

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА СТРАТЕГІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ, ПЕДАГОГІКИ ТА ФІЛОЛОГІЇ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ
ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ТА
ЦИВІЛЬНИМИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ**

Кваліфікаційна робота

Освітня програма: Психологія
Спеціальність: 053 Психологія
Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки
Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський)

Виконала здобувачка
__4__ курсу __1__ групи
Грибкова Софія Андріївна

(підпис)

Науковий керівник
Канд.психол.наук, доцент
Віденєєв Ігор Олександрович

(підпис)

роботу захищено « » 2025 р.

Оцінка: _____

(прізвище, ініціали)

(підпис)

Харків, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ.....	6
1.1. Визначення та класифікація травматичних подій.....	6
1.2. Психологічні наслідки травматичних подій.....	9
1.3. Вплив участі у збройних конфліктах на психологічні особливості особистості.....	12
1.4. Роль психолога у подоланні наслідків психологічної травми.....	16
Висновки до розділу 1.....	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ.....	19
2.1. Методологія та організація дослідження.....	19
2.2. Аналіз отриманих результатів.....	23
2.3. Психологічна програма супроводу осіб, що пережили травматичні події внаслідок війни.....	31
Висновки до розділу 2.....	35
ВИСНОВКИ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	40
ДОДАТКИ.....	47
Додаток А.....	47
Додаток Б.....	48
Додаток В.....	51
Додаток Г.....	54
Додаток Д.....	57
Додаток Е.....	58

ВСТУП

Сучасна соціально-політична ситуація в Україні, зумовлена повномасштабною війною, створює критичні обставини для психічного здоров'я населення. Воєнні дії супроводжуються численними стресогенними подіями, що негативно впливають як на цивільних осіб, так і на військовослужбовців. У таких умовах особливої актуальності набуває вивчення психологічних наслідків травматичних подій, зокрема розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних станів, а також виявлення адаптивних та неадаптивних стратегій подолання психотравми.

Значний відсоток людей, які пережили бойові дії, втрату близьких, вимушене переміщення чи тривале перебування під обстрілами, демонструє ознаки гіперактивації нервової системи, афективної нестабільності, соціальної ізоляції. Водночас військовослужбовці, попри професійну підготовку, також зазнають тривалого психологічного навантаження, що нерідко призводить до ПТСР, порушень адаптації та агресивних реакцій.

Наукова значущість теми зумовлена необхідністю глибшого розуміння особливостей психічного реагування на травматичні події у різних соціальних групах — військових і цивільних. Актуальним є не лише вивчення диференціації ПТСР та тривожності, а й виявлення ефективних копінг-стратегій, які забезпечують збереження психологічної стабільності в умовах війни.

Водночас практична значущість дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані для розробки цільових психокорекційних програм, побудованих з урахуванням специфіки переживання травматичних подій представниками різних соціальних категорій. Це сприятиме покращенню якості психологічної допомоги,

реабілітації та профілактики посттравматичних розладів в умовах тривалого соціального напруження.

Таким чином, суперечність між масштабністю психотравматичних впливів воєнного часу та недостатнім рівнем систематизованих знань про відмінності у реагуванні військових і цивільних осіб обґрунтовує актуальність даного дослідження.

Об'єктом дослідження є психологічні процеси реагування особистості на травматичні події в умовах війни.

Предметом дослідження є особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР), рівнів тривожності та копінг-стратегій у військовослужбовців і цивільних осіб в умовах воєнного стану.

Метою дослідження є підтвердити на емпіричному рівні наявність статистично значущих відмінностей у проявах ПТСР, тривожності та копінг-стратегіях між військовими та цивільними особами; а також розробити психокорекційну програму, спрямовану на зменшення негативних психоемоційних станів та формування адаптивної поведінки.

Гіпотеза дослідження. Існують статистично значущі відмінності у переживанні психотравматичних подій між військовослужбовцями та цивільними особами, що проявляються у рівнях ПТСР, тривожності та домінуючих копінг-стратегіях.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття ПТСР, тривожності та копінг-стратегій у психологічній літературі.
2. Дослідити психоемоційний стан військових та цивільних осіб в умовах війни.
3. Виявити та порівняти рівні ПТСР, тривожності та копінг-стратегій у представників обох груп.
4. Проаналізувати специфіку використання адаптивних і неадаптивних стратегій подолання стресу в умовах травматичного досвіду.

