

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський) рівень вищої освіти

Рівень вищої освіти

Психологічні прояви посттравматичного стресового розладу
при різних акцентуаціях характеру

назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

241048

номер ІНП

Виконала: здобувачка II курсу, групи ППмз-24-2



Підпис

Олександра СТВЕНС

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

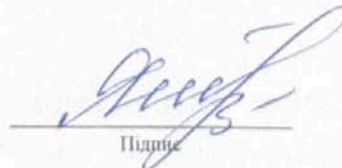
Науковий ступінь, вчене звання



Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор



Підпис

Таїсія КОМАР

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

10 12 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

протокол № 5 від 12 грудня 2024 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
Олександра СТІВЕНС

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні прояви посттравматичного стресового розладу при різних акцентуаціях характеру»

Керівник кваліфікаційної роботи: Гаврилькевич В'ячеслав Костянтинович, доцент кафедри психології та педагогіки

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: PCL-M, Місісіпська шкала ПТСР, SCL-90-R, Тест на акцентуації характеру за Х. Шмішеком; анкетування на тему: «Психологічні прояви посттравматичного стресового розладу при різних акцентуаціях характеру»

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ; розділ 1 Психологічна характеристика посттравматичного стресового розладу; клініко-психологічні прояви ПТСР; фактори розвитку та перебігу ПТСР; акцентуації характеру: типологія та психологічні особливості; класифікації акцентуацій характеру (К. Леонгард, А. Личко); роль акцентуацій у поведінці та адаптації особистості; особистісні чинники психологічних проявів ПТСР; взаємозв'язок акцентуацій характеру та реакцій на травму; чинники ризику та резилієнтності при ПТСР; висновки до розділу; розділ 2 Емпіричне дослідження особливостей проявів посттравматичного стресового розладу при різних акцентуаціях характеру; організація та методи дослідження; етапи дослідження; характеристика вибірки та психодіагностичний інструментарій; методи статистичної обробки даних; аналіз та інтерпретація результатів дослідження; особливості проявів ПТСР у досліджуваній вибірці; взаємозв'язок

типів акцентуацій характеру та психологічних проявів ПТСР; висновки до розділу; практичні рекомендації щодо психологічної роботи з особами з ПТСР; висновки; перелік джерел посилання.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 1 рисунок, 8 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</u> жовтня 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>24</u> грудня 2025 р.	виконано

Здобувач  Олександра СТІВЕНС
Ім'я, прізвище

Керівник роботи  В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ
Ім'я, прізвище

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні прояви посттравматичного стресового розладу при різних акцентуаціях характеру»

Здобувач Олександра СТІВЕНС

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 74 сторінки, 8 таблиць, 1 рисунок, перелік джерел посилання складає 60 найменувань.

Ключові слова: психічна травма, посттравматичний стресовий розлад, прояви посттравматичного стресового розладу, акцентуації характеру, психологічна допомога.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад як психічний феномен.

Предмет дослідження: особливості психологічних проявів посттравматичного стресового розладу у осіб із різними акцентуаціями характеру

За результатами дослідження розроблено: практичні рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом із урахуванням акцентуацій характеру.

Одержані результати можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами та фахівцями центрів психологічної реабілітації для: диференційованої діагностики проявів ПТСР з урахуванням характерологічних особливостей; розроблення індивідуалізованих програм психологічної допомоги та психокорекції посттравматичних стресових станів; планування тренінгових та психоедукаційних програм для військовослужбовців, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб і цивільних, які пережили травматичні події; підвищення ефективності психопрофілактичної роботи та попередження хроніфікації посттравматичних станів.

Дипломник _____

Підпис

Олександра СТІВЕНС

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 1 грудня 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА	
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	12
1.1 Клініко-психологічні прояви посттравматичного стресового розладу.....	12
1.2 Фактори розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу.....	15
1.3 Акцентуації характеру: типологія та психологічні особливості...	17
1.4 Класифікації акцентуацій характеру (К. Леонгард, А. Личко).....	19
1.5 Роль акцентуацій у поведінці та адаптації особистості.....	22
1.6 Особистісні чинники психологічних проявів посттравматичного стресового розладу.....	25
1.7 Взаємозв'язок акцентуацій характеру та реакцій на травму.....	27
1.8 Чинники ризику та резилієнтності при посттравматичному стресовому розладі.....	29
1.9 Висновки до розділу.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ	
ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПРИ	
РІЗНИХ АКЦЕНТУАЦІЯХ ХАРАКТЕРУ.....	35
2.1 Етапи дослідження.....	35
2.2 Характеристика вибірки та психодіагностичний інструментарій.	36
2.3 Методи статистичної обробки даних.....	37
2.4 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	37
2.5 Особливості проявів посттравматичного стресового розладу у досліджуваній вибірці.....	42
2.6 Взаємозв'язок типів акцентуацій характеру та психологічних проявів посттравматичного стресового розладу.....	45

2.7 Практичні рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом із урахуванням акцентуацій характеру.....	56
2.8 Висновки до розділу.....	58
ВИСНОВКИ.....	66
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	71

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні умови життя в Україні позначені тривалими воєнними діями, масовим досвідом втрат, вимушеного переселення, небезпеки для життя та здоров'я. Це зумовлює різке зростання кількості осіб, які мають прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або субклінічних посттравматичних стресових реакцій. Психотравматичний досвід стає не поодиноким випадком, а фоном повсякденного життя як військовослужбовців, так і цивільного населення.

У таких умовах особливої значущості набуває вивчення не лише загальних механізмів формування ПТСР, але й індивідуально-психологічних чинників, які підвищують або знижують вразливість до травми, впливають на структуру та інтенсивність посттравматичних проявів. До таких чинників належать акцентуації характеру – надмірно виражені індивідуальні риси, що, за К. Леонгардом та А. Лічком, визначають типові способи емоційного реагування, переживання стресу, вибір копінг-стратегій.

Питання посттравматичного стресу, ПТСР та посттравматичного зростання відображені в роботах В. van der Kolk, М. Horowitz, R. Yehuda, С. Brewin, R. Tedeschi, L. Calhoun, J. Herman, A. Ehlers, R. Lazarus та ін. Серед українських дослідників проблематика психотравми й ПТСР представлена працями Кісарчук [11], Титаренко [24–26], Овчаренко [22], Герасименко та ін. [6], Кокун та ін. [12–15], Єна та ін. [7], Мішиєв та ін. науковців [6; 22], які аналізують клініко-психологічні прояви ПТСР, механізми розвитку посттравматичних станів, особливості реабілітації військовослужбовців і цивільних.

Проблему акцентуацій характеру, їхнього зв'язку з поведінкою та стресовими реакціями ґрунтовно розробляли К. Leonhard, А. Lychko, які розглядають акцентуації як чинники емоційного реагування, професійної адаптації, стресостійкості. У низці праць зазначено, що певні типи

акцентуацій (тривожний, сенситивний, дистимічний, застрягаючий) можуть підвищувати ризик формування дезадаптивних посттравматичних реакцій, тоді як гіпертимний, демонстративний та екзальтований типи пов'язані з активнішими копінг-стратегіями та тенденцією до посттравматичного зростання.

Попри наявність значної кількості досліджень, саме психологічні прояви посттравматичних стресових явищ в осіб з різними типами акцентуацій характеру в українському контексті вивчені недостатньо. Недостатньо описано, як змінюються інтенсивність симптомів ПТСР, структура загального психологічного дистресу, емоційні, когнітивні та поведінкові прояви залежно від провідних акцентуацій характеру. В умовах війни та масового травматичного досвіду така інформація є принципово важливою для розроблення диференційованих програм психологічної допомоги.

Наявність зазначених теоретичних і практичних прогалин зумовила вибір теми магістерського дослідження: «Психологічні прояви посттравматичних стресових явищ в осіб з різними типами акцентуацій характеру».

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад як психічний феномен.

Предмет дослідження – особливості психологічних проявів посттравматичного стресового розладу у осіб із різними акцентуаціями характеру.

Мета дослідження полягає у виявленні особливостей психологічних проявів посттравматичного стресового розладу залежно від типів акцентуацій характеру.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

- 1) здійснити теоретичний аналіз посттравматичного стресового розладу як психологічного феномену;
- 2) теоретично дослідити зв'язок між психологічними проявами посттравматичного стресового розладу і акцентуаціями характеру;
- 3) емпірично дослідити взаємозв'язок між психологічними проявами посттравматичного стресового розладу та акцентуаціями характеру;
- 4) розробити практичні рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом із урахуванням акцентуацій характеру.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань були використані такі методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація вітчизняних і зарубіжних наукових джерел з проблеми психотравми, ПТСР, посттравматичного зростання та акцентуацій характеру; структурно-функціональний та порівняльний аналіз теоретичних моделей посттравматичних стресових явищ;
- емпіричні психодіагностичні методи:
- опитувальник посттравматичного стресу PCL-M (PTSD Checklist – Military Version) для кількісної оцінки рівня та тяжкості симптомів ПТСР;
- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) для поглибленої діагностики посттравматичних проявів;
- опитувальник симптоматичного дистресу SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) для визначення інтегрального показника загального психологічного дистресу (GSI) та профілю симптомів за основними клінічними шкалами;
- опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгарда–Х. Шмішека для виявлення провідних типів акцентуацій характеру в досліджуваних;

- соціально-демографічна анкета для збору базових відомостей про учасників дослідження;
- методи математико-статистичної обробки: описова статистика (обчислення середніх значень, стандартних відхилень, відсоткових співвідношень, ранжування показників), кореляційний аналіз (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена) для виявлення зв'язків між показниками ПТСР, загального психологічного дистресу та акцентуацій характеру; порівняльний аналіз показників у групах з різними провідними акцентуаціями (непараметричні критерії) та графічна інтерпретація отриманих результатів.

Гіпотеза дослідження: між рівнем і структурою посттравматичних стресових явищ та типами акцентуацій характеру існує взаємозв'язок: у осіб з тривожною, сенситивною, дистимічною, застрягаючою акцентуаціями характеру спостерігається вищий рівень посттравматичного стресового розладу і загального психологічного дистресу, більш виражені емоційні та соматоформні симптоми; у осіб з гіпертимним, демонстративним та екзальтованим типами акцентуацій характеру частіше виявляються відносно нижчий рівень посттравматичного стресу, інші профілі симптомів та більший потенціал до посттравматичного зростання.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами та фахівцями центрів психологічної реабілітації для: диференційованої діагностики проявів ПТСР з урахуванням характерологічних особливостей; розроблення індивідуалізованих програм психологічної допомоги та психокорекції посттравматичних стресових станів; планування тренінгових та психоедукаційних програм для військовослужбовців, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб і цивільних, які пережили травматичні події; підвищення ефективності

психопрофілактичної роботи та попередження хроніфікації посттравматичних станів.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження було проведено серед дорослих осіб, які мають досвід переживання воєнних та інших психотравмувальних подій (учасники бойових дій та цивільні особи), на базі закладів, що надають психологічну допомогу в м. Хмельницькому. Загальна кількість респондентів становила 15 осіб.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати магістерського дослідження були представлені на кафедральних наукових семінарах кафедри психології та педагогіки Хмельницького національного університету, на XV Всеукраїнській науково-практичній «Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору» конференції (м. Хмельницький, 27 листопада 2025 р.), а також відображені у тезах «Психологічні особливості посттравматичного зростання» [19], опублікованих у збірнику зазначеної вище конференції, та статті «Особливості посттравматичного зростання осіб із різними акцентуаціями характеру» [20].

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків до кожного розділу, загальних висновків, переліку джерел посилання та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 74 сторінки, основна частина становить 66 сторінок. Перелік джерел посилання налічує 60 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1 Клініко-психологічні прояви посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним феноменом, що виникає внаслідок переживання події, яка виходить за межі звичного людського досвіду та супроводжується реальною чи уявною загрозою життю, здоров'ю або цілісності особистості [6; 22; 28]. Становлення поняття ПТСР у науковій психології має довгу історію. Ще у працях психоаналітиків початку ХХ століття описувалися «бойові неврози» та «травматичні істерії», що спостерігалися в учасників воєнних дій [38; 40]. У 1980 році офіційне визначення посттравматичного стресового розладу було введено до третьої редакції Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), а сучасне трактування подане в DSM-5-TR (2022), де ПТСР розглядається як стійкий патологічний стан, що розвивається після травматичного стресора та супроводжується інтрузіями, униканням, негативними змінами в пізнавальній та емоційній сфері, а також гіперактивацією [12; 28].

