

Хмельницький національний університет  
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський) рівень вищої освіти  
Освітній рівень

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД У ПСИХОЛОГІЧНОМУ СУПРОВІДІ  
ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

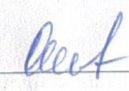
Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 241093  
номер ІНП

Виконала: здобувачка ІІ курсу, групи ППмз-24-1  Наталія ВАЩУК  
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент  Ольга ІГУМНОВА  
Науковий ступінь, вчене звання Підпис Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:  
Зав. кафедри психології та педагогіки  
доктор психологічних наук, професор

 Таїсія КОМАР  
Підпис Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

1 грудня 2025 р.

Хмельницький, 2025

## ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
 Кафедра психології та педагогіки  
 Освітній рівень другий (магістерський)  
 Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»  
 Спеціальність 053 «Психологія»  
 Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки

  
 Таїсія КОМАР

Підпис

протокол № 5 від 12 грудня 2024 р.

### ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ Наталії ВАЩУК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Інтегративний підхід у психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом»

Керівник кваліфікаційної роботи: Ольга ІГУМНОВА, кандидат психологічних наук, доцент.

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2025 р. № 65

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 01 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: методика вимірювання рівня психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон; Шкала впливу стресових подій IES-R в українській адаптації Л. Крупельницька, О. Морозова-Ларіна та В. Келлер; методика «Шкала життєстійкості» С. Мадді; методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ-3) О. Савченко та О. Калюк.

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретичні основи інтегративного підходу у психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом, психологічна травма: поняття, види, механізми виникнення та наслідки, інтегративний підхід у психології: концепція та методики роботи з травматичним досвідом, особливості психологічного супроводу клієнтів із травматичним досвідом; розділ 2 Емпіричне дослідження особливостей психоемоційного стану осіб із травматичним досвідом, опис процедури та методики емпіричного дослідження, результати психологічної діагностики та аналіз ефективності програми інтегративного супроводу осіб з травматичним досвідом, опис та обґрунтування програми інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом; висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 4  
 рисунка, 5 таблиць.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 12 грудня 2024 р.

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01 січня 2025 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2025 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2025 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2025 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 03 листопада 2025 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2025 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>18. 11.</u> 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>17</u> грудня 2025 р.	виконано

Здобувач

Ващук

Наталія ВАЩУК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи

Гумнова

Ольга ГУМНОВА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

## АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Інтегративний підхід у психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом».

Здобувач Наталія ВАЩУК

Керівник Ольга ІГУМНОВА

Кваліфікаційна робота включає 66 сторінок, 5 таблиць, 4 рисунка, перелік джерел посилання складає 74 найменувань, 3 додатки.

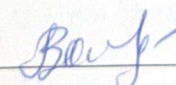
Ключові слова: інтегративний підхід; психологічний супровід; травматичний досвід; психотравма; життестійкість, психоемоційне благополуччя.

Об'єкт дослідження: психологічний супровід осіб із травматичним досвідом.

Предмет дослідження: інтегративний підхід як концептуальна та практична основа психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом.

За результатами дослідження здійснено теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми психологічної травми, її наслідків, напрямів психологічної допомоги, інтегративного підходу у психотерапії та роботі з травматичним досвідом, досліджено особливості психоемоційного стану осіб із травматичним досвідом, розроблено та апробовано програму інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом.

Одержані результати можуть бути використані фахівцями допоміжних професій для розробки й реалізації комплексних програм психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом, побудованих на засадах інтегративного підходу.

Дипломник  Наталія ВАЩУК

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 1 грудня 2025 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ІНТЕГРАТИВНОГО ПІДХОДУ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ.....	10
1.1 Психологічна травма: поняття, види, механізми виникнення та наслідки.....	10
1.2 Інтегративний підхід у психології: концепція та методика роботи з травматичним досвідом.....	15
1.3 Особливості психологічного супроводу клієнтів із травматичним досвідом.....	21
Висновки до розділу .....	27
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ.....	29
2.1 Опис процедури та методика емпіричного дослідження.....	29
2.2 Результати психологічної діагностики та аналіз ефективності програми інтегративного супроводу осіб з травматичним досвідом.....	36
2.3 Опис та обґрунтування програми інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом .....	49
Висновки до розділу .....	62
ВИСНОВКИ.....	64
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	67
ДОДАТОК А Протокол скринінгу для відбору клієнтів із вираженими наслідками емоційної травми .....	74
ДОДАТОК Б Попередня анкета для участі у програмі психологічного супроводу.....	78
ДОДАТОК В Програма інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом .....	81

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сучасні соціально-політичні умови життя в Україні, зокрема повномасштабна війна, масові переміщення населення, втрата близьких, житла, стабільності та почуття безпеки, спричинили глибоку психологічну кризу серед широких верств населення. Значна частина громадян має досвід переживання травматичних подій, які порушують відчуття контролю над життям, призводять до тривалих емоційних, когнітивних та поведінкових наслідків. Посттравматичні реакції проявляються у вигляді підвищеної тривожності, нав'язливих спогадів, емоційного оніміння, почуття провини, соматичних симптомів та соціальної ізоляції. У цих умовах надзвичайно актуальною є потреба у розробці ефективних психологічних стратегій допомоги, які сприяють зниженню наслідків травми та відновленню внутрішніх ресурсів особистості.

Особливої уваги потребують фахівці, волонтери, військовослужбовці, внутрішньо переміщені особи, члени родин постраждалих, а також цивільні громадяни, які зіткнулися з насильством, втратою чи небезпекою для життя. Психологічний супровід таких осіб вимагає комплексного підходу, що враховує не лише симптоматичні прояви травми, але й глибинні психологічні механізми її інтеграції у досвід особистості.

Традиційні підходи до психотерапії травми мають беззаперечну цінність, проте кожен з них охоплює лише окремі аспекти функціонування особистості. Сучасна психотерапевтична практика все більше орієнтується на інтегративну модель, яка поєднує техніки різних напрямів, базуючись на принципі цілісності психіки та взаємозв'язку когнітивних, емоційних і тілесних процесів. Інтегративний підхід у роботі з травмою дозволяє створити гнучку систему допомоги, у якій використовуються елементи когнітивно-біхевіоральної, тілесно-орієнтованої, гуманістичної, екзистенційної, нарративної, ресурсно-орієнтованої терапії, емоційно-образної терапії та EMDR. Такий підхід забезпечує

індивідуалізацію психологічного впливу, сприяє адаптації методів до унікального досвіду клієнта та його поточних потреб.

Наукові дослідження (В. Kolk, Р. Levine, Р. Ogden, J. Herman, R. Tedeschi, О. Вознесенська, Н. Пов'якель, О. Кочарян, Г. Ложкін, Т. Яценко та ін.) підтверджують, що ефективна робота з травматичним досвідом потребує інтеграції когнітивних, емоційних і тілесних рівнів психіки. Інтегративний підхід сприяє не лише зниженню симптомів посттравматичного стресу, але й формуванню нової життєвої позиції, відновленню відчуття безпеки, зміцненню особистісної цілісності та відкриттю потенціалу посттравматичного зростання.

У сучасних умовах війни та соціальної нестабільності українська психологічна наука стоїть перед завданням адаптації існуючих психотерапевтичних моделей до національного контексту, розробки програм психологічного супроводу, які враховують колективну травму, культурні чинники, ментальні особливості та ресурси українського суспільства. Водночас в українській психології недостатньо емпіричних досліджень, спрямованих на оцінку ефективності інтегративних програм допомоги особам із травматичним досвідом, що зумовлює необхідність наукового обґрунтування та практичної перевірки таких підходів.

Актуальність теми дипломної роботи визначається зростанням кількості осіб, які потребують психологічної підтримки унаслідок пережитої травми; необхідністю пошуку ефективних моделей психокорекційної допомоги, що базуються на цілісному, інтегративному підході; потребою у створенні та науковому підтвердженні програм психологічного супроводу, спрямованих на зниження рівня психоемоційного стресу, розвиток життєстійкості, самоприйняття та внутрішньої гармонії.

Таким чином, дослідження інтегративного підходу в психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом є своєчасним і значущим як у теоретичному, так і у практичному аспектах. Його результати можуть бути використані у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, у програмах психологічної реабілітації та освітніх курсах для

фахівців допомагаючих професій, спрямованих на підтримку психічного здоров'я населення в умовах війни та післявоєнного відновлення.

**Об'єкт дослідження:** психологічний супровід осіб із травматичним досвідом.

**Предмет дослідження:** інтегративний підхід як концептуальна та практична основа психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом.

**Мета дослідження:** теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб із травматичним досвідом; розробка та апробація програми інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом.

Відповідно до мети дослідження були визначені такі **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми психологічної травми, її наслідків та напрямів психологічної допомоги.
2. Розкрити сутність інтегративного підходу у психотерапії та його потенціал у роботі з травматичним досвідом.
3. Дослідити особливості психоемоційного стану осіб із травматичним досвідом.
4. Розробити та апробувати програму інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом.

**Гіпотеза дослідження** – передбачається, що використання інтегративного підходу у психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом забезпечує зниження рівня психоемоційного стресу та симптомів посттравматичних реакцій, сприяє розвитку життєстійкості, самоприйняття та внутрішньої гармонії.

Для реалізації поставлених завдань нами був використаний комплекс **методів дослідження:** *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження); *емпіричні* (методика вимірювання рівня психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон; Шкала впливу стресових подій IES-R в українській адаптації Л. Крупельницька, О. Морозова-Ларіна та В. Келлер; методика «Шкала життєстійкості» С. Мадді; методика

«Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ-3) О. Савченко та О. Калюк); *методи кількісної та якісної обробки даних*.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості застосування розроблених теоретичних положень та практичних рекомендацій у діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і фахівців кризових центрів. Отримані результати можуть бути використані для створення комплексних програм психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом, побудованих на засадах інтегративного підходу. Впровадження запропонованих методичних розробок сприятиме підвищенню ефективності психокорекційної роботи, розвитку особистісної стійкості та гармонізації психоемоційного стану.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження здійснювалось на базі Центра життєстійкості, м. Волочиськ Хмельницької області. До участі у ньому було залучено 48 осіб серед молоді та дорослих віком від 18 до 55 років.

**Апробація результатів дослідження** відбувалась шляхом публікації статті на тему: «Психотехнології інтегративного підходу у психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом» у науковому журналі «Наукові перспективи». Результати дослідження обговорювались на Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми науки, освіти і технологій в умовах сучасних викликів» (м. Бостон, США, 20 листопада, 2025 р.).

**Структура роботи:** робота складається із вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання з 74 найменувань, 3 додатків. Основний зміст роботи викладений на 66 сторінках.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ІНТЕГРАТИВНОГО ПІДХОДУ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

#### **1.1 Психологічна травма: поняття, види, механізми виникнення та наслідки**

Психологічна травма є однією з ключових категорій сучасної психології, що відображає стан психіки людини після переживання надзвичайного стресового або травматичного досвіду. Термін «травма» походить від грецького слова *trauma*, що означає «рана», і в психології його використовують для опису не лише фізичного, а й психоемоційного пошкодження, яке порушує звичну функціональність особистості.

Сучасні дослідники В. van der Kolk, J. Herman, С. Figley, О. Кочубейник, Н. Тарабріна, Т. Титаренко, Н. Чепелева визначають психологічну травму як реакцію психіки на події, що загрожують фізичній чи психічній цілісності, викликають почуття безпорадності, страху або жаху (American Psychiatric Association, 2013). Вона відображає дисбаланс між зовнішніми вимогами та внутрішніми ресурсами людини, коли особистість не може адекватно впоратися з інтенсивними емоційними переживаннями [42; 56; 71].

Психологічна травма зазвичай супроводжується низкою симптомів: порушеннями емоційного стану, когнітивними дисфункціями, змінами поведінки та тілесними реакціями. Важливо зазначити, що травма – це не тільки реакція на безпосередню небезпеку, а й наслідок переживання ситуацій, що руйнують базову систему безпеки та довіри людини до світу (А. Beck, Р. Levine, В. Rothschild, J. Ogden, О. Бондаренко, Л. Снігур, І. Токарева) [17; 29; 58; 66].

У психологічній науці існує кілька підходів до класифікації травми, які допомагають виділити специфічні аспекти переживання та наслідків [12; 22].

За природою події:

1. Емоційна травма – виникає внаслідок емоційного насильства, соціальної ізоляції, маніпуляцій або втрати близьких. Вона найбільш поширена серед підлітків та дорослих у соціально нестабільних умовах.

2. Фізична травма – спричинена загрозою або пошкодженням тіла, включає насильство, аварії, катастрофи.

3. Соціальна або комплексна травма – пов'язана із системними порушеннями безпеки, наприклад, війна, насильство в сім'ї або хронічне соціальне приниження.

За тривалістю та інтенсивністю:

- Остра травма – одноразова подія високої інтенсивності (наприклад, аварія, напад).

- Хронічна травма – тривалі або повторювані події низької або середньої інтенсивності, що накопичуються з часом і впливають на психіку поступово.

За віком і життєвим етапом:

- Дитяча травма – виникає у ранньому віці та формує базові когнітивні та емоційні схеми; часто впливає на довгостроковий розвиток особистості.

- Доросла травма – пов'язана з кризами дорослого життя, втратою, насильством, професійним вигоранням.

Класифікація допомагає психологу вибрати оптимальні методики діагностики та супроводу, враховуючи тип травми, її тривалість і специфіку проявів у клієнта.

Психологічна травма виникає на перетині когнітивних, емоційних і тілесних процесів, що ускладнює її усвідомлення та інтеграцію. Основні механізми включають :

1. Надмірне навантаження на емоційну систему – сильний стрес активує систему «бийся або тікай» (fight-or-flight), що призводить до порушення регуляції емоцій та підвищеної тривожності [63, с. 163-175].

2. Дисфункція когнітивних схем – травматичний досвід порушує базові переконання про безпеку, довіру, цінність себе та світу; формуються когнітивні викривлення та негативні автоматичні думки [7; 47; 48].

3. Тілесні реакції – психотравма відображається у фізіологічних проявів: напруження м'язів, порушення сну, зміни апетиту, соматичні симптоми [9; 27].

4. Дезорганізація психіки – у випадку хронічної або повторюваної травми виникає роздвоєння психіки, фрагментація спогадів, розвиток симптомів ПТСР.

Таким чином, психологічна травма є комплексним феноменом, що охоплює емоційні, когнітивні та тілесні процеси, порушує нормальну інтеграцію досвіду і потребує спеціалізованого супроводу для відновлення цілісності особистості.

Психоемоційні наслідки психологічної травми є одними з найбільш помітних та досліджуваних проявів. Вони визначають суб'єктивний стан людини, інтенсивність її переживань та здатність до адаптації. Основні прояви включають:

✓ Тривожність та страх – повторне переживання загрози або безпеки у повсякденному житті, схильність до надмірного контролю та уникання потенційно небезпечних ситуацій.

✓ Почуття провини та сорому – особливо при травмах, пов'язаних із насильством або соціальними конфліктами; формують негативну самооцінку.

✓ Апатія та депресивні стани – тривала травма часто призводить до емоційного виснаження, зниження мотивації та інтересу до життя.

✓ Емоційна дисрегуляція – коливання настрою, раптові спалахи гніву або сліз, порушення здатності контролювати емоції [5; 41; 45].

Дослідники Лазарус Р., Франкл В., Тейлор С., Т. Титаренко, Н. Пов'якель, О. Чебикін підкреслюють, що емоційні реакції є природним захисним механізмом, проте їх хронізація без адекватного супроводу може призводити до розвитку психосоматичних захворювань, порушення міжособистісних стосунків і зниження якості життя [3; 17; 19].

Травматичний досвід змінює структуру мислення та сприйняття реальності. Ключові когнітивні наслідки включають [7; 47]:

✓ Фрагментація спогадів – травматичні події часто зберігаються у вигляді окремих, дискретних образів, що ускладнює їх усвідомлення та інтеграцію в життєвий досвід.

