

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Кафедра психології та соціальної роботи*

**Воробель Юлія Василівна**

**Психологічні наслідки травматичних подій: механізми адаптації та подолання ПТСР**

спеціальність: 053-Психологія  
освітньо-професійна програма – Психологія

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**Виконала студентка групи  
ПСзчм-21  
Воробель Ю.В.**

---

**Науковий керівник:  
Викладач Липка А.О.**

---

Кваліфікаційну роботу  
допущена до захисту  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Зав. кафедри  
д.псих.н., професор Гірняк А.Н.

---

## АНОТАЦІЯ

**Воробель Ю.В. Психологічні наслідки травматичних подій: механізми адаптації та подолання посттравматичного стресового розладу. – Рукопис.**

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійна програма – Психологія. Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2025.

У роботі узагальнено сучасні підходи до розуміння психологічної травми та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розкрито механізми адаптації й подолання посттравматичних станів. Проаналізовано систему психологічної допомоги при ПТСР в Ізраїлі та обґрунтовано можливості її адаптації для України. Представлено результати емпіричного дослідження психологічних наслідків травматичних подій та оцінено ефективність розробленої корекційної програми, що включає сенсорно-орієнтовані й арт-терапевтичні техніки. Доведено їхню роль у стабілізації стану, зниженні симптомів ПТСР та підвищенні готовності до подальших доказових втручань.

**Ключові слова:** психологічна травма, стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), травматичний досвід, травматична ситуація, копінг-ресурси.

## ANNOTATION

**Vorobel Yu. V. Psychological Consequences of Traumatic Events: Mechanisms of Adaptation and Coping with Post-Traumatic Stress Disorder. – Manuscript.**

A research study submitted for the degree of «Master» in specialty 053 «Psychology», Educational and Professional Program – Psychology. West Ukrainian National University, Ternopil, 2025.

The work summarizes contemporary approaches to understanding psychological trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD), and explores the mechanisms of adaptation and coping with post-traumatic states. The system of psychological assistance for PTSD in Israel is analyzed, and possibilities for its adaptation to the Ukrainian context are substantiated. The results of an empirical study of the psychological consequences of traumatic events are presented, along with an evaluation of the effectiveness of a developed correctional program that includes sensory-oriented and art-therapy techniques. The study demonstrates their role in stabilizing the emotional state, reducing PTSD symptoms, and increasing readiness for further evidence-based interventions.

**Keywords:** psychological trauma, stress, post-traumatic stress disorder (PTSD), traumatic experience, traumatic situation, coping resources.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. Теоретико-змістові особливості дослідження психологічних наслідків травматичних подій, механізмів адаптації та подолання ПТСР .....</b>	<b>8</b>
1.1. Поняття психологічної травми та її види.....	8
1.2. Теорія механізмів адаптації та подолання ПТСР.....	17
Висновки до розділу 1.....	22
<b>РОЗДІЛ 2. Прикладні засади роботи з травмою та ПТСР в Ізраїлі: організаційні моделі та клінічні уроки.....</b>	<b>23</b>
2.1. Актуальність та ключові елементи ізраїльського досвіду роботи з психологічною травмою і ПТСР для України.....	23
2.2. Інтеграція творчих та сенсорно - орієнтованих підходів в систему допомоги в Ізраїлі.....	27
Висновки до розділу 2.....	29
<b>РОЗДІЛ 3. Досвід допомоги дорослим, які прожили травматичний досвід: ефективність арт - терапевтичних інтервенцій як ад'юванта в подоланні ПТСР .....</b>	<b>31</b>
3.1. Методика, організація та проведення емпіричного дослідження.....	31
3.2. Аналіз результатів емпіричного та формуючого експериментів і перевірка ефективності розробленої програми.....	34
Висновки до розділу 3.....	45
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>46</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>48</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>53</b>

## Перелік умовних позначень

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
МКХ-11	– Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд
КПТСП	– комплексний посттравматичний стресовий розлад
ПТСП	– посттравматичний стресовий розлад
DSM-5-TR	– Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів
EMDR	– десенсибілізація та переробка рухами очей (EyeMovementDesensitizationandReprocessing)
ICD-11 CDDR	– ClinicalDescriptionsandDiagnosticRequirements: офіційні клінічні описи та діагностичні критерії (ВООЗ) для ПТСП/КПТСП
PCL-5	– Опитувальник симптомів ПТСП за DSM-5

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Психологічні наслідки травматичних подій залишаються однією з найскладніших і водночас найбільш соціально значущих проблем сучасної клінічної та консультативної психології. За останні десятиліття у світі сформувалася розгалужена доказова база щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та всього спектру посттравматичних реакцій: від гострих стресових відповідей до відтермінованих і коморбідних станів (депресивні, тривожні, соматичні симптоми, порушення сну, дисоціативні явища тощо). У фокусі міжнародних рекомендацій, щодо допомоги –травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та репроцесінг рухами очей, наративно-експозиційні та інші протоколи першої лінії допомоги.

На сучасному етапі розвитку у сфері вивчення особливостей перебігу психологічних механізмів та процесів адаптації особистості під час ПТСР водночас окреслюються кілька нерозв'язаних або частково розв'язаних завдань. По-перше, попри наявність протоколів із високим рівнем доказовості, зберігається потреба в адаптації методів до контекстів масових травм, затяжних надзвичайних ситуацій і комбінованих стресорів. По-друге, постає питання доступності та прийнятності психотерапевтичної допомоги для широких верств населення, зокрема у громадах з обмеженими ресурсами, яких станом на сьогодні, в Україні все більшає. По-третє, зростає інтерес до інтеграції креативних, тілесно- й сенсорно-орієнтованих підходів (зокрема арт-терапевтичних інтервенцій) у «ядро» системи допомоги як засобу підвищення прихильності, безпеки, емоційної регуляції й мотивації до подальшої роботи за стандартизованими протоколами. Саме тут наукова дискусія все ж залишається відкритою: попри позитивні клінічні спостереження і зростання кількості досліджень, питання особливостей перебігу психологічних механізмів та процесів адаптації особистості під час ПТСР потребують додаткового емпіричного підтвердження.

Дослідження психологічних наслідків травматичних подій, механізмів адаптації та подолання ПТСР висвітлено в працях українських та зарубіжних науковців, зокрема: Л. Ковальова, О. Ілліч, М. Дворник, С. Богданова, З. Карпенко, В. Климчук, Дж. Бонано, Р. Лазаруса, С. Фолкмана, М. Лаада та ін.

**Мета дослідження:** обґрунтування психологічних способів і технік подолання особистістю ПТСР.

**Завдання дослідження:**

а) проаналізувати наукові підходи до визначення психологічної травми та класифікації її видів;

б) розкрити зміст основних теоретичних моделей психологічної травми та посттравматичного стресового розладу;

в) висвітлити механізми адаптації та подолання ПТСР у контексті сучасних психологічних теорій;

г) дослідити особливості системи психологічної допомоги при травмі та ПТСР в Ізраїлі;

д) оцінити значущість та можливості адаптації ізраїльського практичного досвіду для України;

е) розробити програму емпіричного дослідження психологічних наслідків травматичних подій;

є) провести аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження;

ж) оцінити ефективність формуючого експерименту й запропонованої корекційної програми.

**Об'єкт дослідження:** психологічні наслідки травматичних подій у дорослих осіб, які мають ознаки ПТСР.

**Предмет дослідження:** особливості перебігу психологічних механізмів та процесів адаптації особистості під час ПТСР.

**Методи дослідження:** теоретичні – елементи аналізу, узагальнення, систематизації дослідних даних, емпіричні – спостереження; тестування; методи математичної та статистичної обробки даних; психодіагностичні методики (опитувальник PCL-5).

**Наукова новизна одержаних результатів.** Уточнюється роль арт-терапевтичних інтервенцій як елемента стабілізації та підвищення ефективності подальших доказових протоколів для осіб із ПТСР; окреслюються показники, чутливі до змін під впливом креативних технік, та умови їх безпечної інтеграції у практику.

**Практичне значення роботи.** Результати дослідження можуть бути використані психологами-практиками, консультантами, клінічними психологами та фахівцями спільнотних сервісів для:

- розбудови коротких, структурованих, травмоінформованих програм первинної стабілізації;
- підвищення прихильності клієнтів до терапії та безпечної роботи з афектом;
- стандартизованого моніторингу динаміки симптомів ПТСР (PCL-5) у процесі впровадження арт-терапевтичних технік;
- адаптації інтервенцій до умов обмежених ресурсів і групових форматів у громадах.

**Апробація результатів.** Результати дослідження доповідалися на VI Міжнародній науковій конференції «Період трансформаційних процесів в світовій науці: задачі та виклики» (листопад 2025 р., м. Полтава), II International Scientific and Theoretical Conference «Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs» (листопад 2025 р., м. Нью-Йорк).

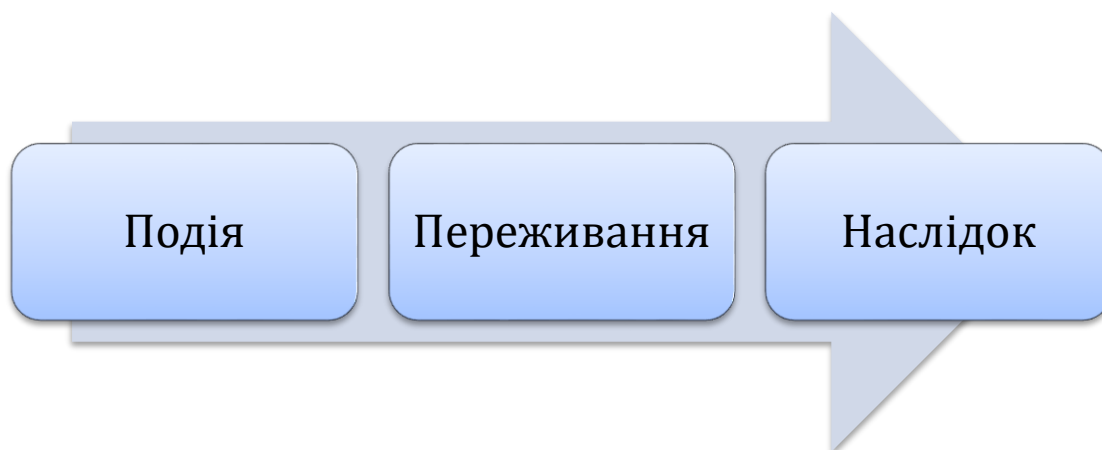
**Структура та обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел (46 найменувань), 5 додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 60 сторінок, з них – 47 сторінок основного тексту.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-ЗМІСТОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ, МЕХАНІЗМІВ АДАПТАЦІЇ ТА ПОДОЛАННЯ ПТСР

#### 1.1. Поняття психологічної травми та її види

Психологічна травма у сучасній літературі розглядається не як «подія», а як тривимірна конструкція: певна подія, опісля якої виникає суб'єктивне переживання (інтерпретація цієї події, досвід), опісля досвіду приходить ефект або наслідок (рис.1.1.). Саме так можна структурувати поняття травми у травмоінформованій рамці: травма виникає, коли події або умови (загроза життю, цілісності тіла, фізична чи емоційна шкода) переживаються людиною як переважні чи пригнічувальні та призводять до стійких негативних наслідків у функціонуванні чи самовідчутті.



**Рис.1.1. Схема основних етапів проживання особистістю психотравми**

Розглянемо першу ланку – «подія» (що власне сталося). Клінічні системи діагностики фіксують силу стресора (травмуючого фактору). У DSM-5-TR критерієм А для ПТСР є експозиція до події з реальною чи загрожуючою смертю, тяжким ушкодженням або сексуальним насильством, пряма, опосередкована (свідок), про-вікарна (робота з матеріалами травми) чи через близького родича; не включаються суто медійні (екранні) експозиції поза

професійним контекстом. В той час у МКХ-11 формулювання дещо ширше: подія має бути вкрай загрозливою або жахливою; наголос не лише на типі шкоди, а й на екстремальності досвіду.

Таким чином, «травматичність» у клінічному сенсі – це не будь-який стресор (травмуючий фактор), а події надзвичайної загрози; водночас поза вузькими діагностичними межами психологія визнає, що інші події також можуть мати травматичний вплив (особливо у дітей та молоді), в залежності від пережитого досвіду, культури, релігії, переконань, тощо[7].

Другою важливою ланкою є «переживання» (інтерпретація вище згаданої події, як такої, що спричинила болючий досвід) – «як це було прожито».

Навіть за наявності об'єктивно небезпечної події клінічно значущі наслідки залежать від суб'єктивної обробки даного досвіду окремою особистістю: первинної, вторинної оцінки загрози, почуттів безсилля, втрати контролю, сенсомоторних відбитків пам'яті, дисоціативних реакцій[27]. Це відображено у когнітивних моделях ПТСР (Елерс і Кларк; Фоа і Козак; Брюїн), а також у «нарративних» підходах (Янофф-Балман: руйнування базових припущень про безпеку, справедливість світу і цінність Я)[2].

Класичні праці (зокрема Герман) підкреслюють, що сутність травми – це безсилля і роз'єднання, оскільки на момент події людина переживає перевищення можливостей опанування [5, с.48]. Тобто, кожна особа має певний кількісний показник ресурсу, позначимо його буквою  $n$ . А для того щоб прожити травмуючу подію, психіка потребує  $n+10$  кількості ресурсу. Якщо цього ресурсу не знаходиться, особа отримує досвід болю та почуття безсилля, це і є наслідком, або ефектом. Також, важливим показником є контекст – «у яких умовах це сталося і триває».

Травматичний вплив модулюється доконфліктними (ризиками та ресурсами), перитравматичними (перебігом та інтенсивністю), посттравматичними (соціальна підтримка, безпека, повторні стресори) чинниками. Діагностичні системи наголошують і на патернах симптомів (повторне переживання «тут-і-зараз», уникнення, негативні когнітивно-афективні зміни, гіперзбудження) та їх

тривалості і вираженості, що відрізняє нормальну гостру реакцію від розладу[8].