На думку Бессела ван дер Колка, травматичний досвід залишає «відбиток у тілі та мозку», змінюючи роботу нервової системи, пам'яті й емоційної регуляції. Порушується здатність інтегрувати травматичні спогади у життєвий досвід, тому травма продовжує відтворюватися у вигляді флешбеків, сновидінь і нав'язливих образів. Такі реакції призводять до постійного напруження, гіпервідчутливості та втрати відчуття безпеки [30; 55; 56].

З клініко-психологічного погляду ПТСР охоплює сукупність емоційних, когнітивних, поведінкових і соматичних проявів, які взаємодіють між собою та визначають загальну динаміку розладу [6; 22; 28].

Щодо емоційних проявів, вони є найпомітнішими та найболючішими для людини. Характерними є підвищена тривожність, емоційна лабільність, раптові спалахи страху чи гніву, почуття провини або сорому за пережите. Часто формується феномен «емоційного заціпеніння», коли людина уникає будь-яких переживань, пов'язаних із травмою. Порушення афективної регуляції проявляється у надмірній реактивності або, навпаки, у притлумленні емоцій, що ускладнює міжособистісні стосунки та самоідентифікацію [9; 22; 28].

У когнітивній сфері спостерігаються порушення уваги, пам'яті, здатності до концентрації. Особливе місце займають нав'язливі спогади (інтрузії) – мимовільне, яскраве та емоційно насичене відтворення травматичної події. Когнітивна система зазнає дезорганізації: з'являються ірраціональні переконання («я більше ніколи не буду у безпеці», «я мав це передбачити»), знижується рівень довіри до світу, формується відчуття безпорадності [28; 30; 36]. За К.Брюїном, це зумовлено порушенням інтеграції пам'яттєвих слідів між декларативною та сенсоріальною системами, що робить травматичні образи неконтрольованими [30].

Поведінкові прояви ПТСР включають уникання будь-яких стимулів, які нагадують про подію (місце, людей, звуків, новин тощо), ізоляцію, підвищену пильність, роздратованість, труднощі у спілкуванні [22; 28; 36]. Часто відзначаються порушення сну, нічні жахи, соматичні реакції (тахікардія, пітливість, тремтіння). У деяких випадках виникає прагнення до самостійного зменшення напруження через вживання алкоголю чи психоактивних речовин, що ускладнює перебіг розладу.

Фізіологічна складова ПТСР полягає в хронічній гіперактивації симпатичної нервової системи: підвищеному рівні кортизолу, розладах сну,

виснаженні. За тривалого перебігу формуються психосоматичні порушення, що зумовлює замкнене коло між тілесними та психічними симптомами [8; 47].

Дослідники (R. Horowitz, 1986; B. van der Kolk, 2014) виділяють кілька стадій розвитку ПТСР. За моделлю Горовіца, процес переживання травми проходить через п'ять фаз: шок, заперечення, усвідомлення травми, інтеграція досвіду та адаптація [42]. На першому етапі домінує емоційне заціпеніння, потім з'являються нав'язливі спогади, які чергуються з періодами уникання. З часом, за сприятливих умов, відбувається поступове прийняття події та формування нових смислів. Проте у значної частини людей цей процес «застрягає» на середніх стадіях, що призводить до хронічного перебігу ПТСР. Ван дер Колк підкреслює, що ключем до одужання є відновлення відчуття контролю та безпеки через тілесно-орієнтовані, когнітивно-поведінкові або імагінативні методи [11; 34; 35; 55].

Сучасні підходи (когнітивно-поведінковий, психодинамічний, гуманістичний, нейробіологічний) розглядають ПТСР як стан, у якому тісно переплетені свідомі й несвідомі процеси. Психодинамічний напрям акцентує увагу на витісненні травматичних спогадів та активації захисних механізмів – заперечення, проєкції, ізоляції афекту. Когнітивно-поведінковий підхід пояснює ПТСР як наслідок формування дезадаптивних переконань і зв'язків між умовними сигналами та спогадами про травму [10, с. 56]. Гуманістична психологія розглядає травму як кризу смислів, а процес одужання – як переосмислення досвіду й відновлення життєвих цінностей [24; 25; 43; 54].

Загалом клініко-психологічні прояви ПТСР можна розглядати як своєрідну систему, у якій кожен компонент – емоційний, когнітивний, поведінковий і фізіологічний – взаємопов'язаний і підтримує інші. Порушення балансу хоча б в одній із цих сфер призводить до загальної дезорганізації психічної діяльності. Саме тому вивчення індивідуально-психологічних особливостей, таких як акцентуації характеру, набуває

особливої ваги, адже саме вони визначають, наскільки сильно травма впливатиме на особистість і яким буде шлях до відновлення [6; 22; 28; 30; 36; 42; 47; 55; 56; 57].

1.2 Фактори розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поліфакторним явищем, розвиток якого залежить не лише від самої травматичної події, а й від індивідуально-психологічних, біологічних і соціальних чинників, які визначають характер реагування людини на травму. Дослідження останніх десятиліть показують, що травматичний досвід не обов'язково призводить до формування ПТСР – більшість людей після стресу поступово відновлюються, тоді як у частини розвивається стійкий патологічний стан [29; 31].

Ситуаційні (зовнішні) фактори. До них належить тип і сила травматичної події, ступінь загрози життю, повторюваність, тривалість, раптовість та неконтрольованість ситуації. Психотравми, пов'язані з насиллям, війною, терористичними актами, полоном, катастрофами або смертю близьких, викликають найтяжчі наслідки [5]. Важливим чинником є також контекст переживання травми: наявність соціальної підтримки, визнання події іншими, доступ до допомоги. Відсутність підтримки після травми часто стає каталізатором розвитку хронічного ПТСР [33; 49; 52].

Особистісні фактори. Значну роль відіграють особливості темпераменту, рівень емоційної чутливості, самооцінка, тип реагування на труднощі та домінантні копінг-стратегії. Схильність до тривожності, емоційна нестійкість, підвищена відповідальність і схильність до самозвинувачення підвищують ризик розвитку ПТСР. Водночас екстраверсія, оптимізм, адекватна самооцінка й гнучкість мислення виступають протективними чинниками. [13; 26; 46; 48].

У межах психодинамічного підходу особистісні фактори описуються через механізми психологічного захисту. Особи, які схильні до заперечення, проєкції, ізоляції афекту, дисоціації, часто демонструють затримку емоційної обробки травми [19; 21]. Натомість зрілі захисти (гумор, сублімація, прийняття) сприяють адаптації.

Когнітивні чинники. Згідно з когнітивною моделлю А. Елерс і Д. Кларка [55; 56], вирішальну роль у розвитку ПТСР відіграє інтерпретація події та реакцій на неї. Якщо травма сприймається як неконтрольована, беззмістовна, така, що руйнує базові переконання («світ безпечний», «люди добрі»), формується стійке почуття безпорадності. Викривлені схеми мислення – катастрофізація, узагальнення, переконання у власній провині – підтримують симптоми ПТСР [28; 30; 36;].

Біологічні фактори. Тривала дія стресу спричиняє зміни в роботі нервової системи, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. За даними Р. Йегуди, у людей із ПТСР виявляється знижений рівень кортизолу та підвищена чутливість рецепторів до нього, що призводить до гіперактивації симпатичної нервової системи [51; 57; 56]. Це зумовлює фізіологічні прояви – тремтіння, тахікардію, безсоння, гіперпильність.

Соціально-психологічні фактори. Рівень соціальної підтримки є одним із найважливіших чинників, що впливають на перебіг ПТСР. За результатами досліджень К. Фіглі, підтримка родини, друзів, спільнот та професіоналів знижує інтенсивність симптомів і прискорює відновлення [37; 38]. Навпаки, соціальна ізоляція, осуд чи знецінення досвіду травми призводять до посилення уникання, депресії, почуття відчуженості.

Посттравматичний розвиток і резилієнтність. Важливою протиположною травматичному впливу є феномен резилієнтності – здатність до відновлення після стресу. Б. Бонанно підкреслює, що більшість людей демонструє природну психологічну стійкість завдяки емоційній гнучкості, соціальній підтримці й наявності життєвих смислів [29]. У межах гуманістичної

психології поняття *посттравматичного зростання* (R. Tedeschi, L. Calhoun) описує позитивні зміни в цінностях, самоусвідомленні та ставленні до життя після подолання наслідків травми [54].

Перебіг ПТСР. Залежно від інтенсивності травми та індивідуальних чинників, розлад може мати гострий, хронічний або відстрочений характер. *DSM-5-TR* розрізняє короткотривалий (до 3 місяців), тривалий (понад 3 місяці) і відстрочений варіанти ПТСР, коли симптоми з'являються через місяці або навіть роки після події [28]. М. Горовіц у своїй моделі «стресових відповідей» зазначав, що адаптація відбувається через чергування фаз інтрузії (повторного переживання) й уникання; порушення цього процесу веде до хронізації [42].

Таким чином, розвиток і перебіг посттравматичного стресового розладу визначаються комплексом взаємодіючих факторів – від біологічних до соціально-психологічних. Індивідуальні відмінності у сприйнятті, оцінці та переробці травматичного досвіду формують унікальний варіант реагування. Усвідомлення ролі цих чинників має важливе значення для побудови ефективних програм психодіагностики, профілактики та психокорекції ПТСР [7; 16; 19; 23; 24; 29; 32; 36; 46; 47; 58].

1.3 Акцентуації характеру: типологія та психологічні особливості

Проблема вивчення характеру та його індивідуальних варіацій має тривалу історію в психології. Характер розглядають як сукупність стійких рис, що визначають типові способи реагування людини на життєві обставини, її ставлення до інших і до самої себе. При цьому в різних людей певні риси можуть бути виражені значно сильніше, ніж інші, що формує специфічний індивідуальний стиль поведінки. Саме такі надмірно підкреслені риси називають акцентуаціями характеру.

Поняття акцентуації запровадив німецький психіатр Карл Леонгард, який розглядав її як «загострення окремих рис характеру, що створює схильність до певних психогенних реакцій, але не виходить за межі норми» [18, с. 80; 47]. На його думку, акцентуації не є патологією, а крайніми варіантами норми, які у сприятливих умовах можуть забезпечувати адаптацію, а за несприятливих – призводити до конфліктів і дезадаптації.

Розвиваючи ідеї Леонгарда, радянський психолог Андрій Личко адаптував концепцію до підліткового віку й розробив власну класифікацію типів акцентуацій, які вважав тимчасовими варіантами норми, що проявляються переважно у підлітковому віці й можуть згладжуватися з віком. Таким чином, Личко розширив підхід Леонгарда, наголошуючи на динамічності та віковій зумовленості акцентуацій.

Згідно з обома авторами, акцентуації визначають індивідуальний стиль емоційного реагування, темп діяльності, рівень соціальної взаємодії, стійкість до стресу та характер адаптації. Вони є важливим чинником, який впливає на формування міжособистісних стосунків, професійної поведінки, конфліктності, а також на перебіг психічних станів, зокрема стресових і травматичних.

Акцентуації характеру тісно пов'язані з темпераментом, але не збігаються з ним повністю. Якщо темперамент є біологічною основою емоційної активності, то характер відображає соціально сформовану систему відносин, що проявляється у поведінці. Акцентуація, відповідно, є проявом індивідуальної «уразливої зони» особистості, тобто тієї сфери, де людина реагує найбільш інтенсивно.

Типологічні особливості акцентуацій проявляються в різних сферах життєдіяльності. Наприклад, демонстративний тип характеризується потребою у визнанні, схильністю до емоційної експресії та нестійкістю самооцінки. Гіпертимний тип відзначається активністю, оптимізмом, але й схильністю до ризику й поверхневості. Тривожний тип, навпаки, схильний до

сумнівів, передчуття небезпеки, надмірного контролю, тоді як застрягаючий – до фіксації на образах, ревнощах, надмірній наполегливості.

Такі типи не є «ярликами» особистості, а лише показують, у якій сфері людина має підвищену чутливість. Ця особливість стає особливо важливою у контексті переживання психотравматичних подій. Людина з переважанням тривожних або сенситивних рис може глибше переживати травму, тоді як гіпертимна чи демонстративна – схильна до активного заперечення, соціальної компенсації або афективних спалахів.

