

УДК 159.972:159.98

Мирослава ГАСЮК

кандидат психологічних наук, професор,
завідувачка кафедри клінічної та реабілітаційної психології,
Карпатський національний університет імені Василя Стефаника
<https://orcid.org/0000-0002-6277-7726>
e-mail: myroslava.hasiuk@cnu.edu.ua

Тетяна МИЦКАН

кандидат психологічних наук, доцент,
Карпатський національний університет імені Василя Стефаника
<https://orcid.org/0000-0002-4164-2961>
e-mail: тетяна.мицькан@cnu.edu.ua

Лариса МІЩИХА

доктор психологічних наук, професор,
Карпатський національний університет імені Василя Стефаника
<https://orcid.org/0000-0001-7144-3245>
e-mail: larysa.mishchychka@cnu.edu.ua

**ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ
ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУП У СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ**

У статті теоретично обгрунтовано психодіагностичні критерії формування терапевтичних груп у психологічній реабілітації осіб із травматичним досвідом. Актуальність зумовлена зростанням психотравм унаслідок війни в Україні та потребою доказових підходів допомоги. Проаналізовано сучасні підходи до психотерапії посттравматичних станів і роль групових форм у відновленні емоційної регуляції та довіри. Визначено ключові домени оцінки: посттравматична симптоматика, дисоціація, емоційна стабільність, коморбідність і соціальні ресурси. Окреслено критерії готовності до групи та принципи її формування. Показано, що інтеграція психодіагностики з клінічним аналізом підвищує ефективність і безпечність інтервенцій.

Ключові слова: психодіагностика; групова терапія; клінічна психологія; посттравматичний стресовий розлад; емоційна регуляція; психологічна реабілітація.

Myroslava GASYUK, Tetiana MYTSKAN, Larysa MISHCHYKHA

Vasyl Stefanyk Carpathian National University

**PSYCHODIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE FORMATION OF
THERAPEUTIC GROUPS IN THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL
REHABILITATION OF INDIVIDUALS WITH TRAUMATIC
EXPERIENCE**

The article provides a theoretical substantiation of psychodiagnostic criteria for the formation of therapeutic groups within the system of psychological rehabilitation of individuals with traumatic experience. The relevance of the study is determined by the increasing number of individuals exposed to traumatic events as a result of the ongoing war in Ukraine, which necessitates the implementation of structured and evidence-based approaches to psychological care.

Contemporary approaches to the psychotherapy of post-traumatic conditions are analyzed, with particular emphasis on group-based interventions as a means of restoring emotional regulation, interpersonal trust, and social support. The study highlights the role of psychodiagnostics as a basis for clinical decision-making and client allocation to appropriate therapeutic formats. Key psychodiagnostic domains include the severity of post-traumatic symptoms, dissociative manifestations, emotional stability, comorbid mental conditions, and social resources.

Special attention is paid to the differentiation of post-traumatic responses (acute stress reaction, PTSD, and complex PTSD) and their implications for treatment planning. Criteria for psychological readiness to participate in therapeutic groups are defined, including affect regulation capacity, dual awareness, absence of self-destructive behavior, motivational readiness, and interpersonal functioning.

The paper proposes principles for composing therapeutic groups and presents an algorithm for their formation, including stages from initial screening to ongoing monitoring. It is demonstrated that integrating psychodiagnostic assessment with clinical analysis enhances the effectiveness and safety of group psychotherapeutic interventions in psychological rehabilitation.

Keywords: psychodiagnostics; group therapy; clinical psychology; post-traumatic stress disorder; emotion regulation; psychological rehabilitation.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-21>

Стаття надійшла до редакції / Received 14.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 20.05.2026

Опубліковано / Published 28.05.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Мирослава ГАСЮК, Тетяна МИЦКАН, Лариса МІЩИХА

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

У сучасних умовах масової травматизації населення проблема психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом набуває особливої клінічної та соціальної значущості. Повномасштабна війна в Україні істотно збільшила кількість осіб, які пережили бойові дії, втрату близьких, вимушене переміщення, окупацію, полон, поранення, хронічну загрозу життю та інші події, пов'язані з інтенсивним стресом. У цих умовах психологічна допомога має бути не лише доступною, а й структурованою відповідно до сучасних доказових підходів, що підкреслюється як у міжнародних настановах, так і в оновленій українській нормативно-клінічній базі. Зокрема, в Україні у 2024 році затверджено уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», який задає стандартизовані орієнтири для діагностики, лікування та спостереження таких станів [11; 16; 22].

Одним із важливих напрямів психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом є групові форми роботи. Їх терапевтичний

потенціал пов'язаний із можливістю нормалізації переживань, зменшення ізоляції, посилення відчуття приналежності, розвитку навичок емоційної регуляції та відновлення міжособистісної довіри. Міжнародні клінічні настанови розглядають групові психотерапевтичні втручання, зокрема групову когнітивно-поведінкову терапію з травма-фокусом, як один із прийнятних форматів допомоги за умов належного клінічного відбору та професійного супроводу. Водночас ефективність групової роботи при травматичних станах істотно залежить не лише від обраного методу, а й від якості психодіагностичного відбору, який визначає безпечність і терапевтичну доцільність участі конкретної особи у певному груповому форматі [11; 16; 22].

У сучасній науковій літературі достатньо широко висвітлено питання психотерапії посттравматичних станів, фазовості травмаатерапії, значення стабілізації, емоційної регуляції та соціальної підтримки у відновленні після психотравми. Українські автори наголошують на необхідності комплексної медико-психологічної реабілітації військових і цивільних, підкреслюючи значення групових підходів, кризових інтервенцій, копінг-орієнтованої підтримки та індивідуалізації психотерапевтичних рішень. Міжнародні дослідження, зі свого боку, акцентують на потребі диференціювати посттравматичний стресовий розлад і комплексний посттравматичний стресовий розлад, враховувати порушення саморегуляції, негативну Я-концепцію, труднощі у стосунках, а також ретельно оцінювати функціональні порушення і готовність клієнта до травма-фокусованого формату допомоги [11; 16; 22].

Особливої уваги потребує питання психодіагностичної диференціації травматичних станів у контексті формування терапевтичних груп. Клінічна практика показує, що наявність самого лише травматичного досвіду не може бути достатньою підставою для включення особи до групи. Важливими є тип і тривалість травматизації, вираженість інтрузивної симптоматики, уникнення, гіперактивація, наявність або відсутність дисоціативних проявів, рівень емоційної стабільності, міжособистісного функціонування, соціальної підтримки та здатності витримувати груповий процес. Сучасні міжнародні підходи до оцінки PTSD і CPTSD вказують, що особи з більш вираженими порушеннями саморегуляції та міжособистісного функціонування можуть потребувати попередньої фази стабілізації до включення у більш інтенсивні травма-фокусовані інтервенції [11; 16; 22].