У дослідницькій практиці варто розвести:

1. Експозицію (тип, кількість, близькість подій; одноразова, повторювана, кумулятивна, міжособистісна, техногенна, воєнна; пряма, непряма, вікарна). В Україні прийнято керуватись критеріями DSM-5-TR та МКХ-11 для чіткої інклюзії, ексклюзії.

2. Суб'єктивну інтенсивність переживання (безсилля, жах, дисоціація) та когнітивні оцінки загрози - відповідно до провідних когнітивних моделей ПТСР.

3. Наслідки (ефекти) у сферах симптомів і функціонування – у роботі психолога (зокрема клінічного) це фіксується валідованим самозвітом PCL-5 (скринінг, моніторинг), який узгоджений із DSM-5 кластерною структурою симптомів і широко використовується у настановах провідних центрів.

Узагальнені наукові підходи до визначення поняття «Психологічна травма» подано у табл. А.1. Додатку А.

Враховуючи вищезазначене, психологічна травма – це наслідок експозиції до екстремально загрозливих або жахливих подій (МКХ-11) чи до подій, що включають реальну чи імовірну смерть, тяжке ушкодження або насильство (DSM-5-TR), які переживаються як такі, що перевищують можливості опанування, саморегуляції і ведуть до стійких негативних ефектів у симптоматиці та функціонуванні, водночас виразність наслідків визначається контекстом (ресурси, підтримка, повторні стресори) і індивідуальною когнітивно-емоційною обробкою події.

У вітчизняній та світовій літературі психологічні травми класифікують за:

1) За тривалістю та структурою події: Тип I (одинична, раптова) – одноразові події високої інтенсивності: аварія, напад, стихія; Тип II (повторювана, тривала) – хронічні або кумулятивні впливи: насильство в сім'ї, полон, війна [37].

2) За характером стресора: міжособистісні (інтенційні): насильство, катування, сексуальне насильство; неміжособистісні (неінтенційні): техногенні, природні катастрофи, ДТП; моральна травма: переживання порушення базових моральних норм і засад (особливо у військових і цивільних у війні) [4].

3) За розвитковим контекстом: дитячі/ранні травми: впливають на формування прив'язаності, емоційної регуляції; дорослі травми: частіше мають чітко окреслений епізод і наявну преморбідну систему копіngu [10].

4) За способом експозиції (DSM-5-TR, критерій А): пряма експозиція, свідкування, опосередкована (дізнався про подію з близькими); повторене професійне зіткнення (рятувальники, медики, журналісти); окремо класифікується вторинна, чи так звана вікарна травматизація у фахівців допомагаючих професій.

5) За клінічним «профілем» наслідків та симптомів (МКХ-11): ПТСР: повторне переживання, уникання, гіперзбудження; комплексний ПТСР: ядро ПТСР плюс стійкі порушення саморегуляції – частіше після тривалих міжособистісних травм [19].

6) Додаткові параметри: гостра, підгостра, хронічна, із відтермінованим дебютом; індивідуальна vs колективна, масова [13; 28].

Важливо зазначити, що психотравми часто мають коморбідність. Найчастіше це: депресія, тривожні та панічні розлади, ПАР, соматоформні симптоми, безсоння, хронічний біль, суїцидальний ризик. КПТСР – виражені труднощі у стосунках і регуляції афекту.

Повномасштабна війна в Україні, згідно відкритої статистики, створює переважно тип II, міжособистісні та масові травми з високим ризиком КПТСР та вікарної травматизації у фахівців – це має визначати пріоритети скринінгу, стабілізації та довготривалої підтримки.

ПТСР у DSM-5-TR та МКХ-11 пов'язують з експозицією до події(й), що становить реальну чи інтерпріовану загрозу життю чи цілісності (критерій стресора) і зумовлює стійкі психопатологічні симптоми та порушення

функціонування [40]. Відмінності – у структурі симптомів, мінімальній кількості ознак, специфікаторах та додаткових діагнозах і підходах до комплексних наслідків. Таким чином:

- у DSM-5-TR ПТСР описують дещо ширше: 4 групи симптомів – нав'язливі спогади, сні, «флешбеки», уникання, негативні думки та настрої, підвищена збудливість (дратівливість, настороженість, проблеми зі сном). Складні наслідки часто залишаються в межах того ж діагнозу або йдуть як інші супутні стани чи специфікатори;

- у МКХ-11 ядро ПТСР трохи вужче: повторне переживання «тут і тепер», уникання та постійне відчуття загрози [46]. А от усе «більш глибоке» – проблеми з емоційною регуляцією, самооцінкою і стосунками - виділяється в окремий діагноз КПТСР (із обов'язковим відстеженням часової рамки).

На практиці, від експозиції до діагностованої травми симптоми рідко існують «у чистому вигляді» ПТСР. Найчастіше спостерігається мультисимптомний профіль із коморбідними депресивними, тривожними, соматоформними проявами, порушеннями сну, вживанням психоактивних речовин, інколи – дисоціативною симптоматикою або моральною травмою. Наявність коморбідності підвищує тяжкість і функціональні втрати, впливає на відповідь на лікування та ризик суїциду – тому, діагностика коморбідних станів, повинна бути частиною первинного скринінгу та враховуватись до плану допомоги[29]. Чому це важливо розуміти психологу? По-перше, не поспішати з «експозицією» (зануренням у травматичні епізоди), якщо у людини розбитий сон, сильна тривога, багато уникання або є спроби «самолікування» алкоголем чи препаратами. Спочатку – стабілізація: безпека, сон, базова рутина, навички заземлення, дихання, навички терпимості до дистресу, повернення маленьких приємних активностей. Арт-терапевтичні вправи тут дуже доречні: вони допомагають обійти, дають опору в тілі і символах, знижують тривожність, підсилюють відчуття контролю[1; 24; 25].

По-друге, м'яка оцінка стану через опитувальники самооцінки – не щоб «поставити діагноз», а щоб бачити динаміку і планувати кроки. PCL-5 покаже,

як змінюються травмоспецифічні симптоми; короткі шкали настрою, тривоги, сну допоможуть зрозуміти, що заважає найбільше і з чого почати. Це, також, і про чесний зворотний зв'язок клієнту.

По-третє, увага до функціонування: не тільки «що болить», а й «що вже виходить»[42]. Маленькі кроки – більше енергії. Коли варто порадити консультацію психіатра або сімейного лікаря: коли є стійке безсоння, виражені думки про самопошкодження чи суїцид, важкі панічні стани, підозра на психотичні симптоми, неконтрольоване вживання алкоголю чи речовин, або коли людина не може дотримувати базову рутину, попри підтримку [14]. Психолог лишається поруч, але підключає медичну ланку як партнерів. Хочемо зазначити, що в Україні війна створює «комбо» чинників: повторні стресори, втрати, невизначеність, економічний тиск, втома.

Вивчення психологічної травми та посттравматичного стресового розладу ґрунтується на низці теоретичних моделей, що пояснюють природу травматичного досвіду, механізми його впливу на психіку та розвиток патологічних симптомів.

*Когнітивно-поведінковий підхід* пропонує дивитися на цей стан як на сукупність трьох взаємопов'язаних процесів: як людина інтерпретує те, що з нею відбулося; як її пам'ять зберігає травматичні епізоди; і як її щоденна поведінка мимоволі підживлює занепокоєння автоматичними думками [6, с. 27].

Не потрібно ставити жодних діагнозів, щоб працювати з цими процесами – це про звички мозку і тіла, які можна поступово переналаштувати.

Спершу – про інтерпретації. Після травми в голові часто виникають дуже жорсткі висновки: «Світ тотально небезпечний», «Я не контролюю нічого»тощо. Вони з'являються тому, що мозок шукає просте пояснення болю: якщо все небезпечно, тоді треба постійно бути насторожі; якщо «я винна», то принаймні є ілюзія контролю. Завдання психолога, згідно когнітивно-поведінкової моделі – не переконувати, а допомогти клієнту побачити більш

точну картину [6]. У терапевтичній розмові ми не шукаємо «оптимістичні мантри», а розкладаємо досвід на факти, контекст і сенси.

Далі – про пам'ять. Травматичні спогади часто зберігаються як уривки: запах, тінь, звук, відчуття холодного металу – і раптом в грудях тисне, ніби все відбувається знову. Мозок ніби не дописав у файл важливу примітку: «це було тоді». У роботі ми обережно допомагаємо цю примітку дописати. Це не означає відтворювати події на повну і відразу. Навпаки – починаємо з дуже малих шматочків і тільки тоді, коли є опора. Під час торкання травматичних фрагментів ми постійно закріплюємо «я тут і зараз»: контакт ногами з підлогою, відчуття опори шиєю, «я бачу цей кабінет, чую цей звук годинника», поруч теплий чай, запах м'яти чи кориці – будь-які прості «якорі» реальності. Мета – щоб історія з «уривків» стала послідовною і мала часові межі: «було – минуло – зараз інакше».

Третій шматок – поведінка. Після травми уникання стає природним захистом: не ходжу певними вулицями, не зустрічаюся з людьми, не читаю новини, не сідаю біля вікна, не дивлюся фільмів, не сідаю в авто в темряві. Кожне «не» на секунду полегшує стан, але непомітно звужує життя: менше зустрічей, менше радості, менше позитивного підкріплення і досвіду, більше доказів для мозку: «я не готова». Ми не ламаємо уникання через силу. Ми будуємо міст з крихітних кроків – так, щоб кожен крок був посильним і безпечним. Усе це базується на регуляції тіла. Ми вчимо прості мікропрактики, які не потребують спеціальних умов. Навички потрібні не для ідеального спокою, а щоб мати контакт з нервовою системою. Окремо працюємо зі сном, оскільки, коли сон вирівнюється, решта кроків стають удвічі легшими [38].

У підсумку когнітивно-поведінковий підхід – це послідовний шлях: повернути тілу відчуття, назвати й вирівняти думки, зшити пам'ять, розширити життя маленькими безпечними кроками, опертися на цінності і стосунки.

*Нейробіологія* дивиться на травму як на переналаштування систем виявлення небезпеки, пам'яті та контролю. У нормі, вони узгоджено працюють: мозок розпізнає загрозу, запускає короткий стресовий відгук, а коли небезпека

минає - повертається до рівноваги [9]. Після травматичної події цей цикл «застрягає»: сигнали загрози посилюються, пам'ять про подію зберігається інакше, а механізми гальмування працюють слабше.

Система виявлення загрози. Ключовий вузол тут – мигдалина (амігдала). Це «сигналізація» мозку: вона дуже швидко і часто за частку секунди визначає, чи щось схоже на небезпеку. Після травми амігдала стає гіперреактивною: схожі звуки, запахи або картинки можуть запускати реакцію «ніби знову небезпечно». Біохімічно це супроводжується активнішим викидом стресових медіаторів (катехоламіни, кортизол), що готують організм до дії.

Контекстуалізація пам'яті. За «прив'язку» події до часу й місця відповідає гіпокамп. Коли під час травми рівень стресу надто високий, кодування спогадів стає фрагментарним: зберігаються окремі сенсорні шматки (образ, запах, звук), але слабшає відчуття орієнтації в часі. Надалі будь-який натяк на ці сенсорні сліди легше активує амігдалу – і людина переживає інтенсивний емоційний відгук, ніби подія відбувається «тут-і-тепер».

Когнітивний контроль і гальмування. Префронтальна кора – це «керівник зміни», який у нормі пригальмовує імпульси й переоцінює сигнали небезпеки. Після травми, особливо при повторних тригерах, її регуляторний вплив послаблюється: увага легше «зривається» на загрозу, важче переключатися, росте настороженість. На рівні мереж мозку це описують як зсув балансу на користь «салієнс-мережі» (виявлення важливих, загрозливих стимулів) і часткове приглушення мереж, що відповідають за спокійну внутрішню обробку та виконавчі функції.

Стрессова фізіологія. Вісь гіпоталамус–гіпофіз–наднирники (НРА) задає тривалість і інтенсивність реакції на стрес. За умов травми її налаштування змінюються: у частини людей базальні ритми кортизолу йдуть у дисбаланс, а вегетативна нервова система частіше вмикає симпатичний режим («бий або біжи») або, коли ресурси виснажені й загроза здається неминучою, реакцію «завмири» (емоційне, тілесне оніміння). Сукупний ефект називають

алостатичним навантаженням – зносом систем, що довго підтримують підвищену готовність.

Навчання страху й згасання. На нейронному рівні травма – це надмічне, стійке навчання асоціації «натяк – це загроза». Асоціація закріплюється завдяки одночасній роботі амігдали, сенсорних систем і стресових гормонів. Зворотний процес – згасання – полягає не у стиранні старої пам'яті, а у формуванні нової пам'яті безпеки, яка конкурує зі старою. Саме тому спогад може залишатися яскравим, але його «впливова сила» з часом зменшується, якщо мозок накопичує багато досвіду «схожий сигнал – ще не катастрофа».

Тіло як сенсор. Після травми зростає інтероцептивна чутливість – уважність мозку до внутрішніх сигналів тіла (серцебиття, напруження м'язів, дихання). Ці сигнали можуть неправильно зчитуватися як ознаки небезпеки і підсилювати цикл тривоги. Тому в картині травми важливо, що емоційні, когнітивні й тілесні системи переплетені: посилення однієї негайно позначається на інших.

Сенс нейробіологічного підходу простий: травма – це стійкий зсув у роботі систем загрози, пам'яті та контролю, який робить світ небезпечним, минуле – карбується на теперішньому, а гальма – неконтрольованими.

*Конструктивістський підхід* виходить із того, що людина не просто зберігає факти досвіду – вона конструює сенс: має загальні уявлення про світ і себе, на які спирається щодня. РонніЯнофф-Балман описала ці уявлення як базові припущення: світ загалом доброзичливий і впорядкований; події мають сенс і певну справедливість; моє «Я» варте поваги й здатне впливати на події. Травматична подія різко суперечить цим припущенням. Через це страждає не тільки пам'ять про подію – руйнується каркас значень, на якому трималася життєва історія людини[17].