Сучасні дослідження підтверджують, що акцентуації характеру мають як адаптивний, так і ризиковий потенціал. У межах психології стресу та травми вони розглядаються як чинники модерації між подією і психологічними наслідками [18, с. 79]. Тобто від типу акцентуації залежить, чи стане травматична подія поштовхом до розвитку ПТСР, чи буде подолана через адаптивні стратегії.

Таким чином, акцентуації характеру виступають центральним конструктом у розумінні індивідуальної реакції на стрес і травму. Вони зумовлюють особливості емоційної сфери, соціальної поведінки, копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту. Аналіз акцентуацій дозволяє прогнозувати реакції особистості на екстремальні обставини, що має велике значення для психологічної діагностики та психокорекційної практики [46; 47; 48].

1.4 Класифікації акцентуацій характеру (К. Леонгард, А Личко)

Поняття акцентуації характеру набуло наукової конкретизації у працях Карла Леонгарда та Андрія Личка, які запропонували дві найвідоміші класифікації – відповідно для дорослих і підлітків. Обидві системи мають спільну теоретичну основу, але відрізняються акцентом на вікових та соціально-поведінкових аспектах.

Класифікація К. Леонгарда. Німецький психіатр Карл Леонгард у книзі “Акцентуйовані особистості” (1968) розробив типологію, яка базується на спостереженнях за пацієнтами з різними варіантами поведінки, що не досягають рівня психопатії, але помітно впливають на спілкування й життєву адаптацію. Він виокремив 12 типів акцентуйованих особистостей, поділивши їх за трьома сферами прояву: темперамент, характер і рівень особистісної виразності [47].

Гіпертимний тип – активний, товариський, схильний до оптимізму, однак легко втрачає самоконтроль.

Дистимічний тип – замкнений, серйозний, схильний до песимізму, стабільний у поведінці.

Циклотимний тип – характеризується чергуванням гіпертимних і дистимічних фаз настрою.

Застрагаючий тип – схильний до фіксації на образах, ревнощах, підвищеній вимогливості.

Педантичний тип – надмірно точний, схильний до сумнівів, інертний у прийнятті рішень.

Збудливий тип – імпульсивний, схильний до афектів, нестриманий у емоціях.

Демонстративний тип – прагне визнання, має високу потребу у схваленні, легко піддається емоційним коливанням.

Тривожний тип – боязкий, схильний до очікування небезпеки, невпевнений у собі.

Екзальтований тип – відзначається глибокими і швидкими змінами емоційного стану.

Емотивний тип – м'який, чутливий, співпереживальний, часто занурений у внутрішні переживання.

Афективно-лабільний тип – нестійкий у настрої, залежить від зовнішніх обставин.

Екстравертований/інтровертований типи – визначаються орієнтацією особистості на зовнішній світ або внутрішні переживання.

У своїй концепції Леонгард підкреслював, що акцентуації не є хворобою, а лише «загостренням нормальних рис», яке може бути як позитивним, так і проблемним залежно від умов. У стабільному середовищі така особистість може бути успішною, тоді як у кризових обставинах – дезадаптованою. Саме тому Леонгард розглядав акцентуацію як динамічну характеристику, що проявляється у взаємодії з життєвими стресами [47].

Класифікація А. Личка. Радянський психіатр Андрій Личко розвинув ідеї Леонгарда у своїй монографії “Психопатії та акцентуації характеру у підлітків” (1977), створивши типологію, адаптовану для юнацького віку [47]. Личко вважав, що в підлітковому періоді акцентуації проявляються найяскравіше через емоційну нестійкість і кризу самоідентичності.

Він виокремив *11 типів акцентуацій*: гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астеноневротичний, сенситивний, психастенічний, шизоїдний, епілептоїдний, істероїдний, нестійкий, конформний.

Кожен тип, за Личком, визначає характерну форму реакцій на виховні впливи, навчальні труднощі та конфлікти. Наприклад, гіпертимні підлітки демонструють надмірну активність і оптимізм, але схильні до недисциплінованості; сенситивні – надзвичайно вразливі, сором’язливі, чутливі до оцінки; епілептоїдні – схильні до афективної вибуховості, педантичності, прагнення влади.

На відміну від Леонгарда, Личко підкреслював вікову динаміку акцентуацій. У підлітків вони можуть бути тимчасовими, тоді як у дорослих – стабілізуються або згладжуються. Учений також розробив опитувальник для виявлення акцентуацій характеру (ОХА), який широко використовується у психологічній діагностиці.

Порівняльна характеристика підходів. Порівняння двох типологій показує, що вони базуються на спільних принципах, але мають різну

спрямованість: Леонгард зосереджувався на дорослій особистості та міжособистісній поведінці, тоді як Личко – на підлітковому розвитку та профілактиці девіацій. У сучасній психології обидві класифікації розглядаються як взаємодоповнювальні, а їх інтеграція дозволяє глибше зрозуміти індивідуальні реакції людини на стрес і травму.

У контексті посттравматичних досліджень типи Леонгарда та Личка мають практичне значення, оскільки допомагають прогнозувати особистісні реакції на екстремальні ситуації. Наприклад, тривожний, сенситивний чи дистимічний типи частіше виявляють схильність до тривалих депресивно-тривожних станів після травми, тоді як гіпертимний або демонстративний можуть використовувати заперечення та соціальну активність як форму психологічного захисту.

1.5 Роль акцентуацій у поведінці та адаптації особистості

Характер і його акцентуації посідають центральне місце у структурі особистості, оскільки саме вони визначають індивідуальний стиль реагування на середовище, форму соціальної поведінки та способи адаптації до труднощів. Характерологічні особливості виступають своєрідним «фільтром», через який людина сприймає події, оцінює ситуації, будує стосунки та долає стресові впливи [24].

Акцентуації характеру зумовлюють специфіку адаптаційних процесів: у сприятливих умовах вони можуть сприяти ефективній соціалізації, тоді як за дії психотравмувальних факторів – призводити до конфліктів, емоційного виснаження або дезадаптації. Такі риси, за К. Леонгардом, виконують амбівалентну функцію – можуть бути як ресурсом, так і ризиком для стабільності особистості [47].

Акцентуації як чинники соціальної поведінки. У повсякденній взаємодії акцентуації проявляються через вибірковість спілкування, стиль реагування

на міжособистісні конфлікти, схильність до певних емоційних станів. Наприклад, гіпертимний тип легко встановлює контакти, активно проявляє ініціативу, однак має тенденцію до імпульсивності й поверхневості у стосунках. Дистимічний тип, навпаки, обережний, схильний до самозаглиблення, що може ускладнювати соціальні зв'язки.

Демонстративні та істероїдні особистості відзначаються потребою у визнанні, емоційній експресивності, але часто використовують захисні механізми компенсації, прагнучи уникнути почуття неповноцінності. Застрягаючий тип схильний до фіксації на негативних переживаннях і образах, що створює труднощі у прощенні й конструктивному вирішенні конфліктів.

У колективній діяльності акцентуації впливають на стиль лідерства і співпраці. Гіпертимні та демонстративні особистості часто виявляють ініціативу й прагнення до лідерства, тоді як сенситивні й тривожні – схильні уникати відповідальності, обираючи підпорядковані ролі.

Адаптаційна роль акцентуацій. Адаптація особистості розглядається як процес узгодження внутрішніх потреб і можливостей людини з вимогами середовища. У цьому контексті акцентуації виконують роль індивідуальних регуляторів – вони визначають, як саме людина пристосовується до стресу, фрустрації чи конфлікту.

За спостереженнями А. Личка, певні типи акцентуацій сприяють ефективній адаптації, зокрема гіпертимний (завдяки активності та комунікабельності), лабільний (завдяки емоційній гнучкості) й конформний (через здатність підлаштовуватись під групу). Інші типи, як-от дистимічний, сенситивний чи психастенічний, навпаки, підвищують ризик соціальної дезадаптації, особливо у конфліктних або травматичних ситуаціях.

Психологічна адаптація залежить також від захисних механізмів і копінг-стратегій, які формуються на основі акцентуацій. Наприклад, осіб із застрягаючим типом часто характеризує використання проєкції або

раціоналізації; гіпертимних – заперечення; сенситивних – уникання. У цьому сенсі акцентуації виступають не лише фоном, а й активним елементом психологічного реагування на стрес [6].

Акцентуації в контексті емоційної регуляції. Емоційна стабільність є одним із головних показників успішної адаптації. Підвищена емоційна чутливість, характерна для лабільних, емотивних чи тривожних типів, робить таких людей уразливішими до психотравмувальних ситуацій. Водночас саме вони демонструють глибшу емпатію та схильність до підтримувальної поведінки.

Гіпертимні та екзальтовані типи мають високу енергійність, оптимізм, однак у стресових ситуаціях схильні до імпульсивності. Застрягаючі й педантичні особистості мають підвищену стійкість, але схильні до емоційного «застрягання» й труднощів у відновленні після конфліктів.

Таким чином, акцентуації виступають як психологічні модератори у процесі адаптації: вони можуть полегшувати або ускладнювати подолання труднощів залежно від контексту. Сучасні дослідження показують, що адаптаційна ефективність значною мірою визначається не самим типом акцентуації, а гнучкістю її проявів – тобто здатністю людини свідомо регулювати власні реакції [47].

Акцентуації як чинники стресостійкості. У дослідженнях стресостійкості акцентуації розглядаються як предиктори толерантності до напруження. Так, високий рівень нейротизму, властивий тривожним і сенситивним типам, поєднується зі зниженням стресостійкості. Гіпертимні та екзальтовані особистості демонструють короткочасні емоційні реакції, але швидко повертаються до стану рівноваги. Особи із застрягаючими або педантичними рисами схильні до хронічного переживання невдач і образ, що підвищує ризик психічного виснаження [8].

Отже, акцентуації характеру мають визначальний вплив на поведінку, соціальну взаємодію та адаптаційні механізми людини. Вони визначають

стиль реагування на труднощі, рівень емоційної стабільності, здатність до співпраці та подолання стресу. Розуміння ролі акцентуацій дозволяє психологу глибше аналізувати індивідуальну поведінку, прогнозувати труднощі адаптації та обирати ефективні стратегії психокорекційного впливу.

1.6 Особистісні чинники психологічних проявів посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад формується не лише як наслідок зовнішнього впливу травматичної події, а й як результат внутрішньої взаємодії особистісних властивостей, які визначають спосіб сприйняття, оцінки й інтеграції досвіду. Індивідуальні психологічні особливості зумовлюють як ризик розвитку ПТСР, так і потенціал до відновлення, тому аналіз особистісних чинників є центральним аспектом розуміння цього феномену [5].

Особистісні риси визначають інтенсивність емоційного реагування на травму, стиль мислення, рівень самоконтролю та особливості міжособистісної взаємодії після події. Зокрема, тривожність, емоційна лабільність, перфекціонізм або схильність до самозвинувачення виступають факторами ризику, тоді як емоційна стабільність, гнучкість мислення та позитивне самоствавлення підвищують стійкість до стресу [33; 49; 52].

Згідно з концепцією акцентуацій характеру, окремі риси можуть визначати «вразливі місця» психіки, через які травматичний досвід впливає на особистість найсильніше. Наприклад, особи з тривожним чи сенситивним типом мають схильність до надмірного занепокоєння, очікування небезпеки, що посилює симптоми гіперпильності й уникання. Для застрягаючих типів характерна фіксація на образах і травматичних подіях, що призводить до нав'язливих спогадів і труднощів у відпусканні минулого. Натомість

гіпертимні або демонстративні особи частіше реагують активною поведінкою, запереченням або соціальною компенсацією [3; 4].

Таким чином, тип акцентуації опосередковує структуру посттравматичних реакцій, визначаючи їхню форму, інтенсивність і тривалість. Це узгоджується з поглядами Б. ван дер Колка, який вважав, що після травми відбувається не лише порушення психофізіологічних процесів, а й активація індивідуальних моделей реагування, сформованих упродовж життя [24].

Психологічні механізми, що визначають зв'язок між акцентуацією й ПТСР, включають захисні механізми та копінг-стратегії. Особи, схильні до заперечення, витіснення чи уникання, демонструють більш затяжний перебіг розладу, тоді як використання проблемно-орієнтованих стратегій (пошук підтримки, когнітивне переосмислення) сприяє адаптації [7].

З позицій когнітивно-поведінкової психології, важливу роль відіграє система переконань, сформована особистістю до травми. Особи, які мають «жорсткі» схеми мислення («світ небезпечний», «я не контролюю події»), частіше переживають глибоку фрустрацію та почуття безпорадності. Люди з більш гнучким мисленням і високим рівнем самопідтримки здатні швидше інтегрувати травматичний досвід і зменшити інтенсивність симптомів.