Попри зростання кількості публікацій, недостатньо розробленим залишається питання саме психодіагностичних критеріїв формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації. У

більшості праць увага зосереджується або на описі симптоматики ПТСР і суміжних станів, або на ефективності окремих психотерапевтичних методів. Натомість значно менше досліджень присвячено тому, яким чином результати психодіагностики можуть бути використані як інструмент клініко-психологічної маршрутизації особи до відповідного типу групи: стабілізаційної, психоедукаційної, підтримувальної чи травма-фокусованої. Саме ця обставина зумовлює потребу у концептуалізації системи критеріїв, що поєднує assessment і intervention в єдиній логіці прийняття клініко-психологічного рішення [16; 27].

Формулювання цілей статті

Мета статті полягає в теоретичному обґрунтуванні психодіагностичних критеріїв формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом та розробленні логіки їх використання для клініко-психологічного відбору і маршрутизації учасників до відповідного формату групової допомоги [11; 16; 22].

Аналіз останніх досліджень і публікацій

У сучасній системі психічного здоров'я групові форми психологічної допомоги посідають важливе місце у роботі з особами, які пережили травматичні події. Їх використання обґрунтовується як клінічними, так і соціально-психологічними чинниками, оскільки груповий формат дозволяє поєднувати психотерапевтичні інтервенції з відновленням міжособистісних зв'язків, формуванням підтримувального середовища та нормалізацією переживань, пов'язаних із травматичним досвідом [1; 2].

На відміну від індивідуальної терапії, групова робота створює особливий терапевтичний простір, у якому відбувається взаємне віддзеркалення досвіду, зменшується відчуття соціальної ізоляції та формується відчуття спільності переживань. Дослідження групової психотерапії показують, що одним із ключових механізмів її ефективності є феномен групової згуртованості, який забезпечує відчуття безпеки, довіри та взаємної підтримки між учасниками [3]. Саме ці чинники можуть сприяти зниженню рівня сорому, провини та стигматизації, які часто супроводжують травматичний досвід.

Крім того, групова терапія дозволяє створити умови для формування нових моделей міжособистісної взаємодії. Особи, які пережили травму, нерідко демонструють труднощі у довірі до інших людей, схильність до соціального уникнення або, навпаки, до гіперзалежності у стосунках. У груповому процесі ці патерни можуть

проявлятися у безпечному терапевтичному середовищі, що створює можливість для їх усвідомлення та поступової корекції [4].

У міжнародних клінічних рекомендаціях групові психотерапевтичні інтервенції розглядаються як один із можливих форматів допомоги при посттравматичних станах за умови дотримання принципів травма-інформованого підходу та проведення попередньої клінічної оцінки учасників. Зокрема, у настановах Всесвітньої організації охорони здоров'я зазначається, що психосоціальні інтервенції можуть реалізовуватися як у індивідуальному, так і в груповому форматі, якщо вони базуються на доказових методах і проводяться підготовленими фахівцями [5].

Разом із тим ефективність групової терапії значною мірою залежить від складу групи та відповідності формату інтервенції клінічним особливостям учасників. Недостатньо продумане формування груп може призводити до підвищення рівня тривоги, посилення симптомів уникнення або навіть до ретравматизації учасників. Саме тому сучасні підходи до психологічної реабілітації наголошують на необхідності ретельної попередньої оцінки психічного стану та ресурсності осіб, які залучаються до групових інтервенцій [6].

Таким чином, групова терапія може виступати ефективним інструментом психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом, однак її результативність значною мірою визначається якістю клініко-психологічного відбору та адекватністю формування терапевтичних груп [11; 16; 22].

Розглянемо психодіагностику як основу клініко-психологічної маршрутизації у системі психологічної реабілітації.

Психодіагностика відіграє ключову роль у системі психологічної допомоги особам із травматичним досвідом, оскільки дозволяє не лише оцінити актуальний психічний стан клієнта, але й визначити оптимальний формат подальших інтервенцій. У сучасній клінічній практиці результати психологічної оцінки використовуються як підґрунтя для прийняття рішень щодо інтенсивності терапії, вибору психотерапевтичних методів і формату надання допомоги [7].

У контексті психологічної реабілітації особливого значення набуває так звана клініко-психологічна маршрутизація, тобто визначення найбільш доцільного типу допомоги залежно від особливостей психічного стану особи. Такий підхід передбачає, що результати психодіагностики використовуються не лише для встановлення діагнозу, а й для планування терапевтичної стратегії, включно з вибором між індивідуальним, груповим або комбінованим форматом роботи [8].

Сучасні моделі травматерапії наголошують на важливості диференційованого підходу до оцінки посттравматичних станів. Зокрема, дослідження показують, що посттравматичний стресовий розлад і комплексний посттравматичний стресовий розлад можуть суттєво відрізнитися за характером симптоматики, рівнем порушення саморегуляції та особливостями міжособистісного функціонування [9]. Особи з більш вираженими труднощами у сфері емоційної регуляції та стосунків можуть потребувати тривалішої фази стабілізації перед залученням до інтенсивних травма-фокусованих інтервенцій.

Крім того, при плануванні групової терапії необхідно враховувати не лише симптоми травматичного стресу, але й низку інших психологічних показників, зокрема рівень дисоціативних проявів, ступінь емоційної дестабілізації, наявність коморбідних тривожних або депресивних розладів, а також рівень соціального функціонування і підтримки [10]. Саме ці фактори можуть визначати здатність особи витримувати груповий процес і брати участь у взаємодії з іншими учасниками.

У науковій літературі підкреслюється, що ефективна психодіагностична оцінка повинна мати багатовимірний характер і включати як клінічне інтерв'ю, так і стандартизовані психометричні інструменти [11]. Використання валідованих шкал дозволяє підвищити об'єктивність оцінки, порівнювати результати у динаміці та використовувати їх для планування подальших інтервенцій.

Таким чином, у системі психологічної реабілітації психодіагностика виконує не лише діагностичну, але й організаційно-клінічну функцію, забезпечуючи підґрунтя для формування терапевтичних груп, визначення їх структури та підбору учасників з урахуванням їхнього психічного стану, ресурсності та готовності до групового формату роботи [9; 36; 37].