✓ Когнітивні викривлення – негативні установки щодо себе, інших людей та світу; переконання «я безпорадний», «світ небезпечний», «нікому не можна довіряти».

✓ Зниження концентрації та пам'яті – впливає на професійну діяльність, навчання та соціальну взаємодію.

✓ Персистентні негативні думки – нав'язливі образи та страхи, що підтримують симптоми ПТСР.

Когнітивні наслідки травми є критичними для психологічного супроводу, оскільки вони формують бар'єри для відновлення та інтеграції травматичного досвіду. Інтегративний підхід дозволяє поєднувати методи когнітивно-поведінкової терапії, наративної терапії та психоедукації для роботи з цими аспектами (А. Бек, Д. Мейхенбаум, М. Уайт, П. Огден, С. Фогель, О. Коваль).

Поведінкові наслідки травми проявляються у зміні звичного способу життя та соціальної взаємодії. Основні аспекти включають (С. Фогель, Д. Мейхенбаум, Л. Шварц) [56]:

✓ Уникання тригерів травми – клієнти можуть уникати місць, людей або ситуацій, що нагадують про травму, що обмежує соціальні контакти та професійну діяльність.

✓ Ризикована поведінка – у деяких випадках спостерігається зловживання психоактивними речовинами, агресивна поведінка або самопошкодження.

✓ Соціальна ізоляція – відчуття відчуження, недовіри до оточення, зниження соціальної активності.

✓ Дисфункціональні міжособистісні стосунки – труднощі у встановленні та підтриманні довірчих стосунків через емоційну ранимість та страх повторної травми.

Комплекс цих наслідків формує тривалі зміни у психічному, емоційному та соціальному функціонуванні особистості. Важливо, що інтегративний

психологічний супровід спрямований на виявлення цих змін, стабілізацію психоемоційного стану та розвиток ресурсів для адаптації.

Особистісні ресурси – це внутрішні та зовнішні чинники, що допомагають людині адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати психоемоційне здоров'я та відновлювати цілісність після травматичного досвіду (А. Лазарус, Р. Фолкман, Г. Келлер, В. Рибалка, О. Ткаченко) [11; 14; 36]. До них належать:

- Емоційна стійкість (resilience) – здатність швидко відновлюватися після стресу, зберігати позитивне ставлення до життя та ефективно регулювати емоції.
- Самоприйняття та позитивне «Я» – усвідомлення власної цінності, прийняття пережитого досвіду, здатність інтегрувати травму у життєву історію.
- Когнітивні ресурси – навички рефлексії, аналізу ситуації, гнучкість мислення та здатність переосмислювати травматичні події.
- Соціальні ресурси – підтримка близьких, доступ до професійної допомоги, відчуття безпечного соціального середовища.

Високий рівень цих ресурсів дозволяє клієнтам ефективніше долати наслідки травми, знижувати інтенсивність симптомів ПТСР та запобігати хронізації психоемоційних проблем.

Дослідження показують, що травматичний досвід не лише викликає негативні наслідки, але й може сприяти розвитку внутрішніх ресурсів за умови адекватного супроводу. Концепція посттравматичного зростання описує процес, коли людина після травми [26, с. 36-45]:

- переосмислює цінності та пріоритети;
- знаходить нові життєві цілі;
- покращує міжособистісні стосунки;
- розвиває внутрішню силу та самопідтримку.

Таким чином, травматичний досвід і особистісні ресурси знаходяться у динамічній взаємодії: з одного боку, травма провокує ризики для психічного здоров'я; з іншого – розвиток ресурсів дозволяє трансформувати негативний досвід у можливість для зростання.

Для практичного супроводу клієнтів із травматичним досвідом важливо:

1. Виявляти рівень ресурсів клієнта – визначати сильні сторони та резерви, які можуть бути задіяні у роботі.

2. Спрямовувати роботу на розвиток ресурсів – інтегративні методики дозволяють поєднувати когнітивні, емоційні та тілесні техніки для стабілізації та зміцнення психічного стану.

3. Підтримувати посттравматичне зростання – інтегративний підхід дозволяє трансформувати травматичний досвід у досвід зростання, підвищуючи життєстійкість, самоприйняття та адаптивні механізми клієнта.

Завдяки такому підходу клієнт отримує комплексний супровід, що враховує як наслідки травми, так і розвиток особистісних ресурсів, що забезпечує більш стійкий та довгостроковий ефект від психологічної підтримки.

## **1.2 Інтегративний підхід у психології: концепція та методики роботи з травматичним досвідом**

Інтегративний підхід у психології являє собою систематичне поєднання різних теоретичних моделей, методик та технік, що дозволяє адаптувати психологічну допомогу до унікальних потреб клієнта. Він базується на принципі комплексності та гнучкості, де психолог використовує різні підходи залежно від специфіки проблеми, типу травми та ресурсів особистості (Дж. Вайсберг, К. Юнг, М. Ламберг, О. Коваль, Л. Шварц).

На відміну від традиційних монопідходів, інтегративна психологія не обмежується рамками однієї теорії, а комбінує елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, нарративної терапії, тілесно-орієнтованих методик, арт-терапії та інших психотерапевтичних технологій. Такий підхід дозволяє гнучко реагувати на індивідуальні потреби клієнта, забезпечуючи більш комплексне та ефективне втручання [16].

Ключові принципи інтегративного підходу включають:

1. Індивідуалізація супроводу. Кожен клієнт унікальний, тому методики підбираються з урахуванням його психоемоційного стану, ресурсів, типу травми та життєвого досвіду. Індивідуалізація супроводу дозволяє запобігати «штучному» нав'язанню методики, що може викликати опір або додатковий стрес.

2. Гнучкість і синтез методів супроводу – поєднання когнітивних, емоційних, тілесних та соціальних методів для досягнення стабілізації, інтеграції досвіду та розвитку ресурсів. Наприклад, поєднання когнітивних технік для корекції викривлень мислення з тілесно-орієнтованими методами для зниження соматичного напруження.

3. Цілісність і системність. Робота охоплює всі рівні психіки: емоції, мислення, поведінку, тілесні відчуття та соціальну взаємодію. Психологічний супровід спрямований на повну інтеграцію травматичного досвіду, формування позитивного ставлення до себе та відновлення життєвих функцій.

4. Орієнтація на ресурси – замість того, щоб фокусуватися лише на симптомах, інтегративний підхід активує внутрішні ресурси клієнта, розвиває життєстійкість, самоприйняття, соціальні навички та когнітивні стратегії подолання стресу.

5. Етичність і безпечність. Особлива увага приділяється безпеці клієнта, уникненню вторинної травматизації, дотриманню конфіденційності та повазі до особистих кордонів.

Ці принципи забезпечують збалансовану, науково обґрунтовану та практично ефективну роботу з клієнтами, які пережили травму.

Інтегративна психологія включає елементи різних психотерапевтичних підходів, що дозволяють комплексно працювати з травматичним досвідом:

1. Когнітивно-поведінкові методики фокусуються на зміні дезадаптивних мисленнєвих схем та поведінкових патернів. Використовуються техніки когнітивної реструктуризації, експозиції, релаксації для зниження тривоги та симптомів ПТСР (А. Бек, Д. Мейхенбаум) [7; 47].

2. Гуманістичні методики орієнтовані на розвиток самоприйняття, усвідомлення власних ресурсів, цінностей та життєвих цілей. Використовуються методи емпатичного слухання, гештальт-техніки, терапія фокусування на переживаннях (К. Роджерс, Ф. Перлз, Ю. Роттер) [9; 22].

3. Наративна терапія полягає у роботі зі спогадами та історіями клієнта для переосмислення травматичного досвіду. Допомагає інтегрувати травму у життєву наративну структуру, формуючи нові значущі смисли (М. Уайт, Д. Епстон) [41].

4. Тілесно-орієнтовані методи враховують взаємозв'язок психіки та фізичного стану. Використовуються техніки тілесної релаксації, дихальні вправи, робота з тілесними спогадами про травму (П. Левін, Б. Пейдж) [63].

5. Арт-терапія та символдрама використовують творчі та експресивні методи для вираження прихованих емоцій та інтеграції травматичного досвіду (К. Малкольм, Д. Келлі, Л. Вольфф, М. Кун, О. Шульц) [33; 64].

Використання цих моделей у поєднанні дозволяє психологу адаптувати програму під конкретного клієнта, забезпечуючи гнучкий і ефективний супровід.

Інтегративний підхід починається з встановлення безпечного та довірчого контакту між психологом і клієнтом. Це особливо важливо для роботи з травматичним досвідом, оскільки клієнти часто відчують страх, сором або недовіру до оточення [31].

Практичні кроки включають:

- Емпатичне слухання та прийняття – психолог демонструє уважність до переживань клієнта, не оцінюючи і не критикуючи його реакції.
- Підтвердження контролю клієнта – клієнт сам вирішує темп і глибину розкриття травматичного досвіду.
- Уточнення очікувань та цілей супроводу – спільне визначення того, що клієнт хоче досягти, і які методи можуть бути використані.

Цей етап створює основу безпеки та мотивації, що є важливим для ефективності інтегративного супроводу.

Перший практичний етап супроводу спрямований на стабілізацію психоемоційного стану та активізацію ресурсів.

Методи стабілізації включають:

- Релаксаційні та дихальні техніки – зниження фізіологічного напруження, тривожності та симптомів дисрегуляції.
- Тілесно-орієнтовані вправи – робота з тілесними відчуттями для інтеграції психоемоційного досвіду.
- Когнітивні техніки самоспостереження – ведення щоденника емоцій, усвідомлення тригерів та автоматичних реакцій.

На цьому етапі також проводиться оцінка ресурсів клієнта, включаючи життєстійкість, соціальну підтримку та особистісні сили. Активізація цих ресурсів допомагає клієнту відчувати контроль над ситуацією, що знижує симптоми тривоги та уникання.

Другий етап інтегративного супроводу спрямований на усвідомлення та інтеграцію травматичного досвіду.

Основні методи включають:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – робота з викривленими переконаннями, страхами та унікальними схемами поведінки; техніки поступової експозиції та когнітивної реструктуризації.
- Наративна терапія – переосмислення травматичного досвіду, створення нової наративної структури життя, що включає травму як досвід зростання.
- Символдрама та арт-терапія – використання творчих засобів для вираження прихованих емоцій та інтеграції внутрішніх конфліктів.
- Тілесно-орієнтовані практики – робота з м'язовим напруженням, диханням та тілесними спогадами, що дозволяє інтегрувати психічний та фізичний досвід травми.

Ці методики поєднуються гнучко та індивідуально, залежно від реакцій клієнта, забезпечуючи цілісну обробку травматичного досвіду та зниження симптомів посттравматичного стресу.

Останній етап супроводу спрямований на зміцнення досягнутого ефекту та інтеграцію досвіду:

- Підведення підсумків – аналіз змін у психоемоційному стані, оцінка ресурсів та усвідомлення прогресу.
- Розробка стратегій самопідтримки – техніки саморегуляції, усвідомлене використання ресурсів, планування безпечної поведінки.
- Фокус на посттравматичне зростання – підкреслення особистісного розвитку, нових цінностей та життєвих перспектив.

Таким чином, інтегративний підхід забезпечує послідовний процес стабілізації, усвідомлення та інтеграції, що дозволяє клієнту не лише знизити симптоми травми, а й активувати потенціал для особистісного зростання та адаптації.

Дослідження зарубіжних та українських учених (Г. ван дер Колк, Д. Мейхенбаум, С. Фогель, Л. Шварц, О. Коваль, Т. Яценко, Н. Пов'якель) демонструють, що поєднання когнітивно-поведінкових, нарративних, гуманістичних та тілесно-орієнтованих методик сприяє більш швидкому відновленню психоемоційної стабільності, формуванню конструктивних стратегій саморегуляції та зниженню симптомів посттравматичного стресу. Дослідження J. C. Norcross, M. R. Goldfried показують, що терапевти, які використовують комбіновані методики, демонструють більш виражене зниження симптомів тривожності, депресії та посттравматичного стресу [46; 51; 62].

Комплексні програми інтегративного супроводу включають когнітивно-поведінкові техніки, нарративну терапію, тілесні практики та арт-терапію. Це дозволяє одночасно працювати з емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами травми, забезпечуючи цілісне відновлення психіки.

В Україні інтегративні підходи також демонструють ефективність у практиці психологічного супроводу. Дослідження українських психологів О. Коваль, Н. Пов'якель, Т. Яценко показали, що комбінація когнітивно-поведінкових методик та тілесно-орієнтованих вправ зменшує рівень тривоги та

психоемоційного виснаження у клієнтів, а також сприяє підвищенню життєстійкості, розвитку самоприйняття та формуванню ресурсних стратегій подолання стресу [44; 45].

Практичні дані з програм інтегративного супроводу демонструють наступні зміни у клієнтів:

1. Зниження психоемоційного стресу та симптомів ПТСР. Використання КПТ та релаксаційних технік дозволяє зменшити частоту нав'язливих спогадів, уникання та гіперзбудження. Клієнти повідомляють про покращення сну, зниження тривоги та емоційної напруги.

2. Підвищення ресурсів особистості. Інтеграція гуманістичних та нарративних методик сприяє розвитку самоприйняття, усвідомленню власних сильних сторін та переосмисленню життєвих цінностей. Практика символдрами та арт-терапії активує креативні ресурси та допомагає інтегрувати травматичний досвід.

3. Соціальна адаптація та взаємодія. Клієнти відзначають покращення комунікації, зростання довіри до оточення та відновлення соціальної активності. Робота з соціальною підтримкою та груповими техніками допомагає формувати безпечне середовище для взаємодії.

4. Посттравматичне зростання. Використання інтегративних методик дозволяє клієнтам переосмислити травму як джерело розвитку особистості, формуючи нові життєві цілі та цінності. Дослідження R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun свідчать, що активна робота з ресурсами сприяє стійкому позитивному ефекту навіть після завершення супроводу [14; 29].

Підсумовуючи наукові та практичні дані, можна виділити кілька ключових аспектів ефективності інтегративного підходу:

- Комплексність та цілісність – одночасна робота з емоціями, когніцією, поведінкою та тілесними проявами дозволяє досягти більш стійкого результату.
- Індивідуалізація та гнучкість – підхід адаптується під потреби кожного клієнта, враховуючи тип травми, ресурсів та особистісні характеристики.

- Розвиток ресурсів та життєстійкості – супровід не лише знижує симптоми, а й формує стійкі механізми подолання стресу.
- Позитивна трансформація досвіду – інтеграція травми у життєвий наратив сприяє посттравматичному зростанню та особистісному розвитку.

Таким чином, інтегративний підхід забезпечує науково обґрунтовану та практично ефективну модель супроводу клієнтів із травматичним досвідом, що робить його оптимальним для психологів, які працюють у контексті соціальних криз, війни або інших травматичних подій.

### **1.3 Особливості психологічного супроводу клієнтів із травматичним досвідом**

Психологічний супровід клієнтів із травматичним досвідом вимагає особливої уваги до етичних принципів та безпечних практик, оскільки травма значно підвищує чутливість до зовнішніх впливів, а неадекватне втручання може поглибити негативні наслідки та вторинно травмувати клієнта. Тому етична робота є не просто формальністю, а фундаментальною умовою ефективного супроводу.

Основними етичними принципами в роботі з травмованими клієнтами є:

1. Конфіденційність та захист приватності. Усі особисті дані та інформація про пережиті травми клієнта мають бути суворо захищені. Психолог має забезпечити, щоб треті особи не мали доступу до матеріалів без інформованої згоди клієнта. В умовах групової терапії або онлайн-сесій особливу увагу приділяють гарантуванню приватності учасників.

2. Інформована згода. Клієнт повинен чітко розуміти мету супроводу, обрані методи, можливі ризики та очікувані результати. Інформована згода включає обговорення потенційного емоційного навантаження, тривожності та можливості тимчасового загострення симптомів ПТСР. Практично це реалізується через письмові або усні угоди на початку супроводу, де психолог детально пояснює, що клієнт може контролювати темп і глибину роботи.