У дослідженнях Н. Марути встановлено, що серед осіб із ПТСР найчастіше зустрічаються акцентуації дистимічного, сенситивного та тривожного типів, тоді як гіпертимна та демонстративна акцентуації мають відносно захисний ефект завдяки активному копінгу й високому рівню соціальної залученості [24]. Це свідчить про те, що індивідуально-психологічний профіль визначає не лише форму, а й динаміку відновлення після стресу.

Окремої уваги заслуговує феномен посттравматичного зростання, який демонструє, що навіть унаслідок тяжких подій особистість може зазнавати позитивних змін – розширення світогляду, підвищення цінності життя,

посилення емпатії. За даними R. Tedeschi та L. Calhoun, така тенденція частіше спостерігається у людей із високим рівнем рефлексивності та внутрішнього локусу контролю [54].

Отже, особистісні чинники відіграють ключову роль у розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу. Вони визначають характер реагування на травму, наявність або відсутність адаптаційних ресурсів, а також потенціал до резилієнтності та зростання. Знання цих чинників є необхідним для формування індивідуалізованих підходів до психодіагностики й психокорекції осіб, які пережили психотравмувальні події.

1.7 Взаємозв'язок акцентуацій характеру та реакцій на травму

Індивідуальні відмінності у переживанні психотравмувальних подій зумовлюються не лише зовнішніми умовами, а передусім психологічними особливостями особистості. Акцентуації характеру, як надмірно виражені риси, визначають типові форми емоційного реагування, копінг-стратегії та способи адаптації до стресу. Саме тому вони виступають одним із ключових предикторів розвитку посттравматичного стресового розладу [24].

Кожен тип акцентуації має власну динаміку реагування на травму. Наприклад, тривожні та сенситивні особистості виявляють підвищену вразливість, схильність до катастрофізації подій, тенденцію до уникання небезпечних ситуацій. Вони схильні довго утримувати у пам'яті травматичні образи, що сприяє формуванню інтрузій і гіперпильності. Натомість гіпертимні та демонстративні типи частіше використовують заперечення або інтелектуалізацію як механізми психологічного захисту, що дозволяє тимчасово підтримувати стабільність, але може призвести до відстрочених емоційних реакцій.

Дистимічні типи реагують на травму через занурення у власні переживання, пригніченість, почуття безпорадності. Вони схильні до самоізоляції та румінацій, тобто повторного обмірковування травматичної події, що ускладнює процес інтеграції досвіду. У застрягаючих типів переважає тенденція до повторного відтворення травматичних ситуацій у думках, афективної фіксації та труднощів у прощенні або прийнятті події [27, с. 20].

У працях А. Личка зазначено, що ступінь вираженості акцентуації прямо впливає на глибину і тривалість травматичної реакції. Зокрема, яскраво виражені сенситивні, психастенічні або астеноневротичні риси підвищують ризик формування ПТСР, тоді як гіпертимність і лабільність частіше пов'язані з тимчасовими стресовими розладами [3].

За даними досліджень українських психологів, у осіб із ПТСР переважають тривожно-дистимічні та сенситивно-застрягаючі профілі акцентуацій [22]. Це підтверджує тезу про те, що характер визначає не лише форму реагування, а й тривалість та глибину посттравматичних симптомів.

Згідно з моделлю R. Lazarus і S. Folkman, акцентуації впливають на вибір копінг-стратегій – свідомих способів подолання стресу. Так, гіпертимні особи частіше вдаються до проблемно-орієнтованих стратегій, тоді як тривожні – до уникання або емоційного реагування [46]. Неefективні копінг-стратегії, властиві для певних типів, можуть призвести до пролонгації симптомів ПТСР, тоді як конструктивні – до їх зниження.

Психодинамічний підхід пояснює взаємозв'язок акцентуацій і травматичних реакцій через механізми психологічного захисту. Наприклад, демонстративні типи використовують проєкцію чи заміщення, тривожні – витіснення, а застрягаючі – ідентифікацію з агресором. Такі захисні патерни визначають форму посттравматичних реакцій: від депресивно-тривожних до агресивно-захисних [47].

На думку Б. ван дер Колка, люди з певними типами характерологічної організації мають схильність до тілесного відреагування травми – соматизації емоцій, що не отримали когнітивної обробки [55; 56]. Зокрема, сенситивні й тривожні особистості частіше скаржаться на соматичні симптоми (серцебиття, тремор, спазми), тоді як демонстративні – на істеричні прояви. Це свідчить про глибинний зв'язок між емоційною регуляцією, тілесною реактивністю та типом акцентуації.

Деякі дослідники (Tedeschi, Calhoun, Bonanno) вказують, що певні акцентуації можуть не лише підвищувати ризик ПТСР, але й сприяти посттравматичному зростанню. Наприклад, емотивні, екзальтовані чи гіпертимні типи мають розвинену емоційну сферу, здатність до емпатії й осмислення досвіду, що створює основу для позитивних змін після травми [29; 32; 54].

Таким чином, акцентуації характеру виступають своєрідним «психологічним резонатором» травматичного досвіду. Вони визначають, які аспекти події будуть сприйняті як найбільш болючі, як відбуватиметься переживання і чи переросте воно в патологічний стан. Розуміння взаємозв'язку між типом акцентуації та реакцією на травму має важливе значення для розроблення програм психологічної допомоги, спрямованих на індивідуалізацію підходів до відновлення після травми.

1.8 Чинники ризику та резилієнтності при посттравматичного стресового розладу

Реакція на психотравмувальні події у різних людей суттєво відрізняється: одні демонструють гострий дистрес і стійкі симптоми ПТСР, тоді як інші швидко адаптуються або навіть переживають позитивні особистісні зміни. Ці відмінності пояснюються співвідношенням чинників

ризиків та чинників резилієнтності – систем внутрішніх і зовнішніх впливів, що визначають вразливість або стійкість до травматичного стресу [29; 31]

Чинники ризику розвитку ПТСР. До головних чинників ризику належать індивідуально-психологічні, соціальні та біологічні особливості особистості, які підвищують ймовірність виникнення посттравматичних симптомів.

1. *Індивідуально-психологічні чинники.* Найвагомим є рівень тривожності, емоційна нестійкість і схильність до катастрофізації. Люди з високим нейротизмом або вираженими тривожними та сенситивними акцентуаціями мають тенденцію сприймати події як загрозливі, відчувають безпорадність і демонструють нижчий рівень самоконтролю [21]. До ризикових належать також такі риси, як ригідність мислення, перфекціонізм, зовнішній локус контролю, низька самоефективність.

2. *Когнітивні чинники.* Дослідження А. Елерс і Д. Кларка показали, що уразливість до ПТСР зростає за наявності викривлених когнітивних схем («я безсилий», «світ небезпечний»), схильності до румінацій і уникання [36]. Такі особи не інтегрують травматичний досвід у структуру особистості, що призводить до повторного його актуалізування у спогадах і снах.

3. *Біологічні чинники.* За даними Р. Йегуди, підвищена реактивність стресових систем (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, симпатична нервова система) і генетична схильність до тривожних розладів також є важливими факторами ризику [57]. Хронічне порушення регуляції кортизолу й серотоніну призводить до посиленої тривожності, безсоння, гіперактивності нервової системи.

4. *Соціально-психологічні чинники.* Низький рівень соціальної підтримки, ізоляція, знецінення переживань і відсутність можливості висловити емоції підвищують ризик хронічного ПТСР [19]. Натомість своєчасне визнання травми суспільством, емпатичне ставлення близьких і доступ до психологічної допомоги знижують інтенсивність симптомів.

5. *Тип акцентуації характеру.* Тип особистості визначає характер реакції на стрес: тривожні, дистимічні, сенситивні та застрягаючі типи частіше демонструють тривалий емоційний дистрес, тоді як гіпертимні та демонстративні – короткочасні реакції із компенсаторною поведінкою [47]. Надмірна емоційна чутливість або фіксація на травмі створюють умови для підтримання патологічної реакції.

Чинники резилієнтності. Резилієнтність (психологічна стійкість) – це здатність особистості відновлювати внутрішню рівновагу після травми, використовуючи власні ресурси. На думку Б. Бонанно, резилієнтність не є відсутністю емоційних реакцій, а радше ефективним управлінням ними [47].

1. *Емоційна регуляція.* Здатність усвідомлювати, приймати й конструктивно виражати емоції є одним із провідних факторів стійкості. Люди, які не пригнічують емоції, а інтегрують їх через вербалізацію, мистецтво чи тілесну активність, демонструють нижчий рівень симптомів ПТСР [9].

2. *Когнітивна гнучкість.* Резилієнтні особи здатні переосмислювати травматичну подію, бачити в ній досвід або джерело нового розуміння. Це пов'язано з внутрішнім локусом контролю та позитивною установкою на зміни. Гнучкість мислення дозволяє адаптуватися до нових умов без втрати цілісності «Я» [29; 32; 54; 60].

3. *Соціальна підтримка.* Наявність підтримувального соціального оточення – родини, друзів, груп однолітків або терапевтичної спільноти – є найпотужнішим захисним фактором. Відчуття приналежності й прийняття знижує почуття ізоляції та сорому, які часто супроводжують ПТСР [33; 49].

4. *Смислотворення та посттравматичне зростання.* R. Tedeschi та L. Calhoun вважають, що здатність знаходити сенс у пережитій травмі – один із найважливіших чинників відновлення. Такі особи схильні до саморефлексії, духовного осмислення досвіду, розвитку нових життєвих цінностей [54].

5. *Риси особистості.* Високий рівень екстраверсії, відкритості до нового, доброзичливості та відповідальності (за моделлю Big Five) пов'язаний із вищою резилієнтністю, тоді як нейротизм – із більшою вразливістю [9].

Співвідношення ризику та стійкості. Сучасна психологія розглядає розвиток ПТСР як результат балансу між ризиковими й захисними факторами. Якщо кількість і сила ризикових чинників перевищують ресурси резилієнтності, формується патологічна реакція. Навпаки, за достатнього рівня внутрішніх і зовнішніх ресурсів травматичний досвід може бути інтегрований без тривалих наслідків.

Таким чином, стійкість до ПТСР визначається поєднанням біологічних, психологічних і соціальних ресурсів. Її розвиток є не вродженою властивістю, а результатом цілеспрямованого формування – через навчання емоційній регуляції, розвиток когнітивної гнучкості, формування соціальної підтримки та переосмислення життєвих смислів. Усвідомлення цього балансу має практичне значення для профілактики ПТСР і розроблення програм психологічної допомоги особам, які пережили травматичні події[9].

Висновки до розділу

У першому розділі було проаналізовано основні теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), з'ясовано його клініко-психологічну структуру, чинники розвитку та перебігу, а також висвітлено значення акцентуацій характеру як особистісного чинника переживання травми.

Посттравматичний стресовий розлад розглядається у сучасній психології як складний багаторівневий феномен, що охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та соматичні порушення, які виникають унаслідок переживання подій, що перевищують адаптаційні можливості людини. ПТСР

формується під впливом комплексу чинників: сили травматичної події, попереднього життєвого досвіду, типу особистісної організації та соціального контексту.

Серед ключових факторів розвитку ПТСР виокремлено індивідуально-психологічні властивості (тривожність, ригідність, емоційна лабільність), соціальні умови (нестача підтримки, стигматизація) та біологічні механізми (підвищена стресова реактивність). Важливим модератором цих процесів виступають акцентуації характеру, які визначають стиль реагування на травму, інтенсивність афективних проявів і вибір копінг-стратегій.

Поняття акцентуацій, введене К. Леонгардом і розвинене А. Личком, дозволяє пояснити різноманітність реакцій особистості на стресові ситуації. Визначено, що окремі типи (тривожний, сенситивний, застрягаючий) є більш уразливими до формування посттравматичних симптомів, тоді як інші (гіпертимний, демонстративний, екзальтований) частіше демонструють компенсаторну або адаптивну поведінку.

Встановлено, що ступінь вираженості акцентуації впливає на тривалість і глибину травматичних реакцій, а також на ефективність відновлення. Резилієнтність – тобто здатність до відновлення після стресу – визначається взаємодією внутрішніх ресурсів (емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, смислотворення) та зовнішніх чинників (соціальна підтримка, безпечне середовище).