Клінічна практика психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом свідчить, що ефективність групових інтервенцій значною мірою залежить від правильного розуміння характеру травматичного реагування та ступеня його вираженості. Особи, які пережили психотравмуючі події, можуть демонструвати широкий спектр реакцій – від короткочасних гострих стресових реакцій до стійких посттравматичних розладів, що супроводжуються глибокими порушеннями емоційної регуляції, ідентичності та міжособистісного функціонування [12].

У сучасній психіатричній та клініко-психологічній літературі прийнято розрізняти кілька основних форм посттравматичного реагування, які мають різну клінічну динаміку та різні вимоги до

організації психотерапевтичної допомоги. Найбільш поширеними є гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та комплексний посттравматичний стресовий розлад (кПТСР) [13].

Гостра реакція на стрес виникає безпосередньо після травматичної події або протягом перших днів після неї та характеризується інтенсивними емоційними, когнітивними та соматичними проявами. До типових симптомів належать дезорієнтація, тривога, підвищена збудливість, труднощі концентрації уваги, порушення сну та короточасні дисоціативні прояви. У більшості випадків такі реакції мають транзиторний характер і поступово зменшуються за наявності підтримки та відновлення відчуття безпеки [14].

На відміну від гострої реакції на стрес, посттравматичний стресовий розлад формується як більш стійкий патологічний стан, який може розвиватися через певний час після травматичної події. Згідно з діагностичними критеріями DSM-5, клінічна картина ПТСР включає чотири основні кластери симптомів: інтрузивні переживання травматичної події, уникнення нагадувань про травму, негативні зміни у когніціях та емоційному стані, а також підвищену збудливість і реактивність [15]. Ці симптоми можуть призводити до значного порушення соціального та професійного функціонування, що потребує спеціалізованої психологічної допомоги.

Особливу увагу сучасні дослідження приділяють феномену комплексного посттравматичного стресового розладу, який описано у класифікації ICD-11. На відміну від класичного ПТСР, комплексний ПТСР формується переважно внаслідок тривалої або повторюваної травматизації, часто пов'язаної з інтерперсональним насильством, тривалим перебуванням у небезпечних умовах або систематичним психологічним тиском [16]. Крім типових симптомів ПТСР, комплексний розлад характеризується додатковими порушеннями у сфері саморегуляції, негативною Я-концепцією та стійкими труднощами у міжособистісних взаєминах.

З клінічної точки зору ці відмінності мають принципове значення для формування терапевтичних груп. Особи з різними типами травматичного реагування можуть потребувати різних рівнів структурованості групи, різної тривалості терапії та різного ступеня емоційної інтенсивності терапевтичного процесу. Наприклад, учасники з вираженими симптомами комплексного ПТСР часто потребують попередньої фази стабілізації, спрямованої на розвиток навичок емоційної регуляції та відновлення базового відчуття безпеки, перш ніж

вони можуть бути включені до груп, орієнтованих на безпосереднє опрацювання травматичного досвіду [17].

З огляду на це клініко-психологічна диференціація травматичних станів виступає важливим етапом психодіагностичного відбору учасників у систему психологічної реабілітації. Вона дозволяє визначити не лише тип посттравматичного реагування, але й рівень функціонування особи, ступінь її психологічної стабільності та потенційну готовність до участі у груповому терапевтичному процесі [11; 16; 22].

З метою систематизації основних відмінностей між різними формами травматичного реагування доцільно використовувати порівняльний аналіз їхніх клінічних характеристик, що може слугувати орієнтиром для формування терапевтичних груп [11; 16; 22].

Таблиця 1

Порівняльна характеристика основних форм посттравматичного реагування [11; 16; 22]

Клінічний параметр	Гостра реакція на стрес	ПТСР	Комплексний ПТСР
Час появи симптомів	Оразу або протягом кількох днів після події	Через певний час після травматичної події	Поступове формування після тривалої травматизації
Характер травматичного впливу	Окрема інтенсивна подія	Одноразова або повторювана травматична подія	Тривалий або систематичний травматичний вплив
Основні симптоми	Тривога, дезорієнтація, емоційна нестабільність	Інтрузії, уникнення, негативні зміни настрою, гіперактивація	Симптоми ПТСР + порушення саморегуляції, негативна Я-концепція
Образ себе	Тимчасово нестабільний	Схильність до провини або сорому	Стійке відчуття дефектності та знецінення себе
Міжособистісні стосунки	Тимчасові труднощі	Порушення довіри та соціального функціонування	Хронічні труднощі у встановленні та підтриманні стосунків
Клінічні наслідки для групової терапії	Переважно стабілізаційна та підтримувальна допомога	Можлива участь у травма-фокусованих групах	Потреба у фазовій терапії з попередньою стабілізацією

Клініко-психологічна диференціація травматичних станів дозволяє сформуванню більш точне уявлення про психологічні потреби

осіб, які звертаються по допомогу, та створює підґрунтя для обґрунтованого формування терапевтичних груп. Врахування типу травматичного реагування, рівня емоційної стабільності та особливостей міжособистісного функціонування дає можливість мінімізувати ризики ретравматизації та підвищити ефективність групових психотерапевтичних інтервенцій [11; 16; 22].

Ефективність групових психотерапевтичних інтервенцій у роботі з особами, які пережили травматичні події, значною мірою залежить від якості попередньої психодіагностичної оцінки. У сучасних підходах до психологічної реабілітації психодіагностика розглядається не лише як інструмент виявлення симптомів, а як основа клініко-психологічного планування допомоги та формування терапевтичних груп [18].

Більшість сучасних моделей оцінки посттравматичних станів підкреслюють необхідність багатовимірного підходу, який включає оцінку не лише симптомів травматичного стресу, але й емоційної стабільності, дисоціативних проявів, рівня функціонування та соціальної підтримки [19]. Такий підхід дозволяє отримати комплексне уявлення про психічний стан особи, визначити її ресурсність і потенційну готовність до участі у груповому терапевтичному процесі.

У контексті формування терапевтичних груп доцільно виділяти кілька основних психодіагностичних доменів оцінки, кожен з яких виконує окрему функцію у клініко-психологічній маршрутизації клієнтів.

Першим і базовим компонентом психодіагностичної оцінки є визначення вираженості симптомів посттравматичного стресу. Саме цей показник дозволяє оцінити інтенсивність травматичних переживань, їх вплив на функціонування особи та необхідність спеціалізованих психотерапевтичних інтервенцій [11; 16; 22].

Одним із найбільш валідованих інструментів клінічної оцінки ПТСР є Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Це структуроване клінічне інтерв'ю, яке дозволяє оцінити частоту та інтенсивність симптомів ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. CAPS-5 широко використовується у клінічних дослідженнях і практиці як інструмент підтвердження діагнозу та оцінки тяжкості симптомів [20].