*Наративний підхід* доповнює цю ідею: ми живемо у вигляді особистих історій. Є сюжет (хто я, куди йду, у що вірю), є причинно-наслідкові зв'язки і моральні висновки. Травма «вибиває» шмат історії: з'являється епізод, який не вписується в попередній сюжет («такого не мало трапитись у справедливому

світі»), і тому психіка або намагається заблокувати цей фрагмент, або буде нові, часто жорсткі схеми («світ небезпечний завжди») [21]. Отже, з конструктивістського та нарративного погляду травма – це не лише про страх чи фізіологію, а про розрив сенсу і деформацію життєвої оповіді.

Таким чином, нарративні та конструктивістські підходи бачать травму як кризу сенсу і історії, а відновлення – як побудову нової, зв'язної оповіді, у якій базові припущення стають більш реалістичними, «Я» знову має гідність і вплив, а майбутнє – місце для планів. Це науково узгоджується з моделлю зруйнованих припущень Янофф-Балман і дає чіткі рамки для того, що саме варто вимірювати і описувати в дослідженнях травматичного досвіду.

## **1.2. Теорія механізмів адаптації та подолання ПТСР**

Адаптація до травматичних подій та подолання ПТСР є складними процесами, що включають взаємодію когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних механізмів. Сучасні теоретичні підходи розглядають адаптацію не лише як повернення до попереднього стану, а як динамічний процес перебудови психіки, спрямований на відновлення контролю, зниження дистресу та інтеграцію травматичного досвіду у структуру особистості.

Емоційна регуляція – це здатність нашої психіки й тіла змінювати силу емоційної реакції так, щоб вона відповідала ситуації. У нормі емоції підказують нам, що важливо: страх попереджає про ризик, злість захищає межі, смуток допомагає прощатися з утраченим. Після травми система сигналів стає надто чутливою і настороженою: страх вмикається завчасно, смуток стає тривалим і часто, перебільшеним, злість спалахує або, навпаки, здатність яскраво відчувати - атрофується. У теоретичному сенсі йдеться про розлад узгодження між трьома рівнями: сигнал небезпеки (автоматичний емоційний запуск), оцінка (що це означає?) і гальмування або керування. При ПТСР перший рівень надмірно домінує, а другий і третій відстають. Тому емоційна регуляція як

механізм відновлення – це повернення узгодженості: емоція лишається, але стає більш точним і керованим повідомленням, а не хвилею, що зносить [18].

Толерантність до дистресу – здатність витримувати неприємні внутрішні стани (тривога, сором, тілесний дискомфорт) без втечі й самошкоди, поки вони природно не спадають. У ПТСР дистрес часто відчувається як нестерпний і небезпечний сам по собі. Теоретично це пов'язано з поняттям вікна толерантності: інтервалом збудження нервової системи, у якому ми ще можемо мислити, відчувати й залишатися в контакті із собою. Травма звужує це вікно: або система різко перевантажується (паніка, агресія), або вимикається взагалі (оніміння, відсторонення) [22]. Толерантність до дистресу як механізм – це розширення цього вікна, коли неприємні стани більше не читаються як катастрофа, а переживаються як тимчасова хвиля, яку можливо витримати, усвідомити і дочекатися її спаду. Саме ця здатність робить можливим подальше опрацювання травматичного матеріалу: без неї будь-яке наближення до болючих тем знову зриває систему в активуючі реакції бий, біжи, або замри [39].

Безпечна прив'язаність – це про внутрішню модель стосунків, що формується з раннього досвіду надійної опори. У дорослому житті ця модель працює як внутрішній «якір»: ми краще розрізняємо реальну небезпеку від уявної, легше регулюємо емоції, швидше відновлюємося після стресу. Травматичні події, особливо тривалі й міжособистісні, б'ють саме по цій моделі: світ і люди раптом здаються радше джерелом загрози, ніж опори; виникає недовіра, сором, труднощі близькості. У теорії подолання ПТСР безпечна прив'язаність – це базовий буфер і механізм ко-регуляції: спочатку через зовнішній контакт (людина запозичає спокій від іншого), а з часом – створює і свій внутрішній (цей досвід стає частиною власної системи регуляції) [14]. Саме тому наявність хоча б одного надійного зв'язку (людина, група, спільнота) різко знижує ризик хронізації симптомів і підсилює ефект будь-якого із психотерапевтичних підходів.

Ключ у тому, що ці три механізми працюють разом. Емоційна регуляція забезпечує точність і керованість емоційних сигналів; толерантність до дистресу дає місток часу, щоб сигнал устиг осмислитися, а не зірвався в реактивну поведінку; безпечна прив'язаність створює фон довіри й опори, на якому і регуляція, і витримування стають можливими[33; 34]. У моделі адаптації до травми це виглядає як відновлення циклу: загроза породжує, помірний підйом емоцій, потім настає оцінка й утримання напруження в межах вікна толерантності, і тоді відбувається повернення до рівноваги з оновленим сенсом. Коли цикл знову працює, симптоми ПТСР втрачають домінуючу увагу: вони можуть ще з'являтися, але вже не керують життям і не визначають особисту історію[37].

Коли ми говоримо про подолання ПТСР з точки зору когнітивних стратегій, маємо на увазі, те, як саме мозок тлумачить події, відбирає увагу, оновлює переконання і повертає собі відчуття впливу [6]. Після травми ці ланки часто збиваються: увага є прикутою до загроз, думки стають жорсткими, а старі переконання («світ здебільшого безпечний», «я зможу впоратись») тимчасово втрачають силу. Теорія адаптації описує кілька ключових механізмів, від яких залежить, чи буде досвід інтегровано, чи він залишиться актуальним протягом тривалого часу у вигляді симптомів [35].

Будь-який тригер після травми читається крізь лінзу «це небезпечно зараз» [26]. На рівні механізму, це про оцінку значення сигналу: наскільки він справді небезпечний, чи маю я ресурси вплинути, що з цього випливає. Адаптація відбувається тоді, коли оцінка поступово вирівнюється: мозок починає точніше розрізняти «справжнє» і «схоже», а відчуття теперішньої загрози слабшає. Саме тому, після травми увага автоматично «підсвічує» загрозу: звуки, обличчя, новини з негативним змістом.

Травма, часто схиляє людину до «чорно білих» висновків: «людям довіряти не можна», «я не впораюся ніколи». У теорії це описують як ригідні схеми – стійкі «короткі інструкції» про себе, інших і світ [11]. Адаптація – це не повернення до наївного оптимізму, а пом'якшення крайніх правил і поява

умовності: «деяким людям довіряти можна за певних ознак», «інколи мені важко, але бувають ситуації, де я справляюся». Така гнучкість знижує частоту «помилкових тривог» і відкриває шлях до реалістичних дій.

У дусі конструктивістської теорії руйнуються три опори: доброзичливість, передбачуваність світу, справедливість і сенс, власна цінність і спроможність [41]. Механізм відновлення – переосмислення базових припущень на рівні, який допускає складність: світ не гарантовано безпечний, але частково передбачуваний; справедливість не автоматична, але є сенс діяти за цінностями; я не всесильна, проте маю зони впливу. Коли такі оновлення відбуваються на рівні когнітивних переосмислень, симптоми втрачають ґрунт. Когнітивний компонент тут у тому, що спогади набувають часової й смислової рамки: «це сталося тоді», «що це означає для мене зараз». Поки спогад живе як окремі сенсорні фрагменти без історії, він легко «захоплює» теперішнє. Коли ж з'являється зв'язний наратив, мозок має інше тлумачення реакцій тіла і тригерів, і вони стають менш загрозливими [6].

Важливий шар - ставлення до власних думок і реакцій. Якщо людина читає тривогу як «доказ того, що я зламан(а)», цикл підсилюється. Коли з'являється метарівень («у мене є реакція, але це не вся я», «я можу впливати на те, як тлумачу і що роблю»), повертається агентність. На теоретичній мові це підвищення self-efficacy–базовий провісник відновлення [45]. ПТСР часто живиться вимогою «гарантій безпеки». Оскільки таких гарантій не існує, мозок без кінця шукає загрози. Адаптація включає прийняття часткової невизначеності як норми життя: це зменшує потребу в тотальному контролі й знижує базову тривогу.

У сумі ці механізми описують шлях від перекрученого, загрозоцентричного тлумачення реальності до більш точної, гнучкої і зв'язної картини, у якій є місце і для ризиків, і для ресурсів, і для власної дії. Коли увага перестає бути лише для небезпек, оцінка стає реалістичнішою, схеми – менш жорсткими, а історія життя – ціліснішою – тоді симптоми ПТСР втрачають силу, бо втрачають сенс твердження у цій новій системі переконань. У теорії

подолання ПТСР творчі та сенсорно-орієнтовані підходи розглядають як міст між тілесним переживанням і смисловою обробкою досвіду [23].

Теоретично це спирається на кілька механізмів. По-перше, сенсорна модуляція збудження: повторюваний ритм, тактильні й візуальні патерни, тілесна організація простору допомагають узгодити сприйняття загрози з можливостями регуляції. По-друге, символізація досвіду: коли внутрішній стан отримує форму – лінію, колір, образ чи просту композицію – він перестає бути «розмитою хвилею» і стає об'єктом, на який можна подивитися збоку. Це полегшує подальше осмислення без передчасної детальної вербалізації. По-третє, розширення вікна толерантності, про яке описувалось вище: керована сенсорна активність утримує збудження в межах, де можливі увага, пам'ять і оцінка, – тобто створює фон для адаптивної переоцінки «тут-і-тепер». По-четверте, підтримка суб'єктності: людина робить вибір – колір, темп, межі зображення, – і отримує безпосередній досвід впливу («я можу регулювати»), який противажить травматичній безпорадності.

У «драбині допомоги» це визначає місце арт-підходів до і поруч із методами першої лінії (на кшталт травмофокусованої КПТ чи EMDR) [36]. Їх доречно використовувати як модулі стабілізації і підтримки залученості: вони знижують базову реактивність, полегшують утримання уваги, покращують переносимість подальшої роботи з пам'яттю й переконаннями, а також допомагають тим, кому важко або рано говорити про подію. Важливе теоретичне розрізнення: творчі інтервенції не замінюють механізмів згасання страху чи когнітивної переоцінки, а створюють умови, у яких ці механізми можуть ефективно запуснутися (менше шуму від тіла, більше відчуття контролю, краща здатність тримати емоцію без зсуву у реакцію бий, біжи, замри) [1].

Ще одна причина їхньої корисності – низький поріг входу і культурна чутливість. Символи, колір, фактура і ритм доступні людям з різним рівнем освіти, без потреби одразу вербалізувати те, що важко назвати [3, с. 48]. Це підвищує прихильність до процесу: людині простіше почати і залишатися в

контакті, не відчуючи примусу до важких розмов, і відтворення травматичного досвіду[31]. Для досліджень і практики це означає, що поряд із симптомними шкалами, має сенс фіксувати показники залученості (відвідуваність, завершення циклів, суб'єктивне відчуття контролю й безпеки), бо саме тут арт-підходи дають найбільший внесок у готовність до глибшої роботи, та інтеграції психотравми [16].

Водночас, теоретична рамка чітко окреслює межі: творчі й сенсорні засоби не повинні перетворюватися на неусвідомлену повторну експозицію до травматичного матеріалу чи на стимуляцію, що виходить за межі вікна толерантності[32]. Їхня цінність – у дозуванні емоційного контакту з досвідом, у безпечній дистанції й символічній формі, які допомагають перейти від «уривків» до зв'язної внутрішньої картини, а вже потім – до вербалізації і переоцінки[15]. Саме так творчі й сенсорно-орієнтовані підходи займають своє місце в теорії подолання ПТСР: як опорний контур стабілізації та каталізатор залученості, що підсилює ефект доказових методів і робить шлях інтеграції досвіду більш доступним і безпечним.

## **Висновки до розділу 1**

Отже, з огляду на вище написане, зрозуміло, що сучасна теоретична база, системно окреслює понятійний апарат травми й ПТСР, порівнює DSM-5-TR та МКХ-11 і логічно підводить до механізмів адаптації (емоційна регуляція, толерантність до дистресу, безпечна прив'язаність) та когнітивних процесів переосмислення досвіду.

Психологічна травма розглядається як багатовимірний процес, що включає не лише подію, але й суб'єктивне переживання, здатність людини впоратися зі стресом та подальші емоційні й когнітивні наслідки.

Класифікація психологічних травм охоплює різні критерії: часову тривалість та структуру події, характер стресора, розвитковий контекст, спосіб експозиції та глибину прояву. В умовах війни зростає частка кумулятивних та

міжособистісних травм, а також відзначається висока поширеність вікарної травматизації серед фахівців допомагаючих професій.

Механізми адаптації та подолання ПТСР формуються у взаємодії внутрішніх ресурсів, соціального середовища та цілеспрямованих психотерапевтичних втручань. Показано, що арт-терапевтичні й сенсорно-орієнтовані підходи мають місце як модулі стабілізації та залучення у «східчастій» моделі, але не як заміна методам першої лінії. Теоретична частина, описана в розділі 1 добре підготовлює ґрунт для подальшого емпіричного блоку, окреслюючи специфіку українського воєнного контексту та обґрунтовуючи вибір інструментарію (PCL-5) для моніторингу симптомів.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ РОБОТИ З ТРАВМОЮ ТА ПТСР В ІЗРАЇЛІ: ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОДЕЛІ ТА КЛІНІЧНІ УРОКИ**

#### **2.1. Актуальність та ключові елементи ізраїльського досвіду роботи з психологічною травмою і ПТСР для України**

Повномасштабна війна зробила травматичний досвід масовим явищем для українського суспільства. Нам потрібні не лише окремі клінічні інструменти, а цілісна організаційна модель: швидкий скринінг, рання стабілізація, чіткі маршрути від «першого дотику» до спеціалізованої допомоги, системна супервізія та безперервність сервісів у часі. Саме тому в даній роботі мизвернулися до ізраїльського досвіду – країни, яка десятиліттями живе в умовах повторюваних криз і вибудувала сталу інфраструктуру громадської резилієнтності.