3. Повага до автономії та вибору клієнта. Кожен клієнт має право самостійно визначати, які теми обговорювати, які методи використовувати та коли робити паузу. Психолог підтримує активне залучення клієнта у планування та реалізацію супроводу, що зміцнює почуття контролю та безпеки.

4. Запобігання вторинній травматизації. Робота з травмою може провокувати повторне переживання болісних подій. Для зниження ризику вторинної травматизації психолог використовує методики стабілізації психоемоційного стану перед опрацюванням травматичних спогадів. Наприклад, перед техніками експозиції застосовуються дихальні вправи, релаксація, м'язова релізація, що дозволяє клієнту залишатися у безпечному стані.

5. Професійні межі. Чітке визначення ролі психолога, тривалості сесій та меж особистісної взаємодії дозволяє клієнту відчувати безпеку та передбачуваність процесу. Відсутність надмірної залученості чи особистісного втручання психолога підтримує професійну дистанцію та зменшує ризик емоційного вигорання спеціаліста.

Практичне застосування цих принципів включає:

- Структуровані сесії: кожна зустріч починається із перевірки емоційного стану клієнта та визначення готовності до роботи, що дозволяє запобігти переврузці психіки.
- Регулярне уточнення комфорту: психолог постійно питає клієнта про рівень стресу та бажання продовжувати роботу, що допомагає адаптувати методики у реальному часі.
- Використання стабілізуючих технік перед опрацюванням травми: релаксаційні вправи, дихальні практики, тілесні сканування та короткі когнітивні вправи.

Ці етичні та безпечні практики створюють основу довіри та безпеки, яка є необхідною для ефективного інтегративного супроводу. Вони дозволяють клієнту вільно виражати емоції, усвідомлювати травматичний досвід та поступово інтегрувати його, не піддаючись додатковому стресу.

Більше того, дотримання етичних стандартів є науково обґрунтованою умовою: дослідження J. Herman і сучасні українські практики показують, що безпечний контакт і повага до автономії клієнта прямо корелюють із зниженням симптомів тривоги та посттравматичного стресу [60].

Таким чином, етичні та безпечні практики не лише захищають клієнта, а й підвищують ефективність інтегративного супроводу, забезпечуючи тривалий позитивний ефект у процесі психологічної реабілітації.

Другий етап психологічного супроводу клієнтів із травматичним досвідом концентрується на стабілізації психоемоційного стану та активізації внутрішніх ресурсів, що є важливим перед опрацюванням травматичних спогадів. Інтегративний підхід передбачає комбінацію різних методів для забезпечення безпеки, зменшення симптомів стресу та підвищення життєстійкості клієнта.

Першим і ключовим механізмом стабілізації є регуляція емоційного стану. Клієнти з травмою часто відчують гіперзбудження, тривогу, панічні атаки або депресивні симптоми, тому психологи використовують практики, що допомагають відновити контроль над тілесними і психічними реакціями [52].

Приклади практичних технік:

- Дихальні вправи: глибоке діафрагмальне дихання, техніка «4-7-8», прогресивне розслаблення м'язів у поєднанні з контролем дихання.
- Тілесна релаксація: сканування тіла, напруга і розслаблення м'язових груп, що дозволяє знизити фізіологічні прояви стресу.
- Медитативні практики: усвідомлене спостереження за тілесними відчуттями та емоціями без оцінки, що допомагає клієнту залишатися у ресурсному стані.

Ці методики не лише зменшують напруження, а й підвищують здатність клієнта до усвідомленого контролю емоцій, що є передумовою для наступного етапу роботи з травматичним досвідом.

Другим важливим механізмом є психоедукація – надання клієнту знань про природу травми та її симптоми. Розуміння того, що тривожність, флешбеки або

уникання є природними реакціями психіки на травму, дозволяє знизити почуття сорому або страху, що підвищує ефективність супроводу [23].

Когнітивне ресурсування включає:

- Ведення щоденника емоцій – клієнт фіксує свої відчуття, тригери та стратегії подолання стресу, що дозволяє бачити власний прогрес і зміни.
- Робота з автоматичними переконаннями – техніки когнітивної реструктуризації, які допомагають замінити деструктивні або викривлені думки на більш адаптивні.
- Вправи на самоусвідомлення та самоідентифікацію – аналіз власних сильних сторін, ресурсів та життєвих цінностей, що підвищує відчуття контролю.

Таким чином, клієнт не лише отримує знання про механізми травми, а й формує власні ресурси для адаптації та подальшої інтеграції досвіду.

Не менш важливим механізмом стабілізації є залучення соціальної підтримки та зовнішніх ресурсів. Підтримка сім'ї, друзів, групових терапевтичних сесій або безпечного професійного середовища пом'якшує ізоляцію та підвищує стійкість до стресу [40; 59].

Практично це реалізується через:

- Групові тренінги на розвиток навичок комунікації та взаємодопомоги.
- Організацію підтримуючих спільнот, де клієнт може безпечно ділитися досвідом і отримувати емпатичне сприйняття.
- Включення родини або близьких у супровід (за згодою клієнта) для посилення підтримки та інтеграції соціальних ресурсів.

Інтегративний підхід дозволяє поєднувати емоційні, когнітивні, поведінкові та тілесні практики для забезпечення стабілізації. Наприклад, після релаксаційної техніки клієнт може застосувати когнітивне опрацювання тригерів або творчий метод (арт-терапію, символдраму), що зміцнює внутрішні ресурси та готує до роботи з травматичним досвідом [26; 39].

Науково доведено, що таке поєднання підходів забезпечує більш стійкий ефект у зниженні симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресу, ніж використання окремих методів.

Після застосування цих механізмів клієнт:

- Відчуває зниження фізіологічного та психоемоційного напруження.
- Набуває здатності усвідомлено контролювати реакції на тригери травми.
- Активує внутрішні ресурси та соціальні опори.
- Підвищує життєстійкість та готовність до наступного етапу інтеграції травматичного досвіду.

Цей комплексний підхід забезпечує ефективну основу для подальшої терапевтичної роботи, знижує ризик вторинної травматизації та формує передумови для позитивної трансформації досвіду клієнта.

Адаптаційні та превентивні стратегії у психологічному супроводі клієнтів із травматичним досвідом є важливими для зниження ризику повторної травматизації, формування життєстійкості та підтримки психоемоційного здоров'я у довгостроковій перспективі. Вони не лише допомагають клієнту стабілізуватися, а й формують навички саморегуляції та адаптивні механізми поведінки, що забезпечують ефективну інтеграцію травматичного досвіду у життєвий наратив [20; 45].

Першим етапом адаптаційної роботи є навчання клієнта впізнавати ознаки стресу, тривоги та емоційного дискомфорту та застосовувати ефективні стратегії їх подолання.

Приклади практичних методик:

- Дихальні техніки та тілесні вправи: діафрагмальне дихання, релаксація м'язів, тілесна сканування.
- Когнітивні стратегії: самоспостереження, ведення щоденника емоцій, аналіз тригерів і автоматичних реакцій.
- Емоційна самопідтримка: використання афірмацій, позитивної внутрішньої мови, технік переключення уваги.

Ці практики підвищують рівень автономії клієнта у контролі над власним психоемоційним станом, дозволяють уникнути емоційного виснаження та зменшити ризик повторної травматизації.

Інтегративний супровід спрямований на заміну деструктивних реакцій на адаптивні стратегії подолання стресу. Клієнти часто реагують на травму униканням, агресією або самопошкодженням, тому психолог навчає їх адаптивним моделям поведінки, які зменшують негативні наслідки травми та підвищують соціальну функціональність [12; 39].

Приклади адаптивних стратегій:

- Техніки вирішення конфліктів та асертивної комунікації.
- Вправи на поступове опрацювання травматичних спогадів у безпечному середовищі (метод експозиції в малих дозах, наративна реконструкція).
- Розвиток умінь планувати дії та контролювати реакції у стресових ситуаціях.

Це дозволяє клієнту ефективно взаємодіяти з оточенням, підтримувати соціальні зв'язки та уникати повторного травмуючого досвіду.

Важливим компонентом інтегративного супроводу є профілактика вторинної травматизації, яка може виникати під час надмірного опрацювання травматичних спогадів без достатньої стабілізації.

Стратегії профілактики включають:

- Постійний моніторинг психоемоційного стану клієнта під час сесій.
- Використання коротких стабілізуючих вправ перед інтенсивною роботою з травмою.
- Поступове нарощування інтенсивності втручання відповідно до готовності клієнта.

Ці превентивні методики зменшують ризик загострення симптомів ПТСР та тривожності, забезпечуючи безпечне середовище для інтеграції травматичного досвіду. Адаптаційні стратегії також включають активне залучення соціальних ресурсів. Психолог допомагає клієнту відновити

комунікативні навички, довіру до оточення та участь у підтримуючих групах [6; 15].

Соціальна інтеграція підвищує стійкість клієнта, знижує ізоляцію та сприяє відновленню психоемоційного балансу, що є важливим для довгострокового ефекту інтегративного супроводу.

Важливою метою адаптаційної та превентивної роботи є сприяння посттравматичному зростанню – процесу, коли клієнт не лише долає негативні наслідки травми, а й формує нові життєві цінності, переосмислює досвід та розвиває внутрішні ресурси. Ці стратегії формують довгостроковий позитивний ефект інтегративного супроводу, допомагають клієнту поступово відновлювати психоемоційне здоров'я, підвищують життєстійкість та дозволяють використовувати травматичний досвід як ресурс для розвитку.

### **Висновки до розділу**

Аналіз наукових джерел та сучасних практик показав, що робота з травмою не може обмежуватися застосуванням однієї методики чи окремого напрямку психотерапії. Травма охоплює емоційні, когнітивні, тілесні та соціальні аспекти психіки, тому ефективна робота потребує інтегративного підходу, який поєднує різні методи та технології. Системний підхід дозволяє одночасно зменшувати негативні симптоми (тривогу, флешбеки, уникання), активувати внутрішні ресурси клієнта і сприяти його соціальній інтеграції. Як показують сучасні дослідження та сучасні українські практики, комплексна робота значно підвищує ефективність супроводу та прискорює процес адаптації клієнта.

Робота з травмою потребує високого рівня професійної етики та створення безпечного психотерапевтичного середовища. Забезпечення конфіденційності, інформованої згоди, чіткого дотримання меж психолога та поваги до автономії клієнта є ключовими чинниками запобігання вторинній травматизації. Практичне застосування цих принципів дозволяє клієнту відчувати контроль, безпеку і довіру, що створює основу для подальшого ефективного інтегрування травматичного досвіду. Без дотримання цих принципів будь-які терапевтичні

втручання можуть мати зворотний ефект, підсилюючи страх, тривогу та відчуття безпорадності.

Важливим аспектом є використання механізмів стабілізації, які дозволяють клієнту відновити контроль над психічними реакціями, знизити рівень тривоги та активувати внутрішні ресурси. Використання релаксаційних, когнітивних та тілесних методик, а також психоедукації щодо природи травми сприяє підвищенню життєстійкості, самоприйняття та впевненості клієнта у власних силах. Включення соціальної підтримки у процес стабілізації дозволяє клієнту відчути емпатію, прийняття та безпеку, що підсилює ефект психоемоційної регуляції.

Адаптаційні та превентивні стратегії є запорукою довгострокового ефекту. Адаптаційні стратегії спрямовані на формування ефективних моделей поведінки, розвиток навичок саморегуляції та підвищення здатності до подолання стресових ситуацій. Превентивні заходи, такі як поступове опрацювання травматичних спогадів, стабілізаційні вправи та контроль готовності клієнта, запобігають повторній травматизації та зменшують ризик загострення симптомів посттравматичного стресу. Інтеграція соціальної підтримки та участь у групах терапевтичної взаємодії сприяє відновленню довіри, покращенню комунікаційних навичок і зниженню ізоляції, що є критично важливим для довгострокового психоемоційного здоров'я.

Інтегративний супровід дозволяє клієнту не лише знизити негативні симптоми, але й переосмислити травматичний досвід, відкрити нові цінності та внутрішні ресурси, формуючи основу для особистісного розвитку та самореалізації. Робота з наративом, творчі методики (арт-терапія, символдрама), орієнтація на цінності та життєві цілі формують позитивну трансформацію травматичного досвіду, що підтверджується дослідженнями.

Доведено, що ефективна робота з травмою потребує комплексного поєднання етичних, стабілізаційних, ресурсних та превентивних механізмів, що забезпечують безпеку клієнта, підвищують адаптивність, життєстійкість та сприяють посттравматичному зростанню.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

#### 2.1 Опис процедури та методики емпіричного дослідження

Сучасна психологічна практика в умовах війни передбачає роботу з людьми, які пережили різні форми емоційних травм. Такі особи характеризуються високою емоційною чутливістю, інтенсивними внутрішніми переживаннями та підвищеною реактивністю на стресові події. У цьому контексті особливого значення набувають психоемоційні ресурси особистості, серед яких – життєстійкість, самоприйняття, здатність до адаптації та конструктивна когнітивна обробка травматичного досвіду.

Метою даного розділу є емпіричне дослідження психоемоційного стану та особистісних ресурсів осіб із травматичним досвідом та обґрунтування програми інтегративного психологічного супроводу для підвищення життєстійкості, самоприйняття та ефективної адаптації до наслідків травми.

Завдання дослідження :

1. Провести відбір учасників та скринінг для визначення осіб із вираженими наслідками травматичного досвіду.
2. Визначити рівень психоемоційного стресу, наявність посттравматичних симптомів та когнітивно-емоційні ресурси особистості.
3. Проаналізувати зміни психоемоційного стану та ресурсів осіб до та після участі в інтегративній програмі психологічного супроводу.
4. Обґрунтувати структуру програми інтегративного психологічного супроводу з урахуванням результатів психологічної діагностики.

Для реалізації мети та завдань емпіричного дослідження було обрано такі діагностичні методики [13; 25; 59]:

1. Методика вимірювання рівня психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure) Лемура-Тесьє-Філліон.

2. Шкала впливу стресових подій (Impact of Event Scale – Revised) (IES-R) в українській адаптації Л. Крупельницька, О. Морозова-Ларіна та В. Келлер.
3. Методика «Шкала життєстійкості» Hardiness Scale С. Мадді.
4. Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ-3) О. Савченко та О. Калюк.

Вибір цих методик обґрунтований їхньою валідністю, надійністю та можливістю комплексної оцінки ключових психоемоційних та особистісних характеристик, які визначають ресурсність клієнтів із травматичним досвідом.

Емпіричне дослідження було організоване у форматі попередньої та наступної оцінки («до/після»), що дозволяє оцінити стан психоемоційних ресурсів клієнтів із травматичним досвідом та обґрунтувати інтегративний підхід у психологічному супроводі.

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі Центра життєстійкості м. Волочиск, Хмельницької області серед молоді та дорослих віком від 18 до 55 років, які мали досвід травматичних подій різного ступеня інтенсивності. У дослідженні взяли участь 48 осіб, охочих пройти психологічну діагностику та оцінити власні психоемоційні ресурси.

1. Відбір учасників: учасниками дослідження стали особи віком від 18 до 55 років, які мали досвід травматичних подій. Усі добровольці були ознайомлені з метою дослідження та дали усну або письмову згоду на участь. Виключалися особи з активною гострою психопатологією, що могла ускладнити коректне проходження опитувальників.

2. Інструктаж учасників. Перед початком дослідження проводився детальний інструктаж щодо заповнення методик. Учасникам було пояснено, що дані конфіденційні та використовуються виключно у наукових цілях. Особлива увага приділялася створенню безпечної психологічної атмосфери для запобігання додаткового стресу під час проходження опитувальників.

Усі учасники заповнювали чотири методики:

- PSM-25 – для визначення рівня психоемоційного стресу;
- IES-R – для виявлення симптомів посттравматичного стресу;

- Hardiness Scale – для оцінки життєстійкості;
- КОСБ-3 – для оцінки рівня суб'єктивного благополуччя.