Для первинного скринінгу та моніторингу змін у процесі терапії часто застосовується PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Опитувальник містить 20 пунктів, що відповідають чотирьом основним кластерам симптомів: інтрузії, уникнення, негативні зміни у когніціях і настрої, а також гіперактивність. Завдяки простоті використання PCL-5

може застосовуватися як у клінічній практиці, так і в дослідницьких програмах для оцінки динаміки симптомів у процесі терапії [21].

Оцінка вираженості посттравматичних симптомів має принципове значення для визначення формату групової роботи. Особи з помірним рівнем симптоматики можуть бути залучені до психоедукаційних або підтримувальних груп, тоді як клієнти з більш вираженим ПТСР можуть потребувати спеціалізованих травма-фокусованих інтервенцій. [11;16;22]

Важливим аспектом психодіагностичної оцінки при формуванні терапевтичних груп є виявлення дисоціативних симптомів. Дисоціація розглядається як захисний механізм психіки, що виникає у відповідь на інтенсивний стрес і проявляється порушенням інтеграції свідомості, пам'яті та сприйняття [22].

У клінічній практиці для скринінгу дисоціативних проявів широко використовується Dissociative Experiences Scale (DES-II). Цей інструмент дозволяє оцінити частоту дисоціативних переживань у повсякденному житті, включаючи деперсоналізацію, дереалізацію та епізоди втрати пам'яті [23].

Високий рівень дисоціації може ускладнювати участь у травма-фокусованих групових інтервенціях, оскільки під час обговорення травматичних переживань такі учасники можуть демонструвати емоційне “випадіння” з процесу або труднощі у підтриманні контакту з реальністю. У таких випадках доцільним є проведення попередньої стабілізаційної роботи, спрямованої на розвиток навичок заземлення та емоційної регуляції [11; 16; 22].

Посттравматичні стани часто супроводжуються коморбідними психічними розладами, зокрема депресією, тривожними розладами та порушеннями адаптації. Наявність таких симптомів може впливати на здатність особи брати участь у груповому терапевтичному процесі та взаємодіяти з іншими учасниками. [11;16;22]

Для оцінки рівня депресії, тривоги та загального психологічного дистресу у клінічній практиці широко застосовується Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Цей інструмент дозволяє одночасно оцінити три ключові аспекти емоційного стану та отримати узагальнене уявлення про рівень психологічного навантаження, яке переживає клієнт [24].

Виявлення виражених коморбідних симптомів має важливе значення для планування терапії. Наприклад, особи з високим рівнем депресії можуть потребувати додаткової індивідуальної підтримки, тоді як виражена тривожність може вимагати включення технік стабілізації

та регуляції афекту перед початком більш інтенсивної терапевтичної роботи [16; 27].

Крім клінічних симптомів, важливим чинником участі у терапевтичній групі є рівень соціального функціонування та доступність підтримувального середовища. Соціальна підтримка розглядається як один із ключових факторів психологічної резиліентності та відновлення після травматичних подій [25].

Для оцінки цього аспекту часто використовується Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), яка дозволяє визначити рівень підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших. Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки пов'язаний зі зниженням ризику розвитку хронічних посттравматичних симптомів і сприяє більш успішному психологічному відновленню [26].

Оцінка ресурсності особи дозволяє зрозуміти, наскільки вона здатна використовувати групу як простір взаємної підтримки, а не як єдине джерело емоційної стабільності. Це має важливе значення для попередження надмірної залежності від групового процесу та формування більш стійких механізмів адаптації [9; 36; 37].

Таким чином, багатовимірна психодіагностична оцінка дозволяє сформувати комплексне уявлення про психологічний стан осіб із травматичним досвідом та забезпечує обґрунтовану основу для формування терапевтичних груп. Врахування посттравматичних симптомів, дисоціативних проявів, рівня емоційної стабільності та соціальних ресурсів дозволяє підвищити безпечність і ефективність групових психотерапевтичних інтервенцій у системі психологічної реабілітації [11; 16; 22].

Розглянемо критерії психологічної готовності до участі в терапевтичній групі. Формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом потребує не лише діагностичного встановлення посттравматичної симптоматики, але й оцінки психологічної готовності особи до участі у груповому терапевтичному процесі. У сучасних підходах до травмотерапії підкреслюється, що ефективність групових інтервенцій значною мірою залежить від рівня стабілізації учасників, їх здатності до емоційної регуляції та можливості підтримувати взаємодію з іншими учасниками групи [27].

У межах фазових моделей психотерапії травми, які отримали широке поширення у клінічній практиці, участь у групах, орієнтованих на опрацювання травматичного досвіду, розглядається як етап, що передбачає досягнення певного рівня психологічної стабільності. Зокрема, у трифазній моделі лікування травми наголошується на

необхідності попереднього формування базового відчуття безпеки, розвитку навичок емоційної регуляції та стабілізації симптомів перед переходом до інтенсивнішої терапевтичної роботи [28]. Відповідно, оцінка готовності до участі в груповій терапії має враховувати як клінічні симптоми, так і рівень психологічної ресурсності особи.

Одним із ключових критеріїв готовності є здатність до афективної регуляції. Особи, які беруть участь у груповій терапії, мають бути спроможні ідентифікувати власні емоційні стани та використовувати базові стратегії самозаспокоєння у ситуаціях підвищеного дистресу. У випадку виражених труднощів із регуляцією афекту участь у групових обговореннях травматичного досвіду може призводити до надмірної емоційної активації, що ускладнює терапевтичний процес і може підвищувати ризик дестабілізації [29].

Іншим важливим показником є здатність до подвійної обізнаності (dual awareness), тобто можливість одночасно усвідомлювати травматичні переживання та зберігати контакт із поточною реальністю. Ця здатність розглядається як один із ключових механізмів безпечного опрацювання травматичних спогадів у психотерапії. Особи, які не можуть утримувати таку подвійність переживання, можуть переживати інтенсивні інтрузивні реакції або дисоціативні епізоди під час групового процесу, що потребує попередньої стабілізаційної роботи [30].

Значущим критерієм готовності є також відсутність активної саморуйнівної поведінки, зокрема суїцидальних намірів, повторюваного самоушкодження або тяжких форм адиктивної поведінки. Наявність таких проявів потребує більш інтенсивної індивідуальної допомоги та клінічного супроводу, оскільки групова терапія у таких випадках може бути недостатньо безпечною або ефективною [31].

Крім клінічних показників, важливу роль відіграє мотиваційна готовність до участі у терапевтичному процесі. Ефективна групова робота передбачає певний рівень відкритості до взаємодії, готовність дотримуватися групових правил та здатність брати участь у колективному обговоренні досвіду. Особи, які демонструють виражене уникнення або відсутність мотивації до психологічної роботи, можуть потребувати попередніх психоедукаційних або підтримувальних інтервенцій перед включенням до терапевтичної групи [9; 36; 37].