5. Розробити та обґрунтувати програму психологічного супроводу осіб, які пережили психотравматичні події.

Методи дослідження:

Теоретичні методи: аналіз і синтез наукових джерел, порівняння, узагальнення, систематизація понять.

Емпіричні методи: опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-M); шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI); методика «Coping Inventory for Stressful Situations» (CISS) у адаптації Т. Л. Крюкової; t-критерій Фішера – Стьюдента (для статистичного аналізу різниць між вибірками).

Характеристика вибірки. Емпіричне дослідження проводилося на вибірці з 32 осіб, серед яких 16 військовослужбовців та 16 цивільних осіб. Учасники представляли різні регіони України та перебували в умовах воєнного стану у період активної фази повномасштабного вторгнення. Вибірка була збалансована за статтю (приблизно рівна кількість чоловіків і жінок) та віком (від 22 до 50 років).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів з підрозділами, висновків до розділів, загальних висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

1.1. Визначення та класифікація травматичних подій

Вплив травматичних подій цікавить психіатричну літературу протягом багатьох десятиліть у зв'язку з визнанням того, що існує міцний зв'язок між впливом травми та психічними розладами. Визначення того, що є травматичною подією, було введено в таксономію в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 3-є видання (DSM-III) у 1980 році [1] і з тих пір зазнало значних змін і переглядів.

Спочатку травматичну подію описували як подію, що виходить за рамки звичайного досвіду, яка викликає страждання у більшості людей, і це визначення було збережено в DSM-III-TR [1]. Подальші епідеміологічні дослідження, які неодноразово показували, що вплив травми є поширеним явищем [21; 24], призвели до сумніву щодо припущень щодо частоти впливу травми.

У відповідь DSM-IV [1] надав альтернативне визначення травматичної події, визначивши патогенез травми на основі фізичної шкоди. DSM-IV також визнає, що людина може також бути свідком або зіткнутися з травматичною подією, окрім переживання її. DSM-IV представив широкий спектр подій як травматичні, хоча тенденція полягала в тому, щоб зосередитися на одній події, а не на кумулятивних або тривалих подіях. DSM-IV також ввів суб'єктивний компонент у визначення, визнаючи, що не кожен, хто зазнав травматичної події, обов'язково розвиває психопатологію. Зокрема, діагностичні критерії вимагали, щоб переживання травматичної події поєднувалося зі страхом, безпорадністю чи жахом.

DSM-5 [1] ще більше розширив визначення травматичних подій, піднявши сексуальне насильство з описового тексту до явних діагностичних критеріїв. Зокрема, травматична подія в DSM-5 визначається як контакт із фактичною або загрозливою смертю, серйозними травмами чи сексуальним насильством через прямий досвід чи свідчення.

Дізнатися про травматичну подію було піднесено від включення в описовий текст до конкретизації серед діагностичних критеріїв, але звужено, щоб охопити лише знання про те, що травматична подія трапилася з близьким членом родини чи другом. Крім того, якщо травматична подія, про яку стало відомо, включає фактичну або загрозливу смерть, подія повинна була бути насильницькою або випадковою.

Визначення також включає неодноразове або екстремальне враження аверсивних деталей травматичних подій (таких як поліцейські, які неодноразово зазнавали жорстокого поводження з дітьми), що підтверджує частоту впливу травми. Важливо, що суб'єктивна негайна реакція, представлена в DSM-IV, була опущена в DSM-5 через усвідомлення того, що багато людей розвивають психопатологію після травми, не проявляючи специфічної емоційної реакції страху, безпорадності чи жаху [32].

За даними Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я, травма – це подія чи обставина, що призводить до фізичної, емоційної або небезпечної для життя шкоди.

Люди з травмою можуть зіткнутися з проблемами, які впливають на їхнє психічне здоров'я, фізичне здоров'я, емоційне здоров'я та загальне самопочуття. Травма може вплинути на людину будь-якого віку, чи то дитина, чи дорослий.