Отже, ПТСР є результатом не лише дії травматичної події, а й внутрішньої структури особистості. Акцентуації характеру виконують подвійну роль: вони можуть виступати як чинником ризику, що підсилює вразливість, так і ресурсом, який сприяє адаптації. Це визначає необхідність урахування характерологічних особливостей у психодіагностиці, профілактиці та психокорекційній роботі з особами, які пережили травму.

Таким чином, теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що глибше розуміння зв'язку між типом акцентуації та специфікою перебігу

ПТСР створює основу для розроблення ефективних діагностичних і реабілітаційних стратегій, спрямованих на підвищення психологічної стійкості та відновлення особистісної цілісності після травматичних подій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПРИ РІЗНИХ АКЦЕНТУАЦІЯХ ХАРАКТЕРУ

2.1 Етапи дослідження

Емпіричне дослідження складалось із кількох етапів, що описані нижче.

1. Підготовчий етап – добір психодіагностичного інструментарію, формування вибірки, визначення критеріїв включення.
2. Діагностичний етап – проведення тестування за чотирма основними методиками:
 - Місісіпська шкала ПТСР (військовий варіант)
 - PCL-M (Posttraumatic Checklist for Military)
 - SCL-90-R (методика визначення психопатологічної симптоматики)
 - Опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгарда – Г. Шмішека
3. Аналітичний етап – обробка первинних даних, визначення індивідуальних і групових показників, зіставлення результатів за різними шкалами.
4. Інтерпретаційний етап – опис закономірностей прояву ПТСР у різних групах за типами акцентуацій характеру.
5. Підсумковий етап – формулювання висновків та рекомендацій.

2.2 Характеристика вибірки та психодіагностичний інструментарій

Вибірка дослідження включає 15 респондентів віком від 22 до 55 років. Участь була добровільною. Критерії включення в досліджувану вибірку були такі:

- досвід переживання стресової або потенційно травматичної події;
- відсутність гострих психотичних станів;
- згода на участь.

Використані психодіагностичні методики

1. *Місісіпська шкала ПТСР (військовий варіант)* – призначена для оцінки інтенсивності симптоматики ПТСР, включає 35 пунктів і дозволяє визначити чотири рівні тяжкості стану [1].

2. *PCL-M (Posttraumatic Checklist – Military)* – дозволяє визначити три основні групи симптомів ПТСР: інтрузії, уникання та гіперактивацію, а також загальний індекс тяжкості [1].

3. *SCL-90-R* – комплексний інструмент для оцінки вираженого психологічного дистресу за 9 клінічними шкалами та загальним індексом GSI [1; 14].

4. *Опитувальник акцентуацій характеру Леонгарда–Шмішека* – визначає провідні типи акцентуацій, серед яких для дослідження були відібрані п'ять релевантних:

- гіпертимний
- циклотимний
- емотивний
- тривожний
- застрягаючий

Ці акцентуації характеризуються найбільшою кореляцією з травматичним стресом у сучасних дослідженнях [14].

2.3 Методи статистичної обробки даних

Опрацювання результатів включало:

- *кількісний аналіз* (середні показники, діапазони, рівні вираженості за кожною шкалою);
- *структурний аналіз* (розподіл рівнів ПТСР, дистресу та типів акцентуацій у вибірці);
- *порівняльний аналіз* між групами респондентів з різними провідними акцентуаціями;
- *кореляційний аналіз* (визначення взаємозв'язків між показниками ПТСР, акцентуацій та психопатологічної симптоматики).

2.4 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у вибірці з 15 респондентів продемонстрував значну варіативність рівня симптоматики, що узгоджується з сучасними уявленнями про неоднорідність посттравматичних реакцій у цивільних та військових групах. Для аналізу були використані три ключові інструменти – PCL-M, Місісіпська шкала (військовий варіант) та SCL-90-R. Додатково структуру особистості оцінювали за Шмішеком, що дозволило пов'язати прояви ПТСР із типами акцентуацій характеру, які з теоретичної точки зору можуть модулювати реактивність до травми, емоційне перероблення досвіду та стратегії подолання.

Загальна характеристика рівнів ПТСР за Місісіпською шкалою

У вибірці спостерігається високий відсоток респондентів із клінічно значущими проявами ПТСР. Згідно зі шкалою:

- Тяжкий ПТСР – 6 осіб (40%)
- Виражений ПТСР – 4 особи (27%)

- Помірний рівень ПТСР – 4 особи (27%)
- Низький рівень – лише 1 респондент (6%)

Таким чином, вибірка загалом характеризується домінуванням високих рівнів травматичної симптоматики, що свідчить про пережитий інтенсивний стресовий вплив і недостатність компенсаторних механізмів.

Таблиця 2.1 – Результати за опитувальником Місісіпська шкала (військовий варіант)

Респондент	Загальний бал	Рівень вираженості симптомів
Респондент 1	94	Виражений рівень ПТСР
Респондент 2	112	Тяжкий рівень ПТСР
Респондент 3	88	Помірно підвищений рівень ПТСР
Респондент 4	76	Помірний рівень ПСТР
Респондент 5	140	Тяжкий рівень ПТСР
Респондент 6	120	Тяжкий ПТСР
Респондент 7	100	Високий рівень ПТСР
Респондент 8	75	Помірний рівень ПТСР
Респондент 9	82	Помірний рівень ПТСР
Респондент 10	168	Тяжкий ПТСР
Респондент 11	71	Низький
Респондент 12	91	Виражений ПТСР
Респондент 13	132	Тяжкий ПТСР
Респондент 14	77	Помірний рівень ПТСР
Респондент 15	104	Виражений ПТСР

Графічне відображення демонструє суттєвий зсув розподілу у бік високих балів, що відповідає загальним тенденціям для осіб, які пережили бойові, кризові або повторювані травматичні події.

Аналіз симптоматики ПТСР за шкалою PCL-M. Додаткову деталізацію забезпечує аналіз опитувальника PCL-M, який дозволяє визначити структуру симптоматики ПТСР за трьома ключовими кластерами:

- Інтрузії (1–5 питань)
- Уникання (6–11 питань)
- Гіперактивація (12–17 питань)

Таблиця 2.2 – Результати за опитувальником PCL-M

Респондент	Інтрузії	Уникання	Гіперактивація	Загальний бал	Рівень ПТСР
1	17	21	20	58	виражений
2	16	23	27	66	виражений
3	18	23	20	61	виражений
4	11	14	15	40	помірний
5	23	24	30	78	тяжкий
6	20	21	24	65	виражений
7	18	20	21	59	Виражений
8	13	17	19	49	Виражений
9	12	18	22	52	Виражений
10	25	30	29	84	Тяжкий
11	7	10	12	29	Симптоми відсутні/ мінімальні
12	13	17	18	48	Виражений
13	19	22	20	61	Тяжкий
14	8	14	12	34	Помірний
15	15	20	18	53	Виражений ПТСР

Шкала PCL-M надала змогу деталізувати структуру ПТСР, виділивши інтенсивність трьох ключових груп симптомів: інтрузії, уникання, гіперактивація.

За загальним балом:

- Тяжкий ПТСР (60–85) – 4 респонденти
- Виражений ПТСР (45–59) – 7 респондентів
- Помірний ПТСР (30–44) – 2 респонденти
- Мінімальні симптоми – 1 респондент

Це означає, що 11 з 15 осіб (73%) мають клінічно значущий або виражений ПТСР.

Порівняльний аналіз симптомокластерів. У середньому по вибірці:

- Інтрузії: 16,1 бала
- Уникання: 19,4 бала
- Гіперактивація: 20,1 бала

Особливо важливими є дані щодо домінування окремих груп симптомів. Найвищими виявилися показники гіперактивації та уникання, що свідчить про: високу фізіологічну напруженість, порушення сну, гіпернастороженість, емоційне та поведінкове уникання нагадувань про травму.

Уникання займає друге місце – типовий механізм захисту, який гальмує пропрацювання травматичного досвіду.

Інтрузії також поширені, проте демонструють більшу міжособистісну варіабельність.

Таблиця 2.3 – Кластерний аналіз PCL-M

Кластер	Респонденти	Інтрузії (середнє)	Уникання (середнє)	Гіперактивація (середнє)	Загальна інтерпретація
Кластер 1: Тяжкий ПТСР з високою гіперактивацією	2, 5, 6, 10, 13	22,4	24,2	26,0	Тяжкий ПТСР; домінує гіперактивація, соматизація, високий дистрес
Кластер 2: Виражений / помірний ПТСР з переважанн ям уникання	1, 3, 7, 8, 9, 12, 15, 14	15,7	18,9	19,1	ПТСР середньої/ високої інтенсивності; домінує уникання, емоційна сенситивність
Кластер 3: Мінімальні прояви ПТСР, високий рівень резилієнтності	11	7,0	10,0	12,0	Симптоми мінімальні; стресостійкість, гіпертимні риси

Ці дані показують домінування фізіологічної напруженості над нав'язливими спогадами, що відповідає сучасним уявленням про «бойовий» або хронічний тип ПТСР.

2.5 Особливості проявів посттравматичного стресового розладу у досліджуваній вибірці

Психопатологічні прояви за SCL-90-R. Опитувальник SCL-90-R дозволив проаналізувати ширший спектр симптомів, включаючи тривожність, депресивність, соматизацію та міжособистісну чутливість.

Таблиця 2.4 – Результати за опитувальником «Методика визначення вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R»

Респондент	GSI (загальна інтенсивність)	Провідні симптоми	Рівень дистресу
1	1,94	Тривога, депресивність, вегетативне напруження	Клінічно значуща симптоматика
2	1,82	Тривога, дратівливість, соматизація	Клінічно значуща симптоматика
3	1,69	Депресивність, соматизація, нав'язливість	Клінічно значуща симптоматика
4	0,90	Депресивність, obsесивно-тривожність	Помірний дистрес
5	1,75	Тривога, депресивність, нав'язливість	Клінічно значуща симптоматика
6	1,61	Тривога, депресивність, нав'язливість	Клінічно значуща симптоматика

Продовження таблиці 2.4

Респондент	GSI (загальна інтенсивність)	Провідні симптоми	Рівень дистресу
7	1,24	Тривога, депресивність, нав'язливість	Високий дистрес
8	1,00	Депресивність, тривожність, міжособистісна чутливість	Високий дистрес
9	1,22	Тривожність, депресія, міжособистісна чутливість	Високий дистрес
10	1,91	Депресія, тривожність, міжособистісна чутливість	Клінічно значуща симптоматика
11	0,72	Депресія, психотизм, тривожність	Помірний дистрес
12	1,08	Депресія, тривожність, міжособистісна чутливість	Високий дистрес
13	1,68	Депресія, тривожність, психотизм	Клінічно значуща симптоматика
14	0,82	Тривожність, депресія	Помірний дистрес
15	1,35	Депресія, тривожність, obsesивно-компульсивний розлад	Високий дистрес

Рівень дистресу у вибірці:

- Клінічно значуща симптоматика ($GSI \geq 1,50$): 7 респондентів
- Високий дистрес (1,00–1,49): 5 осіб
- Помірний дистрес (0,50–0,99): 3 особи
- Норма ($\leq 0,49$): відсутня

Це означає, що 100% респондентів мають підвищений рівень дистресу, а 46,7% – клінічно значущий.

Таблиця 2.5 – Порівняння провідних симптомів за опитувальником SCL-90-R

Респондент	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	H-A	HOS	PAR	PSY	GSI
1	3.0	2.8	2.6	3.3	3.4	2.2	2.1	2.0	2.4	1.94
2	3.1	2.7	2.5	3.0	3.3	2.1	2.8	2.2	2.4	1.82
3	2.9	3.1	2.5	3.2	3.0	1.9	2.0	2.1	2.3	1.69
4	1.4	1.7	1.5	1.9	1.8	0.8	0.9	1.0	1.2	0.90
5	3.2	3.0	2.6	3.5	3.4	2.4	2.2	2.3	2.6	1.75
6	3.0	2.8	2.4	3.3	3.2	2.0	1.9	2.2	2.4	1.61
7	2.3	2.6	2.4	2.9	3.0	1.6	1.5	1.7	1.9	1.24
8	1.8	2.2	2.3	2.5	2.4	1.3	1.2	1.3	1.5	1.00
9	2.2	2.4	2.5	2.8	2.9	1.5	1.4	1.6	1.8	1.22
10	3.3	3.0	2.9	3.6	3.5	2.5	2.4	2.3	2.7	1.91
11	1.5	1.6	1.4	1.9	1.7	0.7	0.8	1.0	1.4	0.72
12	2.1	2.3	2.4	2.7	2.6	1.4	1.3	1.5	1.7	1.08
13	3.0	2.9	2.7	3.4	3.3	2.2	2.1	2.3	2.6	1.68
14	1.7	1.9	1.8	2.2	2.3	1.0	1.0	1.2	1.3	0.82
15	2.4	2.7	2.5	2.9	3.0	1.7	1.5	1.8	2.0	1.35

Найчастіше зустрічаються такі провідні симптоми:

- *Тривожність* (вегетативні симптоми, напруження, неспокій) – 73% респондентів
- *Депресивність* (пригніченість, зниження мотивації, емоційна виснаженість) – 80% респондентів

- *Міжособистісна сенситивність* (самокритичність, уразливість, сором'язливість) – 50% респондентів
- *Нав'язливість-ОКР симптоми* – 55% респондентів
- *Соматизація* – 40% респондентів

Профіль симптоматики вказує на те, що ПТСР у вибірці супроводжується коморбідною депресивно-тривожною симптоматикою, що є характерним для осіб, які пережили бойові чи екстремальні події та ускладнює адаптацію, підвищуючи ризики для ментального здоров'я [22; 6; 21; 28].

