продемонстрували середній рівень дезадаптації ($M = 13.96$, $SD = 3.78$), практично аналогічний показнику контрольної групи ($M = 14.00$, $SD = 3.66$), що свідчить про високий рівень початкової еквівалентності груп.

За своєю теоретичною основою шкала робочої та соціальної адаптації відображає зміни, які виникають унаслідок психологічних труднощів і впливають на основні сфери життєдіяльності людини: професійну активність, соціальні взаємини, побутову ефективність та загальну здатність адаптуватися до повсякденних вимог. Для ветеранів і осіб, які пережили збройний конфлікт, саме ці показники є найбільш вразливими до впливу посттравматичної симптоматики. В раніше проведених дослідженнях встановлено, що пережиті бойові стресори можуть призводити до зниження витривалості, погіршення емоційної регуляції, труднощів у підтриманні соціальних контактів та зменшення продуктивності у цивільному середовищі, що відповідає концепції функціональної дезадаптації в контексті посттравматичного стресового розладу.

Таким чином, результати даної шкали на констатувальному етапі свідчать про помірні рівні дезадаптації, виявлені у вибірці, свідчать про наявність вираженого функціонального порушення: ймовірно, учасники зберігають здатність до виконання ключових життєвих обов'язків, проте для них характерно зниження ефективності та потреба докладати надмірні зусилля для підтримання звичайного темпу діяльності.

Аналіз отриманих показників тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) демонструє загалом помірний рівень тривожності серед учасників обох груп. Середнє значення тривоги в експериментальній групі становило $M = 7.92$ ($SD = 2.29$), тоді як у контрольній групі – $M = 8.48$ ($SD = 2.40$). У межах інтерпретаційної моделі шкали такі показники відповідають субклінічному рівню тривожності, який є типово підвищеним серед військовослужбовців і ветеранів, що пережили бойові події. З позиції когнітивно-емоційних моделей (А. Бек, Д. Кларк)

подібний рівень тривоги може відображати підвищену чутливість (гіперпильність) до можливих загроз, що загалом характерно для постстресових станів. Для осіб, які зазнали впливу бойового стресу, тривога нерідко стає частиною адаптивного паттерну поведінки, що забезпечував виживання у зоні бойових дій, проте в умовах цивільного середовища перетворюється на чинник емоційного перенапруження.

Щодо показників депресії, встановлено загалом помірний рівень симптоматики у вибірці: середнє значення депресії в експериментальній групі становило $M = 6.84$ ($SD = 2.21$), тоді як у контрольній групі – $M = 7.48$ ($SD = 2.45$). Обидва показники перебувають у межах субклінічного діапазону, що згідно з інтерпретаційними критеріями шкали (0-7 – норма, межовий стан; 8-10 – легкі прояви; 11+ – клінічно значуща симптоматика). У контексті психологічних моделей депресії такі значення можуть бути індикатором помірного емоційного виснаження, зниження задоволеності життям і певних труднощів з мотивацією, що досить характерно для осіб, які пережили бойовий травматичний досвід. Теорія когнітивної вразливості до депресії (А. Бек) пояснює подібні показники наявністю негативних автоматичних думок та занижених очікувань щодо власних можливостей у нових життєвих умовах; одночасно теорії стресу та відновлення підкреслюють, що перехід з бойового на цивільне середовище часто супроводжується втратою структурованості, зниженням соціальної підтримки та відчуттям невизначеності, що може сприяти появі депресивних переживань навіть у відносно ресурсних індивідів.

Оцінювання рівня посттравматичної симптоматики за шкалою оцінки посттравматичних симптомів PCL-5 показало, що респонденти обох груп характеризуються вираженим рівнем симптомів ПТСР, що є цілком очікуваним для даної вибірки осіб. Середнє значення в експериментальній групі становило $M = 44.12$ ($SD = 6.20$), тоді як у контрольній групі $M = 45.36$ ($SD = 6.48$). Медіанні значення ($Me = 44$ і $Me = 45$ відповідно) підтверджують відносну симетричність розподілу та вказують на відсутність суттєвих вихідних міжгрупових відмінностей.

Отримані показники загалом свідчать про середньо-високий рівень посттравматичної симптоматики, що включає такі прояви, як нав'язливі спогади, уникнення травматичних стимулів («тригерів»), негативні когнітивно-емоційні

зміни та симптоми гіперзбудження. У теоретичному контексті це відповідає класичним концептуальним моделям ПТСР, згідно з якими тривалий або повторюваний контакт із травматичними стресорами, характерний для учасників бойових дій, призводить до стійкого порушення процесів травматичної переробки, закріплення схем загрози та зниження можливостей емоційної регуляції. Показники, наближені до 40-50 балів, широко розглядаються як індикатори клінічно значущих проявів ПТСР, а дана вибірка демонструє саме такий рівень порушень, що підтверджує релевантність спрямованості дослідження.

Показники за шкалою впливу подій IES-R, яка оцінює інтенсивність пережитого стресового впливу та його віддалені психологічні наслідки, демонструють практично ідентичний рівень травматичного дистресу в обох групах. Середнє значення в експериментальній групі становило $M = 49.96$ ($SD = 7.68$), у контрольній групі $M = 50.44$ ($SD = 7.26$), при однаковому показнику $Me = 50$.

Згідно з інтерпретаційними рамками IES-R, значення близькі до 50 відповідають помірному або підвищеному рівню травматичного дистресу, що є типовим для осіб, які перебували під впливом бойових подій. Структурно шкала відображає три основні кластери травматичного стресу – інтрузії, уникнення та гіперзбудження, які у сучасних моделях ПТСР розглядаються як ключові механізми дезапативного процесу опрацювання травми.

Підвищені показники IES-R вказують на збереження нав'язливих спогадів, емоційної реактивності та фізіологічного напруження, високий рівень когнітивно-емоційного навантаження у респондентів узгоджується з даними досліджень, згідно з якими бойовий досвід часто призводить до накопичувального ефекту травматизації, що проявляється у формуванні стійких схем небезпеки, передбачення загрози та зниженої здатності до емоційного самовідновлення.

Також, з метою відстеження динаміки змін після впровадження програми тренінгу, була застосована шкала посттравматичного зростання, що дозволяє визначити рівень позитивних психологічних трансформацій, що виникають унаслідок подолання екстремального досвіду та перероблення наслідків травматичних подій. На констатувальному етапі учасники експериментальної та

контрольної груп продемонстрували загалом схожі рівні посттравматичного зростання: в експериментальній групі середнє значення становило $M = 45.84$ ($SD = 7.90$), тоді як у контрольній групі $M = 45.56$ ($SD = 6.27$). За теоретичною моделлю авторів концепції Р. Тедескі та Л. Калхун, посттравматичне зростання є складним процесом, що охоплює п'ять ключових доменів: покращення міжособистісних взаємин, усвідомлення нових можливостей, підвищення особистісної сили, зміни у духовності та переосмислення життєвих пріоритетів. Помірні показники за шкалою, отримані в обох групах, вказують на те, що частина учасників уже на початковому етапі переживає елементи конструктивної адаптації, включно з формуванням нових смислів, підвищенням психологічної стійкості та здатністю інтегрувати травматичний досвід у власний життєвий наратив.

Отже, після аналізу даних констатувальний етап дослідження було завершено та перейдено до розробки та впровадження психологічної програми тренінгу, що спирається на отримані дані констатувального етапу та має за мету профілактику та корекцію посттравматичних станів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі було представлено методологічні засади та результати констатувального етапу дослідження, спрямованого на оцінку психологічного стану осіб, постраждалих унаслідок збройного конфлікту, а також на визначення вихідних умов для реалізації програми профілактики посттравматичних стресових розладів.

Результати констатувального етапу засвідчили наявність у вибірці виражених проявів посттравматичного стресу, типових для осіб що пережили травматичний досвід бойових дій. Показники за ключовими шкалами, що оцінюють інтенсивність посттравматичних симптомів (PCL-5, IES-R), свідчили про середньо-високий рівень дистресу, що узгоджується з моделями реакції на бойову травму. Показники тривожності та депресивних переживань (HADS) також перебували в межах межових або помірних значень, що вказує на виражене емоційне навантаження, проте водночас на збереження базових ресурсів здатності до саморегуляції. Аналіз функціонального стану (W&SAS) показав наявність помірної дезадаптації, що проявляється у зниженні ефективності робочої, соціальної та побутової активності. Водночас значення посттравматичного зростання (PTGI) продемонстрували наявність потенціалу до конструктивного переосмислення пережитого досвіду й наявного ресурсного базису, який може відігравати важливу роль у процесі психокорекційного впливу.

Загальна картина констатувального етапу засвідчила, що учасники дослідження одночасно характеризуються як симптоматичною вразливістю, так і адаптивним потенціалом, саме на основі встановленої психологічної структури вихідного стану учасників стає можливим інтерпретувати ефекти цілеспрямованого впливу, що становить основу наступного етапу дослідження – формувального.

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ

3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу щодо профілактики посттравматичних стресових розладів у осіб постраждалих в збройному конфлікті

Міжнародні протоколи терапії ПТСР, зокрема рекомендації ВООЗ (WHO, 2013), Національного інституту передового досвіду охорони здоров'я та догляду NICE (2018), а також Міжнародного товариства дослідження травматичного стресу ISTSS (2019), підкреслюють пріоритетність використання травма-орієнтованих психотерапевтичних підходів. Згідно з оновленими керівництвами ВООЗ, терапії першої лінії мають базуватися на структурованих психотерапевтичних методах, які безпосередньо спрямовані на переробку травматичного досвіду, стабілізацію фізіологічних реакцій та формування адаптивних моделей мислення; фармакотерапія рекомендується лише як допоміжний або тимчасовий засіб, у разі якщо психотерапевтичні втручання недоступні чи недостатньо ефективні [10].

Одним із найбільш доказових підходів при роботі з травмою є травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), вона входить до групи інтервенцій першої лінії згідно з протоколами NICE (2018), ISTSS (2019) та іншими стандартами. Рекомендації NICE пропонують військовослужбовцям та ветеранам проходити структурований курс ТФ-КПТ тривалістю від 8 до 12 сеансів, що забезпечує оптимальний терапевтичний ефект. ТФ-КПТ базується на поєднанні експозиційних технік, когнітивної реструктуризації, модифікації травматичних спогадів, технік стабілізації та навичок регуляції емоційного стану, де основним механізмом змін є переосмислення травматичних подій, зменшення уникнення та формування більш адаптивних переконань щодо себе, світу та майбутнього.

Поряд із застосуванням ТФ-КПТ, NICE та ISTSS також рекомендують ряд інших обґрунтованих підходів, зокрема EMDR що теж входить до переліку терапій першої лінії [10]. Її ефективність полягає у стимуляції механізмів природної

переробки інформації та зниженні інтенсивності травматичних спогадів за рахунок інтеграції сенсорних, емоційних і когнітивних компонентів. Також зазначається про ефективність застосування наративної терапії (NET), даний метод особливо ефективний у роботі з особами, які мали повторні або тривалі переживання травматичних подій, тому NET спрямована перш за все на структуроване відтворення та інтеграцію травматичних спогадів у життєвий наратив, що у результаті знижує їх емоційну інтенсивність.

Щодо терапії другої лінії, сюди можливо віднести терапію прийняття та відповідальності (ACT), зокрема рекомендації ISTSS визначають його як доказову інтервенцію другої лінії, що передусім спрямована на підвищення психологічної гнучкості та формування ціннісно орієнтованої поведінки. Також зазначається про методи емоційної та міжособистісної регуляції (STAIR), які широко застосовуються як профілактичні інтервенції та для підтримки функціонування індивіда в повсякденному житті. Зокрема застосовуються окремі техніки з діалектико-поведінкової терапії (ДБТ), що допомагають покращити саморегуляцію (поведінкову, емоційну) та покращити міжособистісне функціонування – ключові сфери, що порушуються при ПТСР.

Загалом, розглянуті міжнародні керівництва наголошують на тому, що найефективнішими є ті програми, які поєднують елементи стабілізації, когнітивної переробки та експозиційної роботи, а також спрямовані на розвиток адаптивних копінг-стратегій та зниження уникнення. Тому, саме такий підхід було покладено в основу розробленої програми профілактики ПТСР у осіб, постраждалих унаслідок збройного конфлікту.

Базовою теоретичною складовою програми є положення травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, яка вважається терапією першої лінії у лікуванні ПТСР. ТФ-КПТ виходить із припущення, що посттравматичні симптоми підтримуються некоректно обробленими спогадами, порушенням часової та сенсової інтеграції травматичних подій і формуванням дисфункціональних переконань про власну безпеку, контроль та майбутнє. У межах даної програми ТФ-КПТ є базою для роботи з травматичними переживаннями, допомагаючи учасникам відновити цілісність травматичних спогадів, зменшити інтенсивність

інтрузій і уникнення, а також переосмислити центральні переконання, пов'язані з досвідом бойових дій. Відповідно до моделі Елерс і Кларк, саме модифікація змісту травматичних уявлень відкриває можливість для зниження симптоматичної напруги, відновлення відчуття безпеки та формування внутрішнього відчуття контролю. Додатково в програму інтегровано наративну логіку роботи з травмою, у межах якої акцент робиться на послідовному відтворенні подій та їх включенні у зв'язний життєвий контекст, що є важливим для ветеранів нашої вибірки, які мають фрагментований та дисоційований характер травматичних спогадів.

Другою концептуальною теоретичною опорою програми є діалектико-поведінкова терапія (ДБТ), яка в межах програми була обрана для забезпечення практичної основи розвитку навичок емоційної регуляції та стресостійкості. Враховуючи специфіку вибірки дослідження, для них характерними є порушення здатності контролювати інтенсивні емоційні реакції (тобто емоційна дисрегуляція), схильність до гіперзбудження та поведінкове уникнення. ДБТ, базуючись на діалектичному поєднанні прийняття та змін, дозволяє працювати з емоційною дисрегуляцією як з основним механізмом посттравматичних реакцій. У контексті даної програми принципи ДБТ застосовуються не для терапії хронічних порушень, а для розвитку навичок, що забезпечують щоденну психологічну стабільність, підвищують толерантність до стресу й зменшують ризик повторного «включення» травма-пов'язаних реакцій. Саме тому вони створюють необхідний «стабілізаційний фундамент», без якого глибинна робота з травмою стає ризикованою (підвищення ризику ретравматизації) або менш ефективною.

Третім теоретичним компонентом програми є терапія прийняття і відповідальності (АСТ), яка доповнює попередні підходи, забезпечуючи основу для довгострокової психологічної адаптації. АСТ виходить із моделі психологічної гнучкості, згідно з якою страждання посилюється через боротьбу з власними внутрішніми переживаннями та розрив між поведінкою людини й її цінностями. У межах тренінгу АСТ-компонент не є окремою терапевтичною інтервенцією, а використовується для поглиблення ціннісного аналізу, роботи з екзистенційним сенсом та формування стійкої мотивації на зміни; даний метод був обраний оскільки для ветеранів, для яких типовим є переживання втрати ідентичності,

зміщення життєвих орієнтирів і труднощі з поверненням до цивільного життя, підхід АСТ є важливим ресурсом для відновлення зв'язку з власними життєвими пріоритетами та створення нової, узгодженої з цінностями поведінки.

Резюмуючи, терапія фокусована на когнітивних процесах (ТФ-КПТ) забезпечує цілеспрямовану роботу з основними патогенними механізмами посттравматичного стресового розладу, сприяючи корекції спотворених уявлень і когнітивних схем, що підтримують симптоматику ПТСР. Діалектична поведінкова терапія (ДБТ) створює необхідну базу для стабілізації емоційного стану, розвитку ефективних емоційних регуляторних навичок та функціональних копінг-стратегій, що дозволяє пацієнту більш адаптивно реагувати на стресові ситуації. У свою чергу, терапія прийняття та відповідальності (АСТ) орієнтована на довгострокову реконструкцію ціннісної сфери, сприяючи усвідомленню життєвих пріоритетів та відновленню суб'єктності, що є критично важливим для формування стійкої життєвої позиції після травматичного досвіду.

Таким чином, інтеграція цих терапевтичних підходів забезпечує програмі комплексний характер: вона поєднує симптомоорієнтовану роботу з розвитком психологічної стійкості та особистісного зростання, включно з посттравматичним зростанням. Це підвищує її релевантність не лише для терапії ПТСР, а й для профілактики його розвитку та підтримки процесів адаптації у посттравматичний період.

Метою розробленої програми тренінгу є підвищення рівня психологічної стійкості та зменшення проявів посттравматичних стресових реакцій у осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано такі завдання програми:

- 1) сприяти усвідомленню та осмисленню травматичного досвіду та зменшенню впливу дезадаптивних переконань, пов'язаних із пережитими подіями;
- 2) розвивати навички емоційної саморегуляції та толерантності до стресу, забезпечуючи зниження гіперзбудження, імпульсивності та уникнення;
- 3) формувати адаптивні когнітивні стратегії подолання, спрямовані на переосмислення травма-пов'язаних думок та відновлення відчуття контролю й особистої ефективності;

4) підтримувати розвиток соціальних та комунікативних навичок, необхідних для конструктивної взаємодії, прийняття підтримки та поступової реінтеграції у соціальне середовище;

5) розвивати посттравматичне зростання, актуалізацію внутрішніх ресурсів, відновлення ціннісної спрямованості та формування довгострокових життєвих орієнтирів.

Структура тренінгової програми була побудована таким чином, щоб забезпечити поступовий перехід від стабілізаційного етапу до опрацювання травматичного досвіду та подальшої інтеграції отриманих результатів у повсякденне життя. Загальна тривалість програми становила 8 тренінгових занять, що проводилися у груповому форматі чисельністю від 8 до 10 осіб. Тривалість кожної зустрічі коливалася 90 від 120 хвилин, що дозволяло поєднувати різні терапевтичні техніки, разом з тим без надмірного емоційного виснаження учасників. Заняття відбувалися 2 рази на тиждень упродовж 4 тижнів, забезпечуючи оптимальний баланс між інтенсивністю терапевтичної роботи та можливістю інтегрувати отримані навички у міжсесійний період.

Вибір групового формату був обґрунтований тим, що як показують дослідження, групові інтервенції є особливо ефективними у роботі з військовослужбовцями та ветеранами, оскільки вони відтворюють елементи військової культури, а також у межах групи учасники отримують можливість не лише опрацьовувати власні переживання, але й спостерігати за досвідом інших, що сприяє нормалізації симптомів та зниженню почуття ізоляції.

Робота була організована наступним чином (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Організація та структура програми соціально-психологічного тренінгу

Етап – тиждень	Мета етапу	Зміст роботи	Основні форми та методологічна опора
1 тиждень. Стабілізаційний	Забезпечення психологічної безпеки, формування базової стабілізації, зниження емоційної реактивності та створення групової згуртованості.	Ознайомлення з логікою тренінгу; формування відчуття безпечного простору; психоедукація щодо природи травматичного стресу; первинна робота з емоційною регуляцією та усвідомленням власних реакцій на стрес.	Групова дискусія, психоедукаційні блоки, базові стабілізаційні практики. Методологічна опора: ДБТ (емоційна регуляція, толерантність до стресу), елементи майндфулнес-підходу.
2 тиждень. Когнітивно-аналітичний	Поступове усвідомлення впливу травматичного досвіду на мислення та поведінку; робота з дисфункціональними переконаннями та механізмами уникнення.	Аналіз індивідуальних форм реагування; виявлення травмапов'язаних думок та переконань; осмислення впливу уникнення на підтримання симптомів; робота над формуванням адаптивних інтерпретацій.	Обговорення, індивідуальні рефлексивні завдання, групова когнітивна реконструкція. Методологічна опора: ТФ-КПТ (когнітивна реструктуризація, аналіз переконань).
3 тиждень. Опрацювання травматичного досвіду	Поступова інтеграція травматичних спогадів у когерентний життєвий наратив; зниження інтенсивності емоційної реакції на травматичні події; формування нових смислів.	Робота з травматичними подіями в безпечному груповому контексті; реконструкція зв'язності травматичного досвіду; відновлення почуття контролю, посилення суб'єктності; переосмислення значення травматичних подій.	Групове обговорення, наративні вправи, аналітична рефлексія. Методологічна опора: ТФ-КПТ (травма-фокусоване опрацювання) та наративний підхід.