Попередні результати дозволили отримати первинну характеристику психоемоційного стану та ресурсів кожного учасника. На основі отриманих даних було обґрунтовано ключові напрямки психологічної роботи: стабілізація психоемоційного стану, розвиток ресурсів життєстійкості, підтримка самоприйняття та інтеграція травматичного досвіду.

Після завершення психологічної програми учасники повторно заповнювали ті самі методики. Це дозволило простежити зміни у психоемоційному стані, рівні життєстійкості та самоприйнятті, а також оцінити потенційний позитивний ефект інтегративного підходу.

Дані були проаналізовані за допомогою описової статистики: середні значення, медіани, діапазон та стандартне відхилення. Для оцінки динаміки змін «до/після» застосовувалися непараметричні методи (тест Вілкоксона) у випадку малих вибірок. Результати дозволяли виділити найбільш виражені проблемні зони та визначити ефективність інтегративного супроводу для кожного учасника.

Формат «до/після» забезпечує природну оцінку ефективності програми без необхідності контрольної групи. Використання валідних методик гарантує наукову достовірність результатів. Комплексний підхід дозволяє враховувати як негативні наслідки травми, так і наявні психологічні ресурси, що сприяє обґрунтованому плануванню інтегративного супроводу. Обґрунтуємо кожен з обраних діагностичних методик.

*Методика вимірювання рівня психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure) Lemyre-Tessier-Fillion.* Методика крім виявлення рівня психологічного стресу, спрямована на оцінку психоемоційного навантаження у дорослих. PSM-25 дозволяє оцінити інтенсивність стресових реакцій; виявити джерела психоемоційного напруження; проаналізувати соматичні, емоційні, когнітивні та поведінкові прояви стресу; планувати психологічне втручання та ресурсування клієнта.

Методика складається з 25 пунктів, що поділені на п'ять шкал, кожна з яких оцінює окремий компонент стресу:

1. Фізіологічний (соматичний) компонент: оцінює фізичні прояви стресу: підвищене серцебиття, головний біль, порушення сну, відчуття втоми. Складається з 5 запитань. Бал від 1 до 5 відображає частоту проявів симптомів: 1 – «майже ніколи», 5 – «дуже часто».

1. Емоційний компонент: оцінює емоційні реакції: тривожність, дратівливість, емоційна нестабільність, відчуття безпорадності.

2. Когнітивний компонент: визначає рівень зниження концентрації, забудькуватість, негативне мислення та тривогу щодо майбутнього. Поведінковий компонент: оцінює зміни в поведінці: схильність до конфліктів, соціальну ізоляцію, зниження активності та інтересу до діяльності.

3. Соціальний компонент: виявляє вплив стресу на соціальні взаємодії, конфлікти з оточенням, відчуття соціальної напруженості та дискомфорту.

Респондент оцінює частоту проявів симптомів за шкалою Лікерта: 1 – майже ніколи»; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 – дуже часто.

Дана методика у нашому дослідженні використовувалася для оцінки рівня психоемоційного напруження у клієнтів із травматичним досвідом; відстеження динаміки змін психоемоційного стану до та після психологічного супроводу та визначення сфери стресового впливу, спрямування інтервенції та оцінки ефективності втручань.

Методика PSM-25 є ефективним та надійним інструментом для комплексної оцінки психоемоційного стану, що робить її цінним компонентом емпіричної частини дослідження та психологічного супроводу клієнтів із травматичним досвідом.

*Шкала впливу стресових подій (Impact of Event Scale – Revised) (IES-R).* Методика IES-R, адаптована українською мовою Л. Крупельницькою, В. Келлер та О. Морозовою-Ларіною (2024), призначена для оцінки симптомів посттравматичного стресу у дорослих осіб, які пережили травматичну подію. Вона дозволяє визначити інтенсивність трьох основних проявів ПТСР: інтрузій,

уникання та гіперзбудження, що є ключовими для планування психологічного супроводу та розробки інтервенційних програм [56].

У структурі методики виділяються три основні фактори:

- Інтрузії (Intrusion) – нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, що заважають нормальному функціонуванню.
- Уникання (Avoidance) – уникання думок, емоцій та ситуацій, які нагадують про травму.
- Гіперзбудження (Hyperarousal) – підвищена тривожність, дратівливість, порушення сну та концентрації.

Інструментарій складається з 22 пунктів, на які респонденти відповідають за шкалою Лікерта від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто») залежно від частоти прояву симптомів протягом останніх 7 днів.

Структура методики включає:

1. Пункти оцінки інтрузій: 8 запитань, що дозволяють визначити частоту нав'язливих спогадів та флешбеків.
2. Пункти оцінки уникання: 8 запитань, спрямованих на оцінку уникання думок, емоцій та ситуацій, пов'язаних із травматичною подією.
3. Пункти оцінки гіперзбудження: 6 запитань, що оцінюють рівень тривожності, дратівливості та порушень сну.

Методика спрямована на оцінку симптомів ПТСР у клієнтів перед та після психологічного супроводу; дозволяє зафіксувати динаміку змін психоемоційного стану після інтегративної роботи з травмою та допомагає психологу визначити домінуючі симптоми, спрямувати інтервенції на критичні сфери та оцінити ефективність втручань.

Методика IES-R є ефективним та надійним інструментом для комплексної оцінки посттравматичних реакцій і може застосовуватися як у наукових дослідженнях, так і в практичній психологічній роботі з дорослими клієнтами, що пережили травматичні події.

*Методика «Шкала життєстійкості» (Hardiness Scale) S. Maddi.* Оцінка рівня життєстійкості (hardiness) особистості як психологічного ресурсу для ефективного подолання стресових ситуацій та травматичних переживань.

Методика дозволяє: визначити загальний рівень життєстійкості; оцінити три основні компоненти: контроль, залученість та виклик; прогнозувати стійкість особистості до стресових ситуацій та її здатність до адаптації; планувати психологічну підтримку та корекційні заходи у клієнтів із травматичним досвідом.

Методика життєстійкості складається з 21 твердження та містить три основні компоненти:

1. Контроль (Control) – відображає сприйняття особистістю свого впливу на події та обставини. Вища оцінка цього компоненту свідчить про віру в можливість керувати своїм життям і впливати на результат ситуацій.

2. Залученість (Commitment) – визначає рівень зацікавленості та залученості особистості до діяльності, міжособистісних стосунків та подій. Високі бали означають активну участь у житті та здатність знаходити сенс у подіях.

3. Виклик (Challenge) – оцінює сприйняття труднощів як можливості для розвитку, навчання та зростання. Особи з високими балами сприймають стресові ситуації не як загрозу, а як стимул для саморозвитку.

Респондент оцінює 21 твердження за 4-бальною шкалою Лікерта: 1 – «зовсім не погоджуюсь», а 4 – «повністю погоджуюсь».

Методика дозволяє оцінити життєстійкість у осіб із травматичним досвідом; виявити зміни рівня ресурсів у процесі психологічного супроводу та допомагає плануванню ресурсуючих та стабілізуючих заходів, розробкам програм психологічної підтримки, профілактики вигорання.

Методика Hardiness Scale є ефективним інструментом для комплексної оцінки психоемоційних ресурсів клієнта та забезпечує науково обґрунтовану базу для психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом.

*Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ-3), розроблена українськими психологами О. Савченко та О. Калюк, застосована у межах нашого дослідження для виявлення когнітивних компонентів емоційного та суб'єктивного благополуччя осіб із травматичним досвідом. Вибір цієї методики зумовлений її валідністю, адаптованістю до українського контексту та можливістю комплексно оцінити внутрішнє сприйняття власного життя, міжособистісних стосунків і рівня емоційного комфорту після травматичних подій.*

Методика складається з 20 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою (від 1 – «повністю не згоден» до 5 – «повністю згоден»). Її структура охоплює три ключові субшкали:

1. Задоволеність власним життям – відображає позитивне ставлення до власної життєвої ситуації, сприйняття досягнень і внутрішню гармонію. Високі показники за цією шкалою вказують на адекватну самооцінку, оптимізм і впевненість у власних силах, що є індикатором ресурсності та емоційної стабільності.

2. Невдоволеність собою та розчарування в житті – оцінює рівень фрустрованості, незадоволення власними результатами, наявність внутрішніх конфліктів і песимістичне сприйняття життєвого досвіду. Підвищені бали можуть свідчити про наявність елементів травматичного мислення, схильність до самозвинувачення або труднощі у прийнятті минулих подій.

3. Задоволеність відносинами з іншими – характеризує соціальний аспект благополуччя: рівень довіри до людей, відчуття підтримки та емоційної безпеки у стосунках. Високі значення на цій шкалі вказують на сформовану здатність до відкритої комунікації, емоційної близькості та взаємної підтримки.

Методика КОСБ-3 дозволяє оцінити загальний рівень суб'єктивного благополуччя, а також його когнітивні складові – те, як людина осмислює власне життя та соціальне оточення після травматичних подій. У контексті нашого дослідження результати цієї методики допомагають визначити, наскільки травматичний досвід вплинув на систему особистісних оцінок і життєвих

смислів; простежити взаємозв'язок між самоприйняттям, задоволеністю життям і рівнем психологічної стійкості; виявити внутрішні ресурси, які сприяють процесу посттравматичної адаптації.

Отже, застосування методики «КОСБ-3» забезпечує глибше розуміння когнітивних механізмів суб'єктивного благополуччя клієнтів із травматичним досвідом і є цінним інструментом у межах інтегративного підходу до психологічного супроводу.

## 2.2 Результати психологічної діагностики та аналіз ефективності програми інтегративного супроводу осіб з травматичним досвідом

У дослідженні взяли участь 48 осіб віком від 18 до 55 років, що звернулися у Центр життестійкості, м. Волочиськ, мають травматичний досвід, як пов'язаний із воєнними подіями або втратами близьких, так і не пов'язаний з війною. Дослідження проводилося у форматі попередньої та повторної діагностики «до» та «після» реалізації програми інтегративного психологічного супроводу (опис та обґрунтування програми представлено у параграфі 2.3).

З метою оцінки рівня психоемоційного напруження, зумовленого впливом травматичних подій, було використано методику *PSM-25 «Шкала психологічного стресу»*, розроблену Лемуром, Тесьє та Філліоном. Дана методика дозволяє визначити інтенсивність суб'єктивно переживаного стресу, що відображає як фізіологічні, так і когнітивно-емоційні компоненти напруження. Результати представлені у табл.2.1 та рис. 2.1.

Таблиця 2.1 – Рівні психологічного стресу у респондентів за методикою PSM-25 до та після реалізації програми інтегративного супроводу, n = 48

Рівень стресу	До реалізації програми (кількість, %)	Після реалізації програми (кількість,%)
Високий	28 (58,3 %)	11 (22,9 %)
Помірний	15 (31,3 %)	23 (47,9 %)
Низький	5 (10,4 %)	14 (29,2 %)

На етапі первинного обстеження середній показник за шкалою PSM-25 у вибірці з 48 осіб становив 164,2 бала, що відповідає високому рівню психологічного стресу. У більшості респондентів (58,3%) виявлено значні ознаки емоційного виснаження, тривожності, роздратування, порушення сну та соматичних реакцій на напруження. У 31,3% учасників рівень стресу був помірним, тоді як лише 10,4% демонстрували показники в межах низького рівня.

Отримані результати свідчать про те, що більшість учасників перебувають у стані підвищеної емоційної напруги, мають труднощі з адаптацією та ознаки виснаження. Найчастіше відзначалися такі симптоми, як тривожність, порушення сну, дратівливість, втома, зниження концентрації уваги. Це узгоджується з типовими проявами постстресового стану після пережиття травматичних подій.

Результати повторної (постінтервенційної) діагностики свідчать про те, що після участі у програмі інтегративного психологічного супроводу середній показник знизився до 138,7 бала, що відповідає середньому рівню стресу. Частка осіб із високим рівнем стресу зменшилася до 22,9%, натомість кількість учасників із низьким рівнем зросла до 29,2%.

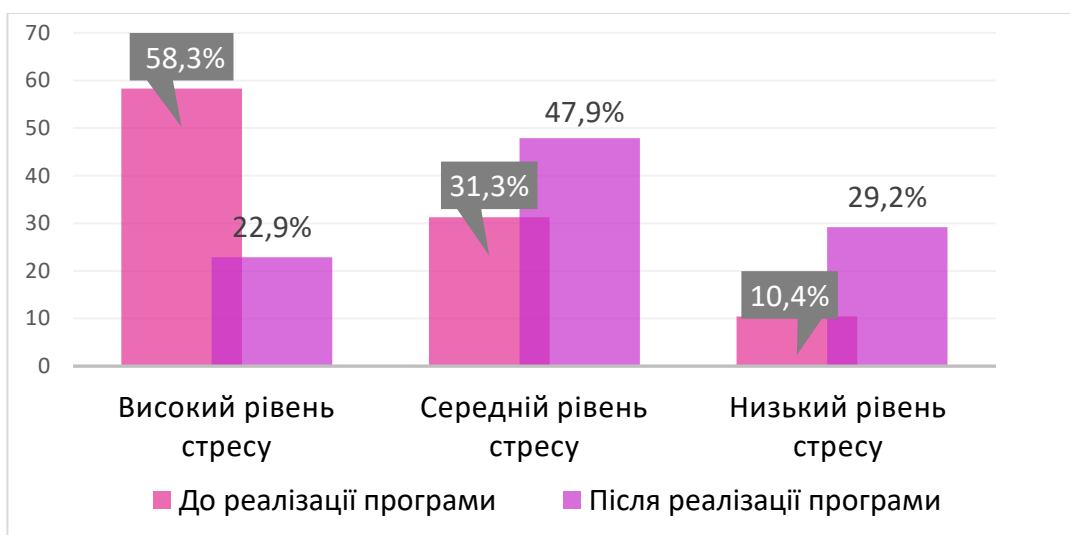


Рисунок 2.1 – Розподіл респондентів до та після реалізації інтервенції за рівнем психологічного стресу, у %

Як видно з таблиці 2.1 та рис. 2.1, після участі у програмі інтегративного психологічного супроводу відзначається виражене зниження рівня психологічного стресу серед досліджуваних осіб. Кількість респондентів із високим рівнем стресу зменшилася більш ніж удвічі – з 58,3% до 22,9%, тоді як помірний рівень зріс із 31,3% до 47,9%. Водночас частка осіб із низьким рівнем стресу зросла майже втричі – з 10,4% до 29,2%.

Учасники відзначали зменшення тривоги, покращення сну, підвищення відчуття контролю над власним станом, а також більшу здатність до саморегуляції. Зниження рівня напруження може бути пов'язане з формуванням більш ефективних стратегій емоційної регуляції, підвищенням усвідомлення власних переживань та розвитком навичок самопідтримки, що є ключовими компонентами інтегративного підходу.

Загальний середній показник знизився з 164,2 до 138,7 бала ( $p < 0.05$  за критерієм Вілкоксона), що свідчить про статистично значуще зниження рівня психоемоційного стресу серед учасників після проходження програми інтегративного психологічного супроводу.

Найбільш помітні позитивні зміни зафіксовано у таких шкалах:

- Емоційна напруга – зниження тривожності, дратівливості, частоти емоційних зривів;
- Фізіологічні симптоми – покращення сну, зменшення соматичних скарг;
- Когнітивне перевантаження – зменшення негативних автоматичних думок і відчуття безпорадності.

Отримані дані підтверджують, що психоемоційний стрес залишається одним із провідних наслідків травматичного досвіду, який негативно впливає на функціонування когнітивної та емоційної сфер. Водночас результати після проведення психологічної програми демонструють, що цілеспрямована робота над розвитком ресурсів життєстійкості, самоприйняття та усвідомлення емоцій сприяє істотному зниженню рівня психоемоційного напруження.

Таким чином, можна зробити висновок, що психоемоційний стан осіб із травматичним досвідом є пластичним і здатним до відновлення за умови застосування інтегративних психологічних інтервенцій, що поєднують когнітивно-поведінкові, емоційно-фокусовані та ресурсно-орієнтовані методи.