Травма типу 1 відноситься до несподіваної одноразової травми.

Його також називають «Великим Т» або гострою травмою, його зазвичай пов'язують із посттравматичним стресовим розладом.

Приклади травматичних подій типу 1 можуть включати:

- Насильство або сексуальне насильство
- Хвороба, що загрожує життю, або серйозна травма
- Травматична втрата коханої людини або близької людини
- Бути свідком насильства
- Злочин або нещасний випадок
- Стихійні лиха
- Пологи
- Спроба самогубства

Травма 2 типу, також відома як комплексна травма, відноситься до травми, яка може включати досвід дитинства або травматичний досвід під час раннього розвитку.

Повторювана травма також є травмою 2 типу, коли травма повторюється. Складна травма часто стає частиною стосунків, у яких людина застрає. Це трапляється в таких ситуаціях, як жорстоке поводження з дітьми з боку опікунів.

Загальні приклади травматичних подій типу 2 можуть включати: жорстоке поводження в дитинстві, домашнє насильство, нехтування, травма прихильності, залякування, емоційне, фізичне, вербальне чи сексуальне насильство, релігійна травма, надто суворе виховання.

До основних видів травми відносяться гостра, хронічна і комплексна травма:

1. Гостра травма виникає внаслідок однієї, несподіваної та стресової події.
2. Хронічна травма виникає внаслідок повторюваних травматичних подій.

3. Комплексна травма включає кілька різних типів травматичних подій, які поєднуються, щоб створити унікальні симптоми травми.

1.2. Психологічні наслідки травматичних подій

Травма, включаючи одноразові, багаторазові або довготривалі повторювані події, впливає на кожного по-різному. Деякі люди можуть чітко демонструвати критерії, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), але набагато більше людей демонструватимуть стійкі реакції або короточасні субклінічні симптоми чи наслідки, які виходять за межі діагностичних критеріїв. Вплив травми може бути непомітним, підступним або відверто руйнівним. Те, як подія вплине на людину, залежить від багатьох факторів, включаючи особливості особистості, тип і характеристики події (подій), процеси розвитку, значення травми та соціокультурні фактори.

До недавнього часу зв'язок між впливом травми та психопатологією зосереджувався переважно на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Це було в основному через те, що травма була етіологічно пов'язана з діагностичними критеріями ПТСР (тобто травматична подія є обов'язковим компонентом діагностичних критеріїв).

Спочатку жоден інший психічний розлад не мав травми як необхідного діагностичного критерію. Введення гострого стресового розладу (ГСР) у DSM-IV пов'язало вплив травми з другим розладом. Останнім часом все більше визнається, що широкий спектр психопатологічних реакцій може бути пов'язаний із впливом травми, включаючи тривожні та депресивні розлади [22], розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами [33], психози [26], суїцидальність [38] та межовий розлад особистості [58].

Зі збільшенням наших знань про наслідки впливу травми зростає й визнання того, що не кожен, хто зазнав травматичної події, розвине психопатологію. У результаті все більше уваги приділяється особливостям впливу травми, які можуть збільшити ризик розвитку психічних захворювань. Наприклад, переживання міжособистісного насильства часто асоціюється з вищим рівнем посттравматичного стресового розладу порівняно з іншими типами травматичного впливу [31]. Цей висновок особливо очевидний для екстремальних форм травматичного впливу, таких як зґвалтування та гендерне насильство в цивільному середовищі [51], а також для актів тортур, виявлених у групах, які зазнали масового конфлікту та організованого насильства [55]. Інші дослідження показують, що накопичення багатьох несприятливих і травматичних переживань впливає на психічне здоров'я [41].

Дослідження дедалі більше визнають, що травматичні події, як правило, відбуваються одночасно [23; 53], багато досліджень показують, що вплив однієї травматичної події значно підвищує ризик подальшого впливу [29]. Це свідчить про те, що вплив множинних травм часто відображає взаємопов'язану модель, і дослідження підкреслили це, особливо у випадку дитячої травми [25]. Наприклад, один із батьків із розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, може створити сімейне середовище, у якому дитина може отримати різноманітні травми, зокрема бути свідком насильства, фізичного насильства над дитиною та зневаги. Таким чином, травматичні переживання можуть не виникати ізольовано, а для деяких людей можуть являти собою взаємопов'язану модель багатьох травматичних переживань [51; 55].