Важливим аспектом оцінки готовності є також рівень міжособистісного функціонування. Групова терапія передбачає активну взаємодію учасників, що вимагає мінімальної здатності до підтримання комунікації, дотримання меж та взаємної поваги. Особи з вираженими

труднощами у сфері міжособистісних стосунків можуть потребувати більш структурованих форм терапії або індивідуальної підготовки до участі у групі [9; 36; 37].

Узагальнюючи результати психодіагностичної оцінки, клінічний психолог приймає рішення щодо доцільності включення особи до певного типу терапевтичної групи або необхідності проведення попередньої стабілізаційної роботи. Такий підхід дозволяє мінімізувати ризики ретравматизації, підвищити безпечність групового процесу та забезпечити відповідність терапевтичного формату психологічним потребам учасників [9; 36; 37].

Таблиця 2

Критерії психологічної готовності до участі в терапевтичній групі

Критерій	Психологічні маркери	Значення для групової терапії
Афективна регуляція	здатність розпізнавати та регулювати емоції	забезпечує безпечну участь у групових обговореннях
Подвійна обізнаність	усвідомлення травматичних переживань без втрати контакту з реальністю	дозволяє безпечно працювати з травматичним матеріалом
Відсутність саморуйнівної поведінки	стабільність поведінки, відсутність суїцидальних намірів	знижує ризик кризових ситуацій у групі
Мотиваційна готовність	готовність до участі у терапевтичному процесі	сприяє ефективній взаємодії в групі
Міжособистісне функціонування	здатність до комунікації та дотримання меж	забезпечує конструктивну групову динаміку

Таким чином, визначення психологічної готовності до участі у терапевтичній групі є важливим етапом клініко-психологічного відбору у системі психологічної реабілітації. Інтеграція результатів психодіагностичної оцінки з аналізом поведінкових та мотиваційних характеристик особи дозволяє сформулювати більш безпечні та ефективні терапевтичні групи, що відповідають потребам їх учасників.

Поряд із визначенням психологічної готовності до участі у груповій терапії важливим етапом клініко-психологічного відбору є виявлення станів, які можуть обмежувати або тимчасово відтермінувати включення особи до терапевтичної групи. У сучасних підходах до психологічної реабілітації підкреслюється, що наявність психічного розладу сама по собі не завжди є підставою для виключення з групового формату допомоги. Натомість вирішальним фактором виступає рівень психологічної стабільності, здатність особи

витримувати груповий процес та безпечно взаємодіяти з іншими учасниками [32].

До станів, які можуть потребувати відтермінування участі у груповій терапії, належать насамперед гострі кризові стани, що супроводжуються високим ризиком самопошкоджувальної поведінки або вираженою емоційною дестабілізацією. У таких випадках пріоритетною є індивідуальна кризова допомога, стабілізація психічного стану та, за необхідності, міждисциплінарний супровід із залученням психіатричної допомоги [33].

Також обережності потребує залучення до групової роботи осіб із вираженими дисоціативними симптомами або значними труднощами у регуляції афекту. За даними клінічних досліджень, високий рівень дисоціації може ускладнювати участь у груповому процесі, оскільки під час обговорення травматичних переживань такі учасники можуть втрачати емоційний контакт із ситуацією або демонструвати епізоди психічного «відключення» [34]. У подібних випадках доцільним є попереднє проведення стабілізаційних інтервенцій, спрямованих на розвиток навичок заземлення та емоційної регуляції.

Окремої уваги потребують також ситуації, коли психічний стан особи супроводжується вираженою поведінковою дезорганізацією або труднощами у дотриманні міжособистісних меж. Участь у груповій терапії передбачає певний рівень соціальної компетентності, здатність до взаємної поваги та дотримання правил групової взаємодії. У разі суттєвих порушень цих аспектів може бути рекомендована попередня індивідуальна робота, спрямована на формування базових навичок міжособистісної взаємодії [9; 36; 37].

Водночас сучасна клінічна практика демонструє тенденцію до більш гнучкого підходу у визначенні критеріїв участі в груповій терапії. Деякі дослідження показують, що навіть за наявності коморбідних психічних розладів участь у травма-фокусованих інтервенціях може бути ефективною за умов належної клінічної підтримки та поступового включення у терапевтичний процес [35]. Таким чином, рішення про участь особи у терапевтичній групі повинно прийматися індивідуально з урахуванням результатів психодіагностичної оцінки, рівня стабільності психічного стану та доступних ресурсів підтримки.

Отже, критерії обмеження або відтермінування участі у груповій терапії виконують важливу функцію забезпечення безпечності терапевтичного процесу. Їх використання дозволяє мінімізувати ризики дестабілізації учасників та створити умови для більш ефективної групової роботи у системі психологічної реабілітації [9; 36; 37].

Формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом потребує врахування низки клініко-психологічних та організаційних принципів, які забезпечують безпечність і ефективність групового процесу. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що успішність групової терапії значною мірою визначається не лише обранням психотерапевтичним підходом, але й особливостями складу групи, рівнем сумісності її учасників та балансом їхніх психологічних характеристик [36].

Одним із ключових принципів комплектування терапевтичних груп є урахування клінічної однорідності травматичних станів. У практиці психологічної реабілітації часто застосовуються групи, сформовані за принципом подібності травматичного досвіду або рівня посттравматичної симптоматики. Такий підхід сприяє швидшому формуванню довіри між учасниками та полегшує процес взаємного розуміння переживань. Дослідження показують, що учасники груп із подібним досвідом травматизації частіше демонструють вищий рівень групової згуртованості та відкритості у терапевтичному процесі [37].

Водночас повна однорідність групи не завжди є оптимальною умовою терапії. Надмірна гомогенність може обмежувати різноманітність копінг-стратегій і досвіду подолання труднощів, які можуть бути корисними для інших учасників. Тому у практиці реабілітації дедалі частіше використовується помірно гетерогенний підхід, за якого учасники можуть мати різний життєвий досвід, але подібний рівень психологічної стабільності та здатності до участі у груповому процесі [38].

Іншим важливим принципом є баланс психологічних характеристик учасників групи. Під час формування групи доцільно враховувати рівень емоційної регуляції, міжособистісні навички та готовність до відкритого обговорення переживань. Наявність у групі учасників із різними стилями реагування на стрес може створювати умови для взаємного навчання та підтримки, проте значні дисбаланси у рівні психологічної стабільності можуть ускладнювати групову динаміку [9; 36; 37].