Окремо зазначимо, що під час підготовки роботи були враховані експертні консультації від практиків і викладачів когнітивно-поведінкових наук: Гіли Петрової, Олександра Гершанова та Алекса Дмитрієва. Це фахівці, які активно викладають і впроваджують доказові підходи до роботи з травматичним стресом ТА ПТСР; у межах підготовки цієї кваліфікаційної роботи

микомунікували з ними щодо організації допомоги у гострій і підгострій фазах, критеріїв відбору клієнтів до інтенсивних втручань, місця стабілізаційних модулів і групових форматів, а також особливостей інтеграції сенсорно-орієнтованих практик у системах спільнотної підтримки. Їхні коментарі були використані як експертні свідчення для зіставлення українського контексту з ізраїльськими протоколами та для уточнення меж застосовності окремих рішень.

Важливо й те, що деякі з цих ізраїльських колег є за походженням українцями, репатрійованими до Ізраїлю. Це створює додатковий міст між професійними традиціями: ізраїльські організаційні моделі з їхньою увагою до безперервності допомоги, супервізії та громадської резиліентності поєднуються з чутливістю до українських культурних і соціальних реалій. Така комбінація підсилює переносимість рекомендацій: ми не просто запозичуємо «кращі практики», а адаптуємо їх з урахуванням локальних ресурсів і викликів.

В Ізраїлі допомога людям із травматичним досвідом організована як одна спільна мережа, де кожна ланка знає, що робити і кому передати людину далі. У цій мережі працюють разом три рівні: держава, місцеве самоврядування (муніципалітети) та недержавні, громадські організації.

Архітектурно це виглядає як контур із кількох обов'язкових елементів. Перший –резилієнс– кризові центри у громадах. Вони приймають звернення, проводять короткий первинний скринінг ризику, дають базову стабілізацію і визначають маршрут: спостереження, групова підтримка чи направлення до спеціалізованого лікування. Другий елемент – гарячі лінії та цифрові канали, які працюють у піки подій (обстріли, теракти) і в міжкризовий час. Третій – мобільні бригади для виїздів у місця подій, школи, громади з обмеженим доступом; їхнє завдання – оперативно знизити напруження, зібрати контакти й «завести» людей у систему. Четвертий – амбулаторні клініки та партнерські лікарні, куди скеровують тих, кому потрібні індивідуальні протоколи травмофокусованої терапії чи мультидисциплінарна допомога [20; 21].

Усім цим керує простий принцип маршрутизації та безперервності. Після короткого скринінгу (кілька запитань про подію, сон, нав'язливі спогади, уникання, рівень функціонування) людині призначають найближчий «щабель» допомоги. Якщо через визначений час симптоми не знижуються, її піднімають на наступний рівень – наприклад, із групової підтримки до індивідуальної терапії; якщо стан стабілізується - повертають у формат підтримувальних активностей у громаді. На кожному етапі є «відповідальна» ланка – щоб людина не зникла між сервісами, а інформація не губилася[38].

Окремий блок – кадри та якість. У системі є короткі тренінги для широкого кола спеціалістів (педагоги, соцпрацівники, лідери громад), поглиблене навчання для психологів і психотерапевтів, а також обов'язкова супервізія. Супервізійні групи допомагають зменшити ризик вікарної травматизації і тримають єдині стандарти роботи. Якість забезпечують простими речами: узгоджені опитники на вході та виході, єдині форми записів, робочі протоколи для гострої фази і подальших кроків, регулярні короткі звіти про завантаженість і результати [43; 44].

Ще одна характерна риса – роль громад. У кожній території є свої партнери: школи, релігійні спільноти, молодіжні центри, волонтерські ініціативи. Вони не «замінують» фахівців, але слугують мостом: допомагають організувати групи, приміщення, інформування, підвищують довіру до сервісів. Для дітей і підлітків працюють шкільні ланки з підготовленими педагогами й шкільними психологами; для сімей військових та постраждалих є окремі маршрути підтримки [12].

Нарешті, система проектується з урахуванням масових подій. Це означає, що кожен елемент має «режим підсилення»: гаряча лінія збільшує кількість операторів, мобільні бригади розширюються за рахунок волонтерських психологів, кризові центри переходять на розклад без вихідних. При цьому зберігаються ті ж правила – швидкий скринінг, чіткі маршрути, короткі цикли стабілізації і подальше відстеження.

У такій архітектурі легко зрозуміти, де і чому працюють творчі та сенсорно-орієнтовані модулі: вони з'являються на рівні громад і кризових центрів як інструмент стабілізації та залучення, допомагають людям м'яко зайти у систему, а далі – за потреби – переходити до спеціалізованих протоколів. Це забезпечує безшовний контур допомоги від першого контакту до відновлення.

Як зазначалось вище, ізраїльській системі немає єдиного маршруту: людина може звернутися будь-де, де їй зручно, – телефоном на гарячу лінію, через шкільного психолога, сімейного лікаря, соціальну службу, резилієнс-кризовий центр, місцеву НУО чи навіть через громаду, синагогу, муніципальний центр. Важливе правило мережі: кожна точка входу вміє зробити первинну оцінку і знає, куди передати далі. Тому «де зайшли»– не визначає якість допомоги: маршрути однаково зрозумілі для всіх ланок.

Первинний контакт зазвичай короткий і структурований. На гарячих лініях це 10–15 хвилин розмови з фіксацією ключових маркерів: чи була подія безпосередньо загрозливою, як спить людина, чи є нав'язливі спогади, нічні кошмари, чи уникає місць, людей, тригерів, наскільки постраждало повсякденне функціонування. У громадах і кризових центрах цей самий скринінг проводять очно. Мета проста: відрізнити нормальні гострі реакції від підвищеного ризику і призначити найближчий крок – стабілізаційні групи, коротке спостереження з повторною оцінкою, або швидке скерування до спеціалізованого рівня [30].

Для вимірювання симптомів використовують стислий набір валідованих опитників. У «DSM-логіці» часто застосовують PCL-5 (самозвіт про інтенсивність травмоспецифічних симптомів), у «міжнародній, МКХ-11 логіці»– ITQ (ядро ПТСР та домени КПТСР) [41]. У початковому контакті зазвичай не перевантажують людину великим пакетом: достатньо базової шкали та кількох питань про функціонування (робота, навчання, сім'я, самообслуговування). Якщо є діти й підлітки, скринінг адаптують віково і працюють через школу, батьківську ланку.

Часовий фактор прописаний окремо. У перші 72 години система переважно фіксує подію, забезпечує базову безпеку і дає «вікно» на повторний контакт. Перший розгорнутий скринінг призначають на 1–2 тижні від події (коли гостра реакція або йде на спад, або зафіксовується як стійка). Далі встановлюють контрольні точки (наприклад, 4–6 тижнів і 3 місяці), щоб не пропустити перехід у затяжний стан і вчасно підняти людину на наступний етап допомоги.

Паралельно зі шкалами є перелік «червоних прапорців», які автоматично переводять звернення на вищий рівень: виражені порушення сну з виснаженням, повторювані панічні стани, різке погіршення функціонування, ознаки небезпеки для себе, інших, насильство в сім'ї, інтенсивне вживання ПАР, ознаки психотичного спектра, у дітей – регресивні симптоми з ризиками для безпеки. За таких умов включаються швидкі маршрути (мобільна бригада, лікарняний партнер, спеціалізована амбулаторія), але без розриву зв'язку з первинною ланкою, яка залишається відомою людині[40].

Окремий елемент – мова і культура. На точках входу працюють перекладачі, медіатори для іншомовних громад; форми скринінгу мають кілька мовних версій. Це знижує бар'єри, підвищує довіру і точність відповідей. Для вразливих груп (люди похилого віку, особи з інвалідністю, сім'ї полонених, загиблих) є спрощені маршрути і довші слоти первинного контакту.

Дані скринінгу збираються стандартизовано: коротка електронна картка, яка переходить разом із людиною між сервісами. Це дозволяє бачити динаміку (наприклад, показники PCL-5 до та після коротких груп), уникати дублювання опитувань і підтримувати принцип безперервності: кожен наступний фахівець знає, що вже зроблено, і на що людина погодилася. Доступ до карток розмежований за ролями, аби зберегти конфіденційність.

Нарешті, точки входу – це не лише свого роду фільтр, а й місце першого заспокоєння. У логіці ізраїльської мережі, вже на етапі скринінгу людина отримує зрозуміле пояснення, що з нею відбувається, і чіткий план наступного кроку («куди, коли, хто мене зустрине»). Саме завдяки такій організації легко і

природно з'являються творчі, сенсорно-орієнтовані модулі: на рівні громад і кризових центрів їх пропонують як короткі стабілізаційні заняття з низьким порогом входу, після яких частина людей не потребує інтенсивної терапії, а інша – переходить до спеціалізованих протоколів уже з меншим напруженням і кращою залученістю. Це і є задум скринінгу: швидко знайти потрібний «рівень допомоги» і забезпечити м'який, безпечний маршрут далі.

## **2.2. Інтеграція творчих та сенсорно - орієнтованих підходів в систему допомоги в Ізраїлі**

В ізраїльській мережі допомоги, творчі та сенсорно-орієнтовані формати (арт-модулі, робота з образом і ритмом, прості тілесно-сенсорні вправи, метафоричні матеріали) з'являються на рівні громади та кризових, резилієнс-центрів як частина коротких стабілізаційних програм. Їхня роль - дати безпечний «вхід» у систему тим, кому ще зарано або важко одразу переходити до індивідуальної травмофокусованої терапії. Завдяки низькому порогу залучення та зрозумілому формату ці модулі підвищують утримуваність у програмах і зменшують загальне напруження в перші тижні після події.

Організаційно це виглядає так: після первинного скринінгу людину можуть запросити на короткий цикл групових занять (зазвичай 3–6 зустрічей), де використовують універсальні медіа – колір, фактуру, ритм, прості символічні форми [30]. Акцент не на опрацюванні події, а на стабілізації, поверненні відчуття опори, розширенні вікна толерантності й нормалізації реакцій. Учасники отримують зрозумілу рамку без примусу до детальної вербалізації; ця м'яка посадка знижує ймовірність декомпенсації і готує ґрунт для подальших кроків.

На методологічному рівні такі програми спираються на мультиканальний принцип, відомий у спільнотній роботі (зокрема логіка BASIC-Ph): різні люди відновлюються через різні «канали»– сенс, вірування, емоції, соціальну підтримку, уяву, образ, мислення, фізичність [21]. Творчі модулі покривають

одразу кілька з них, тому добре працюють у змішаних групах і в контексті масових подій, коли потрібно швидко зняти «поріг входу» і дати досвід керованості власними станами.

Важливо, що ці формати інтегровані у stepped-care: вони не конкурують із доказовими індивідуальними протоколами (TF-CBT, EMDR, нарративні підходи), а передують або супроводжують їх. Якщо за контрольними точками спостерігається зниження симптомів і відновлення повсякденного функціонування – людина лишається на рівні громади з періодичними перевітками. Якщо симптоми тримаються – маршрутизація веде до спеціалізованої терапії, причому перехід відбувається вже з кращою регуляцією й готовністю до точнішої роботи з пам'яттю та переконаннями [43].

На рівні якості в ізраїльських центрах творчі модулі вшиті у загальний вимірювальний контур: перед стартом і по завершенні короткого циклу беруть короткі шкали симптомів і функціонування; для травмоспецифічних проявів використовують самозвітніопитники на кшталт PCL-5 у DSM-логіці та/або ITQ в логіці МКХ-11. Дані допомагають відрізнити тих, кому достатньо стабілізаційного блоку, від тих, кому потрібно підсилення; водночас вони показують системі, що саме підвищує залученість.

Окрема причина, чому творчі та сенсорні підходи зайняли стале місце в ізраїльській архітектурі, – культурна нейтральність і гнучкість. Символ, колір, ритм, простий образ – універсальні мови, що зменшують бар'єр для різних вікових, мовних і культурних груп. Це цінно в умовах багатомовного середовища і неоднорідних спільнот, де завдання – не уніфікувати досвід, а запропонувати безпечні форми його контейнеризації.

Таким чином, у системній логіці Ізраїлю творчі та сенсорно-орієнтовані формати - це опорний контур стабілізації та залучення, який працює поруч із клінічними протоколами і підживлює їх ефективність.

## **Висновки до розділу 2**

Аналіз ізраїльської системи роботи з психологічною травмою та ПТСР дає можливість зрозуміти, як у сучасних умовах можна організувати ефективну, багаторівневу і доступну модель допомоги для населення, що переживає масові травматичні події. В умовах повномасштабної війни Україна має подібні виклики, тому ізраїльський досвід виявляється надзвичайно релевантним. Він демонструє, що успішна система підтримки повинна бути не лише клінічною, а й організаційно цілісною, зі швидким скринінгом, ранньою стабілізацією, продуманою маршрутизацією, міжвідомчою співпрацею та неперервністю супроводу.

Важливою особливістю є те, що ізраїльська модель побудована як мережа, де кожна точка входу – гаряча лінія, школа, сімейний лікар, муніципалітет, НУО чи кризовий центр – здатна провести короткий стандартизований скринінг і визначити наступний крок. Це дозволяє уникнути ситуації, коли якість допомоги залежить від того, «куди» випадково звернулася людина. Маршрути уніфіковані, зрозумілі та доступні: від стабілізаційних груп у громаді до спеціалізованої психотерапії в амбулаторних клініках або лікарнях. Сама логіка системи базується на принципі безперервності: людина не губиться між сервісами, а відповідальність за її шлях завжди закріплена за конкретною ланкою.

У такій архітектурі природно вписуються творчі та сенсорно-орієнтовані модулі. Вони використовуються на ранніх етапах - у громадах і кризових центрах – як короткі стабілізаційні програми, що мають низький поріг входу. Після первинного скринінгу людину можуть спрямувати на цикл групових занять, де застосовують роботу з образом, кольором, ритмом, простими тілесно-сенсорними вправами та метафоричними матеріалами. Мета цих модулів – стабілізація, зниження напруги, повернення відчуття контролю, безпечна контейнеризація переживань і розширення «вікна толерантності», а не безпосереднє опрацювання травми.