Продовж. табл. 3.1

4 тиждень. Ресурсно-ціннісний та інтеграційний	Формування ціннісної орієнтації, підсилення психологічної гнучкості, розвиток посттравматичного зростання та перенесення здобутих навичок у повсякденне життя.	Осмислення особистісних цінностей та довгострокових цілей; інтеграція досвіду тренінгу; фокус на відновленні життєвої суб'єктності та плануванні подальших кроків адаптації; актуалізація ресурсів.	Ціннісні рефлексії, групові дискусії, планування змін. Методологічна опора: АСТ (цінності, психологічна гнучкість) та елементи позитивної психології (посттравматичне зростання).
---	--	---	---

Роздаткові матеріали учасникам що застосовувалися в процесі реалізації тренінгу – подано в Додатку 3.

Зміст занять тренінгу на 1 тиждні

Два перших заняття були спрямовані на створення психологічно безпечного групового середовища, нормалізацію емоційного напруження та формування базових навичок стабілізації, необхідних для подальшої роботи з травматичним досвідом. Метою було забезпечити відчуття захищеності, когнітивно зрозумілі рамки процесу та первинне зниження рівня гіперзбудження.

Одним із основних компонентів заняття виступила психоедукація щодо природи посттравматичних реакцій («Психоедукація щодо ПТСР», що є базовою складовою початкових етапів роботи ТФ-КПТ), у межах якої учасникам було представлено когнітивно-поведінкову модель взаємозв'язку між подією, автоматичними думками, емоційними реакціями та поведінковими наслідками. Окремо підкреслювалося, що форми реагування, з якими вони стикаються після повернення з бойових дій, є нормальними проявами функціонування нервової системи, а не ознаками психологічної слабкості. У процесі використовувалися пояснення які сприяють нормалізації та зменшенню стигматизації: «Ваш мозок навчався реагувати миттєво, бо це зберігало вам життя. Після повернення в мирне середовище він не одразу “переключається”, і це природно», а отже такий формат

подачі інформації підтримує відчуття валідності власного досвіду та знижує почуття ізоляції.

Паралельно здійснювалася робота з формуванням спільних групових правил («Формування рамки безпеки») – тобто конфіденційності, взаємоповаги, рівності учасників та можливості вільно регулювати ступінь власної відкритості, це допомогло відтворити знайомі учасникам елементи «командної структури». У цьому блоці застосовувалися фрази, що підсилюють відчуття безпеки та автономності: «У цій групі немає звань – усі рівні», «Ви маєте право робити паузу або не говорити про те, до чого ще не готові».

Завершальним компонентом першого заняття була нормалізація переживань («Нормалізація реакцій»), що сприяла зниженню сорому та відчуття ізолюваності. Тренер підкреслював універсальність певних реакцій серед ветеранів: «Те, що ви відчуваєте, відчувають тисячі людей, які повернулися з бойових дій; це не свідчить про слабкість – це свідчить про те, що ви вижили» - така позиція суттєво підсилювала внутрішню валідизацію переживань учасників.

Друге заняття першого тижня було зосереджене на формуванні практичних навичок стабілізації, що є ключовим компонентом підготовчого етапу і ґрунтується на методах діалектико-поведінкової терапії. З метою зниження фізіологічної реактивності застосовувалися елементи усвідомленої присутності (майндфулнес), які допомагають повернути увагу у теперішній момент, зменшити гіперзбудження та відновити відчуття тілесного контролю. Учасникам пояснювалося, що нервова система продовжує діяти у форматі «бойового режиму», а тому такі техніки спрямовані на поступову нормалізацію її роботи: «Ми повертаємо мозок у теперішній момент – сюди, де немає загрози».

Крім цього, учасникам було запропоновано низку інструментів емоційної регуляції та стресостійкості, з тренінгу навичок ДБТ. Зокрема, техніки «Протилежна дія», «СТОП» та «ТРУД» («зміна стану тіла») презентувалися як ресурси, що можуть бути використані у повсякденних ситуаціях для зниження напруження і відновлення контролю над поведінкою (див. Додаток Г). Акцент робився на їхній прикладній функції: техніки дозволяють швидко стабілізувати емоційну реакцію, не уникаючи ситуацій і не поглиблюючи тривогу.

Домашнім завданням було запропоновано практикувати вище описані техніки стабілізації та заповнювати «Щоденник спостережень за реакціями та тригерами» (адаптований інструмент КПТ), який передбачає фіксацію ситуації, власних емоційних і тілесних реакцій, інтенсивності напруги та чинників, що допомогли стабілізувати стан. Учасникам було пояснено, що метою цього завдання є не опрацювання травми, а розвиток усвідомленості: «Ми вивчаємо ваші реакції так само, як ви вчилися вивчати тактичну ситуацію – щоб мати змогу діяти більш ефективно».

Заняття № 1

Мета: створення безпечного простору та психоедукація

Загальна тривалість: 90 хвилин

1. Вступ та знайомство (15 хвилин)

Мета: Створити атмосферу відкритості, зменшити тривожність учасників, встановити перший контакт.

Вправа 1: Коло знайомства "Ім'я та одне слово"

Мета: створення відчуття рівності та приналежності

Хід вправи: Кожен учасник називає своє ім'я та одне слово, яке описує його очікування від групи

Ведучий підкреслює: "Тут немає правильних чи неправильних відповідей"

2. Формування групових правил (20 хвилин)

Мета: Встановити чіткі рамки безпеки, конфіденційності та взаємоповаги; відтворити знайому "командну структуру".

Вправа 2 : Спільне створення "Кодексу групи"

Хід вправи: Учасники разом формулюють правила (конфіденційність, повага, право на паузу, рівність)

Фіксація на фліпчарті: "У цій групі немає звань – усі рівні"

Обговорення права не говорити про те, до чого не готові

Підписання символічної угоди (за бажанням)

3. Психоедукація щодо ПТСР та посттравматичних реакцій (30 хвилин)

Мета: Нормалізувати симптоми, зменшити стигматизацію, надати когнітивно зрозумілу модель реагування.

Хід вправи:

Презентація з елементами обговорення:

- Когнітивно-поведінкова модель: Подія → Думки → Емоції →

Поведінка

- Пояснення фізіології стресової відповіді: "Ваш мозок навчався реагувати миттєво, бо це зберігало вам життя"

- Нормальні прояви після бойових дій: гіперпильність, флешбеки, уникнення

- Запитання та відповіді

4. Нормалізація переживань через групове обговорення (20 хвилин)

Мета: Зменшити почуття ізоляції та сорому, підсилити валідацію досвіду.

Вправа 4: "Спільний досвід»

Хід вправи:

Ведучий ставить загальні запитання: "Хто помічав за собою підвищену пильність у громадських місцях?"

Учасники піднімають руки або коротко діляться (без деталізації травми)

Підкреслення: "Те, що ви відчуваєте, відчувають тисячі людей, які повернулися з бойових дій"

Фокус на універсальності реакцій

5. Завершення та рефлексія (5 хвилин)

Мета: Підсумувати заняття, закріпити відчуття безпеки.

Коротке резюме від ведучого

Запитання до групи: "Що було важливим для вас сьогодні?"

Нагадування про конфіденційність.

Заняття № 2

Мета заняття: основи стабілізації та усвідомленої присутності

Загальна тривалість: 90 хвилин

1. Вступ та перевірка стану (10 хвилин)

Мета: Оцінити поточний емоційний стан групи, створити безпечний перехід до роботи.

Вправа 1: "Шкала напруги"

Учасники оцінюють свій рівень напруги від 1 до 10

Коротке обговорення: що вплинуло на цей рівень сьогодні

2. Психоедукація про нервову систему та "бойовий режим" (15 хвилин)

Мета: Пояснити фізіологічні механізми гіперзбудження, підготувати до практик стабілізації.

Міні-лекція:

1. Як працює автономна нервова система
2. Чому мозок продовжує діяти у "бойовому режимі" після повернення
3. Пояснення: "Ми повертаємо мозок у теперішній момент – сюди, де немає загрози"
4. Роль технік усвідомленості у зниженні гіперзбудження.

3. Вправа 3. Практика усвідомленої присутності: "Заземлення 5-4-3-2-1" (15 хвилин)

Мета: Навчити повертати увагу у теперішній момент, зменшити дисоціацію та гіперзбудження.

- 5 речей, які ви бачите
- 4 речі, які ви чуєте
- 3 речі, які відчуваєте дотиком
- 2 речі, які відчуваєте запахом
- 1 річ, яку відчуваєте на смак

Обговорення: Як змінилося відчуття присутності? Які труднощі виникли?

4. Техніка усвідомленого дихання (15 хвилин)

Мета: Навчити регулювати фізіологічну активацію через дихання, знизити рівень кортизолу.

Вправа 4: Дихання «4-7-8»

Хід вправи:

- Вдих через ніс на 4 рахунки
- Затримка дихання на 7 рахунків
- Видих через рот на 8 рахунків
- 5-7 циклів

Обговорення: Відчуття у тілі до і після практики

5. Техніка "СТОП" (20 хвилин)

Мета: Навчити перериванню автоматичних імпульсивних реакцій, відновити контроль над поведінкою.

Презентація техніки:

- Стоп – зупинися фізично
- Тихо – зроби паузу, не дій імпульсивно
- Оцінка – що відбувається зараз? (думки, емоції, тіло)
- Продовжуй – обери усвідомлену дію

Практика: Розбір ситуацій учасників (без деталізації травми)

6. Завершення та домашнє завдання (15 хвилин)

Мета: Закріпити навички, мотивувати до практики.

Домашнє завдання:

1. Практикувати техніку "5-4-3-2-1" щодня (мінімум 1 раз)
2. Практикувати дихання "4-7-8" перед сном
3. Спробувати техніку "СТОП" у моменті напруги

Роздача: Картки-нагадування з техніками

7. Завершення та рефлексія (5 хвилин)

Мета: Підсумувати заняття, закріпити відчуття безпеки.

Коротке резюме від ведучого

Запитання до групи: "Що було важливим для вас сьогодні?"

Нагадування про конфіденційність.

Заняття № 3

Мета заняття: емоційна регуляція та техніки ДБТ

Загальна тривалість: 90 хвилин

1. Перевірка домашнього завдання (15 хвилин)

Мета: Закріпити практику, виявити труднощі, підтримати мотивацію.

Обговорення:

1. Що спробували? Що спрацювало?
2. Які виклики виникли?
3. Підтримка та валідація досвіду

2. Психоедукація про емоції (15 хвилин)

Мета: Пояснити функцію емоцій, зменшити страх перед інтенсивними переживаннями.

Міні-лекція:

1. Емоції як сигнальна система (не ворог)
2. Різниця між відчуттям емоції та дією на її основі
3. Концепція "хвилі емоції" – вона піднімається та спадає
4. Важливість не уникати, а регулювати

3. Техніка "Протилежна дія" (25 хвилин)

Мета: Навчити змінювати емоційний стан через зміну поведінки, зменшити уникнення.

Презентація:

Принцип: коли емоція не відповідає фактам ситуації, дій протилежно до імпульсу

Приклади: страх → наближення (а не уникнення), гнів → м'які дії, сум → активація

4. Вправа: Ідентифікація особистих ситуацій

Учасники визначають емоції, які часто керують їхньою поведінкою

Обговорення протилежних дій у безпечних ситуаціях

Роздатковий матеріал: Таблиця "Емоція – Імпульс – Протилежна дія"

5. Техніка "ТРУД" (зміна стану тіла) (20 хвилин)

Мета: Швидко знизити інтенсивну емоційну активацію через фізіологічні механізми.

Презентація компонентів:

- Температура – холодна вода на обличчя, лід
- Ритмічне дихання – інтенсивне дихання з затримкою
- Уважна релаксація м'язів – напруження та розслаблення
- Дія – фізичні вправи (біг, віджимання)

Практика: Вправа з напруженням та розслабленням м'язів (прогресивна м'язова релаксація – скорочений варіант)

5. Завершення та домашнє завдання (15 хвилин)

Мета: Підготувати до практики нових інструментів.

Домашнє завдання:

1. Обрати одну ситуацію для "Протилежної дії"
2. Спробувати один елемент "ТРУД" у моменті напруги
3. Продовжувати практики з попереднього заняття

Заняття № 4

Мета заняття: інтеграція навичок та самоспостереження

Загальна тривалість: 90 хвилин

1. Перевірка домашнього завдання та досвіду тижня (20 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід практики, підсилити успіхи, скоригувати труднощі.

Обговорення:

- Що найбільше допомогло цього тижня?
- Які техніки були складними?
- Підтримка групи та обмін досвідом

2. Навчання роботі зі "Щоденником спостережень" (30 хвилин)

Мета: Розвинути усвідомленість щодо власних реакцій, ідентифікувати тригери, підготувати до роботи з травмою.

Обладнання: Бланки щоденника на тиждень

Презентація структури щоденника:

1. Ситуація (де, коли, що відбувалося)
2. Емоційна реакція (що відчував/ла)
3. Тілесні відчуття (серцебиття, напруга, дріж)
4. Інтенсивність напруги (0-10)
5. Що допомогло стабілізувати стан

Пояснення мети: "Ми вивчаємо ваші реакції так само, як ви вчилися вивчати тактичну ситуацію – щоб мати змогу діяти більш ефективно"

Практика: Заповнення зразка щоденника разом (гіпотетична або минула ситуація учасника-добровольця).

3. Ідентифікація особистих тригерів (20 хвилин)

Мета: Усвідомити специфічні стимули, що викликають стресові реакції, підготувати стратегії реагування.

Вправа: "Картографування тригерів"

1. Учасники (індивідуально або в парах) складають список можливих тригерів: звуки, місця, запахи, ситуації
2. Оцінка інтенсивності реакції на кожен (0-10)
3. Визначення, які техніки стабілізації можна застосувати для кожного тригера

Груповий обмін: Хто бажає, ділиться одним тригером та стратегією

4. Комплексна практика стабілізації (15 хвилин)

Мета: Об'єднати всі техніки тижня в єдину послідовність, закріпити навички.

Вправа: Керована практика від гіперзбудження до заспокоєння

1. Розпізнавання напруги в тілі (скан тіла)
2. Заземлення "5-4-3-2-1" (скорочена версія)
3. Дихання "4-7-8" (3 цикли)
4. Коротка прогресивна релаксація

Рефлексія: Як змінився стан?

5. Підведення підсумків тижня та мотивація на продовження (5 хвилин)

Мета: Закріпити досягнення, підсилити відчуття компетентності, мотивувати на подальшу роботу.

Обговорення:

1. Що найбільше запам'яталося цього тижня?
2. Які навички плануєте використовувати надалі?
3. Підкреслення прогресу групи
4. Домашнє завдання на наступний тиждень:
5. Щоденне заповнення "Щоденника спостережень" (мінімум 3 записи)
6. Практика всіх вивчених технік у повсякденному житті
7. Підготовка до поглибленої роботи з травматичним досвідом.

Зміст занять тренінгу на 2 тижні

Другий тиждень тренінгової програми був спрямований на закріплення навичок емоційної саморегуляції, сформованих під час першого тижня, а також на поступове введення учасників у когнітивний аналіз власних реакцій. На цьому

етапі відбувалося поєднання навичок ДБТ із базовими техніками ТФ-КПТ, що дозволяло забезпечити плавний перехід від стабілізаційної роботи до усвідомленого опрацювання змістовних аспектів травматичного досвіду. Метою тижня було підвищення здатності учасників розпізнавати автоматичні думки, що супроводжують травматичні реакції, зменшення рівня уникання та формування перших елементів когнітивної гнучкості.

На початку тижня значна увага приділялася зміцненню навичок емоційної регуляції, що були представлені учасникам раніше. Учасники практикували до технік майндфулнес, спрямованих на утримання уваги в теперішньому моменті, а також до застосування таких інструментів, як «Протилежна дія» чи «СТОП», які допомагають змінити автоматичні емоційно-поведінкові реакції. У межах ДБТ-підходу підкреслювалося, що регуляція емоцій не є запереченням чи придушенням переживань, а радше навчанням керувати їхньою інтенсивністю: «Емоції – це інформація, але не наказ що робити. Ви можете обирати, як діяти навіть тоді, коли емоція сильна».

У другій частині тижня учасники були залучені до роботи над когнітивною моделлю посттравматичних реакцій, що є базовим елементом ТФ-КПТ. Учасники знайомилися з поняттями «автоматичних думок», «негативних інтерпретацій» та «когнітивних викривлень», що впливають на підтримання симптомів ПТСР, акцент робився на тому, що травма формує специфічні патерни мислення – наприклад, тенденцію перебільшувати загрозу, недооцінювати власні ресурси або інтерпретувати нейтральні події як потенційно небезпечні. Для учасників особливо важливим було виявлення зв'язку між думкою («Якщо я чую різкий звук - це може бути атака») та емоційною реакцією, а також можливість поставити цю думку під сумнів. Використовувалися пояснювальні фрази, які сприяють формуванню когнітивної дистанції: «Думка – це не факт», «Те, що мозок пропонує вам інтерпретацію, не означає, що вона є єдино правильною».

Суттєвим елементом цього тижня стала робота з униканням, що є характерною поведінковою стратегією при ПТСР. У межах ТФ-КПТ учасникам пояснювалося, що уникання, хоч і знижує напругу в короткостроковій перспективі, підсилює симптоми у довгостроковій; також розглядалися типові форми уникання:

уникання місць, що нагадують про бойові події; уникання розмов; уникання внутрішніх переживань; уникання емоцій як таких, що у результаті допомагало учасникам усвідомити динаміку власних реакцій і сформувавши мотивацію до змін: «Уникання дає полегшення зараз, але воно ж і утримує вашу нервову систему в стані постійної готовності до загрози».

Також учасникам пропонувався до заповнення «Щоденник автоматичних думок», у якому учасники навчалися відслідковувати взаємозв'язок між ситуацією, думками, емоціями та поведінковими реакціями. У роботі над записами тренер використовував приклади, релевантні для бойового травматичного досвіду, що допомагало підвищити практичну корисність вправи. Наприклад: «Ситуація: хтось гучно зачинив двері. Думка: "Це може бути вибух". Емоція: страх 8/10. Реакція: напруження, сканування приміщення». Ці записи не лише сприяли розвитку саморефлексії, але й закладали основу для подальшої когнітивної реструктуризації.

Домашнім завданням другого тижня було опрацювання щоденника автоматичних думок, фіксація ситуацій уникання та продовження щоденних практик стабілізації. Учасникам пояснювалося, що ці завдання мають підготувати їх до подальшого, більш глибинного опрацювання травматичного досвіду, оскільки сприяють розвитку навичок усвідомленого сприйняття власних реакцій.

Заняття № 5

Мета заняття: Закріплення емоційної регуляції та поглиблення майндфулнес

Загальна тривалість: 2 години (120 хвилин)

Вправа 1. Привітання та перевірка "Щоденників спостережень" (20 хвилин)

Мета: Оцінити виконання домашнього завдання, виявити успіхи та труднощі у застосуванні технік стабілізації, підтримати мотивацію учасників до самоспостереження.

Процедура:

1. Коло: кожен учасник коротко ділиться (2-3 речення):

Чи заповнював щоденник? Скільки записів зробив?

Які тригери вдалося ідентифікувати?

Які техніки стабілізації спрацювали найкраще?

2. Ведучий фіксує спільні теми на фліпчарті

3. Валідація зусиль: "Сам факт того, що ви спостерігали за своїми реакціями

– це вже крок до контролю над ними"

Вправа 2. Усвідомлене сканування тіла (Body Scan) (15 хвилин)

Мета: Розвинути навичку утримання уваги в теперішньому моменті, зменшити тенденцію до "блукання розуму" до травматичних спогадів, відновити зв'язок з тілесними відчуттями.

Процедура:

Учасники сидять зручно, очі закриті або напівзакриті

Ведучий керує практикою голосом:

1. Послідовна концентрація уваги: стопи → гомілки → стегна → живіт → груди → руки → плечі → шия → обличчя → голова

2. На кожній ділянці: безоціночне спостереження за відчуттями (тепло, холод, напруга, розслаблення)

3. "Коли помічаєте, що думки пішли в минуле або майбутнє – м'яко, без осуду, повертайте їх до тіла"

4. Завершення: поступове повернення уваги до кімнати

Обговорення (5 хв): Що відчували? Де була напруга? Як часто увага відволікалася?

Вправа 3. Техніка "Якір уваги" (15 хвилин)

Мета: Навчити фіксувати увагу на одній точці та повертатися до неї при відволіканні, що є базовою навичкою для контролю над інтрузивними думками.

Процедура:

1. Учасники обирають свій "якір": дихання (найпоширеніше), звук у кімнаті, або тактильне відчуття (долоні на колінах)

2. 10 хвилин практики: утримання уваги на обраному якорі

3. Інструкція: "Щоразу, коли помічаєте, що увага відпливла – просто повертайте її до якоря. Це не помилка, це і є практика"

4. Мовчазна практика

Обговорення (5 хв):

1. Як часто увага "відпливала"? (нормалізація: це нормально, навіть 100 разів)
2. Які думки або спогади відволікали?
3. Підкреслення: "Кожне повернення уваги – це тренування м'яза контролю"

Вправа 4. Поглиблена робота з технікою "Протилежна дія" (25 хвилин)

Мета: Закріпити практичне застосування техніки у реальних життєвих ситуаціях, подолати внутрішні бар'єри, які заважають діяти всупереч емоційному імпульсу.