З метою оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресу у респондентів було використано *Шкалу впливу стресових подій (Impact of Event Scale – Revised, IES-R)* в українській адаптації Л. Крупельницької, О. Морозової-Ларіної та В. Келлера. Ця методика дозволяє визначити інтенсивність переживань, пов'язаних із травматичними подіями, через оцінку трьох основних компонентів посттравматичного стресу: нав'язливі думки та повторні спогади; уникання та підвищена збудливість. Результати первинного обстеження за шкалою IES-R представлені у табл. 2.2, 2.3 та рис. 2.2.

Таблиця 2.2 – Рівні впливу стресових подій у респондентів за шкалою IES -R до та після реалізації програми, n = 48

Рівень стресу	До реалізації програми (кількість, %)	Після реалізації програми (кількість,%)
Високий	26 (54,2 %)	10 (20,8 %)
Помірний	15 (31,3 %)	22 (45,8 %)
Низький	7 (14,5 %)	16 (33,4 %)

На етапі первинного обстеження середній сумарний показник за шкалою IES-R становив 58,6 бала, що відповідає високому рівню посттравматичного стресу. У більшості учасників спостерігалися інтенсивні симптоми нав'язливих спогадів, уникання та підвищеної збудливості. Такі результати свідчать про наявність стійких реакцій, характерних для посттравматичного стресу, включно з повторним переживанням травми, униканням тригерів і порушеннями сну та концентрації.

Після проходження програми інтегративного психологічного супроводу середній показник знизився до 42,1 бала, що відповідає середньому рівню посттравматичного стресу. Кількість респондентів із високим рівнем

зменшилася до 20,8%, тоді як учасників із низьким рівнем стало 33,4%, а помірний рівень охопив 45,8% респондентів.

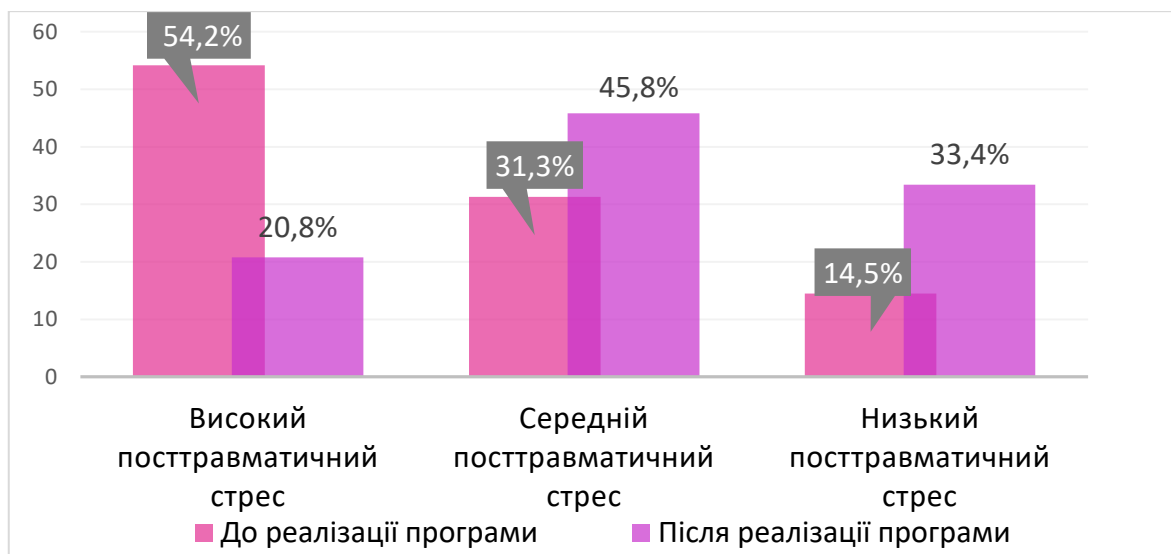


Рисунок 2.2 – Розподіл респондентів до та після реалізації інтервенції за рівнем посттравматичного стресу, у %

Як видно з таблиці та рисунка, після участі у програмі відзначається виражене зниження рівня посттравматичного стресу. Учасники повідомляли про зменшення нав'язливих спогадів, більш спокійне ставлення до тригерів травматичних подій, покращення сну та зменшення емоційної збудливості.

Таблиця 2.3 – Рівні посттравматичного стресу за шкалою IES-R у респондентів до та після реалізації програми, n = 48

Шкала IES-R	До реалізації програми (середнє ± SD)	Після реалізації програми (середнє ± SD)
Нав'язливі думки	21,8 ± 5,7	15,4 ± 4,9
Уникання	18,7 ± 6,2	13,2 ± 5,1
Підвищена збудливість	18,1 ± 5,4	13,5 ± 4,6
Сумарний показник	58,6 ± 14,1	42,1 ± 12,3

Для оцінки впливу інтегративного психологічного супроводу на прояви посттравматичного стресу було проаналізовано результати за трьома основними

шкалами IES-R: Intrusion (нав'язливі думки та повторні спогади), Avoidance (уникання) та Hyperarousal (підвищена збудливість) (табл 2.3).

1. Нав'язливі думки та повторні спогади. На етапі первинного обстеження середній показник за шкалою Нав'язливі думки у вибірці з 48 осіб становив  $21,8 \pm 5,7$  бала, що свідчило про високий рівень нав'язливих спогадів про травматичну подію. У більшості учасників спостерігалися часті образи та думки про травму, нічні кошмари, флешбеки та труднощі з концентрацією.

Після проходження програми інтегративного супроводу середнє значення знизилос'я до  $15,4 \pm 4,9$  бала, що відповідає помірному рівню. Це свідчить про значне зменшення частоти та інтенсивності нав'язливих спогадів, покращення концентрації уваги та загальної когнітивної стабільності.

2. Уникання. Первинні показники шкали Уникання становили  $18,7 \pm 6,2$  бала, що відображає високий рівень уникання думок, ситуацій та спілкування, пов'язаних із травмою. Учасники демонстрували схильність до ізоляції, небажання обговорювати травматичний досвід та уникання нагадувань про події.

Після реалізації програми інтегративного супроводу середній бал знизився до  $13,2 \pm 5,1$  бала, що відповідає помірному рівню уникання. Це свідчить про покращення здатності реагувати на тригери травматичних подій конструктивно, зменшення страху перед переживанням спогадів та підвищення адаптивності у повсякденному житті.

3. Підвищена збудливість. До інтервенції показники Підвищена збудливість становили  $18,1 \pm 5,4$  бала, що свідчить про високий рівень фізіологічного та емоційного напруження: учасники відзначали дратівливість, тривожність, порушення сну, швидку стомлюваність та напруженість у взаємодії з іншими.

Після проходження програми середній бал знизився до  $13,5 \pm 4,6$  бала, що відповідає помірному рівню підвищеної збудливості. Це відображає зменшення тривожності та дратівливості, стабілізацію сну та загальної емоційної рівноваги, а також розвиток навичок саморегуляції.

4. Сумарний показник IES-R. Сумарний показник, який відображає загальний рівень посттравматичного стресу, знизився з  $58,6 \pm 14,1$  до  $42,1 \pm 12,3$  бала ( $p < 0,05$  за критерієм Вілкоксона). Це демонструє статистично значуще зниження симптомів посттравматичного стресу після участі у програмі інтегративного супроводу.

Висновки щодо шкал IES-R: значне зменшення повторних спогадів та нав'язливих думок, підвищення когнітивної стабільності; покращення адаптивного реагування на тригери травматичних подій, зменшення схильності до ізоляції; зниження емоційної напруженості, тривожності та фізіологічних проявів стресу.

Отримані дані підтверджують, що цілеспрямовані інтегративні інтервенції ефективно зменшують вираженість посттравматичних симптомів і сприяють розвитку ресурсів психоемоційної стабільності у осіб із травматичним досвідом.

Для оцінки рівня життєстійкості та здатності особистості ефективно справлятися зі стресом і травматичними подіями нами застосовувалась методика «Шкала життєстійкості» С. Мадді. Вона включає три основні шкали: Commitment (залученість), Control (контроль) та Challenge (сприйняття життєвих викликів як можливостей) – таблиця 2.4 та рисунок 2.3.

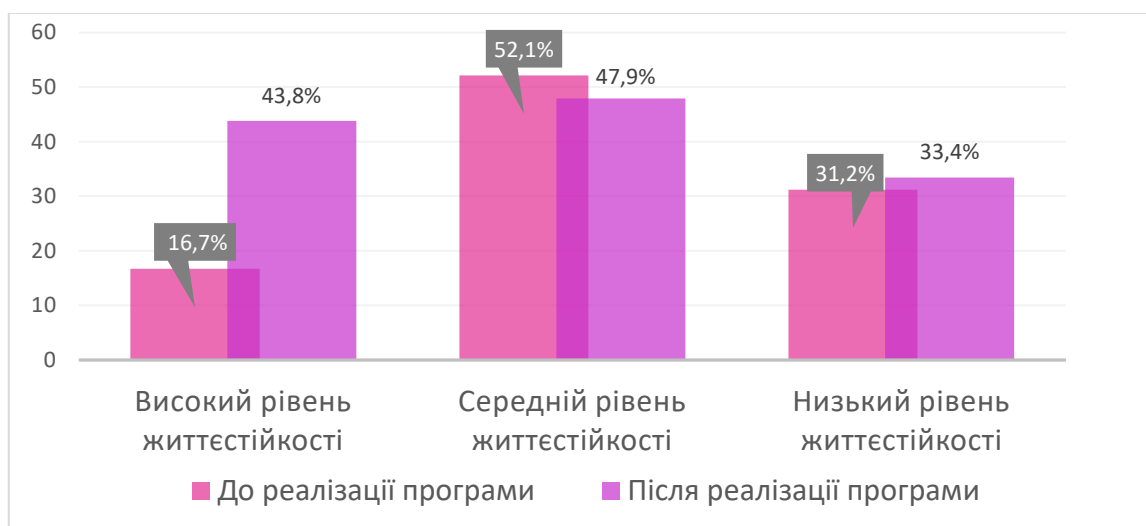


Рисунок 2.3 – Розподіл респондентів до та після реалізації інтервенції за рівнем посттравматичного стресу, у %

На етапі первинного обстеження більшість учасників (52,1%) демонстрували середній рівень життєстійкості, що свідчить про частково сформовані ресурси подолання стресових ситуацій. 31,2% учасників мали низький рівень, що відображає недостатню здатність до ефективної саморегуляції під час стресу та уразливість до психоемоційного виснаження. Лише 16,7% показали високий рівень життєстійкості, що характерно для осіб із розвиненими адаптаційними механізмами, умінням мобілізуватися в стресових ситуаціях, позитивним ставленням до життя та здатністю зберігати емоційну стабільність.

Після реалізації програми інтегративного психологічного супроводу спостерігається суттєве підвищення життєстійкості серед учасників. Частка осіб із високим рівнем зросла з 16,7% до 43,8%, що свідчить про активне формування адаптивних стратегій, здатності конструктивно реагувати на стрес та підтримувати внутрішню рівновагу. Кількість учасників із низьким рівнем життєстійкості значно зменшилася з 31,2% до 8,3%, що демонструє ефективність інтервенції у розвитку когнітивно-емоційних ресурсів та відновленні психологічної стійкості. Середній рівень залишився практично стабільним (52,1% → 47,9%), проте відзначається зміщення частини учасників із середнього до високого рівня, що свідчить про позитивну динаміку особистісних ресурсів.

Результати змін за шкалами методики представлені у табл. 2.4.

На етапі первинного обстеження середній показник за шкалою *Залученість* становив  $22,4 \pm 3,9$  бала, що свідчило про помірний рівень залученості у власне життя та діяльність. Учасники проявляли схильність до емоційної відстороненості від завдань та подій, уникали активної участі в життєвих процесах, що знижувало ефективність адаптації до стресових ситуацій.

Після проходження програми інтегративного психологічного супроводу середній бал підвищився до  $26,7 \pm 3,5$  бала, що відповідає високому рівню залученості. Це свідчить про зростання інтересу до власного життя та активне включення у повсякденні й професійні справи, що є важливим ресурсом психологічної стійкості.

Таблиця 2.4 – Рівень життєстійкості за шкалами Hardiness Scale до та після програми інтегративного психологічного супроводу

Шкала Hardiness Scale	До реалізації програми (середнє $\pm$ SD)	Після реалізації програми (середнє $\pm$ SD)	Динаміка
Залученість	22,4 $\pm$ 3,9	26,7 $\pm$ 3,5	+4,3
Контроль	20,8 $\pm$ 4,1	25,1 $\pm$ 3,7	+4,3
Сприйняття викликів	19,6 $\pm$ 4,5	24,3 $\pm$ 4,0	+4,7
Сумарний показник	62,8 $\pm$ 9,5	76,1 $\pm$ 8,7	+13,3

Первинний середній показник за шкалою *Контроль* становив 20,8  $\pm$  4,1 бала, що свідчило про помірний рівень відчуття контролю над життєвими подіями. Учасники частково сприймали життєві ситуації як непередбачувані та складні, що підвищувало ризик виникнення тривоги та емоційної напруги.

Після реалізації програми середній показник зріс до 25,1  $\pm$  3,7 бала, демонструючи зростання відчуття контролю над власними реакціями та ситуаціями, здатність планувати дії та ефективніше регулювати емоції під час стресу.

На початковому етапі дослідження середнє значення за шкалою *Сприйняття життєвих викликів як можливостей* становило 19,6  $\pm$  4,5 бала, що відображало тенденцію до уникання змін та небажання сприймати труднощі як можливості для розвитку. Учасники частково оцінювали життєві проблеми як загрозу, що знижувало здатність до адаптивного реагування на стрес.

Після проведення програми середнє значення підвищилося до 24,3  $\pm$  4,0 бала, що свідчить про зростання готовності сприймати складнощі як життєвий виклик, розвиток позитивної мотивації та прагнення до особистісного зростання.

Сумарний показник життєстійкості підвищився з 62,8  $\pm$  9,5 до 76,1  $\pm$  8,7 бала ( $p < 0,05$  за критерієм Вілкоксона). Це свідчить про статистично значуще

зростання рівня життєстійкості після проходження програми інтегративного психологічного супроводу.

Аналіз змін за компонентами шкали Hardiness:

1. Наполегливість і рішучість у діях – учасники після програми демонструють більшу здатність до планування, прийняття рішень і доведення справ до завершення, що відображає зміцнення волі та відповідальності.

2. Відкритість до нового досвіду і почуття гумору – зростає здатність бачити ситуації з різних ракурсів, адаптуватися до нових умов та підтримувати позитивний емоційний стан навіть під тиском стресу.

3. Особиста компетентність у подоланні труднощів і толерантність до негативних емоцій – покращується контроль над емоційними реакціями, зменшується тривожність і схильність до паніки у стресових ситуаціях.

4. Толерантність до невдач і ставлення до життя як до виклику – учасники більш спокійно сприймають невдачі, розглядаючи їх як можливість для розвитку та навчання.

5. Оптимістичне ставлення до життя і вміння мобілізуватися у складних ситуаціях – підвищується віра у власні сили, здатність швидко відновлювати внутрішній ресурс і ефективно діяти в кризових умовах.

Отримані дані свідчать, що інтегративний психологічний супровід сприяє формуванню ресурсів життєстійкості, підвищенню здатності до адаптації, конструктивної обробки стресових та травматичних подій.

Для оцінки рівня когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя учасників застосовувалась методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ-3). Вона дозволяє визначити три ключові компоненти задоволеності життям. Результати наведені у табл. 2.5 та рис. 2.4.

Проаналізуємо дані таблиці 2.5.

1. Шкала «Задоволеність власним життям»: середній бал підвищився з 2,7 до 3,4, що свідчить про зростання позитивного ставлення до власного життя та відчуття задоволеності досягнутим. Після інтервенції учасники відзначали

покращення самооцінки, збільшення впевненості у власних діях та більшу внутрішню гармонію.