### **РОЗДІЛ 3**

## **ДОСВІД ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ, ЯКІ ПРОЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД: ЕФЕКТИВНІСТЬ АРТ - ТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ЯК АД'ЮВАНТА В ПОДОЛАННІ ПТСР**

### **3.1. Методика, організація та проведення емпіричного дослідження**

У даній кваліфікаційній роботі ми досліджуємо ефекти арт-терапевтичних інтервенцій у осіб із симптомами ПТСР, використовуючи стандартизований інструментарій оцінювання симптоматичної динаміки PCL-5. Теоретичне підґрунтя включає уявлення про механізми адаптації після травми (нейробиологічні, когнітивно-поведінкові, емоційно-регуляційні, соціально-контекстуальні), а також моделі подолання, що пов'язують переробку травматичної пам'яті, реконструкцію наративу, відновлення агентності та

соціальної залученості. Практичну частину спрямовано на емпіричне вивчення того, чи можуть структуровані арт-терапевтичні техніки, впроваджені з дотриманням принципів травмоінформованого підходу (безпека, вибір, колаборація, довіра, розширення можливостей), сприяти зниженню інтенсивності симптомів за шкалами повторного переживання, уникнення, негативних когнітивно-афективних змін і гіперзбудження.

У даному дослідженні здійснюємо перевірку того, чи пов'язаний короткий цикл творчих (арт-терапевтичних, ігропрактичних) втручань із зниженням інтенсивності симптомів, притаманних ПТСР, за шкалою PCL-5 у дорослих, що пережили травматичні події.

У зв'язку із цим емпірично вивчали психологічні наслідки травматичних подій у цивільного населення (переважно жінок) в умовах сучасних кризових реалій, а також динаміку інтенсивності травмоспецифічних симптомів під впливом структурованих арт-терапевтичних та ігропрактичних інтервенцій. Відтак прагнули порівняти показники до/після втручання та між групами різної інтенсивності «домашньої» практики.

Дизайн. Застосовано квазіекспериментальний pre–post дизайн із трьома паралельними групами (без клінічної діагностики, без фармакотерапії у рамках дослідження). Кожна учасниця проходила базове вимірювання (PCL-5) «до», брала участь в одноденному тренінгу (8 годин), а через 7 днів повторно заповнювала PCL-5 («після»).

Вибірка та критерії. У дослідженні взяли участь 45 жінок 30–55 років (громадський сектор, мешканки прифронтових територій; частина – з досвідом окупації та інших травматичних переживань). Критерії включення: жіноча стать, 30–55 років, наявність травматичного досвіду, інформована згода. Рекрутинг- цільовий, через партнерські громадські організації бази практики.

Учасниць було розподілено на три рівні за інтенсивністю домашньої практики: група А: 8-годинний арт-терапевтичний тренінг та робочий зошит на 7 днів (щоденні техніки заземлення, стабілізації, короткі арт-вправи); група В: 8-годинний тренінг та той самий зошит на 7 днів; група С (порівняльна): лише

тренінг, без тижневої домашньої практики.

По 15 осіб у кожній групі.

Процедура та організація проведення:

1. Первинний контакт і анкетування. До старту втручань усі учасниці дистанційно заповнювали PCL-5 (PTSD Checklistfor DSM-5) через GoogleForms. Для конфіденційності кожній було присвоєно анонімний код (шифр). Інформована згода підписувалася електронно.

2. Одноденний тренінг (8 год). Усі три групи проходили ідентичний за структурою тренінг з елементами психоедукації, ігропрактики та арт-терапії; його мета – стабілізація, розширення «вікна толерантності», відновлення суб'єктності, без заглиблення в деталі травматичних подій.

3. Домашня практика (групи А і В). Після тренінгу учасниці груп А і В отримували робочий зошит на 7 днів: щоденні 2–5-хвилинні вправи (заземлення, дихання), міні-скетч «мій ресурс», арт-завдання на день – для перенесення навичок у побут. Група С зошит не отримувала.

4. Повторне вимірювання. На 7-й день після тренінгу всі учасниці (А, В, С) повторно заповнювали PCL-5 в онлайн-форматі.

Інструменти виміру і стандарти інтерпретації. Головний інструмент - PCL-5, стандартизований самозвітний опитувальник із 20 пунктів (Додаток В), валідований у DSM-5-логіці для скринінгу та моніторингу інтенсивності симптомів. Структурно охоплює 4 кластери: В – інтрузії (1–5); С – уникання (6–7); D – негативні зміни в когніціях, настрої (8–14); Е – гіперзбудження/реактивність (15–20). Шкала відповідей: 0 («взагалі ні») – 4 («дуже сильно»), сумарний діапазон 0–80 (більше – вираженіші симптоми). Для коректності порівнянь дотримано однакове «часове вікно» («за останній тиждень») у вимірюваннях «до та після»; підкреслено, що діагноз ПТСР чи КПТСР встановлює психіатр, а не опитувальник.

Щоб мінімізувати варіативність, структура тренінгу була єдина для всіх груп і містила три частини; кожна мала прописані цілі, час, матеріали та процедуру. Зокрема, у частині 3 «Острови» застосовувалися МАК (5 ресурсних

колод, тихий режим роботи), створення колажу, коротка пластична робота з повітряним пластиліном («образ себе») і однослівна вербалізація образу, після чого - групова рефлексія. Для груп А,В цей же підхід переносився в щоденник (щоденні мікрозавдання). Така стандартизація забезпечила порівнюваність між групами та контроль «доз» втручання.

Етичні засади та безпека. Перед стартом усі учасниці підписували інформовану згоду (електронно); для кожної створювався анонімний шифр (Додаток Б). У процедурі закладено протокол реагування на ознаки ретравматизації, гострого дистресу, супервізії, а також маршрутизацію до фахівців (психіатра, психотерапевта травмофокусованої модальності) за показаннями. Інформаційні матеріали для учасниць відображали можливі ризики/вигоди й право припинити участь у будь-який момент.

Збір і обробка даних. Дані PCL-5 збиралися онлайн (GoogleForms) з фіксацією часу заповнення та прив'язкою до коду учасниці (для зведення «до та після»).

Методи обробки: описова статистика, розрахунок ефект-розміру, міжгрупові порівняння (А,В з щоденником та С без нього), а також агрегація показників на рівні групи (середні «до та після» і дельта).

Контроль якості й відтворюваність: уніфікований протокол тренінгу (структура, тривалість, матеріали) для всіх груп, щоб зменшити варіативність впливу; єдине «часове вікно» повторної оцінки (7-й день), аби знизити вплив зовнішніх чинників між групами.

Стандарти інтерпретації PCL-5 (кластерна логіка DSM-5, шкала 0–4, сума 0–80), чітко прописані для уникнення довільного трактування.

Конфіденційність (коди instead of ПІБ) та етичні шлюзи (право зупинки участі, маршрутизація за ризиками).

Обмеження дизайну (методологічні застереження). Це квазіексперимент без рандомізації; горизонт спостереження – 1 тиждень після тренінгу; основний показник - самозвіт (PCL-5), чутливий до контекстуальних факторів. Тому

отримані зміни слід трактувати як короткострокову динаміку за умов різної дози практики (зошит vs без зошита), а не як довготривалі лікувальні ефекти.

### 3.2. Аналіз результатів емпіричного та формуючого експериментів і перевірка ефективності розробленої програми

З метою визначення потенційної наявності симптомів ПТСР у осіб, які були піддані травматичним подіям, ми використовували методику «опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)». Отримані результати надають кількісну оцінку симптомів щодо припущення наявності ПТСР за підрахунком загальної кількості балів. Однак, зауважимо, що результати не визначають діагноз для досліджуваних, оскільки, якщо респонденти набирають 33 бали включно, або більше балів, це стає підставою для проведення подальших досліджень щодо встановлення ПТСР та не є діагнозом. Якщо респонденти набирають до 32 балів, припускаємо про відсутність ПТСР.

До старту втручань усі учасниці дистанційно заповнювали PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) через GoogleForms. Для конфіденційності кожній було присвоєно анонімний код (шифр). У таблиці 3.1. відображено результати дослідження.

Таблиця 3.1.

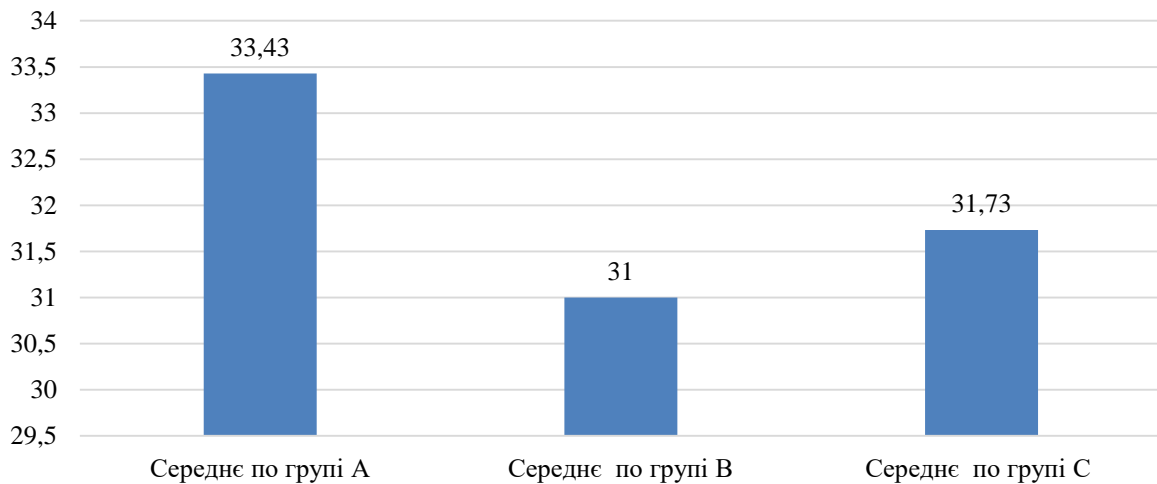
Таблиця фіксування результатів дослідження

Код учасниці	Кількість балів згідно PCL-5 до участі в дослідженні	Код учасниці	Кількість балів згідно PCL-5 до участі в дослідженні	Код учасниці	Кількість балів згідно PCL-5 до участі в дослідженні
Група А		Група В		Група С	
TRM25-A01	36	TRM25-B01	38	TRM25-C01	25
TRM25-A02	24	TRM25-B02	33	TRM25-C02	34
TRM25-A03	48	TRM25-B03	36	TRM25-C03	34

TRM25-A04	22	TRM25-B04	28	TRM25-C04	37
TRM25-A05	45	TRM25-B05	34	TRM25-C05	23
TRM25-A06	23	TRM25-B06	34	TRM25-C06	21
TRM25-A07	34	TRM25-B07	28	TRM25-C07	23
TRM25-A08	38	TRM25-B08	39	TRM25-C08	36
TRM25-A09	34	TRM25-B09	42	TRM25-C09	21
TRM25-A10	41	TRM25-B10	23	TRM25-C10	37
TRM25-A11	34	TRM25-B11	32	TRM25-C11	45
TRM25-A12	33	TRM25-B12	23	TRM25-C12	34
TRM25-A13	43	TRM25-B13	19	TRM25-C13	34
TRM25-A14	48	TRM25-B14	31	TRM25-C14	23
TRM25-A15	32	TRM25-B15	25	TRM25-C15	34
Середнє по групі А	33,43	Середнє по групі В	31	Середнє по групі С	30,73

Початкове опитування PCL-5 показує помірно високий рівень симптомного навантаження в усіх трьох групах учасниць, ще до будь-яких втручань: середні бали становлять 33,43 у групі А, 31,00 у групі В та 30,73 у групі С. Рейнджі теж «широкі»: у групі А від 22 до 48, у групі В від 19 до 42, у групі С від 21 до 45. Уже ця картина вказує, що ми працюємо з вибіркою, де значна частина учасниць має клінічно значущі прояви (часто орієнтиром слугує порогова зона близько 31–33 балів для «ймовірного ПТСР» у скринінгу). Тобто втручання буде оцінюватися на тлі реального симптомного тягаря.

На рис.3.1. подано середні результати початкового опитування PCL-5 по групах.



**Рис. 3.1. Результати початкового опитування PCL-5 по групах**

Початкове опитування PCL-5 показує помірно високий рівень симптомного навантаження в усіх трьох групах учасниць, ще до будь-яких втручань: середні бали становлять 33,43 у групі А, 31,00 у групі В та 30,73 у групі С. Рейнджі теж «широкі»: у групі А від 22 до 48, у групі В від 19 до 42, у групі С від 21 до 45. Уже ця картина вказує, що ми працюємо з вибіркою, де значна частина учасниць має клінічно значущі прояви (часто орієнтиром слугує порогова зона близько 31–33 балів для «ймовірного ПТСР» у скринінгу). Тобто втручання буде оцінюватися на тлі реального симптомного тягаря.

З погляду балансу груп на старті, відмінності між середніми невеликі (розкид приблизно в 2–3 бали). Це добре для подальшого аналізу: ми не бачимо помітного «зміщення» на користь якоїсь групи до початку програми, тож зміни після втручань коректніше пов'язувати з самими інтервенціями, а не з початковою нерівністю. Водночас, варто пам'ятати про статистичну гетерогенність: у кожній групі є як учасниці з невисокими значеннями (19–25), так і з дуже високими (45–48), а це означає різні «стартові умови» для регуляції та різний «запас для покращення». Саме тому у подальшій інтерпретації бажано враховувати не лише середні, а й індивідуальні траєкторії.

Для нас така база означає кілька речей. По-перше, методично ми маємо валідну точку відліку для дизайну pre–post: однакове «вікно згадки» («за останній тиждень») до інтервенцій і після них дозволяє чистіше оцінити

короткострокову динаміку. По-друге, аналітично доречно планувати аналіз зміни з контролем за базовим рівнем (наприклад, порівняння дельт або ANCOVA зі стартовим балом як коваріатою), щоб зменшити вплив регресії до середнього та ефектів максимум і мінімум. По-третє, клінічно-етично окремі високі значення (45-48) вимагають посиленої уваги: безпечної рамки, маршрутів на спеціалізовану допомогу за «червоними прапорцями» та індивідуалізації темпу навантаження у вправах.