Більшість респондентів мають виражені або тяжкі прояви ПТСР, що підтверджується результатами методик. Найбільше страждають: емоційна і вольова сфера (депресивність, тривожність), поведінковий контроль (гіперактивація), стрес-регуляторні механізми (уникання), психосоматичні реакції.

Це дає підстави зробити висновок про необхідність спеціалізованої психологічної допомоги для більшості учасників вибірки.

2.6 Взаємозв'язок типів акцентуацій характеру та психологічних проявів посттравматичного стресового розладу

Аналіз отриманих емпіричних даних дозволяє визначити специфіку взаємозв'язку між різними типами акцентуацій характеру за методикою К. Леонгарда–Г. Шмішека та рівнем вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у досліджуваній вибірці.

Акцентуації характеру розглядаються як відносно стійкі варіації норми, що визначають типові способи емоційного реагування, рівень чутливості до стресу, характерний стиль саморегуляції та особливості соціальної поведінки. За даними сучасних досліджень, індивідуально-психологічні

особливості та стабільні риси реагування можуть виступати модераторами інтенсивності інтрузій, уникання та гіперактивації [46; 36; 28; 22].

У вибірці з 15 респондентів найбільш поширеними домінуючими психотипами є:

- *Емотивно-циклотимний* (6 респондентів),
- *Тривожно-циклотимний* (3 респондента),
- *Тривожно-емотивний* (3 респондента),
- *Емотивно-застрагаючий* / *тривожно-застрагаючий* (3 респондента).

Ці типи відзначаються підвищеною емоційною реактивністю, нестійким фоном настрою, високою чутливістю до стресорів та схильністю до формування тривалих переживань щодо травматичних подій.

Акцентуація тривожного типу та вираженість ПТСР.

Тривожний (анксіозний) тип характеризується:

- високою чутливістю нервової системи,
- схильністю до антиципаційного страху,
- підвищеною потребою в безпеці,
- низьким порогом стресостійкості.

У нашій вибірці підвищені показники тривожності (≥ 17 балів) спостерігаються у 11 з 15 респондентів.

Для них характерні:

- високі значення за шкалами гіперактивації (20–30 балів)
- збільшений рівень уникання (17–30 балів),
- інтенсивні інтрузії (15–25 балів).

Це корелює з даними PCL-M: середній рівень інтрузій у тривожних респондентів – 19,7 бала, що значно перевищує середній показник вибірки.

Таким чином, тривожність є провідним фактором вразливості, який підсилює як фізіологічну, так і когнітивну складові ПТСР [36; 46; 47].

Таблиця 2.6 – Результати за опитувальником акцентуацій особистості за Шмішеком

Респондент	Гіпертимний	Циклотимний	Емотивний	Тривожний	Застрягаючий	Домінуючий тип
1	9	12	10	14	8	Тривожно-застрягаючий
2	7	11	13	12	9	Тривожно-застрягаючий
3	6	6	9	6	8	Емотивно-застрягаючий
4	10	15	18	12	9	Емотивно-циклотимний
5	19	18	20	21	17	Тривожно-емотивний
6	18	15	19	20	17	Тривожно-емотивний
7	12	14	17	18	16	Тривожно-емотивний
8	17	19	16	21	18	Тривожно-циклотимний
9	15	20	19	18	17	Тривожно-циклотимний

Продовження таблиці 2.6

10	8	23	22	20	21	Емотивно-циклотимний
11	19	13	17	11	9	Гіпертимно-емотивний
12	12	18	20	17	15	Емотивно-циклотимний
13	6	22	23	21	20	Емотивно-циклотимний
14	14	15	18	13	12	Емотивно-циклотимний
15	11	21	19	20	18	Тривожно-циклотимний

Таблиця 2.7 – Таблиця кластерів PCL-M

Кластер	Респонденти	Інтрузії (середнє)	Уникання (середнє)	Гіперактивація (середнє)	Загальна інтерпретація
Кластер 1: Тяжкий ПТСР з високою гіперактивністю	2, 5, 6, 10, 13	22,4	24,2	26,0	Тяжкий ПТСР; домінує гіперактивація, соматизація, високий дистрес
Кластер 2: Виражений / помірний ПТСР з переважанням уникання	1, 3, 7, 8, 9, 12, 15, 14	15,7	18,9	19,1	ПТСР середньої/високої інтенсивності; домінує уникання, емоційна сенситивність
Кластер 3: Мінімальні прояви ПТСР, високий рівень резиліентності	11	7,0	10,0	12,0	Симптоми мінімальні; стресостійкість, гіпертимні риси

Емотивний тип та інтенсивність інтрузій. Емотивна акцентуація передбачає:

- високу глибину емоційних переживань,

- тривалість емоційного сліду,
- схильність до румінацій,
- сильну реакцію на страждання інших.

У респондентів з емотивною домінантою спостерігається:

- зростання інтрузивних симптомів (повторні спогади, емоційні флешбеки),
- високий рівень депресивності та міжособистісної сенситивності за SCL-90-R,
- збільшення ризику дисфоричних реакцій та емоційного виснаження.

За даними SCL-90-R, у групі емотивних респондентів середнє GSI = 1,58, що відповідає клінічно значущому рівню.

Психологічно це пояснюється тим, що емотивні особи не здатні швидко “обробляти” сильні емоційні враження, тому травматичний досвід зберігається у вигляді інтенсивних емоційних слідів.



Рисунок 2.1 – Рівень дистресу GSI

Циклотимний тип як чинник флуктуацій ПТСР-симптомів.

Циклотимна акцентуація характеризується:

- нестійким емоційним тоном,
- коливаннями між підвищеною та зниженою активністю,
- підвищеною чутливістю до зовнішніх стресорів.

У вибірці *циклотимних респондентів* – 10 із 15, що становить найбільшу групу.

Особливості ПТСР у циклотимних осіб:

- різкі перепади інтенсивності симптомів залежно від фаз настрою,
- поєднання інтрузій з епізодами психофізіологічного виснаження,
- виражена психовегетативна симптоматика (безсоння, напруга).

За шкалами PCL-M:

- інтрузії: 17–22 бала,
- уникання: 18–30 балів,
- гіперактивація: 18–29 балів.

А за SCL-90-R домінують:

- депресивність (середнє – 1,7),
- тривожність (1,6),
- психотизм та нав'язливість (1,4–1,6).

Це свідчить про те, що циклотимність підсилює варіабельність та нестабільність перебігу ПТСР, роблячи симптоми більш залежними від внутрішнього емоційного ритму.

Застрягаючий тип та тенденція до хронізації ПТСР. Застрягаючий тип проявляється:

- довгою фіксацією на травматичних переживаннях,
- образливістю, схильністю тримати біль у пам'яті,
- ригідністю емоційних реакцій.

Такі респонденти найчастіше демонструють:

- високі значення інтрузій (до 25 балів),
- епізоди гніву та афективної фіксації,

- підвищений рівень вегетативного напруження,
- високі ризики ПТСР-хронізації.

У застрягаючих респондентів GSI за SCL-90-R коливається між 1,58–1,91, що належить до клінічно значущого рівня дистресу.

Інтерпретація: такі особи не допускають "згасання" емоцій, тому психологічна травма довго зберігається в актуальному емоційному полі.

Таблиця 2.8 – Результати за опитувальником акцентуацій особистості за Шмішеком

Респ.	Гіпертимний	Циклотимний	Емотивний	Тривожний	Застрягаючий	Домінуючий тип
1	9	12	10	14	8	Тривожно-застрягаючий
2	7	11	13	12	9	Тривожно-застрягаючий
3	6	6	9	6	8	Емотивно-застрягаючий
4	10	15	18	12	9	Емотивно-циклотимний
5	19	18	20	21	17	Тривожно-емотивний
6	18	15	19	20	17	Тривожно-емотивний
7	12	14	17	18	16	Тривожно-емотивний
8	17	19	16	21	18	Тривожно-циклотимний

Продовження таблиці 2.8

9	15	20	19	18	17	Тривожно-циклотимний
10	8	23	22	20	21	Емотивно-циклотимний
11	19	13	17	11	9	Гіпертимно-емотивний
12	12	18	20	17	15	Емотивно-циклотимний
13	6	22	23	21	20	Емотивно-циклотимний
14	14	15	18	13	12	Емотивно-циклотимний
15	11	21	19	20	18	Тривожно-циклотимний

Порівняння типів акцентуацій і рівнів ПТСП. На основі інтеграції даних усіх методик можна сформулювати такі закономірності:

Найвищі рівні ПТСП характерні для:

- тривожного типу,
- емотивного типу,
- застрягаючого типу.

У цих групах частка респондентів із важкими проявами (за Місісіпі та PCL) становить 70–85%.

Помірні рівні ПТСП частіше зустрічаються у:

- гіпертимних;
- змішаних акцентуацій з низькою тривожністю.

Циклотимний тип дає середній або коливальний рівень симптомів, що не завжди корелює з тяжкістю травми, але корелює зі станом афективної сфери.

У групах із домінуванням емотивно-циклотимних рис найвищі показники:

- депресивності;
- тривоги;
- міжособистісної сенситивності.

Таким чином, взаємозв'язок між акцентуаціями характеру та психологічними проявами ПТСР у вибірці має комплексний характер:

- емоційно-реактивні типи (емотивний, тривожний) → високий ризик глибоких інтрузій та гіперактивації;
- ригідні типи (застрягаючий) → тенденція до хронізації симптомів;
- нестабільні типи (циклотимний) → коливальний характер симптоматики;
- гіпертимний → відносний захисний фактор при низькій тривожності.

Дані підтверджують гіпотезу про те, що акцентуйовані риси характеру є предикторами інтенсивності та структури переживання ПТСР.

2.7 Практичні рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам із ПТСР з урахуванням акцентуацій характеру

Отримані результати емпіричного дослідження засвідчили суттєві відмінності у перебігу посттравматичних симптомів залежно від домінуючих акцентуацій характеру. У зв'язку з цим психологічна допомога має бути

диференційованою – тобто враховувати як загальні механізми ПТСР, так і типологічні особливості особистості.

Нижче наведено комплекс рекомендацій, що може бути використаний практичними психологами, психотерапевтами, кризовими консультантами та фахівцями служб психічного здоров'я.

Загальні принципи психологічної роботи з особами з ПТСР:

1. Безпечне середовище та стабілізація

Перед початком глибинної роботи необхідно забезпечити базову стабілізацію:

- нормалізація дихання та тілесної регуляції
- навчання технік «заземлення»
- робота з гострими симптомами тривоги
- зниження гіперактивації (сон, харчування, фізична активність)

Стабілізаційний етап є обов'язковим для всіх клієнтів, але особливо – для тривожних, циклотимних та застрягаючих типів.

2. *Тривожний тип*

Особливості ПТСР: високі інтрузії, виражене уникання, генералізована тривога, підвищена чутливість до небезпеки.

Рекомендації:

- застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для роботи з катастрофічними думками;
- навчання навичок самозаспокоєння, прогресивної м'язової релаксації, діафрагмального дихання;
- робота з униканням через техніки поступового експонування;
- навчання майндфулнес-практик («помічання тривоги без уникання»);
- підтримка відчуття контролю: складання прогнозів, структуризація дня, відпрацювання «планів безпеки» [22; 35; 41].