Впливова модель кумулятивного навантаження або модель реакції на дозу базувалася на дослідженнях, які показали, що накопичення травматичних подій часто є сильнішим прогностичним фактором результатів, ніж одноразова експозиція [50; 52]. Однак, як правило,

дослідження використовують адитивний підхід до оцінки травми, коли кількість різних подій, яким піддається особа, підсумовуються, щоб отримати кількість травм. Цей підхід неявно припускає, що всі травми мають однакову вагу, і може бути надто спрощеним [34; 37].

Негайна реакція постраждалих після травми досить складна і залежить від їхнього власного досвіду, доступності природних засобів підтримки та цілителів, їхніх навичок подолання та життєвих навичок, навичок найближчих родичів, а також реакції більшої спільноти, у якій вони живуть. Хоча реакції різняться за ступенем тяжкості, навіть найгостріші реакції є природною реакцією на лікування травми — вони не є ознакою психопатології.

Стили подолання варіюються від орієнтованого на дії до рефлексивного та від емоційно експресивного до стриманого. Клінічно стиль реагування менш важливий, ніж ступінь успішного подолання, який дозволяє людині продовжувати необхідні дії, регулювати емоції, підтримувати самооцінку, підтримувати міжособистісні контакти та насолоджуватися ними. Дійсно, минула помилка в психології травматичного стресу, особливо щодо групових або масових травм, полягала в припущенні, що всі постраждалі повинні виражати емоції, пов'язані з травмою, і говорити про травму; новітні дослідження вказують на те, що ті, хто пережив травму, вирішують не переробляти свою травму, такі ж психологічно здорові, як і ті, хто це робить. Найновіші підходи до психологічного дебрифінгу наголошують на повазі до індивідуального стилю подолання та не цінують один тип над іншим.

Початкові реакції на травму можуть включати виснаження, розгубленість, смуток, тривогу, збудження, заціпеніння, дисоціацію, плутанину, фізичне збудження та притуплений афект. Більшість реакцій є нормальними, оскільки вони впливають на більшість постраждалих і є соціально прийнятними, психологічно ефективними та самообмеженими.

Індикатори більш серйозних реакцій включають безперервний дистрес без періодів відносного спокою або спокою, сильні симптоми дисоціації та інтенсивні нав'язливі спогади, які тривають, незважаючи на повернення до безпеки. Відстрочені реакції на травму можуть включати постійну втому, розлади сну, кошмари, страх повторення, тривогу, зосереджену на спогадах, депресію та уникнення емоцій, відчуттів або діяльності, пов'язаної з травмою, навіть віддалено.

1.3. Вплив участі у збройних конфліктах на психологічні особливості особистості

Психічне здоров'я українців сьогодні стає центральною проблемою, оскільки у багатьох людей, які пережили війну, виникають серйозні психічні та соціальні розлади. Війна, яка руйнує нормальне життя, є основним фактором психологічної вразливості [50].

У психологічній літературі посттравматичний стресовий розлад часто пов'язують з поняттям «невроз війни» [48]. Крім того, дослідження показують, що вторинні наслідки війни є основними провісниками психологічних проблем. Військові поранення, параплегія або ампутація підвищують ймовірність подальшої психологічної дисфункції в індивіда [21]. Стрес війни є найпотужнішим патогенним чинником виникнення, виявлення та загострення соматичних, психічних і поведінкових розладів [28].

У літературі описується реакція людей на негаразди на основі моделі зміни життя [24], яка розглядає будь-які зміни як стресові та потенційно небезпечні. Ця модель припускає, що люди реагуватимуть на війну регресом і загостренням симптомів, які підсилюють патологічні реакції, такі як спотворене сприйняття реальності, негативні емоційні реакції,

розлади сну та харчування. Найпоширенішим і помітним психологічним наслідком війни є гострий і посттравматичний стресовий розлад [53].