Нарешті, з позиції прикладної значущості цей базовий зріз підтверджує доцільність саме стабілізаційних сенсорно-орієнтованих модулів на старті (замість раннього глибокого опрацювання травматичних спогадів): при середніх у районі 31–33 і наявності високих «піків» ключовими цілями першого етапу стають зниження гіперактивації, розширення «вікна толерантності» та підвищення відчуття контролю. Це створює кращі умови для подальшої, більш фокусованої роботи – і дає чистішу базу для вимірювання ефектів вашої програми на 7-й день і далі

Важливим інструментом психологічної допомоги особам із симптомами ПТСР є Арт-терапевтичні інтервенції, оскільки забезпечують безпечний, м'який та ненасильницький спосіб опрацювання пережитого досвіду. Застосування арт-терапії у тренінгових заходах та групових заняттях сприяє стабілізації емоційного стану, зниженню тривоги, відновленню відчуття контролю й формуванню ресурсних стратегій подолання наслідків травми.

Заходи і тренінги з елементами арт-терапевтичних інтервенцій для осіб з симптомами ПТСР:

Груповий день (8 годин із перервами) побудовано як послідовність стабілізаційних та символізаційних модулів. Акцент – не на деталях травматичних подій, а на щоденних опорах (практики, люди, цінності) та керованих сенсорних діях, що знижують збудження і повертають відчуття контролю. Концептуальна основа центрального блоку – модель PERMA (Positive Emotion, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment), через

яку завдання спрямовано на позитивні емоції, залученість, стосунки, сенс і досягнення без прямого занурення у травму.

### Блок 1. Командна ігрова робота за PERMA (стабілізація та залучення)

Групу ділять на дві підгрупи; кожна отримує ігрове полотно, кубики та авторські картки, створені спеціально під захід. Кидок кубика визначає тип активності: коротка дихальна/ритмічна вправа, фокус уваги «тут-і-тепер», мікродіалог у парі тощо. Ігровий формат одночасно тримає сенсорну регуляцію (ритм, дихання) і соціальну ко-регуляцію (взаємодія в підгрупах), підсилюючи відчуття безпеки та агентності. Завдання на полотні й картках скеровані на повсякденні опори (практики, люди, цінності), що реально знижують збудження і розширюють репертуар копінгу. Сенс блоку – розширити «вікно толерантності», натренувати увагу й тілесне заземлення, зміцнити зв'язки та сенс без розмови про травматичні деталі.

### Блок 2. (перехідний) Психоедукаційна рамка.

Між ігровими сегментами коротко пояснюються нормальні стресові реакції, що саме робить дихання, ритм, увага, і чому завдання орієнтовані на регуляцію, а не на «копання» в спогадах. Це фіксує єдине пояснення для всієї групи і зменшує тривогу очікування (узгодження «чому ми це робимо»).

### Блок 3. «Острови» (символізація, інтеграція, ресурсне «Я»)

Зал організовано острівцями із 5 ресурсних колод МАК (метафорично-асоціативні карти); фоном – повільна інструментальна музика (ритм, релаксація). Кожна учасниця в тиші обирає 6–7 карт «за відгуком» і створює колаж із власних образів. Далі з повітряного пластиліну ліпить «образ себе» (символ, предмет, сонце тощо), називає його одним словом і «вписує себе» в колаж запитанням «де я тут зараз?». Після цього – групове коло-рефлексія: учасниці відзначають зміни стану («стало спокійніше, ясніше»), формулюють інсайти й домовленості про самогляд на найближчий тиждень. Цей блок безпечним способом символізує внутрішній досвід (колір, форма, фактура – проджують образи, у свою чергу окреслюються через слово), закріплює

ресурсний «Я-образ» і допомагає повернути часову, просторову рамку («де я зараз у своєму житті»).

Домашня мікропрактика (для груп А і В): 7-денний робочий зошит.

Після тренінгу учасниці групи А і В отримують зошит на 7 днів із щоденними 2–5-хвилинними вправами: заземлення, дихання, міні-скетч «мій ресурс», невелике арт-завдання дня. Мета – перенести навички в будень, підтримати ритм саморегуляції та закріпити агентність (щоденний мікробір і дія). На 7-й день усі групи (А, В, С) знову заповнюють PCL-5 в онлайн-форматі.

Операційні принципи безпеки та якості: тиша й дозування стимулів під час «Островів»– щоб зберігати регуляцію та не провокувати перевантаження; чіткі межі: добровільність, право «стоп», відсутність вимоги до детальної вербалізації травматичних епізодів (робота – на рівні символів і ресурсних образів); групова рефлексія наприкінці – коротка, з фокусом на стан і домовленості, а не на історії травми; єдиний вимірювальний контур: PCL-5 до тренінгу та на 7-й день після – для відстеження короткострокової динаміки.

Зазначимо як ці елементи пов'язані з механізмами відновлення.

1. Сенсорна модуляція (ритм, дихання, тактильність) знижує гіперактивацію і повертає увагу «тут-і-тепер». Це – основа «вікна толерантності».

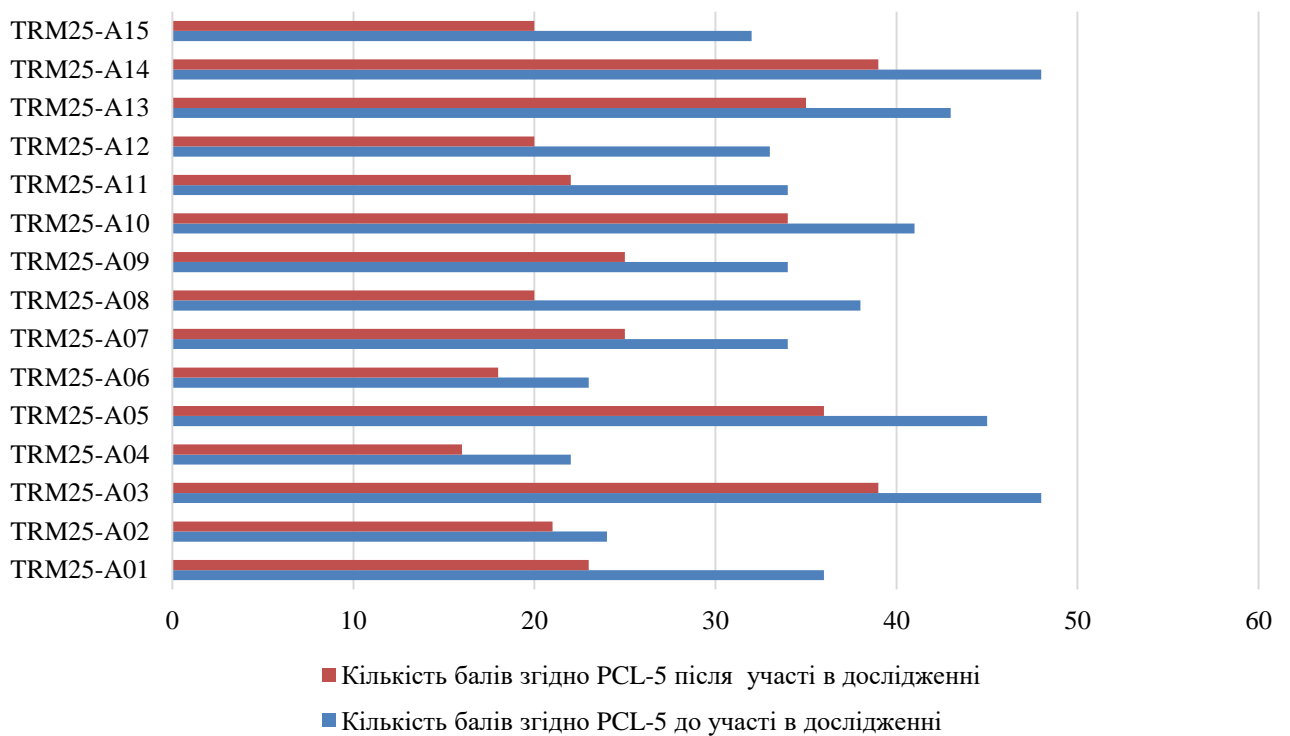
2. Соціальна ко-регуляція (робота в підгрупах, мікродіалоги) і структура гри підтримують безпеку та залученість.

3. Символізація досвіду через МАК-колаж і пластичний «Я-образ» переводить «уривки» переживань у керовані образи з можливістю їх назвати й «розмістити» у власній історії.

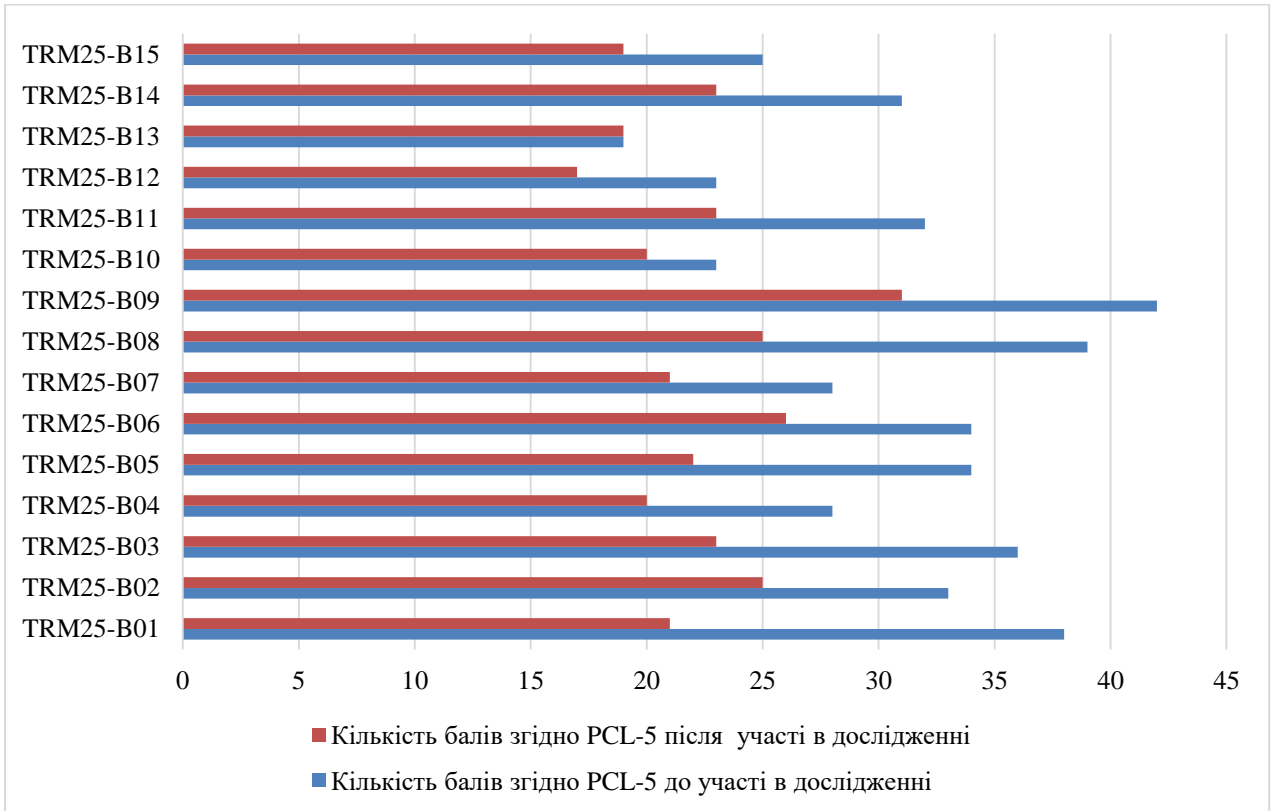
4. Щоденний мікроритм практик (зошит) закріплює агентність і переносить навички у повсякдення, що пов'язано з кращою динамікою за PCL-5 у групах із зошитом.

За тиждень після програми в усіх трьох групах зафіксовано зниження інтенсивності симптомів за PCL-5 (0-80 балів). У середньому: показник групи А (що взяла участь в тренінгу, а також протягом 7-ми днів виконувала завдання у

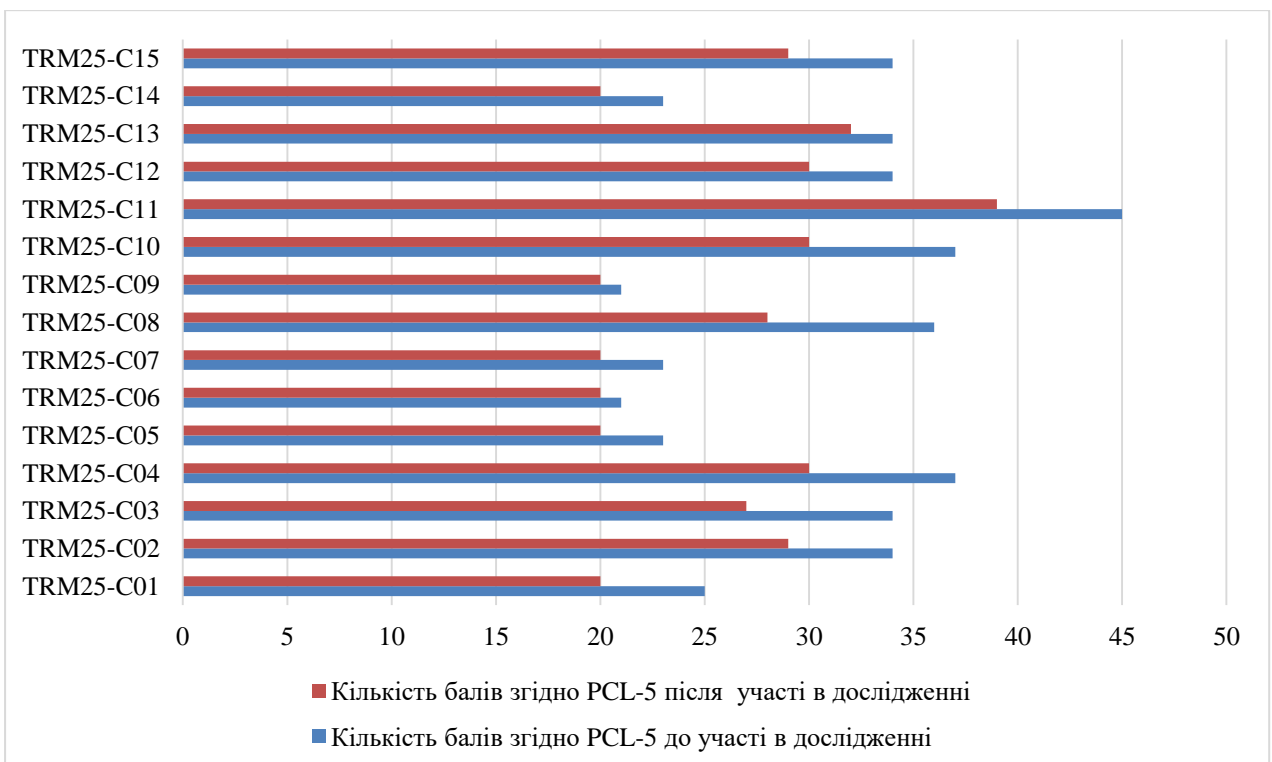
зошиті) знизилася з 33,43 до 26,20 ( $\Delta = -7,23$ ); показник групи В (аналогічно групі А, учасниці взяли участь в тренінгу, та виконували завдання в робочих зошитах) – з 31,00 до 22,33 ( $\Delta = -8,67$ ); група С (учасниці, якої лише відвідали тренінг) – з 30,73 до 26,26 ( $\Delta = -4,47$ ). Таблиця фіксування та порівняння результатів дослідження по групах представлена на рис. 3.2.-3.4 та в Додатку Е. Ці значення отримані шляхом агрегації індивідуальних показників «до/після» у межах кожної групи.