Важливу роль відіграє також оптимальний чисельний склад групи. У більшості психотерапевтичних моделей ефективною вважається група, що включає від шести до десяти учасників. Така кількість дозволяє забезпечити достатній рівень міжособистісної взаємодії, водночас зберігаючи можливість для індивідуального залучення кожного учасника до терапевтичного процесу [39].

Окремим принципом є стабільність складу групи. Постійність учасників сприяє формуванню атмосфери довіри та безпеки, що є

особливо важливим у роботі з травматичним досвідом. Часті зміни складу групи можуть порушувати процес формування групової згуртованості та ускладнювати розвиток терапевтичних взаємин між учасниками [11; 16; 22].

Таким чином, комплектування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації повинно здійснюватися з урахуванням клінічної сумісності учасників, рівня їх психологічної стабільності, особливостей міжособистісного функціонування та організаційних умов групового процесу. Дотримання цих принципів дозволяє створити терапевтичне середовище, що сприяє відновленню психологічного благополуччя та ефективному опрацюванню травматичного досвіду [11; 16; 22].

На основі нашого дослідження нами сформований алгоритм формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації. Формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом має здійснюватися як послідовний клініко-психологічний процес, що поєднує психодіагностичну оцінку, аналіз ресурсності та визначення оптимального формату терапевтичної допомоги. У сучасних підходах до травматерапії наголошується, що ефективна організація групових інтервенцій потребує чіткої процедури відбору учасників та визначення їхньої готовності до участі у груповому процесі [40].

Першим етапом алгоритму є первинний психодіагностичний скринінг, метою якого є виявлення основних симптомів травматичного стресу, емоційної дестабілізації та загального психологічного дистресу. На цьому етапі можуть використовуватися короткі стандартизовані опитувальники, що дозволяють швидко оцінити інтенсивність симптомів та визначити необхідність подальшої поглибленої оцінки [11; 16; 22].

Другим етапом виступає клініко-психологічне інтерв'ю, спрямоване на уточнення характеру травматичного досвіду, тривалості симптомів, наявності коморбідних станів та особливостей психосоціального функціонування особи. Клінічне інтерв'ю дозволяє отримати більш цілісне уявлення про індивідуальні особливості клієнта та його життєвий контекст, що є важливим для прийняття рішення щодо формату подальшої допомоги [11; 16; 22].

На третьому етапі здійснюється поглиблена психодіагностична оцінка, яка включає використання стандартизованих психометричних інструментів для визначення рівня посттравматичної симптоматики, дисоціативних проявів, емоційної стабільності та соціальної підтримки. Результати такої оцінки дозволяють оцінити ступінь психологічної

стабільності особи та її потенційну готовність до участі у груповому терапевтичному процесі [11; 16; 22].

Четвертий етап передбачає оцінку психологічної ресурсності та міжособистісного функціонування. На цьому етапі аналізується здатність особи до афективної регуляції, рівень мотивації до терапевтичної роботи, готовність до взаємодії з іншими учасниками та наявність зовнішніх джерел підтримки. Визначення ресурсності дозволяє оцінити, чи може особа використовувати групову терапію як простір взаємної підтримки та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу [9; 36; 37].

П'ятим етапом є прийняття клініко-психологічного рішення щодо включення до певного типу терапевтичної групи. Залежно від результатів психодіагностичної оцінки особа може бути включена до стабілізаційної, психоседаційної, підтримувальної або травма-фокусованої терапевтичної групи. У випадках, коли рівень психологічної стабільності є недостатнім, може бути рекомендована попередня індивідуальна робота або участь у більш структурованих формах психологічної підтримки [16; 27].

Заключним етапом алгоритму є моніторинг психологічного стану учасників у процесі групової терапії. Регулярна оцінка динаміки симптомів і психологічного функціонування дозволяє своєчасно виявляти ознаки дестабілізації, коригувати терапевтичний план та, за необхідності, змінювати формат психологічної допомоги [9; 36; 37].

Таким чином, запропонований алгоритм формування терапевтичних груп передбачає інтеграцію результатів психодіагностичної оцінки з клініко-психологічним аналізом ресурсності та готовності особи до участі у груповому процесі. Такий підхід дозволяє підвищити безпечність і ефективність групових психотерапевтичних інтервенцій у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом [11; 16; 22].

У системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом групові інтервенції можуть реалізовуватися у різних форматах залежно від клінічних характеристик учасників, рівня їхньої психологічної стабільності та цілей терапевтичної роботи. Сучасні підходи до травматерапії передбачають диференційоване використання групових форматів допомоги, що дозволяє адаптувати терапевтичний процес до потреб різних категорій клієнтів [42].

Одним із найбільш поширених типів є стабілізаційні терапевтичні групи, основною метою яких є зниження рівня емоційного дистресу та формування базових навичок саморегуляції. У таких групах увага зосереджується на розвитку технік заземлення, управління

тривогою, стабілізації емоційних станів та формуванні відчуття безпеки. Подібний формат часто використовується на початкових етапах психологічної реабілітації, особливо у роботі з особами, які мають виражені симптоми посттравматичного стресу або труднощі у регуляції афекту [11; 16; 22].

Другим типом є психоедукаційні групи, спрямовані на підвищення обізнаності учасників щодо психологічних наслідків травми та механізмів подолання стресу. У межах таких груп учасники отримують інформацію про типові реакції на травматичні події, опановують базові копінг-стратегії та навички самодопомоги. Психоедукаційний формат може виступати як самостійний етап допомоги або як підготовка до більш глибокої психотерапевтичної роботи [11; 16; 22].

У випадках, коли учасники демонструють достатній рівень психологічної стабільності, можуть застосовуватися терапевтичні групи, орієнтовані на опрацювання травматичного досвіду. У таких групах використовується більш інтенсивна психотерапевтична робота, що може включати елементи травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, нарративні підходи або інші методи опрацювання травматичних спогадів. Участь у подібних групах потребує попередньої оцінки готовності клієнтів, оскільки обговорення травматичних подій може викликати підвищену емоційну активацію [11; 16; 22].

Окрему категорію становлять підтримувальні реабілітаційні групи, які спрямовані на відновлення соціального функціонування, розвиток міжособистісних навичок та посилення відчуття приналежності до спільноти. У таких групах основна увага приділяється обміну досвідом, взаємній підтримці та формуванню адаптивних стратегій подолання життєвих труднощів. Подібні групи часто використовуються на етапі соціальної реінтеграції після проходження інтенсивної терапії [25; 26].