Частина 1. Нагадування принципу (5 хв):

1. Емоції мають імпульс до дії, але ви обираєте, як діяти
2. "Емоції – це інформація, але не наказ що робити. Ви можете обирати, як діяти навіть тоді, коли емоція сильна»
3. Коли застосовувати: коли емоція не відповідає фактам ситуації або її інтенсивність непропорційна.

Частина 2. Рольові ситуації у малих групах (15 хв):

Поділ на групи по 3 особи

Кожна група розбирає 2-3 реальні ситуації учасників:

Ситуація 1: Страх перед натовпом → імпульс уникнути → протилежна дія: піти у людне місце на короткий час

Ситуація 2: Гнів на близьких → імпульс відсторонитися/накричати → протилежна дія: м'яко сказати про свої почуття

Ситуація 3: Відчуття безпорадності → імпульс здатися → протилежна дія: зробити одну просту справу

Обговорення: що спрацювало за тиждень? Які бар'єри виникли?

Частина 3. Груповий обмін (5 хв):

Кожна група ділиться одним прикладом

Ведучий підкреслює спільні теми

Обговорення бар'єрів: "Що найбільше заважає робити протилежне?" (страх, відчуття фальші, втрата контролю.

Вправа 5. Техніка "СТОП" у специфічних ситуаціях (20 хвилин)

Мета: Відпрацювати застосування техніки у контексті тригерів, специфічних для ветеранів бойових дій, навчити перериванню автоматичних реакцій "бий або біжи".

Процедура:

Нагадування структури СТОП (5 хв):

Стоп – зупинися фізично, завмири

Тихо – зроби паузу, не дій імпульсивно, зроби глибокий вдих

Оцінка – що відбувається зараз? (думки, емоції, тіло, факти)

Продовжуй – обери усвідомлену дію

Розбір кейсів (15 хв):

Кейс 1: Різкий звук на вулиці

1. Автоматична реакція: тіло напружується, готовність до бою, сканування місцевості

2. Застосування СТОП:

С: завмерти на місці

Т: пауза, глибокий вдих

О: "Я на мирній вулиці. Це звук двигуна/двері/петарда. Я в безпеці зараз"

П: продовжити йти, застосувати заземлення 5-4-3-2-1

Кейс 2: Конфлікт у сім'ї

Автоматична реакція: імпульс відсторонитися, піти, заблокувати емоції

Застосування СТОП:

1. С: зупинитися перед тим, як вийти з кімнати

2. Т: пауза, кілька вдихів

3. О: "Я відчуваю гнів/роздратування. Моя партнерка не ворог. Це безпечна ситуація"

4. П: обрати: сказати про паузу та повернутися пізніше, або спробувати м'яко пояснити

Домашня практика: Щоденне використання "СТОП" у мінімум одній ситуації напруги

Вправа 6. Регуляція емоцій через фізіологію: прогресивна м'язова релаксація (15 хвилин)

Мета: Навчити знижувати фізіологічне напруження через свідоме напруження та розслаблення м'язів, закріпити зв'язок між тілесним станом та емоційним.

Процедура:

- Учасники сидять або лежать
- Ведучий керує вправою:
 - Послідовне напруження кожної групи м'язів на 5-7 секунд
 - Різке розслаблення на 15-20 секунд
 - Порядок: кулаки → біцепси → плечі → обличчя → шия → груди/спина → живіт → сідниці → ноги → стопи
- "Помічайте різницю між напругою та розслабленням. Ваше тіло вчиться знову розслаблятися"

Обговорення: Де була найбільша напруга? Як змінився стан після вправи?

Вправа 7. Завершення заняття та домашнє завдання (10 хвилин)

Мета: Закріпити навички, мотивувати до щоденної практики, підготувати до наступного заняття.

Коротка рефлексія:

1. "Що було найкориснішим сьогодні?"
2. "Яку техніку хочете практикувати цього тижня?"

Домашнє завдання:

1. Продовжувати заповнювати "Щоденник спостережень за реакціями та тригерами"
2. Практикувати майндфулнес щодня: Body Scan або Якір уваги (мінімум 5-10 хвилин)
3. Застосовувати "Протилежну дію" в одній безпечній ситуації
4. Використовувати "СТОП" у моменти напруги (зафіксувати у щоденнику)
5. Нове завдання: Починати помічати, що саме ви думаєте у моменти емоційного напруження (підготовка до роботи з думками)

8. Завершення та рефлексія (5 хвилин)

Мета: Підсумувати заняття, закріпити відчуття безпеки.

Коротке резюме від ведучого

Запитання до групи: "Що було важливим для вас сьогодні?"

Нагадування про конфіденційність.

Заняття № 6

Мета заняття: когнітивна модель ПТСР та автоматичні думки

Загальна тривалість: 2 години (120 хвилин)

Вправа 1. Привітання та короткий майндфулнес (10 хвилин)

Мета: Налаштувати групу на роботу, створити стан присутності, зменшити тривожність перед новою темою.

Процедура:

1. Коротке коло: "Як ваш стан зараз?" (одним словом)
2. Дихання "4-7-8" (5 циклів)
3. Коротке заземлення: назвати 3 речі, які бачите; 3 звуки; 3 відчуття

Вправа 2. Психоедукація: когнітивна модель посттравматичних реакцій (30 хвилин)

Мета: Ввести поняття автоматичних думок, пояснити їхній вплив на емоції та поведінку, показати, як травма формує специфічні патерни мислення.

Процедура:

Частина 1. Презентація когнітивної моделі (15 хв):

1. Нагадування базової КПТ-моделі: **Подія → ДУМКА → Емоція →**

Поведінка

2. Підкреслення: "Не подія сама по собі викликає емоцію, а те, як ми її інтерпретуємо"

3. Приклад нейтральної ситуації:

- Подія: людина не відповідає на привітання
- Думка 1: "Вона мене ігнорує" → емоція: образа, гнів
- Думка 2: "Вона не почула/задумалася" → емоція: нейтральність

Частина 2. Як травма змінює мислення (15 хв):

1. Після бойового досвіду мозок "навчається" специфічним патернам:

2. Перебільшення загрози: "Світ небезпечний", "Не можна нікому довіряти"

3. Недооцінка ресурсів: "Я не впораюся", "Я не той, ким був"

4. Інтерпретація нейтральних подій як небезпечних: будь-який несподіваний стимул = загроза

Приклади з бойового досвіду:

– **Ситуація:** Чую гучний звук

- **Думка:** "Це атака/вибух"

- **Емоція:** страх 9/10, паніка

- **Поведінка:** готовність до бою, пошук укриття, гіперпильність

– **Ситуація:** Багато людей у натовпі

- **Думка:** "Я не контролюю ситуацію, хтось може бути ворогом"

- **Емоція:** тривога 7/10

- **Поведінка:** уникання, сканування обличь, вибір позиції біля виходу

Вправа 3. Ідентифікація автоматичних думок: "Що я думав у той момент?" (25 хвилин)

Мета: Навчити розпізнавати власні автоматичні думки у момент емоційної реакції, побачити зв'язок між думками та інтенсивністю емоцій.

Частина 1. Групова практика (10 хв):

Ведучий пропонує типові тригерні ситуації:

1. "Ви йдете вулицею і чуєте гучний, різкий звук"

2. "Ви в магазині, раптом бачите велику групу людей"

3. "Хтось несподівано стоїть за вашою спиною"

4. "Ви бачите новину про ситуацію на фронті"

5. "Вас запитують про те, що ви пережили на війні"

Для кожної ситуації:

Учасники називають свої автоматичні думки

Ведучий фіксує на фліпчарті без оцінок

Демонстрація спільних патернів: "Бачите, багато хто думає подібно"

Частина 2. Індивідуальна робота (10 хв):

Кожен учасник згадує одну нещодавню ситуацію емоційного напруження (без деталізації травми)

Заповнення схеми на папері:

- **Ситуація:** що сталося? (факти)
- **Думка:** що пройшло в голові? (дослівно, першою думкою)
- **Емоція:** що відчували? Інтенсивність 0-10
- **Реакція:** що зробили?

Частина 3. Груповий обмін (5 хв):

2-3 учасники діляться (добровільно, без тиску)

Ведучий підкреслює зв'язок думка→емоція

"Помітити думку – це перший і найважливіший крок до можливості її змінити"

Вправа 4. Типи когнітивних викривлень при ПТСР (30 хвилин)

Мета: Познайомити з найпоширенішими когнітивними помилками, що підтримують симптоми ПТСР, навчити розпізнавати їх у власному мисленні.

Процедура:

Частина 1. Презентація викривлень (20 хв):

1. Катастрофізація (очікування найгіршого)

- Визначення: автоматичне припущення, що станеться щось жахливе
- Приклад: "Якщо я піду в натовп, обов'язково станеться щось погане"
- Бойовий контекст: "Я почув звук – це точно атака"

2. Надмірне узагальнення (з одного випадку на всі)

- Визначення: один негативний досвід поширюється на всі ситуації
- Приклад: "Це було небезпечно там → тепер усюди небезпечно"
- Бойовий контекст: "Я не міг довіряти людям на війні → я не можу довіряти нікому"

3. Чорно-біле мислення (все або нічого)

- Визначення: відсутність відтінків, лише крайнощі
- Приклад: "Якщо я не контролюю все на 100% – я втратив контроль повністю"
- Бойовий контекст: "Якщо я не пильную постійно – я безпорадний"

4. Персоналізація та надмірна відповідальність

- Визначення: прийняття відповідальності за те, що не під вашим контролем
- Приклад: "Це сталося через мене", "Я мав би запобігти цьому"
- Бойовий контекст: Провина виживших, надмірна відповідальність за події бою

5. Ментальний фільтр (фокус лише на негативному)

- Визначення: помічати лише загрози, ігнорувати ознаки безпеки
- Приклад: В кімнаті 20 людей спокійні, 1 виглядає напружено → фокус на тій одній
- Бойовий контекст: Сканування лише загроз, неможливість побачити безпеку

6. Читання думок (припущення про наміри інших)

- Визначення: впевненість, що знаєте, що думають інші
- Приклад: "Вони думають, що я слабкий", "Вони мене осуджують"

Для кожного викривлення:

- Пояснення + приклад із цивільного життя + приклад з бойового досвіду
- Запитання до групи: "Хто впізнає це у собі?"

Частина 2. Ідентифікація особистих викривлень (10 хв):

1. Учасники дивляться на свої записи з попередньої вправи
2. Визначають, які викривлення присутні у їхніх думках
3. Груповий обмін: хто готовий, ділиться одним прикладом

Вправа 5. Практика спостереження за думками: "Думки як хмари" (15 хвилин)

Мета: Розвинути навичку безоціночного спостереження за думками, зменшити злиття з ними, підготувати до когнітивної реструктуризації.

Процедура:

Учасники сідають зручно, очі закриті або напівзакриті

1. "Уявіть, що ваші думки – це хмари на небі"
2. "Ви сидите на галявині і спостерігаєте, як вони пропливають"
3. "Деякі хмари темні, деякі світлі. Деякі швидкі, деякі повільні"

4. "Ви не намагаєтесь їх зупинити чи змінити. Просто спостерігаєте"

5. "Якщо зловили себе на тому, що почали роздумувати над думкою – помітьте це і поверніться до спостереження"

10 хвилин мовчазної практики

Поступове повернення уваги до кімнати

Обговорення (5 хв):

1. Які думки "припливали"?
2. Чи вдавалося просто спостерігати, не занурюючись?
3. Підкреслення: "Ви не є вашими думками. Ви той, хто їх спостерігає"

Вправа 6. Завершення заняття та домашнє завдання (10 хвилин)

Мета: Закріпити розуміння когнітивної моделі, мотивувати до спостереження за думками.

Рефлексія:

- "Що нового ви дізналися про ваші думки сьогодні?"
- "Які викривлення ви найчастіше помічаєте у себе?"

Домашнє завдання:

1. Спостереження за автоматичними думками: щодня помічати та записувати мінімум 3 ситуації у форматі:

- Подія (факт)
- Автоматична думка (дослівно)
- Емоція (назва + інтенсивність 0-10)

2. Ідентифікація викривлень: для кожної думки спробувати визначити тип когнітивного викривлення

3. Продовжувати практики стабілізації (майндфулнес, дихання, СТОП)

4. Практикувати вправу "Думки як хмари" перед сном (5-10 хвилин)

Заняття № 7

Мета заняття: робота з униканням та нав'язливими думками

Загальна тривалість: 2 години (120 хвилин)

Вправа 1. Перевірка домашнього завдання (20 хвилин)

Мета: Оцінити успішність ідентифікації автоматичних думок та когнітивних викривлень, підтримати зусилля групи.

Процедура:

Коло: кожен учасник коротко ділиться:

- Скільки ситуацій записали?
- Які думки були найчастішими?
- Які викривлення вдалося розпізнати?
- Що було найскладнішим?

Ведучий фіксує спільні теми на фліпчарті

Валідація: "Просто побачити ці думки та патерни – це вже величезний крок.

Багато людей живуть, не усвідомлюючи, що керує їхніми реакціями"

Груповий обмін: 2-3 учасники зачитують по одному запису (добровільно)

Вправа 2. Вступна практика майндфулнес «Якір у теперішньому»

Мета: Допомогти учасникам заспокоїтися, зосередитися на «тут і зараз», активізувати навички усвідомленої присутності.

Час: 10 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер запрошує учасників зайняти зручне положення (сидячи, ноги на підлозі).
2. Пропонує закрити очі або опустити погляд донизу, якщо так комфортніше.
3. Голосом веде практику: «Зверніть увагу на ваше дихання. Не намагайтеся його змінювати — просто спостерігайте. Відчуйте, як повітря входить через ніс і виходить... Зверніть увагу на точки контакту вашого тіла з поверхнею: стопи на підлозі, спина на стільці».
4. Протягом 3-4 хвилин тренер підтримує фокус уваги на диханні та тілесних відчуттях.
5. Поступово пропонує розширити увагу на звуки навколо, температуру повітря, інші відчуття.

6. Завершує практику запрошенням повільно відкрити очі та повернутися до простору групи.

7. Короткий шерінг (2-3 хвилини): «Як ви себе зараз відчуваєте? Що помітили під час практики?»

Вправа 3. Повторення та практика навичок ДБТ: «Протилежна дія» і «СТОП»

Мета: Закріпити розуміння та практичне застосування інструментів емоційної регуляції, підвищити впевненість учасників у використанні цих технік у повсякденному житті.

Час: 25 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер нагадує про техніки «Протилежна дія» та «СТОП», представлені на першому тижні (5 хвилин):

- **СТОП:** Зупинися — Трохи відійди — Подихай — Подивись на ситуацію з боку.

- **Протилежна дія:** коли емоція не відповідає ситуації або надто інтенсивна, можна діяти протилежно до імпульсу.

2. Учасники об'єднуються в пари (або працюють індивідуально, якщо вони так воліють).

3. Тренер пропонує кілька сценаріїв, релевантних для бойового досвіду:

- «Ви чуєте гучний звук на вулиці і відчуваєте бажання негайно сховатися або тікати».

- «Хтось несподівано підійшов ззаду, і ви відчуваєте спалах гніву та бажання відштовхнути людину».

- «Ви відчуваєте сильну тривогу перед зустріччю з друзями і хочете залишитися вдома».

4. Учасники обговорюють у парах: яку техніку вони б застосували? Як саме? (10 хвилин)

5. Загальне обговорення в групі (10 хвилин): декілька пар діляться своїми рішеннями, тренер підкреслює ключові моменти:

- «Емоції – це інформація, але не наказ. Ви можете обирати, як діяти».
- «Регуляція емоцій – це не придушення, а керування інтенсивністю».

Вправа 4. Міні-лекція «Когнітивна модель посттравматичних реакцій»

Мета: Познайти учасників з поняттями автоматичних думок, когнітивних викривлень та їхнім впливом на емоції і поведінку при ПТСР.

Час: 20 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер представляє базову когнітивну модель: **Ситуація → Думка → Емоція → Поведінка**.

2. Пояснює на дошці або фліпчарті з використанням конкретного прикладу:

- **Ситуація:** Різкий звук на вулиці.
- **Автоматична думка:** «Це може бути атака / вибух».
- **Емоція:** Страх 8/10, тривога.
- **Поведінка:** Напруження м'язів, сканування простору, бажання сховатися.

3. Тренер підкреслює: «Думка – це не факт. Те, що мозок пропонує вам інтерпретацію, не означає, що вона єдино правильна».

4. Представляє типові когнітивні викривлення при ПТСР:

- **Катастрофізація:** перебільшення загрози.
- **Персоналізація:** «Це сталося через мене».
- **Чорно-біле мислення:** «Світ або безпечний, або повністю небезпечний».

- **Надузагальнення:** «Якщо це сталося один раз, воно станеться знову».

5. Тренер запитує: «Чи впізнаєте ви якісь із цих патернів у власному досвіді?» (без тиску на детальні відповіді).

Вправа 5. Практика розпізнавання автоматичних думок: «Ситуація – Думка – Емоція»

Мета: Навчити учасників відслідковувати ланцюжок від ситуації до емоційної реакції через думку, розвинути навички саморефлексії.

Час: 30 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер роздає учасникам аркуші з таблицею з трьома колонками: Ситуація | Автоматична думка | Емоція (інтенсивність 0-10).
2. Пропонує учасникам пригадати реальну ситуацію з останніх днів, коли вони відчували сильну емоцію (страх, гнів, тривогу, сум).
3. Учасники індивідуально заповнюють таблицю (10 хвилин). Тренер підтримує, пропонуючи допоміжні запитання:
 - «Що саме відбувалося? Де ви були? Хто був поруч?»
 - «Яка думка спала вам на думку першою?»
 - «Яку емоцію ви відчули? Наскільки сильно?»
4. Обговорення в малих групах (3-4 особи) – учасники діляться своїми прикладами, якщо їм комфортно (10 хвилин).
5. Загальне обговорення (10 хвилин): тренер запрошує 2-3 добровольців поділитися з групою. Підкреслює:
 - «Бачите, як думка впливає на емоцію?»
 - «Якби ви подумали інакше в тій же ситуації, чи змінилася б інтенсивність емоції?»

Вправа 6. Представлення «Щоденника автоматичних думок»

Мета: Познайомити учасників з інструментом для самостійного відстеження думок та емоцій, підготувати до домашнього завдання.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер показує зразок щоденника (роздрукований або на фліпчарті).
2. Пояснює структуру:
 - Дата і час

- Ситуація (що сталося?)
- Автоматична думка (що я подумав/ла?)
- Емоція (що відчув/ла? Інтенсивність?)
- Поведінкова реакція (що зробив/ла?)

3. Разом з групою розбирає один приклад:

- Ситуація: «Хтось гучно зачинив двері в кафе».
- Думка: «Це може бути небезпечно, потрібно перевірити».
- Емоція: страх 7/10.
- Реакція: напруження, швидкий огляд приміщення.

4. Тренер наголошує: «Це не про те, щоб судити себе. Це про усвідомлення. Чим більше ви помічаєте, тим більше вибору у вас з'являється».

5. Відповідає на запитання учасників про щоденник.

Вправа 7. Завершальна релаксація та підбиття підсумків

Мета: Допомогти учасникам заспокоїтися після інтенсивної когнітивної роботи, підсумувати ключові ідеї заняття.

Час: 20 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пропонує коротку практику діафрагмального дихання (5 хвилин):

- Одна рука на грудях, друга на животі.
- Повільний вдих через ніс (живіт піднімається), видих через рот (живіт опускається).
- 5-6 циклів у комфортному темпі.

2. Підбиття підсумків (10 хвилин):

- Тренер запитує: «Що для вас сьогодні було найважливішим? Що візьмете з собою?»

- 3-4 учасники діляться короткими відповідями.

3. Домашнє завдання (5 хвилин):

- Заповнювати «Щоденник автоматичних думок» щонайменше 3 рази протягом тижня.
- Продовжувати щоденні практики стабілізації (дихання, майндфулнес).
- Помічати моменти уникання і фіксувати їх (без тиску змінювати поведінку).

Заняття № 8

Мета заняття: Узагальнити та закріпити навички емоційної регуляції та когнітивного аналізу, отримані протягом другого тижня; оцінити прогрес учасників; підготувати їх до більш глибокої роботи з травматичним досвідом на третьому тижні; підтримати мотивацію та впевненість у власних можливостях.