Було задокументовано, що у мирних жителів, які зазнали бомбардування, розвивається посттравматичний стресовий розлад, тривога, депресія, зловживання психоактивними речовинами та функціональні порушення. Вплив бомбардування також опосередковано впливає на наслідки катастрофи через зміни у світогляді та власних здібностях, а саме бомбардування може змінити структуру особистості – самоконфігурацію – та зрештою призвести до змін у системах значень та ідеології (наприклад, переконаннях чи цінностях щодо світу та людей загалом), системах регуляції емоцій та моделях витривалості та подолання.

Крім того, біженці піддаються надмірному ризику психічних захворювань через вимушену міграцію та переселення в незнайоме середовище. Кожен 10-й біженець у західних країнах страждає на посттравматичний стресовий розлад, приблизно кожен 20-й має сильну депресію, а приблизно кожен 25-й має генералізований тривожний розлад. Емоційний дистрес кожного на діадичному рівні вплине на стосунки та з іншими, погіршення контролю над тривожними емоціями, призводить до неадекватного подолання та негативних почуттів, труднощів у регулюванні внутрішніх переживань, стійкості негативних моделей роботи з собою та іншими та, зрештою, до тривалого посттравматичного стресового розладу [30].

Отже, негативний вплив травматичних подій війни суттєво вплинув на психічне здоров'я та рівень життєдіяльності українського населення. Психологічні наслідки багатогранні, і їх прояви не обмежуються психіатричними симптомами та синдромами. Вони також проявляються в глибоких змінах у давно сформованому когнітивному шаблоні про значення, цінність і доброту себе та світу [39].

Під час досліджень було виявлено, що жертви реакцій бойового стресу демонструють низьку самооцінку та слабку віру в доброзичливість людей. Після травматичних подій вони сприймають світ як дуже небезпечний і загрозливий, і вони не вважають себе гідними та захищеними [39]. Зниження самооцінки суб'єкта, відсутність віри у свою удачу, доброзичливість світу та інших людей призводить до погіршення психічного здоров'я [40]; крім того, ворожість і звинувачення інших безпосередньо пов'язані з симптомами депресії, obsесивно-компульсивною поведінкою тощо [46].

Варто зазначити, що люди є єдиним видом, який може пережити найнесприятливіші переживання, здатні пристосовуватися до мінливих обставин, зосереджуватися на власному унікальному досвіді, аналізувати та переосмислювати його, і таким чином демонструвати витривалість. Війна тягне за собою широкий спектр труднощів, який містить багато негативних факторів і деструктивно впливає на психологічний розвиток особистості, але саме переоцінка пережитого допоможе не тільки подолати труднощі, а й проявити внутрішній потенціал.

Багато негативних наслідків війни для фізичного та психічного здоров'я також пов'язані з хронічним стресом. Фізичні наслідки хронічного стресу, спричиненого військовими операціями, можуть увічнити стан алостатичного стресу в організмі та прискорити процеси захворювання. Хронічний стрес негативно впливає на психічне здоров'я, провокуючи депресію, тривогу та загальне погіршення якості життя.

Люди відрізняються за здатністю справлятися зі стресовими факторами. Чи капітулює людина перед негативними наслідками стресу, частково залежить від її здатності застосовувати фізичні чи психологічні стратегії подолання. Відповідно до теорії COR, людям потрібні ресурси для подолання стресу та підтримки психічного здоров'я. Такі ресурси включають самоефективність, емпатію, соціальну відповідальність,

автономію, активну участь у вирішенні проблем тощо [36]. Копінг-модель базується на поведінкових, а не на емоційних стратегіях подолання.

Відомо, що проблемно-орієнтоване копінг є найефективнішою стратегією. Воно перевершує уникнення, яке полягає не в безпосередньому вирішенні проблеми, а в прийнятті підготовчих заходів для вирішення проблеми, пасивності та ухиленні від прийняття рішень. Варто зазначити, що модель подолання концептуалізує стрес у контексті міжособистісних стосунків, оскільки більшість стресів є не лише індивідуальною, але й загальною, спільною проблемою. У цій теорії дії людини розглядаються у зв'язку з її соціальним оточенням, тобто людина зберігає не лише свою цілісність, а й цілісність суспільства. Тобто просоціальні стратегії є важливими факторами успішного подолання стресу, інтегруючи як індивідуальні, так і колективні механізми подолання [36].