З огляду на різноманітність психологічних потреб осіб із травматичним досвідом, у практиці психологічної реабілітації дедалі частіше застосовується поетапна модель групової допомоги, за якої клієнт може послідовно брати участь у різних типах груп залежно від динаміки свого психологічного стану. Такий підхід дозволяє забезпечити поступовість терапевтичного процесу та підвищити його ефективність [11; 16; 22].

Етичні засади психодіагностичного відбору є невід'ємною складовою формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом. Проведення психодіагностичної оцінки має ґрунтуватися на принципах

інформованої згоди, конфіденційності, поваги до гідності клієнта та запобігання ретравматизації. Перед початком обстеження фахівець повинен надати учаснику зрозумілу інформацію про мету та процедури психодіагностики, можливість відмови або переривання участі у будь-який момент, а також про використання отриманих результатів для планування психологічної допомоги. Важливим аспектом є застосування травма-інформованого підходу, який передбачає обережність у роботі з травматичними спогадами, використання стабілізаційних технік у разі підвищення емоційного дистресу та дотримання принципу мінімальної інвазивності під час інтерв'ю. Окрім цього, психолог повинен враховувати соціокультурні та індивідуальні особливості особи, забезпечуючи безпечне та підтримувальне середовище для проведення психодіагностичної оцінки. Дотримання етичних принципів дозволяє підвищити довіру до терапевтичного процесу, зменшити ризик психологічної шкоди та створити передумови для ефективного формування терапевтичних груп [11; 16; 22].

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

У статті здійснено теоретичне узагальнення та систематизацію підходів до визначення психодіагностичних критеріїв формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом. Проведений аналіз сучасної наукової літератури дозволив встановити, що ефективність групових психотерапевтичних інтервенцій значною мірою залежить від якості психодіагностичного відбору учасників, який має враховувати не лише вираженість посттравматичної симптоматики, але й рівень психологічної стабільності, дисоціативні прояви, коморбідні емоційні стани, міжособистісне функціонування та наявність соціальних ресурсів підтримки [11; 16; 22].

Обгрунтовано доцільність багатовимірного психодіагностичного підходу, що поєднує клінічне інтерв'ю зі стандартизованими психометричними інструментами оцінки посттравматичного стресу, дисоціативних проявів, емоційного дистресу та соціальної підтримки. Така система оцінки дозволяє сформуванню комплексне уявлення про психологічний стан особи та визначити її готовність до участі у груповому терапевтичному процесі [11; 16; 22].

У роботі визначено ключові критерії психологічної готовності до участі в терапевтичній групі, серед яких особливе значення мають здатність до афективної регуляції, відсутність активної саморуйнівної поведінки, базовий рівень міжособистісного функціонування та

мотиваційна готовність до терапевтичної взаємодії. Водночас окреслено клінічні ситуації, за яких участь у груповій терапії може потребувати відтермінування або додаткової стабілізаційної роботи [9; 36; 37].

Запропоновано принципи комплектування терапевтичних груп, що передбачають урахування клінічної сумісності учасників, рівня їх психологічної стабільності, особливостей міжособистісної взаємодії та оптимального чисельного складу групи. Показано, що ефективне формування груп має спиратися на поєднання елементів гомогенності та помірної гетерогенності, що сприяє розвитку групової згуртованості та взаємного навчання учасників [9; 36; 37].

На основі узагальнення результатів психодіагностичної оцінки розроблено алгоритм формування терапевтичних груп у системі психологічної реабілітації, який включає етапи первинного скринінгу, клініко-психологічного інтерв'ю, поглибленої психодіагностики, оцінки ресурсності, прийняття рішення щодо типу терапевтичної групи та подальшого моніторингу психологічного стану учасників.

Окрему увагу приділено етичним засадам психодіагностичного відбору, що передбачають дотримання принципів інформованої згоди, конфіденційності, запобігання ретравматизації та поваги до індивідуальних особливостей клієнта. Дотримання цих принципів є важливою умовою безпечного та відповідального формування терапевтичних груп [41; 42].

Отже, запропонована система психодіагностичних критеріїв та алгоритм формування терапевтичних груп можуть бути використані як методичне підґрунтя для організації групових психотерапевтичних інтервенцій у системі психологічної реабілітації осіб із травматичним досвідом. Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричною перевіркою ефективності запропонованої моделі та її адаптацією до різних контекстів психологічної допомоги, зокрема у роботі з ветеранами бойових дій, внутрішньо переміщеними особами та іншими групами населення, які пережили травматичні події [11; 16; 22].

Література

1. Бойко О. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після бойового стресу. Київ : Ніка-Центр, 2021. 248 с.
2. Бондаренко О. Ф. Психологічне консультування клієнтів із невротичними розладами. Київ : Либідь, 2018. 320 с.

3. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М. Основи психологічної допомоги постраждалим від психотравмуючих подій. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 312 с.
4. Колесник В. І. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретичні та прикладні аспекти. Львів : Сполом, 2020. 264 с.
5. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». Київ, 2024.
6. Міщина Л. П. Психологія кризових станів особистості. Івано-Франківськ : НАІР, 2019. 276 с.
7. Пірен М. І. Психологія травми та кризових станів. Київ : Академвидав, 2017. 256 с.
8. Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології психологічної допомоги. Київ : Главник, 2018. 320 с.
9. Ялом І. Теорія та практика групової психотерапії. Київ : Основи, 2019. 560 с.
10. Яценко Т. С. Психодіагностика глибинних процесів психіки. Київ : НПУ ім. М. Драгоманова, 2017. 284 с.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington : APA, 2013.
12. Brewin C. R. Posttraumatic Stress Disorder: Malady or Myth? Yale University Press, 2016.
13. Cloitre M., Garvert D., Brewin C., Bryant R., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013. Vol. 4.
14. Courtois C. A., Ford J. D. Treatment of Complex Trauma: A Sequenced Relationship-Based Approach. New York : Guilford Press, 2016.
15. Figley C. R. Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. New York : Routledge, 2014.
16. Herman J. Trauma and Recovery. New York : Basic Books, 2015.
17. Hinton D., Hofmann S. Emotion dysregulation and trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2017.
18. Keane T. M., Barlow D. H. Posttraumatic Stress Disorder. In: *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York : Guilford Press, 2018.
19. Litz B. T., Gray M. J. Early intervention for trauma. *Clinical Psychology Review*. 2018.