Загальна тривалість: 120 хвилин

Вправа 1. Вступна практика «Інвентаризація ресурсів»

Мета: Допомогти учасникам усвідомити власні досягнення за два тижні, зосередитися на набутих навичках як внутрішніх ресурсах, налаштуватися на рефлексивну роботу.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер запрошує учасників сісти зручно, закрити очі або опустити погляд.
2. Веде коротку практику майндфулнес (3 хвилини): фокус на диханні та тілесних відчуттях.
3. Після цього пропонує учасникам пригадати:
 - «Які навички ви засвоїли за ці два тижні? Що нового ви дізналися про себе?»
 - «Які інструменти вам допомогли найбільше? Коли ви їх використовували?»
 - «Які зміни, навіть невеликі, ви помітили у своєму житті?»
4. Тренер дає 5 хвилин для внутрішньої рефлексії у тиші.
5. Запрошує учасників відкрити очі та, за бажанням, записати свої думки на папері (5 хвилин).

6. Короткий шерінг: «Хто хоче поділитися, що пригадав?» (2-3 добровольці).

7. Тренер підсумовує: «Те, що ви помітили – це ваші внутрішні ресурси. Ви вже маєте інструменти, які можете використовувати».

Вправа 2. Огляд та узагальнення досвіду другого тижня

Мета: Систематизувати знання та навички, отримані протягом тижня; оцінити прогрес учасників у роботі зі щоденником автоматичних думок; підтримати їхні зусилля та мотивацію.

Час: 30 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер нагадує ключові теми другого тижня (5 хвилин):
 1. Закріплення навичок емоційної регуляції (СТОП, Протилежна дія)
 2. Когнітивна модель: зв'язок між думками, емоціями та поведінкою
 3. Розпізнавання автоматичних думок і когнітивних викривлень
 4. Робота зі Щоденником автоматичних думок
 5. Усвідомлення ролі уникання
2. Обговорення досвіду роботи зі щоденником (15 хвилин):

«Як вам було працювати зі щоденником цього тижня? Що було складним?

Що цікавим?»

Запрошує 3-4 добровольців поділитися своїми записами або спостереженнями.

3. Групова рефлексія (10 хвилин):
 1. Тренер на фліпчарті записує відповіді учасників на запитання:
 2. «Які навички цього тижня були найкориснішими?»
 3. «Що було найскладнішим?»
 4. «Які зміни ви помітили у собі?»

Підсумовує: «Ви вже пройшли важливий шлях. Ви навчилися помічати свої реакції та розуміти їх. Це основа для подальшої роботи».

Вправа 3. Міні-лекція «Уникання: короткострокова допомога, довгострокова пастка»

Мета: Пояснити учасникам механізм уникання, його роль у підтриманні симптомів ПТСР та сформулювати мотивацію до змін.

Час: 20 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер представляє концепцію уникання:
 - «Уникання – це природна реакція на загрозу. Але при ПТСР воно стає проблемою».
2. Пояснює на дошці/фліпчарті:
 - Короткострокова вигода: «Якщо я уникаю місця, де відчуваю тривогу, мені легше зараз».
 - Довгострокові наслідки: «Але мозок запам'ятовує: це місце небезпечне. Область моєї безпеки звужується. Симптоми посилюються».
 - Цитата для учасників: «Уникання дає полегшення зараз, але воно ж утримує вашу нервову систему в стані постійної готовності до загрози».
3. Представляє типові форми уникання при ПТСР:
 - **Уникання місць:** натовп, гучні місця, відкриті простори.
 - **Уникання людей:** друзі, родина, соціальні події.
 - **Уникання розмов:** про війну, про почуття.
 - **Уникання емоцій:** алкоголь, переробки, відволікання.
 - **Уникання спогадів:** блокування думок про травматичні події.
4. Тренер запитує: «Чи впізнаєте ви якісь із цих форм у своєму досвіді?» (загальне запитання, без тиску).

Вправа 4. «Моя скринька інструментів»: створення особистого набору навичок

Мета: Допомогти учасникам систематизувати всі засвоєні техніки та створити персоналізований план використання навичок у різних ситуаціях.

Час: 25 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер роздає учасникам аркуші із зображенням «скриньки інструментів» або простої таблиці (5 хвилин).

2. Пояснює завдання: «Протягом двох тижнів ви засвоїли багато навичок. Давайте створимо вашу особисту скриньку інструментів – набір технік, які працюють саме для вас».

3. Учасники заповнюють таблицю (15 хвилин) (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Скринька інструментів

Ситуація/ Симптом	Які техніки/навички я можу використати?	Коли вони вже допомогли мені?
Раптовий страх/паніка	Діафрагмальне дихання, СТОП, заземлення 5-4-3-2-1	
Інтенсивний гнів	Протилежна дія, дихання, майндфулнес	
Тривожні думки	Щоденник думок, пошук альтернатив, питання до думки	
Спогади про травму		
Труднощі зі сном		
Бажання ізолюватися		

4. Учасники можуть додавати власні ситуації та техніки, які виявилися для них найефективнішими.

5. Короткий шерінг (5 хвилин): «Що ви помістили у свою скриньку? Які інструменти для вас найцінніші?»

6. Тренер підсумовує: «Ця скринька завжди з вами. Ви можете звертатися до неї щоразу, коли потрібна підтримка. На третьому тижні ми додамо ще інструментів».

Вправа 5. Підготовка до третього тижня: «Що мене чекає попереду»

Мета: Пояснити учасникам зміст та структуру роботи на третьому тижні, зменшити тривогу щодо майбутньої роботи з травматичним матеріалом, підкріпити впевненість у власній готовності.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер розповідає про фокус третього тижня (7 хвилин):

«На третьому тижні ми будемо глибше працювати з травматичним досвідом.

Це може звучати страшно, але ви вже готові до цього».

Підкреслює принципи безпеки:

- «Ви контролюєте темп. Ніхто не буде вас примушувати».
- «Всі навички, які ви засвоїли – дихання, заземлення, майндфулнес – будуть вашою опорою».
- «Експозиція – це не про те, щоб заново травмуватися. Це про те, щоб навчити мозок, що спогад – це не реальна загроза зараз».

3. Відповідає на запитання учасників (5 хвилин): «Які у вас є питання чи побоювання щодо наступного тижня?»

4. Тренер заспокоює: «Ви пройшли два тижні підготовки не марно. У вас є інструменти. Ви не самі. Ми разом».

5. Пропонує учасникам записати на папері (3 хвилини):

- «Що мені допомагає відчувати себе в безпеці?»
- «На які свої сильні сторони я можу спертися?»

Вправа 6. Завершальна церемонія «Подяка собі» та релаксація

Мета: Створити простір для визнання власних зусиль та досягнень, закріпити позитивний досвід другого тижня, допомогти учасникам заспокоїтися та завершити заняття у стані емоційної рівноваги.

Час: 20 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пропонує церемонію вдячності собі (10 хвилин):

- «Протягом двох тижнів ви робили складну, важку роботу. Давайте відзначимо це».

- Запрошує учасників записати на папері (або промовити про себе):

1. 3 речі, які я зробив/ла добре цього тижня (наприклад: заповнював щоденник, використовував дихання під час тривоги, прийшов на всі заняття)

2. 1 якість у собі, яку я помітив/ла або цінуючи більше (наприклад: наполегливість, відкритість, мужність)

3. 1 подяку собі за... (наприклад: «Дякую собі за те, що не здався», «Дякую собі за готовність пробувати нове»)

2. За бажанням, 2-3 учасники діляться своїми записами з групою.

3. Тренер підсумовує: «Кожен з вас заслуговує на повагу за цю роботу. Це не легко – дивитися на свої реакції, змінювати звички. Ви це робите. І це вже результат».

4. Завершальна релаксація (10 хвилин):

- Тренер веде практику прогресивної м'язової релаксації або глибокого дихання.

- Спокійним голосом: «Дозвольте собі відпустити напругу... Ви в безпеці зараз... Ви маєте все необхідне для наступного кроку...»

- Завершує словами: «Коли будете готові, повільно відкрийте очі. Дякую за вашу присутність і довіру».

Домашнє завдання на період до третього тижня:

1. Продовжувати заповнювати «Щоденник автоматичних думок» з колонкою альтернативних думок (щонайменше 3 рази).

2. Щодня практикувати одну з технік стабілізації (дихання, майндфулнес, заземлення) – мінімум 5-10 хвилин.

Зміст занять тренінгу на 3 тижні

Третій тиждень тренінгової програми був присвячений поступовому та контрольованому переходу до роботи зі змістовними аспектами травматичного досвіду, що відображає принципи ТФКПТ та наративного підходу. Цей етап є основним у структурі програми, оскільки він передбачає екологічне опрацювання подій, що спричинили посттравматичні симптоми, та інтеграцію травматичного досвіду у когнітивну, емоційну й особистісну структуру учасника. Метою тижня було знизити інтенсивність реакцій на травматичні спогади, зменшити уникання, сприяти когнітивній переробці досвіду та поступово повернути відчуття контролю над власною пам'яттю та історією.

Першим компонентом цього етапу була робота з «картою травматичних реакцій», яка слугувала містком між попереднім когнітивним аналізом та початком опрацювання змістових аспектів травми, де учасники мали можливість безпечно структурувати власні реакції, описуючи, які події, думки, образи чи звуки активують інтенсивні емоційні або фізіологічні відповіді. При цьому підкреслювалося, що їхня реакція є закономірною відповіддю на екстремальні умови: «Ваш мозок реагує так, ніби загроза досі існує; наша задача – допомогти йому зрозуміти, що ви вже не в тих умовах», така карта дозволяла учасникам відчувати контроль над процесом і служила опорою для подальшого занурення в роботу з пам'яттю.

Упродовж третього тижня учасники були залучені до технік безпечного опрацювання травматичних спогадів («Поступове наближення до травматичної пам'яті»), що застосовуються в ТФ-КПТ. Робота здійснювалася у повільному темпі, за чіткими терапевтичними рамками, без деталізації потенційно ретравматизуючих фрагментів; хавданням цього етапу було не переказати травму у повному обсязі, а навчитися обирати позицію спостерігача щодо окремих її аспектів, регулюючи рівень емоційної інтенсивності. Використовувалися формулювання, що підтримували безпеку та дозованість: «Ми не повертаємо вас у травму – ми допомагаємо вам повернути контроль над тим, як пам'ять проявляється сьогодні», «Ви самі визначаєте темп, а група – ваш тил».

Наступним компонентом роботи став наративний підхід, орієнтований на реконструкцію особистісної історії («Наративна реконструкція»). Учасники здійснювали пробні кроки у побудові зв'язного та логічного опису подій, які вони пережили, але акцент робився не на самій події, а на її значенні, контексті, власних реакціях, цінностях, що були проявлені, та тому, як досвід вплинув на подальше сприйняття світу. Наративна техніка дозволяла трансформувати фрагментовані, емоційно насичені спогади у більш структуровані й контрольовані: «Коли ви розповідаєте свою історію у власних словах, ви перестаєте бути лише її учасником – ви стаєте автором».

У процесі цього тижня активно застосовувалися техніки когнітивної реконструкції (ТФ-КПТ), спрямовані на виявлення та корекцію дезадаптивних

переконань, пов'язаних із травмою. Типовими переконаннями військових були: «Я мав передбачити все», «Через те, що я вижив, інші постраждали», «Якщо я розслаблюся, станеться щось погане», «Світ небезпечний». Учасникам пропонувалося ставити ці переконання під сумнів, використовуючи форму заповнення таблиці.

Домашнім завданням цього тижня було продовження щоденної фіксації автоматичних думок, а також формування початкового фрагменту наративу (у довільному форматі), який учасники мали доповнити власними спостереженнями щодо змін емоційних та тілесних реакцій у процесі роботи. Наголошувалося, що мета завдання – не деталізація травми, а формування здатності витримувати контакт із пам'яттю, зберігаючи контроль та внутрішню стабільність.

Заняття № 9

Мета заняття: Створити безпечний перехід до роботи зі змістовними аспектами травми через структурування та картування тригерів, підготувати учасників до поступового опрацювання травматичних спогадів, підкріпити відчуття контролю над процесом.

Загальна тривалість: 120 хвилин

Вправа 1. Вступна стабілізаційна практика «Безпечний простір»

Мета: Створити відчуття безпеки перед початком роботи з важким матеріалом, активізувати внутрішні ресурси учасників, налаштувати на усвідомлену присутність.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пояснює: «Сьогодні ми починаємо новий етап роботи. Перед цим важливо створити відчуття безпеки та опори».
2. Запрошує учасників зайняти зручне положення, закрити очі або опустити погляд.
3. Веде візуалізацію (8 хвилин):
 - «Уявіть місце, де ви відчуваєте себе в безпеці. Це може бути реальне місце або уявне... Що ви там бачите? Які кольори, звуки, запахи?...»

- «Відчуйте, як ваше тіло розслабляється в цьому місці... Ви в безпеці тут і зараз...»

- «Запам'ятайте це відчуття. Ви можете повертатися сюди будь-коли, коли потрібна підтримка».

4. Поступово повертає учасників до простору групи.

5. Короткий шерінг (5 хвилин): «Яке місце ви обрали? Як ви себе відчуваєте зараз?»

6. Тренер підсумовує: «Це ваш внутрішній ресурс. Ви можете звертатися до нього протягом сьогоднішнього заняття та взагалі, коли відчуваєте потребу».

Вправа 2. Міні-лекція «Як працює травматична пам'ять»

Мета: Пояснити учасникам нейробіологічні механізми травматичної пам'яті, нормалізувати їхні реакції, підготувати до роботи зі спогадами.

Час: 20 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер представляє базову інформацію про травматичну пам'ять (10 хвилин): «Звичайні спогади зберігаються як послідовна історія. Травматичні – як фрагменти: образи, звуки, відчуття, емоції».

Пояснює на дошці/фліпчарті:

1.Звичайна пам'ять: «Я пам'ятаю, що це було раніше. Я можу про це розповісти».

2.Травматична пам'ять: «Я відчуваю, ніби це відбувається зараз. Мозок реагує так, ніби загроза досі існує».

«Флешбеки, кошмари, тригери – це не ознака слабкості. Це те, як мозок намагається обробити надмірний стрес».

2. Представляє концепцію тригерів:

- «Тригер – це нагадування, яке активує реакцію так, ніби травма відбувається знову».

- Приклади: звуки (вибухи, сирени), запахи (димо, порох), образи (натовп, вертольоти), відчуття (вібрація, спека).

3. Пояснює мету роботи (5 хвилин):

- «Наша задача – допомогти вашому мозку зрозуміти: це було тоді, але зараз ви в безпеці».

- «Ми не повертаємо вас у травму – ми допомагаємо повернути контроль над тим, як пам'ять проявляється сьогодні».

4. Підкреслює принципи безпеки:

- «Ви самі визначаєте темп. Ніхто не змушуватиме вас ділитися деталями».

- «Група – ваш тил. Ви не самі в цьому процесі».

5. Відповідає на запитання учасників (5 хвилин).

Вправа 3. Створення «Карти травматичних реакцій»

Мета: Допомогти учасникам структурувати та усвідомити власні тригери та реакції, створити відчуття контролю через систематизацію досвіду.

Час: 35 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер роздає аркуші з таблицею для картування (5 хвилин) (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Карти травматичних реакцій

Тригер (що активує реакцію?)	Де/коли це відбувається?	Тілесні відчуття	Емоції	Думки	Поведінка
Гучний звук	На вулиці, вдома	Серцебиття, напруження	Страх 8/10	"Це атака"	Завмираю, шукаю вихід

6. Пояснює завдання: «Ви маєте визначити 3-5 найбільш типових тригерів, які викликають у вас інтенсивні реакції. Це не про деталі травми, а про те, що відбувається зараз у вашому житті».

7. Учасники працюють індивідуально (15 хвилин). Тренер супроводжує, пропонуючи підтримку:

«Якщо відчуваєте напругу, зверніться до практики дихання або до вашого безпечного місця».

«Пам'ятайте: ви лише описуєте, а не переживаєте заново».

Обговорення в малих групах (10 хвилин, 3-4 особи):

«Чи є спільні тригери? Чи відрізняються реакції?»

Учасники підтримують один одного: «Я теж це відчуваю», «У мене схоже».

4. Загальне обговорення (5 хвилин):

Тренер запитує: «Що ви помітили під час створення карти? Чи з'явилося більше розуміння ваших реакцій?»

Підкреслює: «Тепер ви знаєте, з чим працювати. Це перший крок до того, щоб змінити інтенсивність реакцій».

Вправа 4. Практика дозованого контакту зі спогадом: «Наближення та відхід»

Мета: Навчити учасників безпечно наближатися до травматичного матеріалу та вчасно відходити, розвинути здатність регулювати інтенсивність емоційних реакцій.

Час: 30 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пояснює техніку (5 хвилин):

«Ми навчимося підходити до важкого спогаду на безпечну відстань – не надто близько, щоб не перевантажитися, але достатньо близько, щоб почати роботу».

«Уявіть, що спогад – це об'єкт перед вами. Ви можете підійти ближче або відійти далі. Ви контролюєте відстань».

2. Веде практику (20 хвилин):

«Оберіть один тригер із вашої карти – не найважчий, помірний».

«Закрийте очі. Уявіть, що цей спогад чи образ знаходиться перед вами на безпечній відстані».

Наближення (2 хвилини): «Повільно наближайтеся до нього. Що ви помічаєте? Які образи, звуки, відчуття з'являються?»

Зупинка: «А тепер зупиніться. Ви на безпечній відстані. Що відчуває ваше тіло? Яка інтенсивність емоції від 0 до 10?»

Відхід (2 хвилини): «Тепер повільно відходьте від спогаду. Він залишається там, а ви повертаєтеся сюди, у цю кімнату, до вашого безпечного місця».

Заземлення (3 хвилини): «Відчуйте ваші стопи на підлозі, дихання, звуки навколо. Ви тут, у безпеці, зараз».

Повторює цикл 1-2 рази, якщо учасники готові.

3. Обговорення (5 хвилин):

1. «Як це було? Чи вдалося контролювати відстань?»

2. «Що допомагало повертатися до безпеки?»

3. Тренер підсумовує: «Ви можете керувати контактом зі спогадом. Це не він контролює вас – ви контролюєте його».

Вправа 5. Визначення «зони толерантності»

Мета: Допомогти учасникам усвідомити їхню індивідуальну зону емоційної толерантності та навчитися розпізнавати моменти, коли потрібна стабілізація.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер представляє концепцію «вікна толерантності» (5 хвилин):

На фліпчарті малює три зони:

Гіперзбудження (над вікном): паніка, гнів, тривога, неможливість думати.

Зона толерантності (у вікні): я можу відчувати емоції, але залишатися у контакті з реальністю.

Гіпозбудження (під вікном): відключення, оніміння, дисоціація.

«Наша мета – якомога більше часу перебувати у вікні толерантності. Коли ви виходите за його межі, потрібна стабілізація».

2. Учасники аналізують власний досвід (7 хвилин):

Тренер роздає аркуші з запитаннями:

1. «Які ознаки того, що я у зоні толерантності?» (наприклад: можу думати, дихаю рівно, відчуваю контроль)

2. «Які ознаки гіперзбудження?» (серцебиття, напруження, бажання тікати)
3. «Які ознаки гіпозбудження?» (відчуття туману, відключення, відсутність емоцій)
4. «Які техніки допомагають мені повернутися у вікно?»

Вправа 6. Завершальна стабілізація та рефлексія

Мета: Допомогти учасникам повернутися до стану спокою після роботи з важким матеріалом, закріпити відчуття контролю та безпеки.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер веде практику заземлення «5-4-3-2-1» (5 хвилин):
2. Рефлексія (7 хвилин):
 - «Що сьогодні було для вас найважливішим?»
 - «Що ви дізналися про свої реакції?»
 - «Що допомагало вам відчувати безпеку?»
 - 2-3 учасники діляться короткими відповідями.
3. Домашнє завдання (3 хвилини):

Перечитувати «Карту травматичних реакцій» щодня.

4. Тренер завершує: «Ви сьогодні зробили мужню роботу. Дякую за довіру. Пам'ятайте: ви контролюєте процес, і група – ваша опора».

Заняття № 10

Мета заняття: Продовжити безпечну роботу з травматичними спогадами через контрольовану експозицію, навчити учасників позиції спостерігача щодо власної пам'яті, зменшити уникання та інтенсивність реакцій.