**Рис.3.2. Порівняння результатів дослідження респондентів у групі А (тренінг+зошит) до участі в дослідженні та після участі в дослідженні**

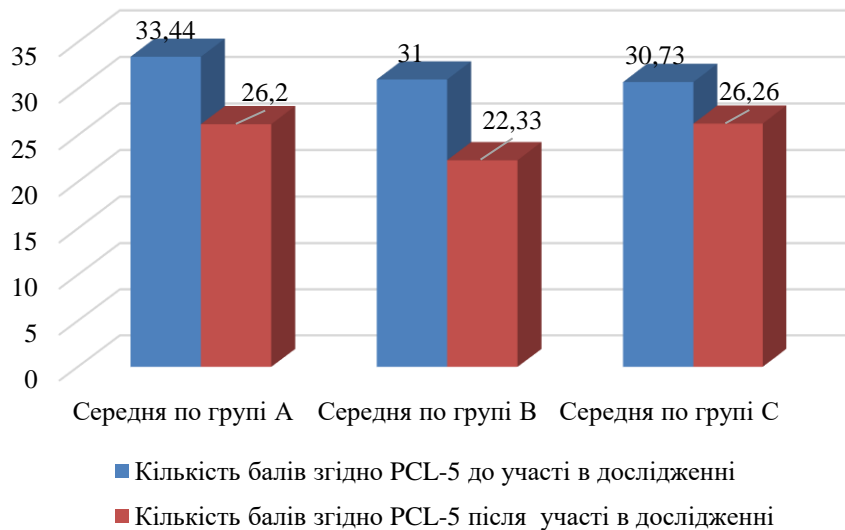


**Рис.3.3. Порівняння результатів дослідження респондентів у групі В (тренінг+зошит) до участі в дослідженні та після участі в дослідженні**



**Рис.3.4. Порівняння результатів дослідження респондентів у групі С (лише тренінг) до участі в дослідженні та після участі в дослідженні**

Порівняння результатів дослідження респондентів по групах (середній результат) відображено на рис. 3.5.



**Рис. 3.5. Порівняння результатів дослідження респондентів по групах (середні значення) до участі в дослідженні та після участі в дослідженні**

Різниця між умовами дає зрозуміти, що регулярні щоденні мікропрактики (2–5 хвилин) після групового тренінгу додають відчутний внесок у короткострокову динаміку симптомів. Усі вимірювання виконані в однаковому часовому вікні («за останній тиждень») - це робить порівняння коректним і знижує вплив зовнішніх чинників між групами.

Дизайн був квазіекспериментальним pre–post: усі учасниці проходили однаковий одноденний тренінг, а дві з трьох груп додатково виконували завдання в щоденному зошиті упродовж семи днів; повторне оцінювання PCL-5 проводили рівно на 7-й день. У такій рамці виявлене зниження балів слід тлумачити як короткострокову динаміку, асоційовану з втручанням, а не як доведений причинний ефект або довготривалу ремісію. Сам підхід коректний для перевірки первинної доцільності і для планування наступних, структурованих етапів (довший фоллоу-ап, рандомізація, активні контролю).

Стандартизація протоколу, ідентична структура 8-годинного дня для всіх, уніфікований час повторної оцінки та фіксоване «вікно згадки» в PCL-5 зменшують похибку і підвищують надійність висновків саме про різницю між

умовами: тренінг сам по собі та тренінг плюс щоденна практика. Це дозволяє впевнено сказати, що регулярність міжсесійної активності пов'язана з більшою короткостроковою зміною симптомів.

Найімовірніші рушії побаченої динаміки – це сенсорна регуляція, корекція в групі та символізація досвіду. Сенсорні елементи (ритм, дихання, тактильні та візуальні завдання) знижують гіперактивацію і повертають увагу в «тут-і-тепер», що розширює «вікно толерантності» і робить тригери менш сильними. Групова робота за моделлю PERMA через малі взаємодії і спільні дії підтримує відчуття безпеки й нормалізує переживання («зі мною не щось унікально не так, а природна реакція, яка має шляхи подолання»). Блок «Острови» з МАК і пластичним «образом себе» переводить «уривки» переживань у керовані образи, надає їм назву і місце в особистій історії – нав'язливі фрагменти менше «вриваються» у повсякдення.

Додатковий приріст у групах із зошитом логічно пов'язаний із ритмом щоденної мікропрактики: 2–5 хвилин на день підтримують досягнуте на тренінгу зниження напруги, закріплюють відчуття впливу на свій стан і допомагають перенести навички саморегуляції в буденні ситуації між вимірюваннями.

Є три головні застереження. По-перше, дизайн без рандомізації і короткий горизонт у 7 днів не дозволяють робити висновки про причинність і тривалість ефекту; це коректний пілот для подальших стадій. По-друге, PCL-5 - самозвіт: на відповіді можуть впливати настрої, контекст і соціальна бажаність, хоч ми й вирівнювали «вікно згадки» (за останній тиждень). По-третє, вибірка – 45 жінок 30–55 років (частина з досвідом окупації), тож узагальнення на інші групи потребує обережності та повторення на ширшій і різноманітнішій вибірці.

Попри ці межі, внутрішня узгодженість результатів (зниження в усіх групах, із кращою динамікою там, де була щоденна практика) і методична охайність організації (єдиний протокол дня, уніфікований час повторного вимірювання) роблять висновки надійними саме в заявленому форматі:

короткострокова асоційована зміна симптомів і перевага регулярних мікроінтервенцій після тренінгу.

Практичний висновок доволі простий і робочий: короткий 8-годинний груповий день із сенсорно-орієнтованими та символізаційними вправами варто впроваджувати як першу сходинку стабілізації для дорослих із симптомами ПТСР; а 7-денний щоденник після тренінгу робить ефект відчутнішим і допомагає перенести навички в повсякдення. Це прямо видно з різниці середніх дельт: у групах із зошитом зниження балів PCL-5 було більшим, ніж у групи лише з тренінгом, за однакового часового вікна оцінювання («до» і на 7-й день).

Щоби програма була безпечною і відтворюваною, важливо зберігати стандартизовану структуру дня ( ігровий блок за PERMA як вхід у регуляцію; далі «Острови»: тихий вибір МАК, колаж, пластична робота з образом себе, коротка рефлексія без заглиблення в травматичні деталі). Саме ця послідовність утримує збудження в «робочому діапазоні», нормалізує досвід у групі й надає переживанням безпечної форми.

Моніторинг ефективності лишається простим і доказовим: PCL-5 до старту та повторно рівно через 7 днів (ви це вже реалізуєте). Така схема швидко показує, кому достатньо стабілізаційного блоку, а кому варто запропонувати наступний крок (довші програми, травмофокусована психотерапія, за показаннями - консультація психіатра).

З етики й організації важливо зберігати вже закладені вами захисні запобіжники: інформована згода, анонімізація (коди), право «стоп», чіткі межі роботи (символічний рівень без примусу до деталей травми) і маршрутизація на вищий рівень допомоги за «червоними прапорцями». Це тримає формат безпечним і сумісним із більшими мережами допомоги.

Нарешті, для масштабування в громадах: варто планувати невеликі групи, мати під рукою базові матеріали (МАК, колажні набори, повітряний пластилін), забезпечити тишу й дозування стимулів у «Островах», і автоматично видавати зошит на 7 днів (або більше), як стандартний завершальний крок – саме він

підтримує щоденний ритм саморегуляції, завдяки чому у ваших групах А і В динаміка була кращою.

Таким чином, такий підхід – це практичний, безпечний і вимірюваний ад'ювантний модуль у «сходинковій» системі допомоги, який можна масштабувати в українських громадах уже зараз, спираючись на відтворювані кроки і зрозумілі критерії подальшої маршрутизації.

### **Висновки до розділу 3**

Проведене дослідження мало на меті оцінити, чи пов'язаний короткий цикл арт-терапевтичних та ігропрактичних інтервенцій із зниженням інтенсивності симптомів, притаманних ПТСР, у дорослих жінок, що пережили травматичні події. Використано квазіекспериментальний pre–post дизайн із трьома групами, де дві групи виконували 7-денну домашню мікропрактику, а одна - ні. Усі групи проходили ідентичний 8-годинний стабілізаційно-арттерапевтичний тренінг, а ефекти оцінювали за стандартизованою шкалою PCL-5 до та через 7 днів після втручання.

Початкові показники вказали на помірно високий рівень симптомного навантаження у всіх групах (середні 30–33 бали), що підтверджує релевантність вибірки та доцільність стабілізаційно-орієнтованого формату втручання. Баланс груп на старті був достатньо рівномірним, що дозволяє інтерпретувати зміни як пов'язані з умовами втручання, а не з початковою різницею.

Результати демонструють однозначну тенденцію до зниження симптомів упродовж тижня після програми: у групі А бал знизився на 7,23, у групі В – на 8,67, у групі С – на 4,47. Отже, кількісно зафіксовано помірне, але послідовне зниження сумарних балів PCL-5 у всіх групах, причому умови з щоденником показали більшу динаміку, ніж лише тренінг.

## ВИСНОВКИ

Теоретична рамка і мета дослідження досягнуті. У роботі системно узагальнено сучасні уявлення про психологічну травму, ПТСР ТА КПТСР, механізми адаптації та подолання, роль емоційної регуляції, толерантності до дистресу, підтримувальних стосунків і сенсотворення. Це забезпечило чітке обґрунтування об'єкту й поставлених завдань.

1. Науково-теоретична цінність: запропоновано інтегративну позицію щодо місця арт-терапевтичних і сенсорно-орієнтованих модулів у “сходиноківій” (stepped-care) моделі допомоги при ПТСР. Доведено, що ці модулі доцільно розглядати як ад'ювантні засоби стабілізації та залучення, які підсилюють ефективність подальших травмофокусованих протоколів, а не як їх заміну. Це узгоджено з сучасною доказовою логікою скринінгу та моніторингу симптомів (PCL-5) без клінічної діагностики в межах психологічної практики.

2. Теоретична новизна в українському контексті полягає у поєднанні спільнотної логіки ізраїльських моделей (мережевість, короткі стабілізаційні цикли, групові формати, супервізія) з фокусом на безпечну символізацію досвіду (МАК, образ, колір, фактура) і сенсорну регуляцію як умовою повернення “вікна толерантності”. Робота показує, як ці принципи можуть бути інкорпоровані у локальні програми в умовах війни.

3. Порівняння з попередніми підходами: на відміну від суто вербальних психоедукаційних занять або відразу «глибоких» індивідуальних протоколів, досліджуваний формат спершу зменшує фізіологічну напругу та підвищує відчуття контролю через структуровані сенсорні дії й символізацію. Теоретично це знижує ризик ретравматизації і збільшує готовність до наступних етапів терапії.

4. Обґрунтовано використання PCL-5 як валідного самозвітного інструмента для короткострокового моніторингу інтенсивності травмоспецифічних симптомів у дорослих.

5. Теоретичний внесок у розуміння механізмів змін: узгоджено показано, що сенсорна модуляція (ритм, дихання, тактильність), ко-регуляція в групі та символізація (колаж, «образ себе», однослівна вербалізація) є шляхами зменшення гіперактивації, інтрузій та уникання у короткому горизонті. Це узгоджується з нейробіологічною й нарративною логікою переробки травматичної пам'яті на безпечному рівні образів.

6. Практичний результат 1 (ядро): у трьох групах зафіксовано помірне, але послідовне зниження сумарних балів PCL-5 через 7 днів після втручання; найбільшу динаміку продемонстрували групи, що виконували щоденник ( $\Delta -7,23$  та  $\Delta -8,67$ ) порівняно з групою, що брала участь лише в тренінгу ( $\Delta -4,47$ ). Це свідчить, що регулярна мікропрактика підсилює ефект короткого групового дня.

7. Порівняння з практиками ізраїльських сервісів показало узгодженість: короткі стабілізаційні цикли, групові модулі, вимірювальний контур “до/після” та маршрутизація далі за потреби – це ті самі принципи, що лежать в основі мережевих моделей (резилієнс-центри, криза-лінії, мобільні бригади). Запропонований формат органічно вбудовується у таку архітектуру як “перша сходинка”.

8. Позитивні сторони запропонованого рішення: безпечність і етичність для психолога без медичного мандата; простота впровадження у громадах; вимірюваність ефекту через PCL-5; гнучкість для різних цільових груп; відповідність сучасній травма-інформованій парадигмі.