Таблиця 2.5 – Середні значення шкал КОСБ-3 до та після реалізації програми інтегративного супроводу (n = 48)

Шкала	До реалізації програми (середнє $\pm$ SD)	Після реалізації програми (середнє $\pm$ SD)	Динаміка ( $\Delta$ M)
Задоволеність власним життям	2,7 $\pm$ 0,6	3,4 $\pm$ 0,5	+0,7
Невдоволеність собою та розчарування	3,2 $\pm$ 0,7	2,4 $\pm$ 0,5	-0,8
Задоволеність відносинами з іншими	3,0 $\pm$ 0,6	3,6 $\pm$ 0,5	+0,6
Сумарний показник	58,3 $\pm$ 10,2	71,4 $\pm$ 9,6	+13,7

2. Шкала «Невдоволеність собою та розчарування в житті»: середній показник знизився з 3,2 до 2,4, що демонструє зменшення негативних когнітивних оцінок себе та переживань щодо незадоволеності життям. Це свідчить про зменшення внутрішнього напруження, тривожності та критичного ставлення до власних досягнень.

3. Шкала «Задоволеність відносинами з іншими»: середній бал зріс з 3,0 до 3,6, що відображає покращення якості соціальних взаємодій, підвищення відчуття підтримки та безпеки у стосунках. Учасники стали частіше відчувати довіру до оточення та готовність ділитися своїми переживаннями.

Всі три субшкали демонструють позитивну динаміку «до/після», що свідчить про ефективність програми інтегративного психологічного супроводу у зміцненні психоемоційних ресурсів учасників. Зниження негативного самооцінного сприйняття («невдоволеність собою та розчарування») поєднується зі зростанням позитивної оцінки власного життя та соціальних взаємодій. Найбільш помітні зміни відбулися у субшкалі «Невдоволеність собою

та розчарування», де частка осіб із низьким рівнем зросла більш ніж удвічі, що свідчить про значне зменшення деструктивних когнітивних проявів та формування конструктивних стратегій самосприйняття. Позитивна динаміка у всіх шкалах свідчить про підвищення усвідомленості, позитивного ставлення до життя, зменшення внутрішнього незадоволення, покращення емоційного стану у взаємодії з оточенням, підвищення довіри та соціальної підтримки (рис. 2.4.).

Сумарний показник суб'єктивного благополуччя за методикою КОСБ-3 підвищився з  $58,3 \pm 10,2$  до  $71,4 \pm 9,6$  бала ( $p < 0,05$  за критерієм Вілкоксона). Це свідчить про статистично значуще підвищення загального рівня суб'єктивного благополуччя після проходження програми інтегративного психологічного супроводу. Ці дані свідчать, що програма інтегративного психологічного супроводу ефективно сприяє розвитку когнітивних та емоційних ресурсів, підвищенню психологічної стійкості та здатності до самопідтримки у осіб із травматичним досвідом.

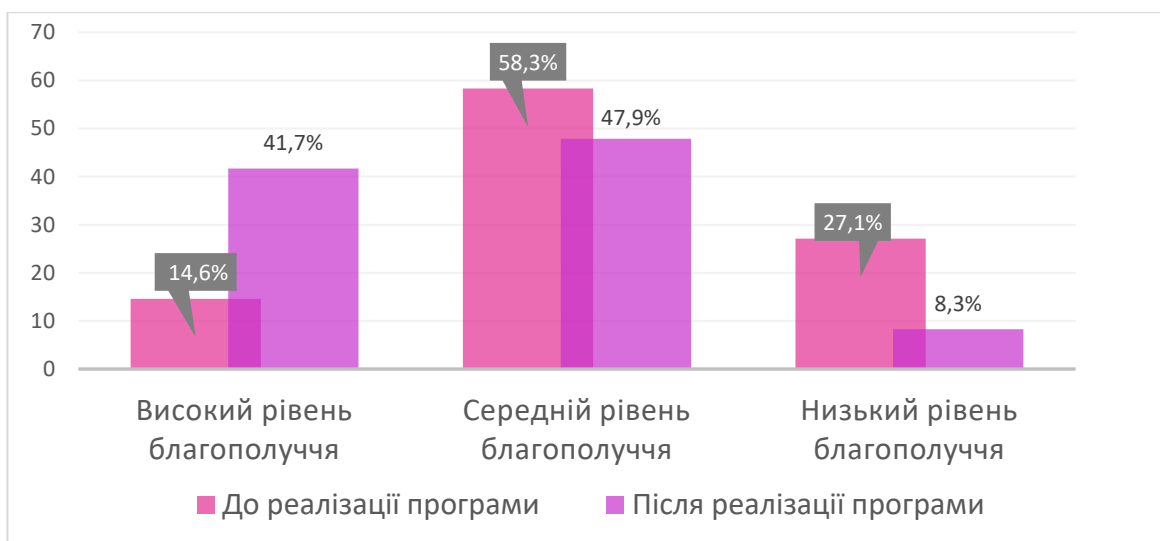


Рисунок 2.4 – Розподіл респондентів за загальним рівнем суб'єктивного благополуччя до та після реалізації програми, у %

На етапі первинного обстеження більшість учасників (58,3%) демонстрували середній рівень суб'єктивного благополуччя, що свідчить про частково сформовані когнітивні ресурси оцінки власного життя та задоволення від нього. 27,1% респондентів мали низький рівень, що вказує на значні

когнітивні труднощі, незадоволення життям та внутрішнє напруження. Лише 14,6% учасників показали високий рівень суб'єктивного благополуччя, що характерно для осіб із позитивним сприйняттям життя та здатністю отримувати задоволення від власних досягнень та соціальних взаємодій.

Після реалізації програми інтегративного психологічного супроводу спостерігалася суттєва позитивна динаміка:

Частка учасників із високим рівнем суб'єктивного благополуччя зросла з 14,6% до 41,7%, що свідчить про ефективне формування ресурсів задоволеності життям, розвиток позитивного мислення та усвідомлення власних досягнень.

Кількість респондентів із низьким рівнем значно зменшилася – з 27,1% до 10,4%, що демонструє зниження внутрішньої тривожності, невдоволення собою та когнітивних негативних оцінок власного життя.

Середній рівень залишився майже стабільним (58,3% → 47,9%), проте частина учасників із середнього рівня перейшла до високого, що свідчить про позитивну динаміку у формуванні когнітивних ресурсів суб'єктивного благополуччя.

Таким чином, результати демонструють, що програма інтегративного психологічного супроводу сприяє підвищенню загального рівня задоволеності життям, розвитку ресурсів самопідтримки та позитивної самооцінки у осіб із травматичним досвідом. Підвищення частки учасників із високим рівнем благополуччя і зменшення частки з низьким рівнем підтверджує ефективність інтервенції в психологічній роботі з травматичним досвідом.

Отже, емпіричне дослідження підтвердило ефективність програми інтегративного психологічного супроводу для осіб із травматичним досвідом. Після участі у програмі відзначено статистично значуще зниження рівня психоемоційного стресу (PSM-25) та симптомів посттравматичного стресу (IES-R), а також підвищення життєстійкості (Hardiness Scale) і суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3) за всіма шкалами ( $p < 0,05$  за критерієм Вілкоксона).

Отримані результати свідчать, що цілеспрямована робота над розвитком ресурсів життєстійкості, самоприйняття та усвідомлення емоцій сприяє

відновленню психоемоційного балансу та підвищенню адаптивних стратегій у осіб, які пережили травматичні події.

### **2.3 Опис та обґрунтування програми інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом**

На основі результатів емпіричного дослідження, яке виявило знижені показники життєстійкості, підвищений рівень психоемоційного напруження та недостатньо сформовані когнітивно-емоційні стратегії подолання травматичного досвіду, було розроблено програму інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом. Її мета – сприяти зниженню рівня стресу, гармонізації емоційного стану, формуванню адаптивних стратегій подолання та відновленню внутрішніх ресурсів особистості.

Програма ґрунтується на принципах інтегративного підходу, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, емоційно-образної терапії (ЕОТ), метафоричних асоціативних карт (МАК), інструментів PSY 2.0, а також техніки десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR) у роботі з інтенсивними травматичними переживаннями.

Розробка та апробація програми здійснювалися на базі Центру життєстійкості м. Волочиськ, який функціонує як осередок психологічної підтримки осіб, що пережили воєнні події, вимушене переселення або втрату близьких. Центр надає можливість реалізації комплексної психотерапевтичної роботи, спрямованої на зміцнення життєстійкості, розвитку емоційної регуляції та самопідтримки.

Вихідним підґрунтям для створення програми стали результати первинної діагностики, проведеної за методиками: PSM-25 (Шкала психологічного стресу) – для вимірювання рівня загального напруження; IES-R (Шкала впливу стресових подій) – для оцінки рівня посттравматичного стресу; Шкала життєстійкості С. Мадді – для визначення показників життєстійкості; КОСБ-3– для аналізу стилів подолання стресових ситуацій.

Отримані результати показали необхідність роботи в напрямі формування емоційної стабільності, когнітивної гнучкості, розвитку навичок саморегуляції та посилення ресурсної сфери особистості. Саме ці цілі стали концептуальною основою програми інтегративного супроводу.

З огляду на результати емпіричного етапу дослідження, було розроблено протокол скринінгу для відбору клієнтів із вираженими наслідками емоційної травми (*Додаток А*).

Метою створення цього протоколу є раннє виявлення осіб, які потребують комплексної психологічної допомоги та готові до участі в програмі інтегративного супроводу. Скринінг передбачає коротке опитування та застосування стандартизованих психодіагностичних інструментів (PSM-25, IES-R, Hardiness Scale, КОСБ-3), що дозволяє оцінити рівень стресу, посттравматичних проявів, емоційної регуляції й ресурсного потенціалу особистості. Він розроблений як інструмент попередньої діагностики, що може бути впроваджений у роботу психологів-консультантів, кризових центрів і служб підтримки без проведення експериментальної фази дослідження.

Результати скринінгу дозволяють визначити індивідуальний маршрут психологічного супроводу для кожного клієнта. Залежно від рівня вираженості стресових реакцій та емоційної дестабілізації клієнти спрямовуються до відповідних модулів програми.

- Особи з помірним рівнем стресу проходять психоедукаційний блок і ресурсно-орієнтовані техніки, спрямовані на розвиток саморегуляції та життєстійкості.
- Клієнти з вираженими симптомами посттравматичного стресу включаються в більш глибоку індивідуальну роботу з використанням методів Емоційно-образної терапії, ЄМДР та МАК, які сприяють переробці травматичного досвіду та зниженню інтенсивності афективних реакцій.
- Для осіб із когнітивним перевантаженням або ознаками дисоціації застосовуються інструменти PSY 2.0, спрямовані на відновлення інтеграції між емоційними, тілесними та когнітивними процесами.

Такий диференційований підхід забезпечує персоналізацію психологічного супроводу, дозволяючи ефективно поєднувати різні техніки в межах інтегративної моделі, адаптованої до реальних умов роботи.

Також нами була розроблена *«Попередня анкета для участі у програмі психологічного супроводу»*. Анкета створена з метою попереднього відбору для участі у *«Програмі інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом»*. Анкета є анонімною. Отримані дані використовувались лише для наукових і консультативних цілей у межах дипломного дослідження. Участь добровільна. Заповнення анкети триває 10–15 хвилин. Шаблон онлайн-анкети для Google Forms представлений у *Додатку Б*.

Нами була розроблена психологічна *Програма інтегративного супроводу клієнтів із травматичним досвідом* [1; 2 3; 4; 11; 13; 19; 22; 29; 31; 35; 39].

Тривалість програми: 8–10 тижнів (1–2 заняття на тиждень). Формат: індивідуальні консультації та групові заняття (6–10 осіб). Тривалість одного заняття: 90 хвилин. Фахівці: психолог-консультант, арт-терапевт, фасилітатор ЄМДР (*Додаток В*).

*Мета програми:* сприяння особистісному відновленню, зниженню інтенсивності травматичних переживань, формування навичок усвідомленого ставлення до травматичного досвіду, розвиток життєстійкості та самоприйняття, відновлення когнітивного й емоційного балансу особистості, розвиток внутрішніх ресурсів клієнтів.

Завдання програми:

1. Створити безпечний психологічний простір для дослідження та вираження травматичного досвіду.
2. Допомогти клієнтам усвідомити зв'язок між травматичними подіями, емоційними реакціями та поведінковими стратегіями.
3. Формувати навички емоційної саморегуляції та тілесного розслаблення.
4. Розвивати позитивну ідентичність, самоприйняття та життєстійкість.

5. Підтримати процес інтеграції травматичного досвіду у структуру особистості.

### Структура програми

#### *1. Діагностичний етап*

Мета етапу – комплексна оцінка психоемоційного стану клієнта, визначення рівня психоемоційного напруження, наявності посттравматичних симптомів, а також оцінка ресурсів особистості, що можуть сприяти відновленню та адаптації після травматичного досвіду. Діагностичний етап є базовим і необхідним для планування ефективної індивідуальної програми психологічного супроводу та визначення пріоритетних напрямів роботи.

#### Основні завдання етапу:

1. Проведення психологічного обстеження за стандартизованими методиками – використання PSM-25 «Шкала психологічного стресу», IES-R «Шкала впливу стресових подій», Hardiness Scale «Шкала життєстійкості» та КОСБ-3 «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» дозволяє кількісно оцінити рівень психоемоційного стресу, прояви посттравматичних симптомів, а також когнітивні та емоційні ресурси клієнта. Використання цих методик дає змогу отримати об'єктивні дані про психоемоційний стан та ступінь ресурсності кожної особи, що є критично важливим для подальшого планування інтервенцій.

2. Формування індивідуального профілю ресурсів і вразливостей – окрім стандартизованих методик, проводиться структуроване інтерв'ю щодо досвіду травматизації, що дозволяє виявити конкретні події та ситуації, які залишили найбільш виражений емоційний слід. На основі отриманих даних створюється індивідуальний психологічний профіль, що включає: рівень психоемоційного стресу, прояви тривоги, депресивні або дисоціативні симптоми, наявність ресурсів для подолання стресу, стиль емоційної регуляції, рівень життєстійкості та особистісних стратегій адаптації.

3. Визначення цілей та очікуваних результатів психологічного супроводу – на основі даних діагностики формується чітке уявлення про

індивідуальні потреби клієнта. Визначаються короткострокові та довгострокові цілі супроводу: зниження психоемоційного напруження, розвиток адаптивних когнітивних і поведінкових стратегій, підвищення життєстійкості та ресурсів самопідтримки, формування безпечних моделей емоційного реагування.

Методи роботи на діагностичному етапі:

- Психологічне тестування та стандартизовані опитувальники (PSM-25, IES-R, Hardiness Scale, КОСБ-3);
- Структуроване інтерв'ю та бесіда для уточнення особистого досвіду травми;
- Аналіз отриманих даних для складання комплексного профілю психоемоційних ресурсів і вразливостей;
- Обговорення результатів з клієнтом та визначення індивідуальної стратегії супроводу.

Завдяки такому підходу діагностичний етап не лише визначає початковий стан психоемоційних ресурсів і проблемні зони, а й стає відправною точкою для побудови ефективної інтегративної програми психологічного супроводу, спрямованої на реабілітацію, розвиток ресурсів життєстійкості та покращення загальної якості життя клієнта.

## *2. Психоедукаційний модуль*

Мета етапу – формування у клієнтів базових знань про природу травматичного досвіду, його вплив на психіку та фізичний стан, розвиток навичок саморегуляції, безпечного заземлення та стабілізації психоемоційного стану. Психоедукація є невід'ємною складовою інтегративного підходу, оскільки дозволяє клієнту усвідомити свої переживання, зменшити тривогу через розуміння механізмів ПТСР та стресових реакцій, а також підвищити ефективність подальших психологічних інтервенцій.

Основні завдання модуля:

1. Ознайомлення з природою травматичного досвіду та його психоемоційними наслідками – клієнти отримують інформацію про те, як травматичні події впливають на когнітивну, емоційну та соматичну сферу, які

типові прояви посттравматичного стресового розладу, дисоціативні та тривожні реакції, порушення сну та концентрації.

2. Розвиток навичок саморегуляції та стабілізації стану – навчання технік безпечного заземлення, дихальних вправ, релаксаційних методик та методів контролю фізіологічних проявів стресу. Клієнти вчаться відчувати та управляти власними тілесними і емоційними реакціями, що сприяє зменшенню симптомів тривоги, паніки та дратівливості.