Загальна тривалість: 120 хвилин

Вправа 1. Вступна практика «Подвійна увага»

Мета: Навчити учасників утримувати увагу одночасно на спогаді та на безпеці теперішнього моменту, підготувати до роботи з важким матеріалом.

Час: 10 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пояснює концепцію: «Сьогодні ми працюватимемо зі спогадами. Важливо навчитися утримувати одночасно два досвіди: "Це було тоді" і "Зараз я в безпеці"».

2. Веде практику (7 хвилин):

- «Закрийте очі. Пригадайте нейтральний спогад – наприклад, вчорашній сніданок».

- «Тепер одночасно відчуйте ваші стопи на підлозі, дихання. Ви пам'ятаєте спогад, але ваше тіло – тут».

- «Це і є подвійна увага: частина вас у спогаді, частина – у безпеці зараз».

3. Короткий шерінг (3 хвилини): «Як це було? Чи вдалося утримувати обидва досвіди?»

4. Тренер підсумовує: «Ця навичка допоможе вам сьогодні. Ви завжди можете повертатися до "тут і зараз"».

Вправа 2. Обговорення домашнього завдання та досвіду практики

Мета: Перевірити, як учасники впоралися з технікою «Наближення та відхід», підтримати їхні зусилля, відповісти на запитання.

Час: 20 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер запитує: «Як вам було практикувати вдома? Що помітили?»

2. Учасники діляться досвідом (15 хвилин):

- Хто практикував? Який тригер обрали? Чи вдалося контролювати відстань?

- Якщо були труднощі – що допомогло впоратися? Які техніки стабілізації використовували?

3. Тренер відзначає спільні теми та підкреслює успіхи (5 хвилин):

- «Бачу, що багато хто зміг утримувати контроль. Це велике досягнення».

- «Якщо було складно – це нормально. Ви робите те, чого раніше уникали. Це вимагає мужності».

Вправа 3. Уявна експозиція: «Спостерігач власної історії»

Мета: Навчити учасників безпечно контактувати з травматичним спогадом з позиції спостерігача, зменшити інтенсивність емоційних реакцій, почати процес переробки пам'яті.

Час: 40 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пояснює техніку (5 хвилин):

- «Ми попрацюємо зі спогадом, але з безпечної відстані – як спостерігачі. Ви не повертаєтеся в події, а дивитеся на них ззовні».
- «Уявіть, що спогад – це фільм на екрані. Ви сидите в кінотеатрі, а події відбуваються там, на екрані».
- «Ви можете поставити на паузу, віддалити екран, вийти з кінотеатру в будь-який момент».

2. Підготовка (5 хвилин):

- «Оберіть один епізод із вашої карти тригерів – не найтяжчий, помірної складності».
- «Оцініть вашу готовність від 0 до 10. Якщо менше 5 – оберіть інший епізод».
- «Пригадайте вашу техніку стабілізації, яка працює найкраще».

3. Уявна експозиція (20 хвилин):

Тренер веде учасників через процес:

- **Заземлення (3 хвилини):** «Відчуйте стопи на підлозі, дихання. Ви в безпеці тут і зараз».
- **Вхід у спостереження (3 хвилини):** «Уявіть екран перед вами. Там з'являється образ, пов'язаний з епізодом. Що ви бачите? Де це відбувається?»
- **Опис без занурення (7 хвилин):** «Опишіть, що відбувається на екрані, немов це історія когось іншого. Що бачите? Які звуки? Що відчуває та людина на екрані?»
- Тренер регулярно нагадує: «Ви тут, у кінотеатрі. Це – там, на екрані. Яка зараз інтенсивність емоції від 0 до 10?»

- **Вихід і стабілізація (7 хвилин):** «Екран згасає. Ви виходите з кінотеатру. Повертаєтесь до цієї кімнати. Відчуйте стілець під вами, звуки навколо, дихання».

4. Обговорення (10 хвилин):

- «Як це було? Чи вдалося утримувати позицію спостерігача?»
- «Що допомагало залишатися в безпеці? Що було складним?»
- «Чи змінилася інтенсивність емоції під час або після вправи?»
- Тренер підсумовує: «Ви зробили важливий крок. Ви показали собі, що можете контактувати зі спогадом і залишатися в безпеці».

Вправа 4. Робота з «гарячими точками» спогаду

Мета: Допомогти учасникам визначити найбільш емоційно заряджені моменти спогаду та почати їх опрацювання через когнітивний аналіз.

Час: 25 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер пояснює концепцію «гарячих точок» (5 хвилин):
2. Учасники працюють індивідуально (12 хвилин):
 - Тренер роздає аркуші з запитаннями:
 - «Який момент у спогаді викликає найсильнішу реакцію?»
 - «Яка думка з'являється в цей момент?» («Я винен», «Я слабкий», «Світ небезпечний»)
 - «Яке переконання про себе/інших/світ стоїть за цією думкою?»
 - «Які докази підтверджують це переконання? Які – спростовують?»
 - Тренер супроводжує, нагадує про техніки стабілізації при потребі.
3. Обговорення в парах (5 хвилин):
 - Учасники діляться своїми спостереженнями, якщо готові.
 - Допомагають один одному знайти альтернативні погляди.
4. Загальне обговорення (3 хвилини):
 - Тренер запитує: «Чи вдалося знайти "гарячу точку"? Що ви помітили про переконання, яке за нею стоїть?»

- Підкреслює: «Часто найбільший біль – не в події, а в тому, як ми її інтерпретуємо. Ми можемо працювати з цими інтерпретаціями».

Вправа 5. Завершальна стабілізація «Повернення ресурсів»

Мета: Допомогти учасникам відновитися після інтенсивної роботи, повернути відчуття сили та контролю.

Час: 15 хвилин

Хід вправи:

1. Тренер веде практику ресурсної візуалізації (10 хвилин):

- «Закрийте очі. Пригадайте момент, коли ви відчували себе сильним, впевненим, у безпеці».

- «Де ви були? Хто був поруч? Що ви відчували?»

- «Дозвольте цьому відчуттю наповнити ваше тіло. Відчуйте силу, стабільність, спокій».

- «Ви можете повертатися до цього ресурсу завжди, коли потрібна підтримка».

2. Рефлексія (5 хвилин)

Заняття № 11

Мета заняття: сприяти інтеграції опрацьованого травматичного досвіду в загальну картину життя, відновити зв'язок із особистісними цінностями та ресурсами, підготувати ґрунт для повернення до соціального функціонування.

Тривалість заняття: 2 години 45 хвилин

Вправа 1: "Ритуал зустрічі та стабілізація" (30 хв)

Мета: Створити безпечний простір для роботи, відновити групову підтримку після глибокої роботи попереднього дня.

Хід вправи:

1. **Вступ (5 хв):** Ведучий вітає учасників, нагадує про безпечне середовище групи

2. **Коротка практика заземлення (10 хв):** Дихальна вправа "5-4-3-2-1" (5 речей, які бачу; 4 – чую; 3 – відчуваю дотиком; 2 – відчуваю запах; 1 – смакую)

3. Коло перевірки (15 хв): Кожен учасник коротко ділиться своїм станом сьогодні, використовуючи шкалу 1-10 та одне слово для опису емоції

Інструкції ведучого: "Сьогодні ми робимо важливий крок – від опрацювання того, що було, до побудови того, що буде. Це день інтеграції, коли ви почнете поєднувати всі частини вашого досвіду в єдину картину. Пам'ятайте: ви вже не там, де були тиждень тому. Ви пройшли важливий шлях."

Вправа 2: "Карта ресурсів та цінностей" (60 хв)

Мета: Актуалізувати внутрішні та зовнішні ресурси, відновити зв'язок із особистісними цінностями, які могли бути затьмарені травмою.

Матеріали: Великі аркуші паперу, маркери, кольорові стікери, роздатковий матеріал зі списком цінностей

Хід вправи:

1. Теоретичне введення (10 хв):

- Пояснення концепції ресурсів (внутрішніх: стійкість, гумор, віра; зовнішніх: люди, місця, діяльність)
- Пояснення цінностей як компаса життя: "Цінності – це не те, що ви досягаєте, а те, як ви йдете по життю"

- Різниця між травматичними реакціями та глибинними цінностями

2. Індивідуальна робота (25 хв):

- Учасники створюють візуальну карту ресурсів (можна малювати, писати, використовувати символи)
- Центр карти – "Я сьогодні"
- Навколо розміщуються: люди, які підтримують; місця, де відчуваю спокій; діяльність, що дає енергію; внутрішні якості; цінності (із списку обирають 5 найважливіших)
- Запитання для роздумів: "Що допомагало мені витримати?", "Які мої сильні сторони я відкрив/ла завдяки цьому досвіду?"

3. Робота в парах (15 хв):

- Учасники діляться своїми картами з партнером
- Партнер може ставити уточнювальні запитання, але не оцінює

4. Групове обговорення (10 хв):

- Добровільний обмін спостереженнями
- Які ресурси раніше не помічали?
- Які цінності виявилися найстійкішими?

Інструкції ведучого: "Травма часто звужує наше сприйняття – ми концентруємося на тому, що втратили або що пішло не так. Сьогодні ми розширюємо цей фокус. Це не означає применшити важливість того, що сталося. Це означає побачити повну картину – в якій є і біль, і ресурси, які допомогли вам пройти крізь це."

Вправа 3: "Реінтеграція наративу: від фрагментів до цілісності" (75 хв)

Мета: Інтегрувати травматичний досвід у загальну життєву історію, трансформувати "історію травми" в "історію про мене, який пережив травму".

Матеріали: Папір А4, ручки, допоміжна схема "Лінія життя з інтеграцією досвіду"

Хід вправи:

1. Теоретичне введення (15 хв):

- Пояснення концепції цілісного наративу: "Травматична подія – це розділ вашої книги, але не вся книга"
- Різниця між "жити в травмі" та "жити після травми, інтегрувавши її"
- Презентація моделі: До → Під час → Після → Сьогодні → Майбутнє

2. Індивідуальна письмова робота (40 хв): Учасники створюють письмовий наратив за структурою:

- "Я до події" (5-7 речень): Хто я був/ла? Мої цінності, мрії, важливі аспекти ідентичності
- "Подія та її вплив" (10-12 речень): Що сталося? Як це вплинуло на мене? Які були найважчі моменти? Що допомогло витримати? (фокус не на деталях травми, а на реакціях та ресурсах)

- "Я після: зміни та відкриття" (7-10 речень): Що змінилося в мені? Які нові якості виявив/ла? Що зруйнувалося, а що виявилось міцнішим? Які цінності стали яскравішими?

- "Я сьогодні" (5-7 речень): Де я зараз у процесі відновлення? Що я вже повернув/ла собі? Над чим ще працюю?

- "Напрямок у майбутнє" (3-5 речень): Які мої наміри? Як хочу жити далі, враховуючи цей досвід?

3. Важливо: Наголошувати, що це не фінальна версія – наратив може змінюватися з часом

4. Робота в малих групах (3-4 особи) (15 хв):

5. Групова рефлексія (5 хв):

- Як відчували себе під час написання?

- Чи були несподівані відкриття?

Інструкції ведучого: "Ви пишете не звіт про те, що сталося, а свою історію – історію людини, яка пережила щось екстремальне і продовжує рухатися далі. У цій історії є біль, але є й мужність. Є втрати, але є й відкриття. Травма – це частина вашої історії, але вона не визначає всю історію. Ви – автор цього тексту, а не його заручник."

Вправа 5: "Соціальна реінтеграція: підготовка до повернення" (75 хв)

Мета: Підготувати учасників до повернення в соціальне середовище, опрацювати можливі труднощі, сформулювати стратегії комунікації.

Матеріали: Роздатковий матеріал "Типові виклики реінтеграції", аркуші для роботи

Хід вправи:

1. Теоретичне введення (15 хв):

- Типові труднощі повернення: непорозуміння з близькими, відчуття самотності, ефект "вони не можуть зрозуміти"

- Різниця між ізоляцією та здоровими межами

- Концепція вибіркового розкриття: "Не всі повинні знати все; ви обираєте, з ким і чим ділитися"

2. Рольові ситуації в парах (30 хв): Учасники отримують картки з типовими ситуаціями:

- "Близька людина питає: 'Що з тобою? Ти такий/а інший/а'"
- "Колега цікавиться: 'Ну й як там було? Розкажи!'"
- "Член сім'ї скаржиться: 'Ти постійно на взводі, розслабся вже'"
- "Друг говорить: 'Та всі через це проходять, візьми себе в руки'"

3. У кожній парі один – учасник, другий – співрозмовник

- Програють ситуацію
- Обговорюють: що спрацювало, що ні
- Міняються ролями або ситуацією
- Пробують альтернативні відповіді

Групове обговорення (10 хв):

- Обмін стратегіями
- Які найбільші побоювання щодо повернення?
- Як група може підтримати після завершення програми?

Інструкції ведучого: "Повернення в 'нормальне життя' після такого досвіду – це не перемикач, який натиснув і все відразу стало як раніше. Це процес. І нормально, якщо спочатку складно, якщо не всі розуміють, якщо доводиться пояснювати. Ви маєте право на свій темп, на свої межі, на вибірковість у тому, з ким ділитися. Це не слабкість – це турбота про себе."

Вправа 6: "Ритуал завершення дня та домашнє завдання" (30 хв)

Мета: Підсумувати роботу дня, закріпити набуті інсайти, підготувати до завтрашнього завершального дня.

Хід вправи:

1. Коло рефлексії (20 хв):

1. Кожен учасник завершує речення: "Сьогодні я відкрив/ла для себе, що..."

2. Добровільний обмін: "Що візьму з собою з сьогоднішнього дня?"

2. Презентація домашнього завдання (10 хв): Завдання 1: "Щоденник інтеграції"

1. Щовечора записувати: один момент, коли відчув/ла зв'язок із цінностями; одну ситуацію, де використав/ла нові навички; одну річ, за яку вдячний/на сьогодні

3. Завдання 2: "Перша дія реінтеграції"

1. Зробити один маленький крок із плану реінтеграції (телефонний дзвінок другу, повернення до хобі, налаштування режиму сну)

4. Завдання 3: Перечитати свої листи собі (по бажанню)

Заключне слово ведучого: "Сьогодні був день інтеграції – ви з'єднували частини себе, які травма намагалася роз'єднати. Ви нагадали собі, хто ви є за межами того, що сталося. Завтра – наш останній день разом. Це буде день зміцнення, планування та закриття. Ви молодці. Дякую за вашу мужність."

Зміст занять тренінгу на 4 тижні

Четвертий тиждень тренінгової програми був присвячений інтеграції попередніх терапевтичних напрацювань, формуванню психологічної гнучкості та актуалізації внутрішніх ресурсів, що забезпечують довгострокову адаптацію після травматичного досвіду. Основою цього етапу виступали принципи терапії прийняття і відповідальності (АСТ), орієнтовані на роботу з цінностями, прийняттям емоцій та усвідомленим вибором поведінки, а також концепція посттравматичного зростання. Метою тижня було допомогти учасникам інтегрувати опрацьований досвід у ширшу особистісну структуру, визначити життєві орієнтири та посилити відчуття сенсу власного життя.

Перший блок роботи на цьому етапі стосувався формування навичок прийняття та психологічної гнучкості, що є центральними компонентами АСТ. Учасникам пояснювалося, що завданням цього підходу не є зменшення інтенсивності емоційних реакцій як самоціль, а скоріше навчання жити повноцінно, не уникаючи внутрішнього досвіду. У цьому контексті застосовувалися формулювання на кшталт: «Емоції можуть залишатися

присутніми, але вони не повинні визначати ваші рішення», «Ваш біль – частина вашої історії, але він не є всім, ким ви є».

Наступною важливою складовою тижня стала робота з цінностями («Визначення життєвих цінностей», АСТ). Учасникам пропонувалося визначити ті напрями життя, які залишаються для них значущими попри пережиту травму (стосунки, розвиток, служіння, професійна реалізація, підтримка інших ветеранів тощо). Оскільки бойовий досвід часто радикально змінює уявлення про себе та майбутнє, ця робота сприяла відновленню відчуття напрямку та внутрішньої мотивації, тому акцент робився на відмінності між цінностями та цілями: цінності – це орієнтири, які не втрачають актуальності, тоді як цілі є конкретними поведінковими кроками. Застосовувалися питання, що активізують рефлексію: «Якою людиною ви прагнете бути, навіть попри досвід, який пережили?», «Які принципи залишилися для вас важливими після війни?».

Після роботи з цінностями учасники переходили до етапу формування поведінкових намірів (як саме вони будуть це реалізовувати в житті) та життєвих стратегій, що дозволяло перетворити внутрішні орієнтири на конкретні дії, які учасник може здійснювати у повсякденному житті. У цьому блоці використовувалися техніки аналізу бар'єрів що можуть заважати реалізації визначених цінностей, та техніки планування маленьких, реалістичних кроків.

Важливим компонентом також була робота з феноменом посттравматичного зростання («Інтеграція досвіду»), що дозволяла учасникам переосмислити травматичні події не лише як джерело втрат, але і як фактори трансформації та перегляду життєвих орієнтирів. Підкреслювалося, що посттравматичне зростання не заперечує наявність болю чи втрат, а співіснує з ними. Учасникам пропонувалися запитання: «Що у вас стало сильнішим після пережитого досвіду?», «Які нові ресурси чи якості ви помітили в собі?». Такий підхід дозволяв сформулювати більш цілісне бачення себе – не лише як носія травматичних симптомів, але як людину, здатну до розвитку попри складні обставини.

Завершальною частиною роботи тижня була інтеграція пройденого матеріалу та підготовка до завершення тренінгу. Учасники обговорювали власну динаміку, зміни у когнітивних, емоційних та поведінкових реакціях, а також формували

індивідуальні плани подальшого розвитку на основі цінностей; обговорювався також досвід участі у групі як джерело підтримки та резилієнтності.

Домашнім завданням цього тижня стало формування «ціннісного плану дій» – списку конкретних кроків, які учасники можуть здійснювати протягом найближчого місяця відповідно до визначених життєвих орієнтирів (див. Додаток Г), що спрямовано на закріплення навичок психологічної гнучкості, а також на забезпечення довготривалого ефекту тренінгу після завершення його програми.

У результаті проходження тренінгової програми очікується низка позитивних змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах учасників:

- зниження інтенсивності симптомів ПТСР, зокрема гіперзбудження, нав'язливих спогадів, уникання та негативних когнітивних оцінок, що відображає ефективність технік ТФ-КПТ та поступової експозиційної складової;
- покращення емоційної регуляції та підвищення стресостійкості, завдяки технікам ДБТ, що зменшує імпульсивні та фізіологічні реакції на тригери;
- трансформація дезадаптивних переконань, пов'язаних із загрозою, провинною, самозвинуваченням та негативними глобальними узагальненнями, завдяки когнітивній реструктуризації (ТФ-КПТ);
- посилення когнітивної гнучкості та здатності розпізнавати автоматичні думки, дистанціюватися від них та замінювати більш реалістичними оцінками ситуації;
- формування цілісного та менш фрагментованого наративу травматичного досвіду, що сприятиме зниженню емоційної насиченості спогадів і підвищенню відчуття контролю над ними;
- зростання рівня психологічної гнучкості та здатності діяти відповідно до особистісних цінностей, незважаючи на наявність складних емоцій (результат застосування АСТ);
- підвищення показників посттравматичного зростання, зокрема переорієнтації на особистісний розвиток, зміцнення міжособистісних взаємин і формування нових життєвих смислів;

– покращення соціального та професійного функціонування, зменшення уникання повсякденних ситуацій і зростання самоефективності в процесі повернення до мирного життя.

Заняття № 12

Мета заняття: допомогти учасникам переосмислити травматичний досвід у контексті особистісної трансформації, визначити набуті ресурси та сформувані цілісне бачення себе як людини, здатної до зростання попри пережите.

Тривалість заняття: 120 хвилин

Структура заняття:

1. Привітання та рефлексія попереднього тижня (15 хв)

Ведучий вітає учасників і пропонує поділитися досвідом виконання домашнього завдання з попереднього тижня — роботи з цінностями та поведінковими намірами. Обговорюються труднощі, що виникли при визначенні життєвих орієнтирів, а також перші кроки, які вдалося здійснити відповідно до визначених цінностей.

Ключові питання для обговорення:

- Які цінності виявилися для вас найбільш значущими?
- Які бар'єри ви помітили на шляху реалізації цих цінностей?
- Чи вдалося зробити перші конкретні кроки?