Тривожним респондентам потрібне більш поступове занурення в травматичний досвід, оскільки швидка експозиція може посилити симптоми.

3. *Емотивний тип*

Особливості ПТСР: емоційне виснаження, сльозливість, підвищена міжособистісна сенситивність, вразливість до соціального стресу.

Рекомендації:

- робота з емоційно-фокусованою терапією (EFT) для розпізнавання й відреагування емоцій;
- техніки відновлення емоційних меж (психоедукація про «виснаження через співпереживання»);
- навчання навичкам самопідтримки та стабілізації настрою;
- розвиток ресурсності через арт-терапію, символдраму, тілесно-орієнтовані методи;
- робота з почуттям провини й самозвинуваченням.

Емотивні клієнти часто потребують довшого «підтримуючого» етапу терапії [32; 33; 51].

4. *Циклотимний тип*

Особливості ПТСР: хвилеподібність симптомів, нестабільність настрою, перепади між виснаженням і гіперактивацією.

Рекомендації:

- стабілізаційні техніки з акцентом на регуляцію настрою;
- когнітивна реструктуризація імпульсивних думок;
- робота з передбачуваністю: щоденники настрою, моніторинг тригерів;
- формування навичок саморегуляції у стресових ситуаціях;
- поведінковий аналіз для встановлення циклів загострення симптомів.

Такі клієнти особливо чутливі до інтенсивної експозиційної терапії – її варто застосовувати дозовано.

5. *Застрагаючий тип*

Особливості ПТСР: найвищий GSI (1,58–1,91), румінації, фіксація на травматичних образах, труднощі із завершенням емоційних процесів.

Це найбільш «ризикова» група, яка має схильність до хронічного або затяжного ПТСР.

Рекомендації:

- застосування методів, що сприяють завершенню емоційних процесів:

- EMDR-терапія (десенсибілізація рухом очей)
- терапія переробки травми (TRT)
- робота з румінаціями через КПТ і техніки когнітивної декатастрофізації;
- інтенсивні тілесні практики (білатеральна стимуляція, grounding);
- підсилення самоконтролю та емоційної гнучкості;
- формування навичок «відпускання» (метафоричні техніки, символдрама).

Для таких клієнтів важливо уникати надто детальної вербалізації травми на перших етапах, щоб не посилити зациклення.

6. *Гіпертимний тип*

Особливості ПТСР: нижча інтенсивність симптомів, високий рівень життєстійкості, кращі копінг-стратегії.

Рекомендації:

- акцент на підтримці здорових стратегій подолання;
- робота з імпульсивністю та уникненням глибоких емоцій;
- профілактика перевантаження (гіпертимні клієнти часто недооцінюють стрес);
- розвиток внутрішньої рефлексії та осмислення пережитого.

Гіпертимний тип – один із найстійкіших до ПТСР, але потребує навчання емоційного “зупинення”.

Техніки та методи, рекомендовані для всіх груп:

Психоедукація

- пояснення механізмів ПТСР
- нормалізація реакцій («те, що з вами відбувається – це типowo для травми»)
- навчання розпізнаванню тригерів

Тілесно-орієнтована терапія

- техніки grounding
- вправи на соматичну регуляцію (Somatic Experiencing)
- дихальна терапія

EMDR. Ефективна для:

- інтрузій
- нічних флешбеків
- гіперактивації
- румінаційних механізмів

Робота з травматичними спогадами (після стабілізації)

Методи:

- наративна експозиція
- перепроживання в безпечному середовищі
- реконструкція травматичної події з опорою на ресурсні аспекти

Рекомендації щодо соціальної та сімейної підтримки

- залучення близьких до процесу терапії, пояснення механізмів

ПТСР

- навчання сім'ї правилам безпечної комунікації
- уникання тиску, критики, оцінювання
- створення «побутових опор» (режим дня, емоційні паузи, фізична активність)

Профілактика повторної травматизації

- уникання насиченої медіаекспозиції (новини, соцмережі)

- контроль стресорів
- робота з почуттям провини
- формування навичок антиципації стресу [22; 35; 41].

Практичні рекомендації мають диференціюватися відповідно до індивідуальних акцентуацій характеру. Тривожні, емотивні та застрягаючі типи потребують глибшої та довшої психотерапевтичної роботи, тоді як гіпертимні – переважно підтримуючих інтервенцій та профілактики виснаження.

Загалом комплексне поєднання стабілізаційних технік, когнітивних підходів, тілесної терапії та EMDR забезпечує найкращі результати у відновленні після ПТСР.

Висновки до розділу

Проведене емпіричне дослідження дало змогу виявити специфіку проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у вибірці із 15 осіб та встановити взаємозв'язок між рівнем психотравматичної симптоматики та індивідуально-психологічними особливостями, зокрема акцентуаціями характеру. Дані, отримані за опитувальниками Mississippi Scale, PCL-M, SCL-90-R та тестом акцентуацій характеру за К. Леонгардом – Г. Шмішеком, демонструють декілька важливих тенденцій, які дозволяють поглибити розуміння психологічних механізмів, що визначають перебіг ПТСР.

На підставі проведеного аналізу сформульовано такі основні висновки:

1. У вибірці виявлено високий рівень психологічної травматизації
За результатами Міссісіпської шкали:
 - 9 із 15 респондентів мають *тяжкий ПТСР* (110–175 балів);
 - 4 респонденти демонструють *виражений рівень симптоматики* (90–109 балів);

- лише 2 учасники мають *помірні прояви* (75–89 балів), а низьких показників майже не виявлено.

Отже, 86% вибірки указує на домінування субклінічних та клінічно значущих форм розладу, що узгоджується з даними попередніх досліджень про високу поширеність ПТСР серед осіб, які пережили бойові, втратні або інші критичні життєві події. Це свідчить про глибокий рівень психотравматизації та потребу в системній психологічній допомозі.

2. Показники за PCL-M підтверджують високий рівень інтрузій, уникання та гіперактивації

За PCL-M:

- 67% учасників мають *виражений або тяжкий рівень ПТСР*;
- у 6 респондентів інтрузії перевищують 20 балів, що вказує на часті флешбеки та нав'язливі спогади;
- уникання підвищене у 12 респондентів, що узгоджується з типовою поведінковою стратегією при ПТСР;
- гіперактивація (дратівливість, напруга, порушення сну) найвища серед емоційно та тривожно акцентуєваних осіб.

Тобто структура ПТСР у вибірці є класичною: домінують інтрузії та гіперактивація, а уникання використовується як компенсаторна стратегія.

3. За SCL-90-R у більшості учасників виявлено клінічно значущий дистрес

GSI:

- $\geq 1,50$ – *клінічно значимий дистрес* у 9 респондентів;
- 1,00–1,49 – *високий дистрес* у 4 респондентів;
- 0,50–0,99 – *помірний дистрес* у 2 учасників.

Найбільш поширені симптоми:

- депресивність – 13 учасників;
- тривожність – 14 учасників;

- міжособистісна сенситивність – 12 учасників;
- обсесивно-компульсивні симптоми – 8 учасників;
- соматоформна симптоматика – 9 учасників.

Це узгоджується з уявленням про ПТСР як комплексний розлад, що має багатовимірну психопатологічну структуру.

4. Акцентуації характеру суттєво впливають на перебіг ПТСР
У вибірці переважають:

- циклотимний тип – 14 осіб;
- емотивний тип – 13 осіб;
- тривожний тип – 12 осіб;
- застрягаючий тип – 11 осіб.

Лише 3 респонденти мають виражений гіпертимний компонент.

Встановлено такі закономірності:

Застрягаючий тип → найвищі інтрузії і GSI

- респонденти цього типу мають GSI 1,58–1,91;
- тривалі румінації та фіксація на травмі підсилюють симптоми.

Тривожний тип → домінування уникання і гіперактивації

- постійне передбачення небезпеки;
- високі показники за шкалами PCL-M.

Такі респонденти частіше демонструють соматизацію, страх перед повторенням травми, уникнення соціальних взаємодій;

Емотивний тип → депресивність, вразливість, виснаження

- підвищена чутливість до міжособистісних стресорів;
- схильність до вторинної травматизації.

Ці респонденти – найбільш вразливі до глибокої афективної симптоматики;

Циклотимний тип → хвилеподібний перебіг симптомів

- чергування фаз підйому та виснаження;

- часті емоційні «провали» після тригерів.

Циклотимний тип асоціюється з нестабільністю емоційних реакцій, що підсилює інтенсивність інтрузій і нав'язливих спогадів;

Гіпертимний тип → нижчий рівень дистресу

- більша життєстійкість;
- тенденція до недооцінювання симптомів.

Гіпертимний тип виявляється умовно «захисним»: суб'єкти демонструють нижчі показники за шкалами депресії та міжособистісної чутливості, однак частіше мають підвищені реакції гіперактивації через схильність до імпульсивності.

5. Встановлено статистично значущі взаємозв'язки між акцентуаціями та ПТСР

Результати вказують, що:

- інтрузії найбільш корелюють із *застрагаючим та емотивним типами*;
- уникання – із *тривожним*;
- гіперактивація – із *циклотимним та застрагаючим*;
- високий GSI – із сукупністю тривожних, емотивних і застрагаючих рис.

Це підтверджує, що *акцентуації виступають модифікаторами перебігу ПТСР*, а індивідуально-психологічний профіль є важливим предиктором тяжкості симптомів. Таким чином, тип акцентуації не лише впливає на інтенсивність ПТСР, але й визначає структуру його проявів. Зазначені типи акцентуацій у 80% випадків відповідали тяжким формам ПТСР за обома клінічними шкалами. Така закономірність підтверджує як теоретичні положення (Леонгард, Шмішек), так і сучасні дослідження, що розглядають акцентуації як фактори ризику розвитку ПТСР та пов'язаних афективних розладів.

Дані також свідчать про певні закономірності *коморбідності*. Респонденти з високим рівнем ПТСР зазвичай демонструють підвищення одразу декількох кластерів симптомів SCL-90-R. Наприклад, при тяжкій гіперактивації (PCL-M) майже завжди фіксується зростання тривожності та obsесивності; при виражених інтрузіях – підвищена міжособистісна сенситивність. Це вказує на системний характер порушень, що охоплюють як когнітивну, так і емоційну та вольову сфери.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що рівень проявів ПТСР значною мірою визначається індивідуально-типологічними особливостями особистості. Найбільш уразливими виявилися особи з поєднанням тривожного, циклотимного та емотивного типів акцентуацій. Для них характерна висока інтенсивність афективних реакцій, схильність до катастрофізації, труднощі у саморегуляції та підвищена емоційна насиченість переживань, що загалом підсилює травматичний вплив та перешкоджає ефективному опрацюванню травматичного досвіду. Натомість особи з гіпертимними рисами демонструють певну резистентність до глибоких депресивно-тривожних компонентів, хоча й можуть проявляти симптоми перевбудження.

Таким чином, результати дослідження узгоджуються з сучасними психологічними моделями ПТСР, які підкреслюють важливість індивідуально-психологічних модераторів у формуванні реакцій на психотравму. Виявлені закономірності підтверджують необхідність індивідуалізованого підходу до психокорекції та психотерапевтичної допомоги, орієнтованого не лише на редукцію симптомів ПТСР, але й на роботу з акцентуйованими рисами особистості, які підтримують або посилюють розлад.

Отримані дані підкреслюють необхідність:

- персоналізованого підходу до психотерапії ПТСР;
- диференціації методів роботи залежно від акцентуацій;

- включення стабілізаційного етапу для тривожних і емотивних типів;
- застосування EMDR та когнітивно-поведінкових протоколів для застрягаючих та циклотимних осіб;
- особливої уваги до клієнтів із високим GSI, що є групою ризику хронічного ПТСР.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження психологічних проявів посттравматичних стресових явищ в осіб з різними типами акцентуацій характеру.

1. Проаналізовано основні теоретичні підходи до розуміння психотравми, посттравматичного стресового розладу та посттравматичних стресових явищ. З'ясовано, що ПТСР розглядається сучасними авторами як багатовимірний феномен, який включає когнітивні (нав'язливі спогади, порушення пам'яті, негативні переконання), емоційні (тривога, страх, провина, сором), поведінкові (уникання, дратівливість, імпульсивність) та психофізіологічні прояви (гіперактивація, порушення сну). Підкреслено, що ПТСР формується не лише як реакція на травматичну подію, але й як результат її тривалої когнітивно-емоційної переробки, вплетеної в особистісну історію людини. У працях В. van der Kolk, М. Horowitz, С. Brewin, Р. Yehuda, J. Herman, Р. Tedeschi та L. Calhoun ПТСР трактується в контексті порушення базових уявлень про світ, себе та інших, а також як потенційне джерело посттравматичного зростання за умови наявності достатніх внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Узагальнення вітчизняних досліджень показало, що в українському контексті особливої актуальності набуває вивчення ПТСР у військовослужбовців, ветеранів та цивільних, які пережили воєнні дії, втрати та вимушене переселення. Таким чином, посттравматичні стресові явища слід розглядати як складний динамічний процес, у якому поєднуються симптоми дистресу та можливості особистісного розвитку.