Психічне здоров'я — це складна конструкція, яка охоплює як афект, так і психологічне функціонування з двох різних точок зору: гедонічної точки зору, яка зосереджена на суб'єктивному досвіді щастя та задоволеності життям, і евдемонічної перспективи, яка зосереджена на психологічному функціонуванні та самореалізації [36]. Сприятливий рівень психічного здоров'я визначається психічним благополуччям, ефективним функціонуванням як окремої людини, так і спільноти. Це держава, яка дозволяє людям реалізувати свої здібності, долати життєві стреси, продуктивно вирішувати проблеми та робити внесок у суспільство. Погане психічне здоров'я обмежує прояв як евдемонічного, так і гедонічного благополуччя індивіда та суспільства в цілому [36].

Загалом люди мають витривалість, щоб пережити навіть найнесприятливіші події, і більшість тих, хто пережив війну, які пережили травматичні події, здатні адаптуватися до змінених обставин і інтегрувати екстремальний досвід у свою когнітивну структуру. Однак цей процес

адаптації не завжди є успішним, оскільки значна частка населення страждає від травми, яка проявляється у скаргах на психічне здоров'я, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та/або депресію [43]. Таким чином, дослідження показують, що «рівень впливу» стресорів є сильнішим предиктором негативних наслідків для психічного здоров'я, ніж безпосередній вплив військових [49].

Хоча стрес справді може мати фізіологічний вплив на людей, здається, що певні риси особистості, наприклад витривалість, можуть допомогти пом'якшити його вплив [44]. На початку 80-х років XX століття американські психологи Сюзанна Кобаса та Сальваторе Мадді ввели термін «стійкість» для визначення психологічних, світоглядних переконань людини, які запобігають негативним наслідкам стресу, дозволяють людині залишатися активною та впевненою у сприятливому вирішенні складної ситуації, дають надію та мотивують до вирішення проблеми, забезпечують трансформаційне подолання стресу та складних життєвих ситуацій. Зокрема, вони діють як психологічний буфер проти чутливості до стресу [47].

1.4. Роль психолога у подоланні наслідків психологічної травми

Травмотерапія - це форма терапії, яка може допомогти вам впоратися з емоційною реакцією, викликаною травматичною подією.

Терапія є вирішальною опорою на шляху до зцілення від травми. Це забезпечує безпечне та надійне середовище, де люди можуть зіткнутися зі своїм травматичним досвідом. Цей процес є ключовим, оскільки травма може глибоко вплинути на психічне, емоційне та фізичне благополуччя. Використовуючи різні терапевтичні модальності, люди вчаться керувати своїми емоційними реакціями та змінюють своє розуміння травматичних подій.

КПТ — це структурований підхід до лікування, розроблений для того, щоб допомогти клієнтам переосмислити негативні переконання, пов'язані з травмою. У цій терапії люди працюють над тим, щоб зрозуміти та змінити свої спотворені думки та почуття. Ця когнітивна реструктуризація може призвести до значного покращення настрою та навичок подолання, часто зменшуючи симптоми посттравматичного стресового розладу лише після кількох тижнів лікування.

Терапія тривалого впливу використовує методи поступового впливу, щоб допомогти клієнтам зіткнутися зі своїми спогадами та страхами, пов'язаними з травмою. Зіткнувшись із цими тривожними спогадами в контрольований спосіб, люди дізнаються, що можуть справлятися зі своїм стражданням, не вдаючись до уникнення. Учасники часто повідомляють про зменшення таких симптомів, як спогади та тривога, що сприяє їхній загальній емоційній стабільності.

Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR) — це унікальний підхід, який фокусується на обробці травматичних спогадів за допомогою керованих рухів очей. Ця терапія допомагає клієнтам інтегрувати травматичні переживання та зменшити пов'язану з ними емоційну інтенсивність. Дослідження показують, що EMDR не тільки допомагає полегшити такі симптоми, як нічні кошмари, але також може призвести до значних покращень психічного здоров'я та здатності долати проблеми.