2. Психоедукація: концепція посттравматичного зростання (20 хв)

Ведучий представляє концепцію посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth), підкреслюючи, що:

- Посттравматичне зростання не заперечує біль, страждання чи втрати, а співіснує з ними
- Травматичний досвід може стати каталізатором глибоких особистісних трансформацій
- Зростання не є автоматичним наслідком травми, а результатом активної внутрішньої роботи

Основні сфери посттравматичного зростання:

1. Переоцінка себе — виявлення нових внутрішніх ресурсів, сили, стійкості
2. Трансформація стосунків — поглиблення зв'язків, підвищення емпатії, переосмислення важливості близькості
3. Нові життєві можливості — відкриття нових шляхів розвитку, інтересів, напрямків діяльності
4. Духовні зміни — переосмислення екзистенційних питань, пошук глибшого сенсу
5. Переоцінка життя — зростання вдячності, усвідомлення цінності моменту, зміна пріоритетів

Важливе формулювання: “Визнання посттравматичного зростання не означає, що травма була ‘хорошою’ чи ‘необхідною’. Це означає, що ви здатні знаходити сенс і рухатися вперед, навіть попри те, що сталося.”

3. Вправа «Картографія трансформації» (35 хв)

Учасникам пропонується створити візуальну або текстову «карту» власної трансформації через травматичний досвід.

Інструкція:

“Візьміть аркуш паперу та поділіть його на дві частини. З лівого боку опишіть або намалюйте себе «до» — яким ви були перед травматичним досвідом: ваші цінності, переконання, ставлення до себе та світу, плани. З правого боку — себе «після»: що змінилося, які нові якості з'явилися, що стало важливішим, а що втратило значення.”

Питання для рефлексії:

1. Які нові ресурси чи якості ви помітили в собі після пережитого?
2. Що у вас стало сильнішим?
3. Які переконання про себе, людей або життя трансформувалися?
4. Чи з'явилися нові здібності до емпатії, підтримки інших, розуміння?
5. Які втрати ви пережили, і як вони співіснують із набутими ресурсами?

Після індивідуальної роботи учасники за бажанням діляться своїми картами в групі. Ведучий підкреслює, що зростання та біль можуть співіснувати, і це нормально.

4. Групова дискусія «Сила через страждання» (25 хв)

Ведучий пропонує учасникам обговорити колективний досвід трансформації, звертаючи увагу на спільні теми:

Питання для обговорення:

- Як змінилося ваше розуміння власної сили та витривалості?
- Чи помітили ви зміни у відносинах з близькими людьми?
- Як змінилося ставлення до речей, які раніше здавалися важливими?
- Чи відкрилися для вас нові можливості або шляхи, про які ви не думали раніше?
- Як військовий досвід вплинув на вашу здатність підтримувати інших ветеранів?

Ведучий валідує всі відповіді, підкреслюючи унікальність кожного шляху зростання та важливість визнання як позитивних змін, так і складнощів.

5. Вправа «Лист собі майбутньому» (20 хв)

Учасникам пропонується написати лист собі через рік, в якому вони:

1. Описують, якими бачать себе через рік
2. Які цінності реалізували
3. Які кроки зростання здійснили
4. Які складності подолали
5. Які ресурси використовували для підтримки себе

Інструкція: “Уявіть, що минув рік після завершення цього тренінгу. Ви продовжували рухатися відповідно до своїх цінностей, працювали з собою, інтегрували досвід. Напишіть собі лист, в якому опишете, де ви зараз, що вам вдалося, які зміни відбулися у вашому житті.”

Листи запечатуються в конверти, і учасникам пропонується взяти їх додому та відкрити через рік.

6. Завершення заняття та домашнє завдання (5 хв)

Ведучий підсумовує ключові ідеї заняття та пропонує домашнє завдання.

Домашнє завдання:

1. Продовжити роботу над «ціннісним планом дій» — доповнити його конкретними прикладами того, як посттравматичне зростання може проявлятися у повсякденному житті
2. Щодня записувати один приклад прояву власного зростання (навіть найменший)
3. Підготуватися до наступного заняття, обдумавши питання: “Яким чином я можу продовжувати підтримувати своє зростання після завершення тренінгу?”

Заняття № 13

Мета заняття: інтегрувати набуті навички та знання, сформувати індивідуальні стратегії підтримки психологічного благополуччя після завершення тренінгу та підготувати учасників до самостійного застосування опрацьованих технік.

Тривалість заняття: 120 хвилин

Структура заняття:

1. Привітання та перевірка домашнього завдання (15 хв)

Ведучий запрошує учасників поділитися прикладами посттравматичного зростання, які вони помітили протягом тижня. Обговорюються успіхи та труднощі у веденні щоденника зростання.

Ключове повідомлення: “Здатність помічати навіть найменші прояви зростання — це вже ознака трансформації вашого погляду на себе та свій досвід.”

2. Групова вправа «Мапа тригерів та стратегій подолання» (30 хв)

Ведучий пропонує учасникам створити персоналізовану «мапу безпеки» — документ, який допоможе впоратися зі складними ситуаціями після завершення тренінгу.

Структура мапи:

1. Ранні ознаки погіршення стану:
2. Фізичні сигнали (напруга, безсоння, головний біль)
3. Емоційні сигнали (дратівливість, відстороненість, страх)
4. Поведінкові сигнали (уникання, ізоляція, збільшення вживання алкоголю)
5. Когнітивні сигнали (негативні думки, катастрофізація)

2. Мої основні тригери:

Зовнішні (звуки, місця, дати, люди)

Внутрішні (спогади, емоції, фізичні відчуття)

3. Стратегії швидкого реагування:

Техніки заземлення (які саме працюють для мене?)

Техніки регуляції емоцій (які я використовуватиму першочергово?)

Фрази самопідтримки (що я можу собі сказати?)

4. Мережа підтримки:

До кого я можу звернутися? (імена, контакти)

Які професійні ресурси доступні? (психолог, ветеранські організації, кризові лінії)

Які групи підтримки я можу відвідувати?

Учасники працюють індивідуально, після чого обговорюють свої мапи у парах, доповнюючи та коригуючи їх.

4. Психоедукація: профілактика рецидивів (15 хв)

Ведучий пояснює, що відновлення після травми — це не лінійний процес, і періодичні погіршення можливі та нормальні.

Ключові повідомлення:

- “Погіршення не означає провал — це частина процесу відновлення”
- “Важливо розпізнавати ранні ознаки та діяти проактивно, а не чекати кризи”
- “Звернення по допомогу — це ознака сили, а не слабкості”

5. Рефлексія групового досвіду (10 хв)

Ведучий запрошує учасників поділитися тим, що для них означала підтримка групи:

Питання для обговорення:

1. Що для вас було найціннішим у груповому форматі?
2. Як група допомагала вам у процесі відновлення?
3. Які якості групи ви хотіли б зберегти у своєму житті після тренінгу?
4. Чи плануєте ви підтримувати контакт з іншими учасниками?

5. Ведучий підкреслює важливість спільності досвіду та взаємопідтримки.

7. Завершення заняття та підготовка до фінальної зустрічі (10 хв)

Заняття № 14

Мета заняття: Підбити підсумки тренінгової програми, відзначити досягнення учасників, забезпечити емоційне завершення групового процесу та мотивувати до подальшого самостійного застосування набутих навичок.

Тривалість: 150 хвилин

Структура заняття:

1. Урочисте відкриття фінальної зустрічі (10 хв)

Ведучий вітає учасників на останній зустрічі тренінгової програми, підкреслюючи важливість пройденого шляху.

Вступне слово:

“Сьогодні ми завершуємо інтенсивний чотиритижневий шлях роботи з травматичним досвідом. Кожен з вас здійснив величезну внутрішню роботу, проявив мужність зустрітися з важкими спогадами та емоціями, і розвинув нові навички, які допоможуть вам жити повноцінним життям. Сьогоднішня зустріч — це можливість підбити підсумки, відзначити ваші досягнення та підготуватися до нового етапу — життя після тренінгу.”

2. Огляд динаміки групи: «Шлях, який ми пройшли разом» (20 хв)

Ведучий пропонує учасникам згадати ключові етапи тренінгу:

Тиждень 1: Стабілізація та безпека

Що було найскладнішим на початку?

Які техніки саморегуляції виявилися найкориснішими?

Як змінилося відчуття контролю над емоціями?

Тиждень 2: Робота з травматичними спогадами

Як було працювати з важкими спогадами?

Що допомогло впоратися з експозицією?

Які зміни ви помітили у інтенсивності спогадів?

Тиждень 3: Когнітивна реструктуризація

Які автоматичні думки вдалося розпізнати та змінити?

Як трансформувалися ваші переконання про себе, світ, майбутнє?

Які нові, більш збалансовані погляди сформувалися?

Тиждень 4: Інтеграція та зростання

Які цінності визначилися як найважливіші?

Які прояви посттравматичного зростання ви помітили?

Як змінилося бачення себе та свого майбутнього?

Учасники по черзі діляться своїми спостереженнями щодо власної динаміки.

Ведучий підсумовує спільні теми та відзначає унікальність кожного шляху.

3. Презентація «Ціннісних планів дій» (30 хв)

Формат: Кожен учасник має 3-5 хвилин на презентацію. Інші учасники можуть ставити підтримуючі запитання або ділитися зворотним зв'язком.

Ведучий підкреслює реалістичність та конкретність планів, валідує труднощі та відзначає сміливість учасників рухатися вперед.

4. Вправа «Символ трансформації» (25 хв)

Учасники діляться символічними предметами або словами, які відображають їхній досвід участі у тренінгу (домашнє завдання).

Інструкція:

“Кожен з вас підготував символ або слово, яке найкраще відображає ваш особистий досвід цього тренінгу. Це може бути метафора, образ, предмет або поняття. Будь ласка, поділіться ним з групою та поясніть, чому саме це має для вас значення.”

Ведучий записує всі символи на фліпчарті, створюючи колективну “карту трансформації” групи.

5. Церемонія визнання досягнень (20 хв)

Ведучий проводить урочисту церемонію визнання досягнень кожного учасника. Коротко описує унікальні досягнення та зміни, які він помітив у цього учасника протягом тренінгу. Ведучий підкреслює, що завершення тренінгу — це не кінець процесу відновлення, а новий етап, на якому учасники застосовуватимуть набуті навички самостійно.

6. Вправа «Послання самому собі» (15 хв)

Учасникам пропонується написати коротку записку самому собі — послання, яке вони зможуть перечитати в момент, коли буде складно.

Інструкція:

“Напишіть собі коротке послання — 5-7 речень — яке ви зможете перечитати, коли відчуєте, що втрачаєте опору або забуваєте про свої ресурси. Що ви хочете нагадати собі? Про які навички не забути? Які слова підтримки сказати собі?”

7. Створення плану підтримки контакту (10 хв)

Ведучий обговорює з групою можливості підтримання зв'язку після завершення тренінгу:

Можливі варіанти:

Створення групи в месенджері (за бажанням учасників)

Організація зустрічей підтримки раз на місяць або квартал

Обмін контактами для індивідуального спілкування

Інформація про ветеранські організації та групи підтримки

Важливе повідомлення: “Група — це потужний ресурс підтримки. Ви пройшли разом складний шлях, і цей зв'язок може залишатися важливим для кожного з вас. Водночас пам'ятайте, що у вас є право на особисті межі, і ви вирішуєте, якою мірою хочете підтримувати контакт.”

8. Ритуал завершення: «Коло вдячності» (15 хв)

Учасники стають або сідають у коло. Кожен по черзі завершує речення:

“Я вдячний/вдячна цій групі за...”

“Я виношу з цього тренінгу...”

“Я бажаю собі та групі...”

Ведучий також ділиться своєю вдячністю групі та висловлює побажання кожному учаснику.

9. Заключне слово ведучого (10 хв)

Ведучий підбиває підсумки тренінгу, ще раз підкреслюючи ключові досягнення групи:

Структура заключного слова:

“Протягом цих чотирьох тижнів ви здійснили величезну роботу. Ви навчилися: розпізнавати та регулювати важкі емоції; працювати з тригерами та травматичними спогадами; трансформувати дезадаптивні думки; інтегрувати

досвід у цілісний наратив; визначати та реалізовувати свої цінності; знаходити прояви зростання навіть у найважчому досвіді. Пам'ятайте: відновлення — це не повернення до того, ким ви були «до», а становлення новою версією себе — версією, яка інтегрувала досвід, виробила нові ресурси та здатна жити повноцінним життям попри пережите. У вас є всі необхідні інструменти. Тепер ваше завдання — продовжувати їх використовувати, звертатися по підтримку, коли потрібно, та рухатися відповідно до ваших цінностей. Ви не самотні. Поруч з вами — інші ветерани, професійна спільнота, близькі люди. І найголовніше — ви самі, зі своєю силою, витривалістю та здатністю до зростання.

Дякую вам за довіру, відкритість та мужність. Бажаю вам продовжувати цей шлях з гідністю та надією.”

10. Неформальне спілкування (15 хв)

Після офіційного завершення учасники мають можливість неформально поспілкуватися, обмінятися контактами, сфотографуватися на згадку (за бажанням).

3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту

На контрольному етапі дослідження було здійснено повторне вимірювання показників психологічного стану учасників з метою визначення змін, що відбулися внаслідок реалізації програми профілактики посттравматичних стресових розладів. Повторна діагностика задіяла ті самі психометричні інструменти, що й констатувальний етап, що дало змогу забезпечити методологічну зіставність отриманих даних та здійснити аналіз динаміки у межах кожної групи. Оцінювання результатів формувального експерименту передбачало не лише описову характеристику змін у рівні посттравматичної симптоматики, емоційного стану, функціонування та посттравматичного зростання, але й виявлення структурних взаємозв'язків між цими показниками на завершальному етапі впливу, тому застосування кореляційного аналізу дозволило простежити, яким чином

інтенсивність окремих симптомів та ресурсних характеристик взаємодіє на етапі завершення інтервенції.

Зведену таблицю описового аналізу за всіма методиками дослідження на даному етапі представлено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Зведена таблиця показників дослідження (контрольний етап)

	Вибірка	Кількість	Значення	Медіана	Стандартне відхилення	Стандартна помилка
Функціонування	Експериментальна	25	17.16	17.00	2.01	0.403
	Контрольна	25	14.00	14.00	3.66	0.733
Тривога	Експериментальна	25	6.88	7.00	2.33	0.467
	Контрольна	25	8.48	8.00	2.40	0.480
Депресія	Експериментальна	25	6.68	7.00	2.50	0.520
	Контрольна	25	7.80	8.00	2.06	0.412
ПТСР симптоми	Експериментальна	25	29.96	29.00	6.28	1.256
	Контрольна	25	50.44	50.00	7.26	1.453
Шкала впливу подій	Експериментальна	25	42.08	41.00	7.99	1.598
	Контрольна	25	33.80	32.00	10.07	2.015
Посттравматичне зростання	Експериментальна	25	56.60	54.00	7.80	1.561
	Контрольна	25	45.56	49.00	6.27	1.253

Показники шкали робочої та соціальної адаптації на контрольному етапі демонструють суттєві позитивні зрушення в експериментальній групі. Середнє значення функціонування становило $M = 17.16$ ($SD = 2.01$), що є значущим підвищенням порівняно з вихідним рівнем і вказує на покращення загальної

здатності виконувати професійні, соціальні та побутові функції; у той же час для контрольної групи показник залишився незмінним порівняно з констатувальним етапом ($M = 14.00$, $SD = 3.66$), що вказує на відсутність спонтанної позитивної динаміки без цілеспрямованого втручання. З погляду концептуальних моделей стресу та адаптації, зростання функціональних показників у експериментальній групі можна інтерпретувати як активізацію компенсаторних і резильєнтних механізмів, пов'язаних із зниженням емоційного та фізіологічного напруження, відновленням виконавчих функцій і покращенням саморегуляції. З раніше проведених дослідженнях військової популяції добре відомо, що функціональна активність прямо корелює зі зниженням симптомів ПТСР і депресії, що також підтверджується в нашому дослідженні за іншими шкалами.

Результати повторної діагностики тривожності (госпітальна шкала тривоги та депресії) показали чітку позитивну динаміку у експериментальній групі після реалізації програми. Середнє значення становило $M = 6.88$ ($SD = 2.33$), що є зниженням порівняно з констатувальним етапом і відображає перехід частини респондентів до зони субклінічних або мінімальних рівнів тривожності. У контрольній групі показники залишилися практично незмінними ($M = 8.48$, $SD = 2.40$). З позиції когнітивно-емоційних моделей (А. Бек, Кларк), зниження рівня тривожності може свідчити про зменшення гіперпильності, переробку травматичних схем загрози та нормалізацію реактивності нервової системи; позитивна динаміка також узгоджується з підвищенням рівня функціонування, оскільки тривожність є одним із головних факторів поведінкової дезадаптації.

У показниках депресії експериментальної групи також спостерігається позитивна динаміка: середнє значення становить $M = 6.68$ ($SD = 2.50$), що демонструє додаткове зниження порівняно з констатувальним етапом, що свідчить про зменшення вираженості емоційного виснаження, підвищення мотиваційної активності та часткове відновлення афективної регуляції. Виявлені зміни можна пов'язати з відновленням внутрішнього локусу контролю, зменшенням почуття безпорадності та появою нових смислових опор, що потенційно є результатом проведеної психокорекційної роботи.

Також в експериментальній групі спостерігається зниження інтенсивності посттравматичних симптомів ($M = 29.96$, $SD = 6.28$), що є суттєвою відмінністю від вихідних показників і свідчить про ефективність програми профілактики ПТСР; в контрольній групі рівень симптомів залишився високим ($M = 50.44$, $SD = 7.26$), що підтверджує відсутність покращення без цілеспрямованого психологічного втручання. З огляду на DSM-5 модель ПТСР, зниження інтрузій, уникнення та гіперзбудження вказує на покращення когнітивної переробки травматичного досвіду, зменшення активації умовно-рефлекторних реакцій та відновлення емоційної стійкості.

Результати показників шкали впливу подій IES-R у експериментальній групі також демонструють позитивний ефект: середнє значення становить $M = 42.08$ ($SD = 7.99$), що є зниженням інтрузивності та уникнення порівняно з початковим рівнем; в контрольній групі навпаки спостерігається зростання дистресу ($M = 33.80$, $SD = 10.07$). Отримані результати узгоджуються з теорією подвійної переробки травми яка описує, що зміни в когнітивній інтеграції досвіду та зменшення емоційної реактивності можливі лише за умов активного психокорекційного впливу.

Показники посттравматичного зростання у експериментальній групі показали виражені позитивні зміни ($M = 56.60$, $SD = 7.80$), що перевищує як її вихідні показники, так і результати контрольної групи ($M = 45.56$, $SD = 6.27$), що загалом свідчить про якісні зміни у способах осмислення травматичного досвіду, включно з формуванням нових смислів, переоцінкою особистісних пріоритетів, підвищенням психологічної стійкості та зміцненням міжособистісних зв'язків. Відповідно до моделі Tedeschi та Calhoun, такі покращення є індикаторами завершення процесу когнітивної реконструкції травми та переходу від дистресу до конструктивної адаптації.

Далі було застосовано кореляційний аналіз що дозволив виявити структурні взаємозв'язки між основними показниками психологічного стану учасників після завершення формувального етапу. Виявлені кореляції відображають як механізми травматичного впливу, так і ресурсні компоненти адаптації, що формуються під впливом профілактично-корекційної програми.

Результати подано в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Результати кореляційного аналізу

		Функціонування	Тривога	Депресія	ПТСР	Шкала впливу подій
Функціонування	Коефіцієнт г- Пірсона	—	—			
	р- значення	—	—			
Тривога	Коефіцієнт г- Пірсона	0.354*	—			
	р- значення	< 0.05	—			
Депресія	Коефіцієнт г- Пірсона	0.362**	0.175	—		
	р- значення	< 0.05	0.223	—		
ПТСР симптоми	Коефіцієнт г- Пірсона	0.151	0.455**	0.421**	—	
	р- значення	0.295	<0.01	<0.01	—	

Продовж. табл. 3.5

Шкала впливу подій	Коефіцієнт r-Пірсона	-0.444**	0.271	-0.223	-0.523***	—
	р-значення	<0.01	0.057	0.119	<0.001	—
Посттравматичне зростання	Коефіцієнт r-Пірсона	0.360*	-0.317*	0.174	0.102	-0.544***
	р-значення	0.010	0.025	0.226	0.483	<0.001

Примітка: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Першим статистично значущим є встановлення негативного кореляційного зв'язку між функціонуванням та інтенсивністю впливу травматичних подій ($r = -0.444$, $p < 0.01$), що свідчить про те, що зі зростанням пережитого травматичного дистресу знижується здатність особистості ефективно функціонувати у професійній, соціальній та побутовій сферах. Подібна динаміка узгоджується з теоріями стресового виснаження та порушення виконавчих функцій унаслідок дії травматичних факторів, які підкреслюють, що хронічне симптоматичне напруження обмежує адаптаційні можливості суб'єкта та знижує рівень продуктивної активності.