20. Weathers F. W. et al. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). National Center for PTSD, 2013.
21. Blevins C. A. et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Journal of Traumatic Stress*. 2015.
22. van der Kolk B. A. The Body Keeps the Score. New York : Viking, 2014.
23. Bernstein E., Putnam F. Development of the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986.
24. Lovibond S., Lovibond P. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney : Psychology Foundation, 1995.
25. Zimet G. D. et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988.
26. Ozbay F. et al. Social support and resilience to stress. *Psychiatry*. 2007.
27. Cloitre M., Courtois C. A., Ford J. D. Treating Complex Traumatic Stress Disorders. New York : Guilford Press, 2012.
28. Herman J. L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992.
29. Linehan M. Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York : Guilford Press, 2015.
30. Siegel D. The Developing Mind. New York : Guilford Press, 2012.
31. Stanley B., Brown G. Safety planning intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012.
32. Bisson J., Cosgrove S. Psychological therapies for chronic PTSD. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
33. Roberts N., Kitchiner N. Early psychological interventions for trauma. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019.
34. Sar V. Dissociative disorders and trauma. *Current Psychiatry Reports*. 2017.
35. Steel Z., Chey T. Association of torture with mental disorders. *JAMA*. 2009.
36. Burlingame G., Fuhriman A. Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy*. 2015.
37. Yalom I., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York : Basic Books, 2020.
38. Corey G. Theory and Practice of Group Counseling. Boston: Cengage Learning, 2016.
39. Toseland R., Rivas R. An Introduction to Group Work Practice. Boston : Pearson, 2017.

40. Foa E., Keane T., Friedman M. *Effective Treatments for PTSD*. New York : Guilford Press, 2019.
41. American Psychological Association. *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington : APA, 2017.
42. World Health Organization. *Guidelines for the Management of Conditions Related to Stress*. Geneva : WHO, 2019.

References

1. Boiko, O. V. (2021). *Psykhologichna reabilitatsiia viiskovosluzhbovtvis pislia boiovoho stresu* [Psychological rehabilitation of military personnel after combat stress]. Kyiv: Nika-Tsentr. [in Ukrainian]
2. Bondarenko, O. F. (2018). *Psykhologichne konsultuvannia klientiv iz nevrotichnyimi rozladamy* [Psychological counseling of clients with neurotic disorders]. Kyiv: Lybid. [in Ukrainian]
3. Kisarchuk, Z. H., & Omelchenko, Ya. M. (2018). *Osnovy psykhologichnoi dopomohy postrazhdalym vid psykhotravmuuichykh podii* [Fundamentals of psychological assistance to victims of traumatic events]. Kyiv: H. S. Kostiuk Institute of Psychology NAES of Ukraine. [in Ukrainian]
4. Kolesnyk, V. I. (2020). *Psykhologichna reabilitatsiia uchasnykiv boiovykh dii: teoretychni ta prykladni aspekty* [Psychological rehabilitation of combat participants: theoretical and applied aspects]. Lviv: Spolom. [in Ukrainian]
5. Ministry of Health of Ukraine. (2024). *Unifikovanyi klinichniy protokol medychnoi dopomohy "Hostra reaktiia na stres. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad. Porushennia adaptatsii"* [Unified clinical protocol of medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adjustment disorders"]. Kyiv. [in Ukrainian]
6. Mishchychka, L. P. (2019). *Psykhologhiia kryzovykh staniv osobystosti* [Psychology of crisis states of personality]. Ivano-Frankivsk: NAIR. [in Ukrainian]
7. Piren, M. I. (2017). *Psykhologhiia travmy ta kryzovykh staniv* [Psychology of trauma and crisis states]. Kyiv: Akademvydav. [in Ukrainian]
8. Tytarenko, T. M. (2018). *Zhyttievi kryzy: tekhnolohii psykhologichnoi dopomohy* [Life crises: technologies of psychological assistance]. Kyiv: Hlavnyk. [in Ukrainian]
9. Yalom, I. (2019). *Teoriia ta praktyka hrupovoi psykhoterapii* [The theory and practice of group psychotherapy]. Kyiv: Osnovy. [in Ukrainian]
10. Yatsenko, T. S. (2017). *Psykhodiahnostyka hlybnykh protsesiv psykhiky* [Psychodiagnostics of deep mental processes]. Kyiv: NPU im. M. Drahomanova. [in Ukrainian]
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA. [in English]
12. Brewin, C. R. (2016). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* Yale University Press. [in English]
13. Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706> [in English]
14. Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2016). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press. [in English]
15. Figley, C. R. (2014). *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. Routledge. [in English]
16. Herman, J. (2015). *Trauma and recovery*. Basic Books. [in English]
17. Hinton, D., & Hofmann, S. (2017). Emotion dysregulation and trauma. *Journal of Traumatic Stress*. [in English]

18. Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2018). Posttraumatic stress disorder. In *Clinical handbook of psychological disorders*. Guilford Press. [in English]
19. Litz, B. T., & Gray, M. J. (2018). Early intervention for trauma. *Clinical Psychology Review*. [in English]
20. Weathers, F. W., et al. (2013). *Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)*. National Center for PTSD. [in English]
21. Blevins, C. A., et al. (2015). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.22059> [in English]
22. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score*. Viking. [in English]
23. Bernstein, E., & Putnam, F. (1986). Development of the dissociative experiences scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. [in English]
24. Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation. [in English]
25. Zimet, G. D., et al. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. [in English]
26. Ozbay, F., et al. (2007). Social support and resilience to stress. *Psychiatry*. [in English]
27. Cloitre, M., Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2012). *Treating complex traumatic stress disorders*. Guilford Press. [in English]
28. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged trauma. *Journal of Traumatic Stress*. [in English]
29. Linehan, M. (2015). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. [in English]
30. Siegel, D. (2012). *The developing mind*. Guilford Press. [in English]
31. Stanley, B., & Brown, G. (2012). Safety planning intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*. [in English]
32. Bisson, J., & Cosgrove, S. (2013). Psychological therapies for chronic PTSD. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [in English]
33. Roberts, N., & Kitchiner, N. (2019). Early psychological interventions for trauma. *European Journal of Psychotraumatology*. [in English]
34. Sar, V. (2017). Dissociative disorders and trauma. *Current Psychiatry Reports*. [in English]
35. Steel, Z., & Chey, T. (2009). Association of torture with mental disorders. *JAMA*. [in English]
36. Burlingame, G., & Fuhrman, A. (2015). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy*. [in English]
37. Yalom, I., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books. [in English]
38. Corey, G. (2016). *Theory and practice of group counseling*. Cengage Learning. [in English]
39. Toseland, R., & Rivas, R. (2017). *An introduction to group work practice*. Pearson. [in English]
40. Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2019). *Effective treatments for PTSD*. Guilford Press. [in English]
41. American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. APA. [in English]
42. World Health Organization. (2019). *Guidelines for the management of conditions related to stress*. WHO. [in English]