3. Розвиток навичок самоспостереження та усвідомлення емоцій – клієнти опановують методики, що дозволяють відстежувати власні емоційні стани, виявляти тригери негативних переживань, аналізувати реакції на стресові ситуації. Це створює передумови для конструктивної когнітивної та поведінкової роботи на наступних етапах програми.

4. Формування базових знань про стрес-менеджмент та психогігієну – учасники отримують інформацію про принципи ефективного управління стресом, важливість відпочинку, режиму дня, збалансованого харчування та підтримки соціальних зв'язків як елементів відновлення психоемоційного балансу.

Методи роботи в модулі:

- Групові зустрічі, що дозволяють обмінюватися досвідом та отримувати підтримку;
- Індивідуальні консультації для опрацювання специфічних запитів і особливостей травматичного досвіду;
- Демонстраційні вправи та практичні техніки для розвитку саморегуляції та усвідомлення емоцій;
- Використання інтерактивних методів, таких як обговорення кейсів, рольові ігри, вправи з самоаналізу.

Результат психоедукаційного модуля:

- Підвищення обізнаності клієнтів про власні психоемоційні стани та реакції на травму;

- Формування базових навичок саморегуляції та контролю над тривогою, панікою і стресом;
- Підготовка клієнтів до ефективної участі в когнітивно-поведінкових, емоційно-фокусованих та ресурсно-орієнтованих модулях програми;
- Створення безпечного психологічного середовища та посилення мотивації до активної роботи над власним відновленням.

Психоедукаційний модуль формує теоретичну та практичну основу, на якій будуються наступні етапи інтегративного супроводу, забезпечуючи ефективність когнітивно-поведінкових і емоційно-фокусованих втручань, а також розвиток ресурсів життєстійкості та самопідтримки.

### *1. Когнітивно-поведінковий модуль*

Мета модуля – формування адаптивних когнітивних схем і поведінкових стратегій, здатних знижувати психоемоційний стрес, підвищувати життєстійкість та сприяти конструктивному сприйняттю себе та навколишньої дійсності після травматичного досвіду. Цей модуль спрямований на системну роботу з когнітивними і поведінковими компонентами психічного стану, що зазнали порушень внаслідок травматичних подій, а також на розвиток здатності особистості ефективно реагувати на стресові ситуації у повсякденному житті.

Основні завдання модуля:

1. Ідентифікація негативних автоматичних думок – учасники навчаються усвідомлювати власні автоматичні когнітивні реакції, що виникають у відповідь на травматичні спогади чи стресові ситуації. Використовуються вправи на самопостереження, ведення щоденників думок та інтерпретацію власних когнітивних патернів за допомогою Psy 2.0, що дозволяє відстежити частоту та інтенсивність негативних думок, пов'язаних із пережитою травмою.

2. Робота з ірраціональними переконаннями – модуль включає техніки когнітивної реструктуризації, спрямовані на виявлення та корекцію помилкових переконань, які підтримують почуття безпорадності, страху або провини. Клієнти отримують навички рефреймінгу, тобто переосмислення ситуацій та подій у більш конструктивному та реалістичному ключі.

3. Формування конструктивних схем сприйняття себе та майбутнього – учасники поступово створюють нові адаптивні когнітивні структури, що підтримують позитивне самооцінювання, впевненість у власних можливостях та надію на майбутнє. Практикуються вправи на формування реалістичних життєвих очікувань, планування діяльності та моделювання успішного подолання стресових ситуацій.

4. Використання вправ із Psy 2.0 для самоспостереження та когнітивної реструктуризації – спеціальні інструменти Psy 2.0 дозволяють інтегрувати когнітивні техніки з самоспостереженням, відстеженням емоційної реактивності та розвитком метакогнітивних навичок. Клієнти навчаються усвідомлено корегувати свої реакції на тригери травматичних спогадів, що сприяє зменшенню психоемоційного напруження та підвищенню здатності до самоконтролю.

Методи роботи в модулі:

- Реконструкція негативних автоматичних думок – клієнт аналізує власні автоматичні оцінки подій, виявляє хибні когнітивні патерни та навчається замінювати їх конструктивними формулюваннями;
- Техніки когнітивної реструктуризації – вправи на зміну ірраціональних переконань, розвиток об'єктивного погляду на ситуації, формування позитивних альтернативних сценаріїв реагування;
- Робота зі «свідченнями» травми – безпечне усвідомлення та обговорення травматичних спогадів для зменшення їх емоційної інтенсивності;
- Формування конструктивних переконань та стресостійких моделей реагування – навчання клієнтів ефективним способам поведінки в стресових ситуаціях, що забезпечує зниження тривожності та підвищення адаптивності.

Завдяки цьому модулю учасники отримують комплексні когнітивні та поведінкові інструменти для саморегуляції, подолання травматичних реакцій та розвитку внутрішніх ресурсів, що є важливим компонентом інтегративного підходу та дозволяє суттєво підвищити ефективність усієї програми психологічного супроводу.

#### 4. Емоційно-образний модуль (EOT, МАК, EMDR)

Мета етапу – опрацювання травматичних спогадів та емоційних переживань, відновлення відчуття внутрішньої цілісності, контролю над психоемоційним станом і формування ресурсних образів для підтримки адаптивного функціонування. Цей модуль є ключовим етапом інтегративного супроводу, оскільки травматичні події часто супроводжуються глибокими емоційними переживаннями та дисоціацією, що потребує безпечної і поступової роботи з психоемоційним матеріалом.

Основні завдання модуля:

1. Опрацювання травматичних спогадів – використання методів безпечного дистанціювання та асоціативного опрацювання спогадів, що дозволяє зменшити емоційний заряд травми та поступово інтегрувати пережитий досвід у когнітивно-емоційну сферу. Клієнти вчаться відстежувати свої реакції, помічати симптоми тривоги та дистресу і застосовувати техніки саморегуляції під час роботи з травмою.

2. Робота з метафоричними образами (МАК) – формування ресурсних образів, які допомагають клієнтам відновити відчуття контролю, внутрішньої цілісності та самопідтримки. Через метафори, символи та художні вправи учасники отримують можливість виразити переживання, які важко вербалізувати, а також тренують навички позитивного переосмислення травматичного досвіду.

3. Застосування EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – методика дозволяє знизити інтенсивність емоційних реакцій на травматичні спогади, стимулює переробку та інтеграцію негативних асоціацій, сприяє зменшенню тривожності та дисоціативних симптомів. EMDR застосовується під контролем психолога, із врахуванням індивідуальних потреб і рівня стресостійкості клієнта.

4. Вправи на відновлення зв'язку з тілом та «заземлення» – включають фізичні та дихальні практики, спрямовані на відновлення відчуття безпеки та

присутності у теперішньому моменті. Це допомагає зменшити тривогу, усвідомити тілесні реакції та інтегрувати психоемоційні переживання.

Методи роботи в модулі:

- Індивідуальні сесії з використанням ЕОТ та МАК;
- Психотерапевтичні вправи EMDR для поступової десенсибілізації травматичних спогадів;
- Практики «заземлення» та тілесного усвідомлення, що включають дихальні та рухові техніки;
- Використання образів та метафор для підтримки внутрішнього ресурсу та зміцнення адаптивного сприйняття себе.

Результати емоційно-образного модуля:

- Зниження інтенсивності негативних емоційних реакцій на травматичні спогади;
- Поступове зменшення тривожності, дратівливості, відчуття безпорадності та психологічного дистресу;
- Відновлення відчуття внутрішньої цілісності та контролю над власним станом;
- Формування ресурсних образів і навичок самопідтримки, що сприяють підвищенню життєстійкості та адаптивного функціонування в повсякденному житті.

Робота у цьому модулі безпосередньо пов'язана з результатами попередньої діагностики (PSM-25, IES-R, Hardiness Scale, КОСБ-3), оскільки методики дозволяють визначити інтенсивність психоемоційного стресу, наявність посттравматичних симптомів та ресурсів клієнта. Психоедукаційна підготовка забезпечує безпечне введення клієнта в роботу з травматичними переживаннями, а використання ЕОТ, МАК та EMDR дає змогу на практичному рівні реалізувати індивідуальні та групові цілі психологічного супроводу.

##### *5. Ресурсно-орієнтований модуль*

Мета етапу – активізація та розвиток внутрішніх ресурсів особистості, формування стійких стратегій самопідтримки та життєстійкості, а також

створення індивідуального «ресурсного сценарію» відновлення після травматичного досвіду. Цей модуль спрямований на консолідацію позитивних змін, досягнутих у попередніх етапах програми, та на забезпечення здатності клієнта ефективно справлятися з майбутніми стресовими ситуаціями.

Основні завдання модуля:

1. Розвиток життєстійкості та самопідтримки – використання арт-технік, тілесно-орієнтованих вправ та метафорично-асоціативних методик (МАК) для підвищення усвідомленості власних ресурсів, відновлення енергетичного балансу та стабілізації психоемоційного стану. Практики включають вправи на формування позитивного емоційного фокусу, відновлення внутрішнього контролю та зміцнення психологічної стабільності.

2. Пошук внутрішніх ресурсів, джерел енергії та підтримки – робота спрямована на виявлення особистісних ресурсів, які допомагають долати стрес, знижувати тривогу та підтримувати емоційну рівновагу. Це можуть бути як внутрішні джерела (позитивні спогади, навички саморегуляції, життєві досягнення), так і зовнішні (підтримка близьких, соціальні контакти, професійні ресурси). Під час сесій клієнти отримують можливість систематизувати свої ресурси та усвідомити їхню практичну значимість.

3. Формування індивідуального «ресурсного сценарію» – створення персонального плану відновлення та підтримки психоемоційного стану, який базується на виявлених ресурсах і успішно опрацьованих стратегіях попередніх модулів. Цей сценарій включає конкретні дії та практики, які клієнт може використовувати після завершення програми для підтримки життєстійкості, саморегуляції та емоційного балансу.

Методи роботи в модулі:

- Арт-терапевтичні вправи для відображення ресурсних образів та позитивних асоціацій;
- Тілесно-орієнтовані практики для усвідомлення та відновлення психофізіологічної рівноваги;

- Метафорично-асоціативні техніки (МАК) для роботи з внутрішніми ресурсами та пошуку сенсу;
- Індивідуальні вправи на створення персонального «ресурсного сценарію» відновлення.

Результати ресурсно-орієнтованого модуля:

- Підвищення рівня життєстійкості та здатності до самопідтримки;
- Формування усвідомленого ставлення до власних ресурсів та навичок саморегуляції;
- Створення ефективних стратегій адаптації до стресу та травматичних переживань;
- Закріплення позитивних змін, досягнутих у попередніх когнітивно-поведінкових, психоедукаційних та емоційно-образних модулях.

Робота у ресурсно-орієнтованому модулі базується на результатах попередньої діагностики (PSM-25, IES-R, Hardiness Scale, КОСБ-3), що дозволяє індивідуально визначити рівень життєстійкості, ресурсів та вразливостей кожного клієнта. Дані модулі спрямовані на закріплення позитивної динаміки психоемоційного стану, зниження тривожності та підвищення здатності до конструктивного реагування на стресові ситуації.

#### *6. Заключний етап*

Мета: оцінити ефективність проведеної програми інтегративного психологічного супроводу, визначити динаміку змін психоемоційного стану та ресурсів особистості, а також надати рекомендації для подальшої самостійної роботи.

Завдання та зміст:

- Проведення повторної психологічної діагностики за тими самими методиками, що використовувалися на діагностичному етапі (PSM-25, IES-R, Hardiness Scale, КОСБ-3, PTGI), з метою оцінки змін у психоемоційному стані та особистісних ресурсах;

- Аналіз динаміки показників та виявлення якісних змін у самосприйнятті, життєстійкості, здатності до самопідтримки та конструктивного реагування на стресові ситуації;
- Надання індивідуальних рекомендацій для подальшої самостійної психологічної роботи, включаючи підтримку сформованих адаптивних стратегій, розвиток ресурсів життєстійкості, практику психоедукаційних та емоційно-образних технік у побуті;
- Визначення потреби у додаткових інтервенціях або супровідних програмах у разі виявлення залишкових високих показників стресу чи посттравматичних симптомів.

Методи: повторне анкетування та інтерв'ю, аналіз динаміки балів та відсотків за шкалами, обговорення індивідуальних результатів із клієнтом, розробка плану підтримки та саморегуляції.

Результати заключного етапу дозволяють порівняти початковий та кінцевий стан клієнтів, оцінити ефективність кожного модуля програми та коригувати індивідуальні рекомендації відповідно до специфічних потреб учасників.

Для оцінки результативності розробленої програми було проведено повторне діагностування учасників після завершення психологічного супроводу за тими самими методиками, що й на початковому етапі: IES-R, PSM-25, Hardiness Scale та КОСБ-3. Впроваджена програма інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом на базі Центру життєстійкості м. Волочиськ показала статистично достовірну ефективність. Узагальнений аналіз динаміки свідчить про комплексне покращення психоемоційного стану учасників після проходження програми. Відзначено зростання показників емоційної стабільності, впевненості у власних силах, покращення навичок саморегуляції, підвищенні життєстійкості, відновлення відчуття сенсу та контролю над життям.

Отже, результати підтверджують доцільність використання інтегративного підходу в роботі з особами, які мають травматичний досвід, як

оптимального методу відновлення емоційної рівноваги та підтримання психічного здоров'я.

### Висновки до розділу

Проведене дослідження підтвердило високий рівень психоемоційного стресу та посттравматичних проявів у осіб із травматичним досвідом на етапі первинного обстеження. Більшість учасників мали високі показники стресу (58,3%) та посттравматичного стресу (54,2%), що супроводжувалося емоційною напругою, когнітивним перевантаженням та фізіологічними симптомами.

Учасники після проходження програми інтегративного психологічного супроводу показали статистично значуще зниження психоемоційного стресу (з  $164,2 \pm 12,4$  до  $138,7 \pm 10,9$ ,  $p < 0,05$ ) та симптомів посттравматичного стресу (з  $58,6 \pm 14,1$  до  $42,1 \pm 12,3$ ,  $p < 0,05$ ). Значно зменшилася частка осіб із високим рівнем стресу та посттравматичного стресу, водночас збільшилася частка учасників із низьким та помірним рівнем, що свідчить про підвищення адаптивності та стабілізацію психоемоційного стану. Аналіз окремих компонентів посттравматичного стресу показав зниження нав'язливих думок, уникання та підвищеної збудливості, що відображає поліпшення когнітивної стабільності, адаптивності та фізіологічної регуляції.

Первинне обстеження за методикою «Шкала життєстійкості» показало, що більшість учасників (52,1%) мала середній рівень життєстійкості, що свідчить про частково сформовані адаптивні механізми та здатність до саморегуляції у стресових ситуаціях, проте певну вразливість до психоемоційного виснаження. Низький рівень життєстійкості відзначався у 31,2% респондентів, високий – у 16,7%. Після участі у програмі інтегративного супроводу спостерігалось значне підвищення показників усіх основних компонентів життєстійкості: «Залученість» зросла з  $22,4 \pm 3,9$  до  $26,7 \pm 3,5$  бала, «Контроль» – з  $20,8 \pm 4,1$  до  $25,1 \pm 3,7$  бала, «Сприйняття життєвих викликів як можливостей» – з  $19,6 \pm 4,5$  до  $24,3 \pm 4,0$  бала. Сумарний показник підвищився з  $62,8 \pm 9,5$  до  $76,1 \pm 8,7$  бала

( $p < 0,05$ ), що свідчить про статистично значуще зростання рівня життєстійкості після участі у програмі.