Водночас результати свідчать про наявність позитивних кореляцій між посттравматичним зростанням і функціонуванням ($r = 0.360$, $p < 0.05$), що показує конструктивну роль адаптивних ресурсів: індивіди, які переживають посттравматичне зростання (переосмислення життєвих цінностей, покращення міжособистісних стосунків тощо) – демонструють кращу здатність підтримувати ефективність у повсякденному житті, що узгоджується з моделлю авторів теорії посттравматичного зростання, яка підкреслює переосмислення травми як чинник психологічного оновлення та функціональної реінтеграції.

Показники тривожності продемонстрували значущі взаємозв'язки у кількох напрямках: тривога негативно корелювала з посттравматичним зростанням ($r = -0.317, p < 0.05$), що свідчить про те, що підвищений рівень емоційної напруженості та гіперпильності може гальмувати процес формування конструктивних смислів. Загалом це відповідає теорії емоційної дисрегуляції, згідно з якою надмірна тривожність обмежує когнітивні ресурси, необхідні для рефлексії та позитивної переоцінки травматичного досвіду.

Характерним результатом є також значущі позитивні кореляції між симптомами ПТСР та тривогою ($r = .455, p < 0.01$), а також між симптомами ПТСР і депресією ($r = .421, p < 0.01$). Отримані зв'язки відображають досить типову коморбідність посттравматичного стресового розладу з емоційними порушеннями. Згідно з сучасними когнітивно-поведінковими моделями ПТСР, підвищена тривожність, емоційна загальмованість та негативні когнітивні схеми виступають механізмами підтримання симптомів ПТСР, що робить ці зв'язки клінічно очікуваними та психологічно обґрунтованими.

Також встановлено позитивний зв'язок між інтенсивністю травматичного впливу та посттравматичним зростанням ($r = 0.544, p < 0.001$), що узгоджується з концепцією «парадоксу зростання», у межах якої значний рівень травматичного переживання створює умови для глибоких екзистенційних переоцінок, що уможливлюють появу нових смислів та особистісної трансформації, тому цей зв'язок цілком характерний для військових вибірок, де високий рівень стресової експозиції часто супроводжується зміною світоглядної структури та розвитком нових форм психологічної стійкості.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу можна зазначити, що структура кореляцій свідчить про подвійний характер посттравматичних наслідків, у якому дистрес та адаптація співіснують і взаємодіють: показники ПТСР, тривоги та впливу подій формують стійкий кластер негативних проявів, що мають системний вплив на функціонування; водночас посттравматичне зростання демонструє власну систему зв'язків, що відображає процеси психологічного відновлення та інтеграції досвіду.

3.3. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента

Для оцінки ефективності розробленої програми було застосовано комплекс статистичних методів, що дозволяють перевірити як внутрішньогрупову динаміку, так і міжгрупові відмінності після проведення інтервенції. По-перше, для аналізу змін у межах експериментальної групи було застосовано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок, який дозволяє оцінити статистичну значущість різниці між показниками «до» та «після» впровадження програми. По-друге, для визначення відмінностей між експериментальною та контрольною групами було використано t-критерій для незалежних вибірок, що дозволяє встановити, чи відрізняються результати учасників після завершення програми, враховуючи, що контрольна група не отримувала психокорекційного впливу.

Для початку, з метою оцінки змін що відбулися після реалізації програми профілактики ПТСР, було застосовано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок, що дозволив встановити, чи є статистично значущими відмінності між показниками констатувального та контрольного етапів, та оцінити розмір ефекту впливу (Cohen's d). Результати t-тесту Стьюдента для залежних вибірок представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати t-тесту Стьюдента для залежних вибірок (експериментальна група)

			statistic	df	p	Effect Size
Функціонування (контр)	Функціонування (контр)	Student's t	-6.40	24.0	<0.001	-1.280

Продовж. табл. 3.6

Тривога (констат)	Тривога (контр)	Student's t	2.73	24.0	0.012	0.546
Депресія (констат)	Депресія (контр)	Student's t	-2.44	24.0	0.022	-0.488
ПТСР симптоми (констат)	ПТСР симптоми (контр)	Student's t	14.80	24.0	<0.001	2.959
Шкала впливу подій (констат)	Шкала впливу подій (контр)	Student's t	55.47	24.0	<0.001	11.094
Посттравма- тичне зростання (констат)	Посттравматичне зростання (контр)	Student's t	-6.31	24.0	<0.001	-1.261

Як можливо побачити з табл. 3.6, результати аналізу засвідчили суттєві позитивні зміни за всіма вимірюваними змінними, що загалом свідчить про підтверджену ефективність застосування психокорекційної програми. Першою змінною, яка продемонструвала статистично значуще покращення, є показники функціональності: після проведення профілактичних інтервенцій показники значно зросли у порівнянні з вихідними, $t(24) = -6.40$, $p < 0.001$, $d = -1.280$, що вказує на великий розмір ефекту. Практично це означає, що респонденти стали краще виконувати повсякденні, соціальні та професійні обов'язки, що можливо

пояснити в результаті зниження симптоматичного навантаження, відновлення когнітивної гнучкості та покращення навичок емоційної регуляції.

Показники рівня тривоги також зазнали позитивних змін: вони стали істотно нижчими, $t(24) = 2.73$, $p = 0.012$, $d = 0.546$, а середній розмір ефекту вказує на зменшення гіперпильності та емоційної напруженості, що є типовими компонентами посттравматичних реакцій. Згідно з когнітивно-поведінковими моделями тривоги, такі зміни можуть бути зумовлені зниженням так званих «катастрофізуючих» установок та ефективнішим управлінням фізіологічною реактивністю, що досягається за допомогою технік стабілізації та дихальних вправ, які були застосовані в розробленому тренінгу.

Аналогічно, рівень депресивних проявів суттєво зменшився, $t(24) = -2.44$, $p = 0.022$, $d = -0.488$, що відповідає середньому ефекту. А отже, це свідчить про зниження відчуття емоційного виснаження, підвищення мотивації та загалом зменшення почуття безнадійності, що є типовими складовими у структурі депресивних проявів.

Одним із найвагоміших результатів є суттєве зниження симптомів ПТСР. Після проходження програми інтенсивність симптоматики значно зменшилася, $t(24) = 14.80$, $p < 0.001$, $d = 2.959$ – результат із статистично значущим розміром ефекту, що вказує на змістовні зміни в механізмах травматичної переробки, включно зі зменшенням нав'язливих спогадів, уникнення, дисоціативних проявів та гіперзбудження. Отриманий нами ефект втручання узгоджується з теоретичними уявленнями Ehlers & Clark, де ключовими компонентами терапевтичного прогресу автори виділяли когнітивну інтеграцію травми та зниження фізіологічної активації.

Подібним чином, показники за шкалою впливу подій також продемонстрували зниження інтенсивності травматичного дистресу, $t(24) = 55.47$, $p < 0.001$, $d = 11.094$ – також великий розмір ефекту. Такі значення свідчать про суттєве зменшення інтрузивності, уникнення та гіперарозації після інтервенції, схожість змін за методиками PCL-5 і IES-R підтверджує, що програма вплинула на основні механізми посттравматичного стресу.

Нарешті, показники посттравматичного зростання також продемонстрували значуще підвищення, $t(24) = -6.31$, $p < 0.001$, $d = -1.261$. Ймовірно, учасники почали

переосмислювати власний досвід, знаходити в ньому нові життєві орієнтири, зміцнювати відчуття особистісної сили та покращувати міжособистісні стосунки. Згідно з концепцією Tedeschi та Calhoun, такі зміни свідчать про початок глибинного процесу психологічної трансформації, де подолання травматичного досвіду стає підґрунтям для розвитку нових адаптивних ресурсів.

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що розроблений психологічний тренінг мав комплексний та системний позитивний вплив на учасників експериментальної групи. Значущі зміни у зниженні посттравматичної симптоматики, тривоги й депресії у поєднанні зі зростанням рівня функціонування та посттравматичного зростання свідчать про високу ефективність проведених заходів. Така структура результатів узгоджується з науковими даними про ефективність подібних комплексних інтервенцій у роботі з постраждалими внаслідок збройного конфлікту та підкреслює значущість системної профілактичної роботи в контексті ПТСР.

З метою оцінки того, наскільки результати учасників експериментальної групи відрізняються від результатів контрольної групи, було також проведено t-тести для незалежних вибірок, що дозволяє визначити, чи є статистично значущими міжгрупові відмінності як до, так і після проведення психокорекційної програми (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Результати t-тесту Стюдента для незалежних вибірок

		statistic	df	p	Effect Size
Функціонування (констат)	Student's t	-0.0380	48.0	0.970	-0.0107
Функціонування (контр)	Student's t	3.7798 ^a	48.0	<0.001	1.0691
Тривога (констат)	Student's t	-0.8441	48.0	0.403	-0.2387
Депресія (констат)	Student's t	-0.8243	48.0	0.414	-0.2332

Продовж. табл. 3.7

Тривога (контр)	Student's t	-2.3901	48.0	0.021	-0.6760
Депресія (контр)	Student's t	1.2060	48.0	0.234	0.3411
ПТСР симптоми (констат)	Student's t	6.5532	48.0	<0.001	1.8535
ПТСР симптоми (контр)	Student's t	3.2198	48.0	0.002	0.9107
Шкала впливу подій (констат)	Student's t	-0.2270	48.0	0.821	-0.0642
Шкала впливу подій (контр)	Student's t	-10.6636	48.0	<0.001	-3.0161
Посттравматичне зростання (констат)	Student's t	0.1389	48.0	0.890	0.0393
Посттравматичне зростання (контр)	Student's t	5.5152	48.0	<0.001	1.5599

Як можливо побачити з табл. 3.7, показники загального функціонування не продемонстрували різниці між групами на вихідному етапі, $t(48) = -0.038$, $p = 0.970$, проте після завершення програми в експериментальній групі спостерігається суттєве підвищення рівня функціонування у порівнянні з контрольною групою, $t(48) = 3.78$, $p < 0.001$, $d = 1.07$.

Тривожність до початку програми також не відрізнялася між групами, $t(48) = -0.84$, $p = 0.403$, однак після проведення втручання рівень тривоги в експериментальній групі виявився статистично значуще нижчим, $t(48) = -2.39$, $p = 0.021$, $d = -0.68$. Загалом це відповідає середньому розміру ефекту та свідчить, що програма ефективно вплинула на зниження гіперпильності й емоційної напруженості – ключових компонентів посттравматичного реагування.

На відміну від тривоги, депресивні прояви не продемонстрували значущих відмінностей між групами ні на констатувальному, $t(48) = -0.82$, $p = 0.414$, ні на контрольному етапах, $t(48) = 1.20$, $p = 0.234$, що може свідчити про відносну стабільність депресивної симптоматики або її меншу чутливість до

короткострокового впливу. Враховуючи те, що за залежними вибірками у межах експериментальної групи депресія зменшилась, можна припустити, що потенційний ефект інтервенції є наявним, але не достатньо вираженим для створення міжгрупової різниці, або потребує довшого часу для стабілізації.

Найбільш інформативними для оцінки ефективності програми стали міжгрупові відмінності у симптомах ПТСР, оскільки вже на констатувальному етапі спостерігалася різниця між групами, $t(48) = 6.55$, $p < 0.001$, $d = 1.85$, що відображає різні рівні травматичної експозиції або індивідуальних особливостей переживання стресу; однак саме міжгрупове порівняння після інтервенції демонструє ключовий ефект програми: показники ПТСР в експериментальній групі були значно нижчими, ніж у контрольній, $t(48) = 3.22$, $p = 0.002$, $d = 0.91$. Великий розмір ефекту та зменшення симптомів у межах експериментальної групи свідчать про статистично значущий вплив психокорекційного втручання на зниження реакцій повторного переживання, уникнення, негативних когнітивних змін і гіперзбудження – типових проявів в структурі ПТСР. Щодо інтенсивності травматичного дистресу за шкалою IES-R, на вихідному етапі групи не відрізнялися, $t(48) = -0.227$, $p = 0.821$, проте на контрольному етапі різниця стала значущою, $t(48) = -10.66$, $p < 0.001$, $d = -3.02$, така різниця демонструє, що програма ефективно вплинула на основні механізми посттравматичного стресу.

Показники посттравматичного зростання також не відрізнялися між групами до інтервенції, $t(48) = 0.14$, $p = 0.890$, що підтверджує однаковий вихідний рівень ресурсності; однак після програми значення в експериментальній групі стали значно вищими, $t(48) = 5.52$, $p < 0.001$, $d = 1.56$. Великий розмір ефекту свідчить про те, що інтервенція сприяла не лише зменшенню симптомів ПТСР, але й активації адаптаційних процесів, таких як переоцінка життєвих пріоритетів, зміцнення особистісної сили та покращення міжособистісних стосунків.

Узагальнюючи, результати міжгрупових порівнянь також демонструють, що лише експериментальна група, яка отримала психокорекційне втручання, продемонструвала значуще покращення за ключовими показниками – зменшення симптомів ПТСР, зниження тривоги, підвищення рівня функціонування та зростання показників посттравматичного зростання. Статистично великі розміри

ефекту підтверджують, що ці зміни є результатом саме програми, а не випадкових чинників чи динаміки, що робить її ефективною та психологічно обґрунтованою інтервенцією для осіб, постраждалих унаслідок збройного конфлікту.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Метою даного дослідження було перевірити ефективність програми профілактики посттравматичних стресових розладів у осіб, що постраждали внаслідок збройного конфлікту. Здійснений комплексний аналіз дозволив отримати цілісне уявлення про динаміку психологічного стану учасників та сформулювати декілька важливих висновків.

Одним із найважливіших результатів стало суттєве зниження симптомів ПТСР у межах експериментальної групи, що підтверджується як аналізом залежних вибірок ($t = 14.80$, $p < 0.001$, $d = 2.96$), так і міжгруповим порівнянням ($t = 3.22$, $p = 0.002$, $d = 0.91$). Отримані нами дані узгоджуються з когнітивною моделлю ПТСР, запропонованою Ehlers та Clark, в якій описується що симптоми посттравматичного стресу підтримуються дезадаптивними переконаннями про постійну загрозу та порушеною переробкою травматичної пам'яті. Розроблена нами програма, що містила елементи стабілізації, психоосвіти та навичок емоційної регуляції, ймовірно, вплинула на ці механізми, сприяючи інтеграції травматичного досвіду та зменшенню реакцій гіперзбудження.

Суттєве зниження показників за шкалою впливу подій (IES-R) додатково підтверджує ефективність втручання щодо зменшення інтрузивності, уникнення та фізіологічної реактивності – базових кластерів симптоматики, визначених у DSM-5. Порівняно з даними досліджень військових кризових інтервенцій (наприклад, дослідження Noge), результати цієї роботи демонструють співставний ефект, що загалом підкреслює релевантність використаних технік у контексті українського збройного конфлікту.

Результати також свідчать про статистично значуще зниження тривоги у межах експериментальної групи ($d = 0.55$) та її нижчий рівень порівняно з контрольною групою після інтервенції ($p = 0.021$), що відповідає сучасним науковим уявленням про роль тривоги як фундаментального компонента посттравматичного реагування (дослідження Брювін) та демонструє ефективність стабілізаційних технік та навичок саморегуляції.

Щодо депресивної симптоматики, значущі зміни спостерігалися лише у межах групи ($p = 0.022$), проте міжгрупових відмінностей не виявлено. Такий результат може бути зумовлений тим, що депресивні прояви є більш стійкими до короткострокових інтервенцій та часто вимагають індивідуальної роботи, що відповідає висновкам досліджень поєднаних проявів депресії та ПТСР; водночас динаміка в експериментальній групі є позитивною, що можна пов'язати з послабленням загальної симптоматичної напруги та покращенням функціональних можливостей.

Одним із ключових показників ефективності програми стало суттєве підвищення рівня функціонування, який демонструє не лише статистично значущу зміну в межах експериментальної групи, але й суттєву міжгрупову різницю після інтервенції ($d = 1.07$). Загалом це свідчить про те, що зниження емоційного та травматичного навантаження безпосередньо вплинуло на здатність учасників виконувати повсякденні, професійні та соціальні ролі. Отриманий нами результат узгоджується з функціональною моделлю здоров'я ВООЗ, яка підкреслює взаємозв'язок психічних симптомів з поведінковою активністю та якістю життя.

Особливо цінним є суттєве зростання показників посттравматичного зростання, яке було значуще вищим в експериментальній групі після інтервенції ($p < 0.001$, $d = 1.56$). Згідно з концепцією Тедескі та Калхуна, посттравматичне зростання виникає через глибоку переоцінку життєвого досвіду та реконструкцію системи смислів, тому зростання за цим показником свідчить не лише про редукцію травматичних переживань, але й про активацію внутрішніх ресурсів, мобілізацію копінг-стратегій та формування нової ідентичності, що є вкрай особливо компонентом реабілітації постраждалих унаслідок війни.

Кореляційний аналіз розкрив декілька концептуально значущих взаємозв'язків, зокрема встановлено статистично значущі позитивні кореляції між симптомами ПТСР, тривогою та депресією підтверджують коморбідну природу цих станів, що узгоджується з дослідженнями Брювін та Озер. Також цікавим є виявлений позитивний зв'язок між посттравматичним зростанням та рівнем функціонування, що підтверджує ресурсну роль зростання у процесі адаптації та

реінтеграції та загалом узгоджується з моделями стресостійкості та психологічної реінтеграції військовослужбовців.

Отже, отримані результати свідчать, що програма профілактики ПТСР є не лише ефективною для зниження симптоматики, але й здатною істотно впливати на ширший спектр психологічних і поведінкових показників. Значущі ефекти, виявлені за t-тестами, та структурні взаємозв'язки, показані кореляційним аналізом, дозволяють стверджувати, що інтервенція сприяла покращенню емоційного благополуччя, зменшенню травматичного дистресу, зростанню адаптаційних можливостей та загалом активізації внутрішніх ресурсів.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження проблеми особливостей прояву посттравматичного стресового розладу серед осіб постраждалих в збройному конфлікті дало змогу зробити декілька основних висновків дослідження. В результаті теоретичного аналізу було систематизовано сучасні наукові підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та встановлено, що даний стан є комплексною реакцією психіки, яка виникає внаслідок дії екстремального стресора та характеризується комплексом когнітивних, емоційних, фізіологічних та поведінкових порушень. На основі порівняння діагностичних критеріїв DSM-5 та МКХ-11 показано, що структура ПТСР включає інтрузії, уникання, негативні зміни в емоційній та когнітивній сфері, а також гіперзбудження, що формують порушення у системі обробки травматичної інформації.

2. Узагальнення моделей формування посттравматичного стресового розладу дозволило встановити, що ПТСР у осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту, має власні специфічні прояви, що передусім зумовлені контекстом бойової загрози, повторної травматизації, високої інтенсивності сенсорних стимулів та певних зовнішніх чинників після повернення до мирного середовища. Зокрема, описані в літературі виражені сенсорно насичені флешбеки, поведінкове уникання, феномен «бойової готовності», моральна травма, труднощі у процесі соціальної реінтеграції та загалом зміни життєвого наративу – це все формує у ветеранів та цивільних специфічний симптоматичний профіль, що підтверджує складність прояву посттравматичного стресового розладу саме у контексті війни.

3. Емпіричне дослідження було спрямовано на оцінку ефективності розробленої програми профілактики ПТСР у осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту, застосування комплексу статистичних методів дозволило виявити низку концептуально значущих результатів. Насамперед встановлено суттєве зниження інтенсивності посттравматичної симптоматики в експериментальній групі: показники PCL-5 та шкали впливу подій (IES-R) статистично значуще зменшилися, що підтверджує ефективність розробленої

інтервенції у впливі на прояви інтрузивності, уникання та фізіологічну реактивність, що загалом узгоджується з когнітивною моделлю ПТСР, яка підкреслює роль дезадаптивних переконань і порушеної переробки травматичної пам'яті, на які була спрямована розроблена корекційна програма.

Крім того, встановлено позитивну динаміку емоційного стану: рівень тривоги статистично знизився, а депресивні прояви демонстрували тенденцію до зменшення, також значуще підвищення функціонування після проведених інтервенцій свідчить про покращення побутової, соціальної та професійної активності, що узгоджується з функціональною моделлю здоров'я за ВООЗ. Одним із ключових результатів стало також зростання показників посттравматичного зростання, що вказує не лише на зменшення інтенсивності дистресу, але й на активацію особистісних ресурсів, переосмислення досвіду та відновлення смисложиттєвих орієнтирів, відповідно до концепції Tedeschi та Calhoun.