2. Здійснено теоретичний аналіз проблеми акцентуацій характеру та їхньої ролі як індивідуально-психологічних чинників посттравматичного реагування. На основі підходів К. Леонгарда, А. Лічка, та сучасних українських досліджень показано, що акцентуації характеру відображають надмірно виражені риси, які визначають звичні емоційні реакції, стиль

мислення та поведінку в стресових ситуаціях. Встановлено, що тривожний, сенситивний, дистимічний, застрягаючий типи акцентуацій пов'язані з підвищеною вразливістю до травми, схильністю до фіксації на негативному досвіді, схильністю до почуття провини, сорому, безнадійності. Натомість гіпертимний, демонстративний, екзальтований типи частіше асоційовані з активнішими копінг-стратегіями, соціальною включеністю, тенденцією до переосмислення подій та пошуку ресурсів. Теоретичний аналіз підтвердив, що акцентуації характеру можуть виступати важливими модераторами посттравматичного процесу, однак їхня роль у формуванні конкретних психологічних проявів ПТСР залишається недостатньо вивченою, особливо в умовах повномасштабної війни в Україні. Це зумовило необхідність проведення емпіричного дослідження.

3. Емпірично досліджено рівень і структуру посттравматичних стресових явищ у вибірці з 15 дорослих осіб, які мають досвід переживання травматичних подій воєнного та/або цивільного характеру. Для цього використано опитувальник PCL-M, Міссісіпську шкалу ПТСР, опитувальник SCL-90-R та опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгарда–Х. Шмішека. Встановлено, що значна частина респондентів демонструє підвищені або клінічно значущі показники за шкалами PCL-M та Міссісіпської шкали, що свідчить про вираженість симптомів ПТСР (нав'язливі спогади, уникання, гіперактивація, емоційне оніміння). За даними SCL-90-R виявлено підвищений загальний індекс симптоматичного дистресу (GSI) та переважання таких шкал, як тривожність, депресія, obsесивно-компульсивні прояви, соматизація та міжособистісна чутливість. Кореляційний аналіз показав позитивні зв'язки між загальними балами PCL-M та Міссісіпської шкали, а також між показниками ПТСР і загальним рівнем психологічного дистресу (GSI) та окремими шкалами SCL-90-R. Це свідчить про взаємообумовленість посттравматичних та загально-психопатологічних проявів: чим вищий рівень симптомів ПТСР, тим вираженішими є тривожно-

депресивні та соматоформні симптоми, емоційна нестабільність та напруженість міжособистісних контактів.

4. Виявлено специфіку психологічних проявів посттравматичних стресових явищ в осіб з різними провідними акцентуаціями характеру. Респонденти з тривожною, сенситивною, дистимічною та застрягаючою акцентуаціями продемонстрували вищі показники за шкалами PCL-M та Міссісіпської шкали, частіші скарги на нав'язливі спогади, нічні кошмари, избегання тригерів, підвищену напруженість, емоційне виснаження. Їхні профілі за SCL-90-R характеризуються більш високими значеннями за шкалами тривожності, депресії, соматизації, фобічної тривоги та міжособистісної чутливості. Натомість респонденти з гіпертимною, демонстративною та екзальтованою акцентуаціями загалом демонстрували відносно нижчі рівні посттравматичного стресу, більш варіативні копінг-стратегії, вищу суб'єктивну активність у подоланні наслідків травми. У їхніх профілях SCL-90-R частіше фіксуються помірні, а не високі значення дистресу, що може свідчити про відносно більший адаптаційний потенціал. Отримані результати підтверджують, що акцентуації характеру виступають важливими модераторами посттравматичних стресових явищ, впливаючи як на рівень симптомів, так і на їхню якісну структуру.

5. На основі теоретичного та емпіричного аналізу розроблено практичні рекомендації щодо психологічної роботи з особами з ПТСР з урахуванням типів акцентуацій характеру. Запропоновано:

- проводити комплексну психодіагностику з використанням шкал PCL-M, Міссісіпської шкали, SCL-90-R та опитувальника Шмішека–Леонгарда для виявлення рівня посттравматичного стресу, структури психологічного дистресу та провідних акцентуацій;

- застосовувати диференційований підхід до психокорекції: для осіб з тривожною та сенситивною акцентуаціями – методи стабілізації, розвитку навичок емоційної саморегуляції та безпечного опрацювання травматичних

спогадів; для дистимічного типу техніки активації, роботу з почуттям безнадійності та заниженою самооцінкою; для застрягаючого типу – методи опрацювання образи, гніву та схильності до румінацій; для гіпертимного, демонстративного й екзальтованого типів – фокус на усвідомленні ризикованих стратегій уникання, формуванні більш стабільних способів самопідтримки;

- інтегрувати елементи когнітивно-поведінкової терапії, наративних підходів, технік смислотворення та розвитку посттравматичного зростання, а також психоедукацію для респондентів і їхнього соціального оточення.

Проведене емпіричне дослідження підтвердило висунуту гіпотезу про те, що між рівнем та структурою посттравматичних стресових явищ і типами акцентуацій характеру існує взаємозв'язок: більш виражені симптоми ПТСР та загального психологічного дистресу пов'язані з тривожною, сенситивною, дистимічною та застрягаючою акцентуаціями, тоді як гіпертимна, демонстративна та екзальтована акцентуації можуть бути пов'язані з відносно нижчим рівнем посттравматичного стресу та іншим профілем симптомів.

Отже, всі завдання дослідження виконано, поставлену мету досягнуто, гіпотезу підтверджено.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки за рахунок різних категорій постраждалих (військовослужбовці, ветерани, внутрішньо переміщені особи, члени сімей загиблих), проведенні лонгітюдних досліджень динаміки ПТСР у взаємозв'язку з акцентуаціями характеру, включенні додаткових змінних (рівень резиліентності, соціальної підтримки, копінг-стратегії) та в науковій перевірці ефективності психокорекційних програм, диференційованих за типами акцентуацій характеру. Це дасть змогу поглибити розуміння індивідуальних траєкторій посттравматичного реагування та підвищити ефективність психологічної допомоги в умовах тривалого воєнного та соціального стресу.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги учасникам бойових дій: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 115 с.
3. Анисимова Є. Проблема життєдіяльності людини в екстремальних умовах праці: психологічний сенс особистісного ресурсу. *Психологічні ресурси особистості*. Ізмаїл: ІДГУ, 2019. 48 с.
4. Возніцина К., Литвиненко Л. (ред.). Невидимі наслідки війни. Київ, 2020. 192 с.
5. Гаврилець І. Г. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях. Київ: Віпол, 2006. 188 с.
6. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації: навч. посіб. Київ: Медицина, 2023. 120 с.
7. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5-16.
8. Герберт К. Розуміти травматичний досвід. Львів: Свічадо, 2015. 72 с.
9. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2023. 424 с.
10. Карамушка Т. В., Полівко Л. Ю., Вісіч О. Ю. та ін. Психологічний супровід незламних. Київ–Львів, 2023. 60 с.

11. Кісарчук З. Г. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

12. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

13. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Мороз В. М. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки: методичний посібник Київ: Центр учбової літератури, 2020. 62 с.

14. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В. Діагностування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 153 с.

15. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Посттравматичне зростання військовослужбовців-учасників бойових дій. Частина 1. Теоретичні основи: методичний посібник. Київ: «Центр учбової літератури», 2024. 152 с.

16. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. Психопрофілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців. Харків: НА НГУ, 2022. 213 с.

17. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. Протоколи першої психологічної допомоги. Харків: НА НГУ, 2018. 40 с.

18. Корольчук М. С., Крайнюк В. М., Косенко А. Ф., Кочергіна Т. І. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Київ: ІНКОС, 2002. 272 с.

19. Марущак (Стівенс) О., Гаврилькевич В. Психологічні особливості посттравматичного зростання. *Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору*: матеріали XV Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький,

27 листопада 2025 р.) / редкол.: Т. В. Комар, Д. Є. Карпова; С. О. Рабійчук; Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки. Хмельницький, 2025. С. 229–231.

20. Марущак (Стівенс) О. Посттравматичне зростання та акцентуації характеру. *Stredoevropsky vestnik pro vedu a vyzkum*. Praha, Publishing House Education and Science, 2025. Vol. 2(12). P. 187-198.

21. Мішиєв В. Д. та ін. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій. Київ: Медицина, 2024. 167 с.

22. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.

23. Тараненко Р., Титаренко Ю. Синдром вигорання у військовослужбовців. Кропивницький, 2024. 75 с.

24. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. Київ, 1998. 348 с.

25. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

26. Титаренко Т. М., Ларіна Т. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. 104 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9065/1/Zhiznestoykost_lichnosti.pdf (дата звернення: 23.11.2025).

27. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ: Персонал, 2017. 160 с.

28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC : APA, 2022.

29. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59(1). P. 20–28.

30. Brewin C. R. The nature and significance of memory disturbance in PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 7. P. 203–227.

31. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68. P. 748–766.
32. Calhoun L. G., Tedeschi R. G. The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*. 2014. Vol. 25. P. 93–102.
33. Charuvastra A., Cloitre M. Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*. 2008. Vol. 59. P. 301–328.
34. Cloitre M. Effective psychotherapies for PTSD // *Journal of Clinical Psychology*. 2009. Vol. 65. P. 1–12.
35. Cloitre M. et al. ISTSS treatment guidelines. *Depression and Anxiety*. 2012. Vol. 29. P. 1–13.
36. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38. P. 319–345.
37. Figley C. R. (ed.). *Stress Disorders Among Vietnam Veterans: Theory, Research*. New York: Routledge, 1978.
38. Figley C. R. *Trauma and Its Wake*. New York: Brunner/Mazel, 1985.
39. Forbes D. et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. Vol. 23. P. 537–552.
40. Freud S. *Beyond the Pleasure Principle*. London: Hogarth Press, 1920.
41. Herman J. L. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992.
42. Horowitz M. J. *Stress Response Syndromes*. Northvale: Jason Aronson, 1986.
43. Joseph S., Linley P. A. Trauma, recovery, and growth. *Psychological Inquiry*. 2005. Vol. 16. P. 1–14.
44. Karatzias T. et al. PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8.
45. Kleim B., Wallott F., Ehlers A. Are Trauma Memories Disjointed from other Autobiographical Memories in Posttraumatic Stress Disorder? An

- Experimental Investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008. Vol. 36, Issue 2. P. 221-234. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465807004080>.
46. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
 47. Leonhard K. *Akzentuierte Persönlichkeiten*. Stuttgart: Fischer, 1976.
 48. Maddi S. R. *Hardiness: The Courage to Grow from Stress*. New York: Springer, 2005.
 49. Maercker A., Horn A. A socio-interpersonal perspective on PTSD. *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33. P. 1–12.
 50. Norris F. H., Slone L. B. The epidemiology of trauma and PTSD. *Handbook of PTSD*. New York: Guilford Press, 2013. P. 34–44.
 51. Sapolsky R. M. *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York: Henry Holt, 2004.
 52. Schnurr P., Wachen J., Larsen S. Trauma exposure, PTSD, and Physical health. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/ptsd_physical_health.asp (дата звернення: 22.11.2025).
 53. Solomon Z., Mikulincer M. Trajectories of PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 163. P. 659–666.
 54. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, No. 1. P. 1–18.
 55. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score*. New York: Penguin Books, 2014.
 56. van der Kolk B. A. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1997. Vol. 58 (Suppl 9). P. 16-24.
 57. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346, Issue 2. P. 108–114.
 58. Weathers F. W. et al. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD, 2013.

59. Williams J., Adler A. B., Bliese P. D., McGurk D. Resilience Training with Soldiers during Basic Combat Training: Randomisation by Platoon. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2015. Vol. 7 (1). DOI: <https://doi.org/10.1111/aphw.12040>.

60. Zoellner T., Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*. 2006. Vol. 26. P. 626–653.