Первинне обстеження за методикою КОСБ-3 виявило, що більшість учасників (58,3%) мали середній рівень суб'єктивного благополуччя, 27,1% – низький, 14,6% – високий. Після реалізації програми інтегративного супроводу спостерігалось статистично значуще підвищення всіх складових суб'єктивного благополуччя: «Задоволеність власним життям» – з  $2,7 \pm 0,6$  до  $3,4 \pm 0,5$ , «Невдоволеність собою та розчарування» – з  $3,2 \pm 0,7$  до  $2,4 \pm 0,5$ , «Задоволеність відносинами з іншими» – з  $3,0 \pm 0,6$  до  $3,6 \pm 0,5$  бала. Сумарний показник підвищився з  $58,3 \pm 10,2$  до  $71,4 \pm 9,6$  бала ( $p < 0,05$ ). Частка учасників із високим рівнем благополуччя зросла з 14,6% до 41,7%, а з низьким – знизилася з 27,1% до 10,4%.

Розроблено та обґрунтовано програму інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом, спрямовану на зниження травматичних переживань, розвиток життєстійкості, самоприйняття та когнітивно-емоційного балансу. Створено попередню психологічну анкету та протокол скринінгу для раннього виявлення клієнтів із наслідками емоційної травми, що включає стандартизовані психодіагностичні інструменти для оцінки рівня стресу, посттравматичних проявів та ресурсного потенціалу особистості. Ефективність програми підтверджена статистично: після її проходження учасники демонстрували значне підвищення життєстійкості та суб'єктивного благополуччя, що свідчить про високу ефективність інтегративного підходу у психологічній роботі з особами, які пережили травматичні події.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило ефективність інтегративного психологічного супроводу у підвищенні життєстійкості, розвитку когнітивних та емоційних ресурсів, формуванні адаптивних стратегій та підвищенні загального рівня суб'єктивного благополуччя осіб із травматичним досвідом.

## ВИСНОВКИ

Аналіз сучасних наукових джерел та практичних підходів свідчить, що робота з травматичним досвідом не може обмежуватися застосуванням однієї методики або окремого психотерапевтичного напрямку. Травма охоплює емоційні, когнітивні, тілесні та соціальні аспекти психіки, тому ефективна допомога потребує інтегративного підходу, який поєднує різні методи та технології. Такий системний підхід дозволяє одночасно зменшувати негативні симптоми (тривогу, флешбеки, уникання), активувати внутрішні ресурси клієнта та сприяти його соціальній інтеграції. Дослідження сучасних практик, у тому числі українських, показують, що комплексна робота підвищує ефективність супроводу та прискорює адаптацію клієнта.

Робота з травмою потребує високого рівня професійної етики та створення безпечного психотерапевтичного середовища. Забезпечення конфіденційності, інформованої згоди, чіткого дотримання меж психолога та поваги до автономії клієнта є ключовими чинниками запобігання вторинній травматизації. Дотримання цих принципів дозволяє клієнту відчувати контроль, безпеку та довіру, створюючи фундамент для ефективного інтегрування травматичного досвіду. У протилежному випадку будь-які терапевтичні втручання можуть посилювати страх, тривогу та відчуття безпорадності.

Особливу увагу приділено механізмам стабілізації, які допомагають клієнту відновити контроль над психічними реакціями, знизити рівень тривоги та активувати внутрішні ресурси. Використання релаксаційних, когнітивних та тілесних методик, а також психоедукації щодо природи травми сприяє підвищенню життєстійкості, самоприйняття та впевненості у власних силах. Інтеграція соціальної підтримки у процес стабілізації дозволяє клієнту відчути емпатію, прийняття та безпеку, що підсилює ефект психоемоційної регуляції.

Інтегративний супровід дозволяє клієнту не лише зменшити негативні прояви травми, але й переосмислити власний досвід, відкрити нові цінності та внутрішні ресурси, що створює основу для особистісного розвитку та

самореалізації. Використання наративних підходів, творчих методик (арт-терапія, символдрама) та орієнтація на цінності й життєві цілі сприяє позитивній трансформації травматичного досвіду.

Таким чином, ефективна робота з травмою потребує комплексного поєднання етичних, стабілізаційних, ресурсних та превентивних механізмів, які забезпечують безпеку клієнта, підвищують адаптивність і життєстійкість та сприяють посттравматичному зростанню. Розуміння цих принципів дозволяє створювати науково обґрунтовані практичні програми, орієнтовані на реальні потреби клієнтів із травмою.

Проведене емпіричне дослідження дозволило оцінити рівень психоемоційного стресу та суб'єктивного благополуччя осіб із травматичним досвідом, а також ефективність інтегративного психологічного супроводу. На первинному етапі за методикою PSM-25 більшість учасників (58,3%) демонструвала високий рівень стресу, що проявлявся емоційним виснаженням, тривожністю, дратівливістю, порушенням сну та соматичними симптомами. Помірний рівень спостерігався у 31,3%, низький – у 10,4%. Після участі у програмі середній показник знизився з  $164,2 \pm 12,4$  до  $138,7 \pm 10,9$  бала, а частка осіб із високим рівнем стресу – до 22,9%, що свідчить про значне полегшення психоемоційного стану.

Аналіз за шкалою IES-R показав високий рівень посттравматичного стресу на початковому етапі (середній показник  $58,6 \pm 14,1$  бала; високий рівень – у 54,2% учасників). Після програми сумарний показник знизився до  $42,1 \pm 12,3$  бала, зменшилася частка респондентів із високим рівнем стресу (20,8%), а середній і низький рівні збільшилися, що відображає покращення когнітивної та емоційної стабільності.

За шкалою життєстійкості більшість учасників мала середній рівень (52,1%), низький – 31,2%, високий – 16,7%. Після інтервенції показники зросли: сумарний бал – з  $62,8 \pm 9,5$  до  $76,1 \pm 8,7$ , високий рівень досягли 43,8% респондентів. Спостерігалось підвищення залученості, контролю та готовності сприймати життєві виклики як можливості для розвитку.

За методикою КОСБ-3 первинно більшість учасників демонструвала середній рівень суб'єктивного благополуччя (58,3%), низький – 27,1%, високий – 14,6%. Після програми сумарний показник підвищився до  $71,4 \pm 9,6$  бала, частка осіб із високим рівнем – до 41,7%, низьким – знизилася до 10,4%. Відзначалося покращення задоволеності життям, зменшення негативного самооцінного сприйняття та підвищення якості соціальних взаємодій.

Розроблено та теоретично обґрунтовано програму інтегративного психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом, спрямовану на зниження інтенсивності травматичних переживань, розвиток життєстійкості, самоприйняття та відновлення когнітивно-емоційного балансу. У межах дослідження створено попередню психологічну анкету та протокол скринінгу для раннього виявлення клієнтів із наслідками емоційної травми, що включають стандартизовані психодіагностичні інструменти для оцінки рівня стресу, посттравматичних проявів і ресурсного потенціалу особистості.

Ефективність запропонованої програми підтверджено статистично: після її проходження учасники продемонстрували достовірне підвищення показників життєстійкості та суб'єктивного благополуччя, що свідчить про результативність інтегративного підходу у психологічній допомозі особам, які пережили травматичні події, та його значний потенціал у відновленні психоемоційної рівноваги й зміцненні особистісних ресурсів.

Таким чином, мета нашого дослідження досягнута, а гіпотеза підтвердилася.

Подальші дослідження можуть зосередитися на довгостроковій оцінці ефективності інтегративного супроводу, вивченні механізмів впливу різних методик на психоемоційне відновлення та розширенні доступності програм для різних груп осіб із травматичним досвідом.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Балабанова Л.М., Перелигіна Л.А. Технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, яка переживає наслідки травматичних подій. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія. Харків: ФОП Панов Л.М. 2022. с.110-126.
2. Варивода К. Впровадження майндфулнес-практик в школах: аналіз здоров'язберезувального потенціалу. «Scientia et Societas». 2022. №1. С. 114–121.
3. Васьківська С., Гірник А. Інтегративний підхід до проблем психологічної реабілітації воїнів в Україні. Проблеми політичної психології. 2025. 16 (30). С. 84–98.
4. Ващенко І. В. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. Збірник наукових праць. «Проблеми сучасної психології». 2018. №40. С. 33–49.
5. Ващук Н. Ігумнова О. Психотехнології інтегративного підходу у психологічному супроводі осіб із травматичним досвідом. Науковий журнал «Психологічні перспективи». №11. 2025. С. 1251-1263.
6. Ващук Н., Ігумнова О. Роль когнітивно-поведінкових і релаксаційних технік в інтегративному психотерапевтичному супроводі осіб із травматичним досвідом. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми науки, освіти і технологій в умовах сучасних викликів» (м. Бостон, США, 20 листопада, 2025 р.). С. 90-95.
7. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Галицька видавнича спілка. 2021. 416 с.
8. Вестбрук Д., Рауф. Х. Подолати панічний розлад. Львів: Свічадо, 2014. 74 с.

9. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід / Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Психологічна наука та практика. 2022, 5(2). С. 45-60.

10. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.

11. Грандт В. В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник Запоріжжя: ЗНУ. 2024. 256 с.

12. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Бойко О. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб. за ред. Н. Гусака. Київ : НаУКМА, 2017. 92 с

13. Дем'яненко Б. Т. Основні принципи та техніки екзистенційно-когнітивно-аналітичної психотерапії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. 2024. № 39. С. 141-151.

14. Єрмакова І. Г. Психотерапевтична підтримка і розвиток стресостійкості в умовах кризових ситуацій. Теорія та практика сучасної психології. 2022, №6. с. 52-59.

15. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К. : Педагогічна думка. 2016. 219 с.

16. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. Т. 1. № 16. 2016. 77–81 с.

17. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. Дрогобич : Посвіта, 2015. с. 116.

18. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П. (ред.). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 312 с.

19. Кісарчук З.Г. Психологічне консультування і психотерапія: актуальні проблеми на сучасному етапі. Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія. Київ. 2010. С. 7-1.
20. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
21. Корнієнко І. О. Психологія опанувальної поведінки особистості: монографія. Мукачево : РВУ МДУ, 2017. 465 с.
22. Кудінова М.С. Порівняльний аналіз понять «стресостійкість» та «емоційна стійкість». Теорія і практика сучасної психології. 2016. №1. С.22–28.
23. Лазарус Р. Теорія стресу та психофізіологічні дослідження. Емоційний стрес. К. 2017. С. 178-209.
24. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія. 2018. №14. С. 26–64.
25. Лазос Г. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. Організаційна психологія. Економічна психологія. №2-3(17). 2019. С. 77-89.
26. Левенець О. А. Інтегративний підхід під час надання психологічної допомоги. Психологічне забезпечення правоохоронної діяльності. Київ: Національна академія внутрішніх справ. 2015. 17(2). С.45-58.
27. Лукомська С. The Stress-Related and Trauma-Related Disorders: An Integrative Approach. Актуальні проблеми психології, 1(14), 2018. Р. 187-198.
28. Малогулко Л. Основи реабілітаційної психології: організація психологічної допомоги різним верствам населення з метою подолання наслідків психотравми: посібник. Київ: OSCE, 2019. 210 с.
29. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

30. Міщук С. Відчуженість як центральний феномен психотравмівного процесу. Психологічний часопис, 2019.5(12). С. 137-151.
31. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.
32. Напреєнко О. К., Петров К. О. Психічна саморегуляція. К. : Здоров'я, 2018. 238 с.
33. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
34. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. ред. Пророк. Київ: Центр учбової літератури. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
35. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. № 14. 243–253 с.
36. Панок В., Чапак О., Андрєєва С. Основи психологічної допомоги: теорія та практика: навчальний посібник. Чернівці: ЧНУ, 2019. 312 с.
37. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навчальний посібник / С. Кузікова, В. Зливков, С. Лукомська, Т. Щербак, О. Котух. Київ ; Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. 260 с.
38. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб / Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О. 2017. 216 с.
39. Резнікова О.А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ. 2016. 135 с.
40. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді: Науково-методичний посібник. К. : Міленіум, 2006. 204 с.
41. Титаренко Т. Реабілітаційні технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах тривалої травматизації. Теорія і практика

психологічної допомоги та реабілітації : підручник. К. : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2019. 190–215 с.

42. Титаренко Т.М., Дворник М.С., Климчук В.О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник. Кропивницький: Імекс-ЛТД. 2019. 220 с.

43. Яцюк М. Психологія саморегуляції особистості. Психологічний практикум. КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти». Вінниця.2023. 81 с.

44. Barker P. Tackling Trauma – Ukrainian Edition: Global, Biblical, and Pastoral Perspectives. Langham Global Library, 2023. 384 pp.

45. Beck A. T. Cognitive Therapy of Trauma and PTSD (2nd ed.). New York: Guilford Press. 2019. P. 80.

46. Bhatti-Ali R. Integrating Acceptance and Commitment Therapy with Islamic Psychotherapy for Managing Chronic Pain. Routledge, 2025. 176 pp.

47. Briere J. Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment, 2nd Edition. SAGE Publications, 2014. 432 pp.

48. Briere J., Lanktree C. Treating Complex Trauma in Adolescents and Young Adults. SAGE Publications, 2011. 264 pp.

49. Brown G. P. Advanced Integrative Therapy: Origins, Research, Theory, and Practice. University Press, 2023. 248 pp.

50. Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C. Complex Trauma in Children and Adolescents. Guilford Press, 2017. 368 pp.

51. Courtois C., Ford J. Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): An Evidence-Based Guide. Guilford Press, 2013. 408 pp.

52. Foa E., McLean C. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. Oxford University Press, 2016. 384 pp.

53. Fogel A. Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. Norton & Company, 2019. 336 pp.

54. Ford J., Courtois C. Treating Complex PTSD: A Trauma-Informed Integrative Approach. Guilford Press, 2020. 392 pp.

55. Grove D., Greene G., Lee M. Family Therapy for Treating Trauma: An Integrative Family and Systems Treatment (I-FAST) Approach. Oxford University Press, 2020. 248 pp.
56. Hartley L. Somatic Psychology: Body, Mind and Meaning. Palgrave Macmillan, 2014. 288 pp.
57. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books, 2015. 416 pp.
58. Kellett S. Integrative Approaches to Psychotherapy for Trauma Survivors. Springer, 2022. 312 pp.
59. Krupelnyska L., Yatsenko N., Keller V. Morozova-Larina O. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R): Validation of the Ukrainian version. Comprehensive Psychiatry, 2024. 72. P. 15- 23.
60. Levine P. Waking the Tiger: Healing Trauma. North Atlantic Books, 1997. 274 pp.
61. Ogden P. Trauma and the Body: Sensorimotor Approach to Psychotherapy. W.W. Norton & Company, 2015. 304 pp.
62. Paivio S., Angus L. Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma: An Integrative Approach. American Psychological Association, 2011. 320 pp.
63. Pizer I. An Integrative Approach to Healing Complex and Transgenerational Trauma: Psychotherapy and the Soul. Routledge, 2025. 164 pp.
64. Porges S. The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe. W.W. Norton & Company, 2017. 168 pp.
65. Rybinska Y., Antonivska M., Serbova O., Mykolaenko M., Frolova O., Kolpakchy O. War Psychological Skills for Coping with Traumatic Events: Helping Ukraine. Lumen Publishing, 2023. 192 pp.
66. Saeger S. The Internal Family Systems Workbook for CPTSD: An Integrative, Parts-Work Approach to Healing Complex Post-Traumatic Stress Disorder. New Harbinger Publications, 2024. 176 pp.
67. Schwartz A. EMDR Therapy and Somatic Psychology: Interventions to Enhance Embodiment in Trauma Treatment. W.W. Norton & Company, 2018. 272 pp.

68. Serlin I. *Integrated Care for the Traumatized: A Whole-Person Approach*. Rowman & Littlefield Publishers, 1st ed., 2019. 232 pp.
69. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy, Third Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guilford Press, 2018. 496 pp.
70. Siegel D. *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press, 1999. 432 pp.
71. Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. No. 1. Vol. 15. P. 1–18.
72. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking Press, 2014. 464 pp.
73. Wesselmann D. *EMDR and Family Therapy: Integrative Treatment for Attachment Trauma in Children*. W.W. Norton & Company, 2025. 336 pp.
74. Yadav G., et al. Trauma-Informed Therapy. In: StatPearls. NCBI Bookshelf, 2024. 56 pp.