4. Кореляційний аналіз виявив закономірні зв'язки між ключовими змінними: позитивну асоціацію між симптомами ПТСР, тривогою та депресією, а також зв'язок між посттравматичним зростанням і функціонуванням, що підтверджує важливість ресурсних механізмів адаптації; міжгрупові порівняння показали суттєві відмінності між експериментальною та контрольною вибірками після втручання, що дозволяє зробити висновок про ефективність програми в умовах мирного контексту.

5. Загалом отримані дані свідчать, що розроблена програма профілактики ПТСР є ефективним інструментом зниження травматичної симптоматики, покращення емоційного стану, відновлення функціонування та сприяння особистісному зростанню, а результати підтверджують її практичну значущість використання у процесі психологічної реабілітації.

Таким чином, всі завдання кваліфікаційної роботи виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Галушко О. С., Куліш О. В. Діагностика та профілактика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу. Рекомендовано Вченою радою ДНДІ МВС України (протокол № 4 від 27.06.2023 р.). 2023. 37 с.
2. Злівков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. С. 4-8.
3. Зубовський Д. С. Становлення науково-психологічного уявлення про позитивні особистісні зміни в результаті впливу психотравмуючих подій. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. пр. Київ : НУОУ, 2017. № 1 (48). С. 91–97.
4. Зубовський Д. С. Феномен посттравматичного зростання: концептуалізація поняття. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціалізації та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції* : матеріали VI міжвід. наук.-практ. конф. (Київ, 26 травня 2016 р.). Київ, 2016. С. 135–157.
5. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с.
6. Кокун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
7. Логачова О., Шаполова В. ПТСР чи ПТЗ: що чекає на цивільне населення після закінчення війни. Формування готовності. Київ, 2023. 94 с.
8. Ми пережили. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей. Друге видання : практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей. Психологічна кризова служба ГО «УАФПНПП», Посольство Великої Британії в Україні. Дніпро : Середняк Т.К., 2019. 96 с.
9. Пляка Б. В. Психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР. Київ, 2022.

10. Протокол NICE з діагностики та терапії ПТСР. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2020/03/nice_2.pdf (дата звернення: 14.12.2025).
11. Сафін О. Реабілітація та реадптація учасників бойових дій: психологічний дискурс. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: психологічні науки. 2019. № 13(2). С. 244–263.
12. Уніфікований клінічний протокол МОЗ України первинної та спеціалізованої медичної допомоги: гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (дата звернення: 14.12.2025).
13. Хміляр О. Ф., Алещенко В. І. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. № 3. С. 9–21.
14. Ягупов В. В. Військова психологія: методологія, теорія та практика : підручник. Київ : Psychobook, 2023. 517 с.
15. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). 2013.
16. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th TR-ed.). 2022.
17. Beierl E. T., Böllinghaus I., Clark D. M., Glucksman E., Ehlers A. Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: a prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychol Med*. 2020. 50(13). P. 2172–2181. DOI: 10.1017/S0033291719002253.
18. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. 59(1). P. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
19. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. 68(5): 748–766. DOI: 10.1037/0022-006X.68.5.748.
20. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York : Guilford Press, 2010.

21. Currier J. M., McDermott R. C., Farnsworth J. K., Borges L. M. Temporal associations between moral injury and posttraumatic stress disorder symptom clusters in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2019. 32(3). P. 382–392. DOI: 10.1002/jts.22367.
22. Ehlers A., Clark D. A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. 38. P. 319–334.
23. Hobfoll S. E., Palmieri P. A., Johnson R. J., Canetti-Nisim D., Hall B. J., Galea S. Trajectories of resilience, resistance, and distress during ongoing terrorism: the case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009. 77(1). P. 138–148.
24. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk D., Cotting D. I., Koffman R. L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2004. 351(1). P. 13–22.
25. Hoppen T. H., Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. 10(1): 1578637.
26. Johnson R. J., Antonaccio O., Botchkovar E. et al. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022. 57. P. 1807–1816. DOI: 10.1007/s00127-021-02176-9.
27. Kakaje A., Al Zohbi R., Hosam Aldeen O., Makki L., Alyousbashi A., Alhaffar M. B. A. Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC Psychiatry*. 2021. 21. P. 4–16.
28. Kessler R. C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E. J., Cardoso G., Koenen K.C. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017.
29. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*. 2009. 29(8). P. 695–706.

30. Martin A., Naunton M., Kosari S., Peterson G., Thomas J., Christenson J. K. Treatment guidelines for PTSD: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*. 2021. 10(18). P. 4175.
31. Miller K. E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*. 2010. 70(1). P. 7–16. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.09.029.
32. Murphy D., Smith K. V. Treatment efficacy for veterans with posttraumatic stress disorder: latent class trajectories of treatment response and their predictors. *Journal of Traumatic Stress*. 2018. 31(5). P. 753–763. DOI: 10.1002/jts.22333.
33. Pisaruk A., Shatilo V., Chyzhova V., Koshel N., Pisaruk L., Ivanov S. Posttraumatic stress disorder: online poll of people who experienced war stress in Ukraine in 2022. *Ageing and Longevity*. 2022. 3(2). P. 57–62.
34. Priebe S., Bogic M., Ajdukovic D., Franciskovic T., Galeazzi G. M., Kucukalic A., Lecic-Tosevski D., Morina N., Popovski M., Wang D., Schützwohl M. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*. 2010. 67(5). P. 518–528. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.37.
35. Ross S. L., Sharma-Patel K., Brown E. J., Hunt J. S., Chaplin W. F. Complex trauma and trauma-focused cognitive-behavioral therapy: how do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse & Neglect*. 2021. 111. P. 104.
36. Simsek M. K. Cognitive models explaining post-traumatic stress disorder and cognitive therapy methods frequently used in trauma victims. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar – Current Approaches in Psychiatry*. 2023. 15(4). P. 631–643. DOI: 10.18863/pgy.1209460.
37. Solomon Z., Dekel R., Zerach G. The relationships between posttraumatic stress symptom clusters and marital intimacy among war veterans. *Journal of Family Psychology*. 2008. 22(5). P. 659–665.
38. Solomon Z., Horesh D., Ein-Dor T. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptom clusters among war veterans. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009. 70(6). P. 837–843.

39. Steenkamp M. M., Litz B. T., Hoge C. W., Marmar C. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015. 314(5). P. 489–500.
40. Taylor S. Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach. New York: Guilford Press, 2017.
41. Trottier K., Monson C. M., Wonderlich S. A., Crosby R. D. Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 2022. 52(3). P. 587–596.
42. Van Voorhees E. E., Dillon K. H., Wilson S. M., Dennis P. A., Neal L. C., Medenblik A. M., ... Beckham J. C. A comparison of group anger management treatments for combat veterans with PTSD: results from a quasi-experimental trial. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021. 36(19–20): NP10276–NP10300.
43. Watkins L. E., Sprang K. R., Rothbaum B. O. Treating PTSD: a review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2018. 12. 258 p.
44. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2022.
45. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2002. 346(2). P. 108–114. DOI: 10.1056/NEJMra012941.
46. Zasiakina L., Zasiakin S., Kuperman V. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *Journal of Community Health*. 2023. 48. P. 784–792.
47. Silove D., Steel Z., Bauman A. Mass psychological trauma and PTSD: epidemic or cultural illusion? In: Wilson, J.P., Tang, C.S.-k. (Eds.) *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. Springer Science + Business Media, 2007. P. 319–336. DOI: 10.1007/978-0-387-70990-1_13.

ФОРМА ЗГОДИ НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Я підтверджую, що я уважно прочитав (ла) і зрозумів (ла) надану інформацію, я готовий (а) прийняти участь у дослідженні.

Мені відомо, що:

- 1) Моя участь у цьому дослідженні є добровільною.
- 2) Я маю право відмовитися від участі в цьому дослідженні без необхідності пояснення.
- 3) Інформація з моєї участі буде анонімною.
- 4) Моє ім'я буде замінено номером.
- 5) Мене не вимагатимуть розголошувати будь-яку особисту інформацію.
- 6) Процедура оцінювання триватиме приблизно одну годину.
- 7) Результати, отримані в цьому дослідженні, повинні використовуватися лише для академічних цілей аналізу.
- 8) На будь-які запитання чи запитання буде надано задовільні відповіді.
- 9) Я можу в будь-який момент запитати у дослідника додаткову інформацію.

Дата _____

Підпис _____

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА АНКЕТА

1. Вкажіть, будь ласка, вашу стать.

- ☐ Чоловік
- ☐ Жінка
- ☐ Інше

2. Оберіть, будь ласка, категорію, яка відповідає вашому віку.

- ☐ 20-29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-49
- ☐ 50+

3. Ваша освіта

- ☐ Середня
- ☐ Професійно-технічна
- ☐ Вища

4. Ваш досвід участі у бойових діях (тривалість)

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ

Шкала впливу подій IES-R

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
www.i-cbt.org.ua



Шкала впливу подій

Ваше ім'я: _____

Дата: _____

Ви пережили _____ (дата) (подія з життя) Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність протягом останніх 7 днів або протягом іншого узгодженого проміжку часу:		Наскільки це Вас виснажувало? <table border="1"> <tr> <td>ані- трохи</td> <td>трохи</td> <td>помір- но</td> <td>досить сильно</td> <td>дуже сильно</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>					ані- трохи	трохи	помір- но	досить сильно	дуже сильно	0	1	2	3	4
ані- трохи	трохи	помір- но	досить сильно	дуже сильно												
0	1	2	3	4												
а	Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.															
б	Мені було важко спати, я часто будився (-лася) уночі.															
в	З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію.															
г	Я відчував (-ла) роздратування і злість.															
г'	Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав (-ла) про цю подію, чи вона нагадувалася мені.															
д	Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів (-ла) цього робити.															
е	Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді.															
є	Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.															
ж	Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.															
з	Я був (-ла) нервовий (-а), я «заводився» з нічого.															
и	Я намагався (-лася) про це не думати.															
і	Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив (-ла).															
і'	Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.															
й	Я помітив (-ла), що я поведжуся або почувуюся так, ніби я знову повернувся (-лася) у той час.															
к	Мені було важко засинати.															
л	На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.															
м	Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.															
н	Мені було важко зосереджуватися.															
о	Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.).															
п	Це мені снилося.															
р	Я почувуюся (-лася) цілий час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову.															
с	Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.															

ДОДАТОК В

Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5

Ім'я _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «X» у графі, що найбільш чітко відображає частоту, з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

№;	Питання	Не було зовсім (1)	Інко ли (2)	Пом ірно (3)	Част о (4)	Дуж е част о (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваетесь, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?					
4	Почуваетесь пригніченим, засмучуетесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?					
8	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?					
11	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь?					

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS

Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть відповідь, яка найточніше відображає, як Ви почувалися протягом останнього тижня.

Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

Весь час.

Часто.

Час від часу, іноді.

Зовсім не відчуваю.

Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Іноді

Це зовсім не так.

Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

Безумовно це так, і страх дуже сильний.

Це так, але страх не дуже сильний.

Іноді, але це мене не турбує.

Зовсім не відчуваю.

Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

Постійно.

Більшу частину часу.

Час від часу і не так часто.

Лише іноді.

Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише в дуже малій мірі це так.

Зовсім не здатний.

Я відчуваю бадьорість.

Зовсім не відчуваю.

Дуже рідко.

Іноді.

Практично весь час.

Я легко можу сісти і розслабитися.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише зрідка це так.

Зовсім не можу.

Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

Практично весь час.

Часто.

Іноді.

Зовсім ні.

Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

Зовсім не відчуваю.

Іноді.

Часто.

Дуже часто.

Я не слідкую за своєю зовнішністю.

Безумовно це так.

Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

Я стежу за собою так само, як і раніше.

Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише в деякій мірі це так.

Зовсім не відчуваю.

Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

Так само, як і зазвичай.

Так, але не в тій мірі, як раніше.

Значно менше, ніж зазвичай.

Зовсім так не вважаю.

У мене буває раптове відчуття паніки.

Дуже часто.

Досить часто.

Не так часто.

Зовсім не буває.

Я можу отримати задоволення від гарної книги чи кінематографу.

Часто.

Іноді.

Шкала робочої та соціальної адаптації W&SAS

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
www.i-cbt.org.ua

Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)

Іноді проблеми людей впливають на їхню здатність виконувати свої щоденні обов'язки. Для того, щоб оцінити ваші труднощі, подивіться на кожен розділ і визначте за шкалою наскільки ваша проблема погіршує вашу здатність виконувати обов'язки.

1) **Робота** – (не давайте відповіді на це питання, якщо ви на пенсії або не маєте роботи з причин, не пов'язаних з вашою проблемою)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		трохи		точно		помітно		дуже сильно

2) **Ведення домашнього господарства** – прибирання, покупки, приготування їжі, догляд за будинком/дітьми, оплата рахунків і т.д.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		трохи		точно		помітно		дуже сильно

3) **Соціальне дозвілля** – з іншими людьми, наприклад, участь у вечірках, розважальних активностях і т.п.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		трохи		точно		помітно		дуже сильно

4) **Особисте дозвілля** – наодинці, наприклад, читання, садівництво, шиття, хоббі, прогулянки і т.д.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		трохи		точно		помітно		дуже сильно

5). **сім'я та стосунки** – формування та підтримка близьких взаємовідносин з іншими людьми, включаючи людей, з якими я живу, зокрема подружній стосунок, батьківство і т.д.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		трохи		точно		помітно		дуже сильно

Шкала посттравматичного зростання PTGI

Нижче наведено перелік тверджень. Усі вони відображають зміни, які відбуваються в результаті важких життєвих подій. Будь-ласка, оцініть для кожної зміни ступінь в якій вона відбулася особисто у Вас в результаті перебування в зоні бойових дій.

1. У мене змінилися пріоритети стосовно того, що важливо в житті
2. Я набагато краще усвідомлюю цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
- Я відчув більшу впевненість у собі та своїх силах
- Я став краще усвідомлювати духовні цінності
6. Я зрозумів, що можу покласти на людей у разі потрапляння в небезпеку
7. Я спрямовував своє життя новим шляхом
8. Я відчуваю значну близькість з оточуючими
9. Я легше виражаю свої емоції
10. Я почав краще усвідомлювати, що можу справлятися з труднощами/стресом
11. Я можу зробити своє життя кращим
12. Я більшою мірою здатний приймати речі такими, якими вони є насправді
13. Я більше ціную кожен день свого життя
14. Я відчуваю появу нових можливостей, які раніше були мені недоступними
15. У мене з'явилося більше співчуття до інших
16. Я докладую більше зусиль для налагодження та збереження відносин з іншими
17. Я більш охоче намагаюся змінювати речі, які потребують змін
18. Мої релігійні вірування посилилися
19. Я з'ясував, що я сильніший, аніж вважав
20. Я багато дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я став більше визнавати, що маю потребу в інших людях

РОЗДАТКОВІ МАТЕРІАЛИ ПРОГРАМИ

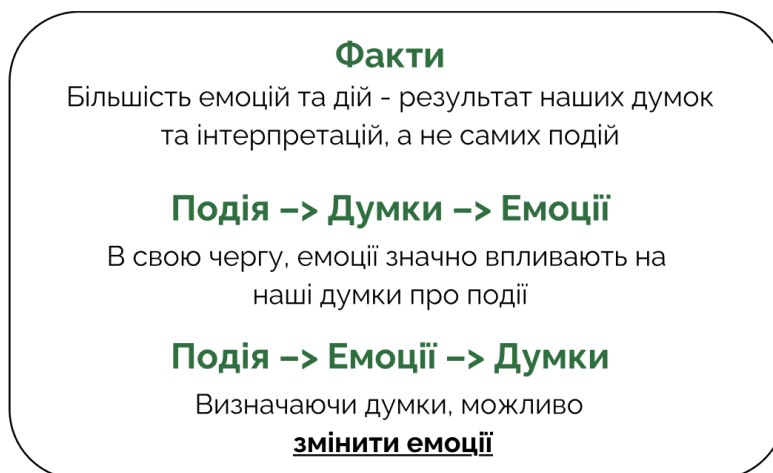


Рис. 3.1. Схема когнітивної моделі (КПТ)

Робочі матеріали КПТ

Таблиця 3.1

Бланк «Щоденник автоматичних думок»

ДАТА І ЧАС коли в мене погіршилось емоційне самопочуття?	СИТУАЦІЯ описати: події (що саме відбувалось, коли погіршився настрій) та/або потік думок, які призвели до погіршення настрою	ЕМОЦІЯ яку емоцію я відчувала (смуток, тривога, злість, страх) оцінити силу емоції (-й) від 0 – 100	АВТОМАТИЧНІ ДУМКИ написати, які думки промайнули у мене в голові як раз перед тим, як виникла ця емоція для кожної думки оцінити на скільки я вірила в неї в той момент від 0 - 100%

Продовження Додатку 3

Таблиця 3.2

Бланк «Щоденник формулювання альтернативних думок та дій»

ДАТА І ЧАС <i>коли в мене погіршилось емоційне самопочуття?</i>	СИТУАЦІЯ <i>описати: події (що саме відбувалось, коли погіршився настрій) та/або потік думок, які призвели до погіршення настрою</i>	ДУМКИ % впевненості в їх істині	ВІДПОВІДЬ % Яка тут когнітивна помилка? (1) Факти ЗА і ПРОТИ / реальні (2) Яка альтернатива може бути (3) Що саме найгірше може статися? Я переживу це? А найкраще? А що реалістично? (4) Які наслідки віри в цю думку? А що буде якщо я зміню мислення?	РЕЗУЛЬТАТ АДАПТИВНА ДУМКА (1) зараз % впевненості в істині автоматичної дисфункціональної думки (2) % впевненості в істині нової думки (3) що я відчуваю зараз (%)?

Таблиця 3.3

Бланк «Експозиційна ієрархія. План поступового наближення»

ОПИС ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РІВЕНЬ НАПРУГИ <i>оцінити (-й) від 0 – 100</i>	ФАКТИЧНИЙ РІВЕНЬ НАПРУГИ <i>оцінити (-й) від 0 – 100</i>	ВИКОРИСТАНІ ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ

Що було найскладнішим у виконанні завдання?

Що допомогло впоратися з емоційними реакціями?

Що я можу зробити наступного разу, щоб підтримати себе краще?

Робочі матеріали ДБТ
Техніка «СТОП» (STOP)

S – Stop! (Зупинись!)

Зупини будь-яку дію. Не рухайся. Не відповідай. Це створює «паузу», у якій можна повернути контроль.

T – Take a step back (Відступи на крок назад)

Фізично або психологічно. Зроби повільний вдих. Визнай: “Це тригер. Я в безпеці зараз”

O – Observe (Спостерігай)

Скануй: що відбувається в тілі? яка емоція? яка думка з'явилася? що саме її спровокувало?

P – Proceed mindfully (Дій усвідомлено)

Зроби дію, яка наближає до твоїх цілей (а не до імпульсу уникання чи агресії).

Техніка «Протилежна дія»

Емоції викликають імпульси. У ПТСР ці імпульси часто посилені: уникати, закриватися, ізолюватися. Протилежна дія = зробити дію, яка суперечить неефективному імпульсу.

Таблиця 3.4

Емоція	Автоматичний імпульс	Протилежна дія
Страх	уникати, тікати	підійти до ситуації на 5% ближче
Гнів	підвищувати голос	говорити спокійно, робити паузи
Смуток	ізолюватися	вийти на коротку прогулянку, поговорити з кимось
Сором	уникати	поділитися хоча б однією думкою з безпечною людиною

Продовження Додатку 3

Техніка «ТРУД»

Т – Температура

Охолодь лице холодною водою 20-30 секунд.

Р – Релаксація

Застосуй парну м'язеву релаксацію

У – Уповільнення, створення тиску

Сила тиску активує парасимпатичну систему. Приклади: натискання долонями на стегна; «важка ковдра» або імітація тиску.

Д – Дихання

Видих має бути довшим за вдих – це сигнал мозку «небезпеки немає».

Робочі матеріали АСТ**Лист «Ціннісний план дій»**

1. Оберіть одну важливу для вас цінність:		
Цінність: _____		
2. Олишіть конкретні дії, які відображають цінність		
Конкретна дія (поведінковий крок)	Чому це важливо?	Копи я можу це зробити?
3. Можливі бар'єри		4. Джерела підтримки
Можливий бар'єр	Як я можу з ним впоратися? (перелік інструментів)	Тип підтримки
		Де я можу знайти цю підтримку?
Б. Показники успіху		6. Підсумкова рефлексія
Як я зрозумію, що рухаюся в правильному напрямку?		—