Загальний підсумок прикладної значущості: розроблена й апробована програма є практичним, безпечним та вимірюваним ад'ювантним інструментом ранньої стабілізації для дорослих із симптомами ПТСР у воєнних умовах. Вона поєднує сенсорну регуляцію, символізацію та щоденну мікропрактику, що забезпечує помірне короткострокове зниження симптомів і підвищує готовність

до подальших, більш інтенсивних, доказових втручань. За результатами досягнуто мети кваліфікаційної роботи та виконано всі її завдання.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арт-терапія у роботі з ПТСР у дітей. Освітня програма. Київ : ВТ «Основа», 2024. 24 с. URL: [https://vtkosnova.com/uk/ptsr\\_children\\_d/](https://vtkosnova.com/uk/ptsr_children_d/).
2. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому : монографія / пер. з англ. Харків : Віват, 2022. 624 с.
3. Волотовська Н. Перспективи застосування арт-терапії як засобу подолання посттравматичного стресового розладу. *Психологія і суспільство*. 2023. № 1. С. 45-61.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. mhGAP: тренінгові матеріали українською (модулі щодо ПТСР). Київ : МОЗ України / mhGAP-Україна, 2020–2023. URL: <https://www.mh4u.in.ua/ya-fahivecz-iz-psyhichnogo-zdorovya/treningova-programa-mhgap-mental-health-gap-action-program/>.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
6. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : зб. статей / Інст соціальної та політичної психології; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. К.: Міленіум, 2015. С. 26-35.
7. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.

8. Гриньова Н., Слободян С. Дослідження психотравм особистості та шляхи її корекції у форматі позитивної психотерапії. *Психологічний журнал*. 2020. №3. С. 42-50.
9. Грицюта О. Ф. Психолого-педагогічні особливості подолання стресу, психічної травми та посттравматичного синдрому в постраждалих від війських дій. *Оновлення змісту, форм і методів навчання і виховання в закладах освіти*. 2016. № 13(1). С. 110-113.
10. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
11. Захарченко Н. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: методичні матеріали. Запоріжжя: ЗНУ, 2022. 68 с.
12. Зливков В. Л., Лісова Н. М., Харабадзе Н. Діти війни: монографія. Київ : ІСПП НАПН України, 2022. 180 с.
13. Ілліч О. В. Перша психологічна допомога в гострих стресових станах: огляд концепції ППД ВООЗ і практичні аспекти. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2022. № 4. С. 120–128.
14. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій: клінічна настанова. Київ: Національна академія медичних наук України, 2024. 112 с.
15. Калька Н., Одинцова Г. Арттерапія і війна: контексти і досвід практичної роботи : колективна монографія. Львів : ЛьвДУВС, 2023. 283 с.
16. Католик Г. В., Сірко Р. І., Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник. Ч. 1. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2020. 232 с.
17. Лікування посттравматичного стресового розладу: сучасний огляд. Київ: Клініка психологічної терапії, 2023. 36 с.
18. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 15

березня 2023 р.) / за загальною редакцією член-кор. НАМН України, професора С.Т. Омельчука. К.: МВЦ «Медінформ», 2023. 224 с.

19. Місяць обізнаності про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Новини. Київ : Національна служба здоров'я України, 2024. URL: <https://phc.org.ua/news/cherven-misyac-obiznanosti-pro-posttravmatichniy-stresoviy-rozlad-ptsr>.

20. Перша психологічна допомога. Модуль 1: навчальний посібник / переклад укр. Копенгаген : IFRC PS Centre, 2022. 56 с.

21. Перша психологічна допомога. Модуль 2 (Basic PFA): навчальний посібник / переклад укр. Копенгаген : IFRC PS Centre, 2022. 64 с.

22. Плєскач Б.В., Уркаєв В.С. Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам спрямованої на подолання травматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія та психотерапія*. 2019. Т.3. №15.

23. Посттравматичний стресовий розлад: реєстр матеріалів (клінічна настанова, протоколи). Київ : ДЕЦ МОЗ, 2024. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>.

24. Простір арттерапії. Збірник наукових праць. Вип. 1 (33). Київ : НАПН України, 2023. 244 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737692/1/Art%20Therapy%20Space-Coll.of%20scient.articles-2023-Issue%2033%281%29.pdf>.

25. Простір арттерапії. Матеріали XXII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції «Вектори зцілення у часи війни». Київ : НАПН України, 2025. 180 с.

26. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: [https://icbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/Romanchuk\\_PTSD.pdf](https://icbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf)

27. Титаренко Т.М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.

28. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.

29. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». Київ : МОЗ України, 2024. 120 с.

30. Царенко Л. Г. EMDR. Невідкладна допомога: методичні рекомендації. Київ: НАПН України, 2023. 36 с.

31. Чмелик І. В. Арт-практики як чинник адаптації та психологічного відновлення в умовах війни. *Український альманах досліджень мистецтвознавства і дизайну*. 2025. № 2. С. 55–64.

32. Davis R. S., Griffin S. M., Coates E. E. Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for PTSD in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2023. Vol. 62(12). P. 1481–1498. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856723001296>

33. Grant M., Hobfoll S. E., Hall B. J. Feasibility and Potential Efficacy of a Mobile App Series for PTSD: Randomized Controlled Trial. *Journal of Evidence-Based Medicine in Digital Health*. 2025. Vol. 1. URL: <https://spj.science.org/doi/10.34133/jemdr.0003>

34. Hensler I., Dittmann L., Ebert D. D. Longitudinal Follow-up of the Randomized Controlled Trial of the Self-management App «PTSD Coach». *Internet Interventions*. 2023. Vol. 31. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782923000180>

35. Ito M., Sato H., Yasumiya R. та ін. Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Japan: Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2025. Vol. 8(2). URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2829857>

36. Joschko R., Mewes R., Schöenberg M. Active Visual Art Therapy and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-

Analysis. *JAMA NetworkOpen*. 2024. Vol. 7(9). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39264631/>

37. Jovanovic B., Norrholm S. D., Powers A. Can Mindfulness-Based Interventions Reduce PTSD Symptoms? A Meta-analytic Review. *Behaviour Research and Therapy*. 2024. Vol. 170. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618524000355>

38. Loenen I., Heiden C., Rossum I. The Effects of an Exposure-Based Mobile App on Symptoms of PTSD: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*. 2022. Vol. 10(11). URL: <https://mhealth.jmir.org/2022/11/e38951>.

39. McLean C. P., Capaldi S., Gallagher M. W. Mobile exposure therapy for PTSD: 12-week RCT. *Behaviour Research and Therapy*. 2022. Vol. 151.

40. Najavits L. M., Krinsley K., Waring M. E. A Seeking Safety Mobile App for Recovery from PTSD and Substance Use: Randomized Controlled Trial. *Substance Use & Misuse*. 2024. (Ahead of print). URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2023.2280540>

41. Schnurr P. P., Eftekhari A., Rosenberg S. D. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for PTSD among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA NetworkOpen*. 2022. Vol. 5(1). URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788220>

42. Sloan D. M., Marx B. P., Lee D. J. Written Exposure Therapy vs Prolonged Exposure for PTSD: Noninferiority Randomized Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023. Vol. 80(10). P. 1034–1043. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2808302>.

43. Villegas-Ortega J., Ramos-Lira L., Domínguez-Sánchez A. Effect of EMDR vs Waiting List for Adults with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2025. (In press). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032725015769>

44. Wang J., Li X., Zhou Y. Colors of the Mind: A Meta-analysis of Creative Arts Therapy for PTSD. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39799380/>.

45. World Health Organization. Post-traumatic Stress Disorder: Fact Sheet (Updated 27 May 2024). Geneva : WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

46. World Health Organization. The Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders (ICD-11 CDDR) News Release. Geneva : WHO, 2024.

## Додаток А

Таблиця А.1.

### Дефініція поняття «психологічна травма»

Автор	Трактування поняття «психологічна травма»
Психологічна енциклопедія	Психологічна травма - шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей
Титаренко Т.	Психологічна травма – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість
Заграй Л.	Психологічна травма – це реакція людини на життєві обставини, що викликає тривалі емоційні переживання негативного характеру
Туриніна О.	Психологічна травма визначається як стан сильного страху, що переживається людиною під час зіткнення з раптовою подією, яка є потенційно загрозливою для її життя.
Гоцуляк Н	Психологічну травму у самому загальному плані можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. Такими подіями є війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо.
Грицюта О.	Типи подій, що можуть призвести до психотравми, охоплюють різноманітні життєві ситуації, які завдають

	сильних емоційних переживань і виводять людину зі стану внутрішньої рівноваги
С. Гончарова та М. Яковчук	Психологічну травму можна розглядати як взаємодію особистості та середовища, з відзначенням важливості суб'єктивних факторів: переживань, розуміння ситуації, ставлення до неї та інтерпретації подій

Примітка. Складено автором за даними [7, 9, 10, 26, 27, 29]

## Додаток Б

### ІНФОРМАЦІЙНА ЗГОДА УЧАСНИЦІ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Назва дослідження:** Вплив короткострокових психологічних інтервенцій із застосуванням арт - терапевтичних та ігропрактичних інструментів на рівень проявів посттравматичних симптомів у дорослих.

**Дослідниця:** Воробель Юлія Василівна, магістрантка психології, ЗУНУ.

Мета дослідження:

Метою дослідження оцінити вплив арт терапевтичних та ігропрактичних інструментів на зниження інтенсивності симптомів, притаманних ПТСР, у дорослих, які зазнали травматичних подій.

Умови участі

Ваша участь є **добровільною**. Ви маєте право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин та без жодних негативних наслідків.

Процедура

Вам буде запропоновано заповнити анкету **PCL-5** (перелік симптомів посттравматичного стресу).

Після цього ви візьмете участь у 8-ми годинному тренінгу та отримаєте зошит для самостійної роботи.



## Додаток В

## Таблиця В.1.

## Опитувальник PCL-5

№	Зміст запитання	Відповідь
1.	Повторювані, нав'язливі спогади про травматичну подію	
2.	Повторювані сни або кошмари, пов'язані з подією	
3.	Відчуття, ніби подія відбувається знову (флешбеки)	
4.	Інтенсивні емоційні реакції, коли щось нагадує про подію	
5.	Фізичні реакції (прискорене серцебиття, пітливість) при нагадуванні	
6.	Намагання уникати думок, спогадів, почуттів, пов'язаних із подією	
7.	Намагання уникати людей, місць, ситуацій, які нагадують про подію	
8.	Відчуття відчуження або віддалення від інших людей	
9.	Втрата інтересу до важливих занять або діяльності	
10.	Відчуття емоційного оніміння або неможливості відчувати позитивні емоції	

11.	Відчуття провини, сорому чи звинувачення себе чи інших у події	
12.	Негативні переконання про себе, світ або інших людей	
13.	Відчуття постійної небезпеки або недовіри до світу	
14.	Надмірна пильність, “настороженість”	
15.	Перебільшені реакції переляку	
16.	Проблеми з концентрацією уваги	
17.	Проблеми зі сном (труднощі засинання або часті пробудження)	
18.	Дратівливість або спалахи гніву	
19.	Саморуйнівна або ризикована поведінка	

**Продовження Додатку В**

20.	Надмірна збудженість або напруження	
	0 — зовсім не турбувало; 1 — трохи; 2 — помірно; 3 — сильно; 4 — дуже сильно	

## Додаток Д

## Програма тренінгових заходів

10:00 - 11:00 Метафоричний вступ, знайомство, налаштування на день.

Правила взаємодії в групі,

11:00 - 11:40 Поняття та теорія травми. Ознайомлення з методом ігропрактики та арт - терапії..

11:40 - 12:00 каво перерва

12:00 - 13:00 Ігровий блок 1. Діагностичні інтерактиви «Царство моєї душі»

13:00 - 14:00 обідня перерва

14:00 - 15:40 Ігровий блок 2. Групова робота «Подорож планетою ресурсів»

15:40 - 16:00 каво - перерва

16:00 - 17:30 Метафорична практика «Острови»

17:30 - 18:00 Рефлексія, інтеграція досвіду, завершення.

## Додаток Е

Таблиця Е.1.

Таблиця фіксування та порівняння результатів дослідження

Код учасниці	Кількість балів згідно PCL-5 до участі в дослідженні	Кількість балів згідно PCL-5 після участі в дослідженні	Різниця в показниках
Група А (тренінг + зошит)			
TRM25-A01	36	23	13

TRM25-A02	24	21	3
TRM25-A03	48	39	9
TRM25-A04	22	16	6
TRM25-A05	45	36	9
TRM25-A06	23	18	5
TRM25-A07	34	25	9
TRM25-A08	38	20	18
TRM25-A09	34	25	9
TRM25-A10	41	34	7
TRM25-A11	34	22	12
TRM25-A12	33	20	13
TRM25-A13	43	35	8
TRM25-A14	48	39	9
TRM25-A15	32	20	12
Середня по групі А	33, 43	26, 20	7,23
Група В (тренінг + зошит)			
TRM25-B01	38	21	17
TRM25-B02	33	25	8
TRM25-B03	36	23	13
TRM25-B04	28	20	8
TRM25-B05	34	22	12
TRM25-B06	34	26	8
TRM25-B07	28	21	7
TRM25-B08	39	25	14
TRM25-B09	42	31	11

**Продовження Додатку Е**

TRM25-B10	23	20	3
TRM25-B11	32	23	9
TRM25-B12	23	17	6
TRM25-B13	19	19	0
TRM25-B14	31	23	8
TRM25-B15	25	19	6
Сумарно по групі В	31	22, 33	8,67
Група С (лише тренінг)			
TRM25-C01	25	20	5
TRM25-C02	34	29	5
TRM25-C03	34	27	7

TRM25-C04	37	30	7
TRM25-C05	23	20	3
TRM25-C06	21	20	1
TRM25-C07	23	20	3
TRM25-C08	36	28	8
TRM25-C09	21	20	1
TRM25-C10	37	30	7
TRM25-C11	45	39	6
TRM25-C12	34	30	4
TRM25-C13	34	32	2
TRM25-C14	23	20	3
TRM25-C15	34	29	5
Сумарно по групі С	30,73	26, 26	4,47