Загалом терапія травм дає людям необхідні навички, щоб впоратися зі своєю травмою, прокладаючи шлях до одужання та відновлення самооцінки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було проаналізовано теоретичні аспекти психологічних особливостей осіб, що пережили травматичні події внаслідок військових дій. Визначено, що поняття травматичної події еволюціонувало від традиційного розуміння як події, що виходить за межі звичайного досвіду, до комплексного визначення в сучасних діагностичних класифікаціях, яке охоплює різні форми травматичного впливу, включаючи безпосередній досвід, свідчення або повторне переживання травми.

Аналізуючи психологічні наслідки травматичних подій, встановлено, що вони можуть варіюватися від гострих реакцій до хронічних психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади та соматичні порушення. Виявлено, що тяжкість наслідків значною мірою залежить від характеру травми, індивідуальних особливостей особистості, соціальної підтримки та стратегії подолання стресу.

Розглянуто вплив участі у збройних конфліктах на психологічні особливості особистості. Визначено, що військовослужбовці та цивільні, які перебувають у зоні бойових дій, зазнають значного психологічного навантаження, що може спричиняти глибокі зміни у когнітивних, емоційних і поведінкових сферах. Підтверджено, що тривалий вплив бойових дій сприяє формуванню негативних переконань про світ, зниженню самооцінки, підвищенню рівня агресії та соціальної ізоляції.

Роль психолога у подоланні наслідків психологічної травми є ключовою, оскільки саме професійна підтримка сприяє адаптації постраждалих до мирного життя та зниженню негативних наслідків травматичного досвіду. Визначено, що найбільш ефективними методами психологічної допомоги є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), терапія тривалого впливу, десенсибілізація та повторна обробка рухами очей (EMDR), а також групова підтримка.

Таким чином, результати теоретичного аналізу підкреслюють важливість комплексного підходу до вивчення впливу травматичних подій на психіку людини та необхідність розробки ефективних методів психологічної підтримки осіб, що зазнали травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

2.1. Методологія та організація дослідження

Проведене теоретичне узагальнення наукових підходів до розуміння психологічних наслідків травматичних подій дозволило визначити ключові характеристики, що піддаються емпіричному дослідженню, а також окреслити прогалини у сучасному науковому знанні. На основі аналізу літературних джерел було виявлено, що військовослужбовці та цивільні особи, які перебувають у зоні воєнних дій або мають досвід переживання бойових подій, демонструють різні рівні посттравматичних симптомів, тривожності та використовують відмінні стратегії подолання.

Метою даного емпіричного дослідження є виявлення та аналіз відмінностей у психологічних особливостях переживання травматичних подій між військовослужбовцями та цивільними особами, зокрема щодо рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності та характеру використання копінг-стратегій у період воєнного стану.

Об'єктом дослідження виступають процеси психічного реагування особистості на травматичні події, спричинені умовами війни.

Предметом дослідження є психологічні особливості посттравматичного стресового розладу, рівень тривожності та переважаючі копінг-стратегії у військовослужбовців та цивільних осіб, які пережили травматичні події в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що існують статистично значущі відмінності у переживанні травматичних подій між військовослужбовцями та цивільними, які проявляються у показниках ПТСР, рівні тривожності та використанні різних копінг-стратегій.

До емпіричного дослідження було залучено 32 особи, які мали досвід переживання травматичних подій унаслідок збройного конфлікту. Вибірка складалася з двох рівних груп:

16 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях або перебували у зоні активного конфлікту,

16 цивільних осіб, які зазнали впливу травматичних подій, пов'язаних з воєнним станом (перебування в зоні бойових дій, втрата близьких, евакуація тощо).

За віковими характеристиками респондентів (Додаток А, рис 1):

18–24 роки – 40%,

25–34 роки – 20%,

35–49 років – 20%,

60+ років – 20%.

Статевий розподіл: жінки – 55%, чоловіки – 45%.

Опитування проводилося анонімно із дотриманням етичних принципів психологічного дослідження. Респонденти були поінформовані про цілі дослідження, надали добровільну згоду на участь та мали право відмовитися від відповіді на будь-яке запитання. Дані були зібрані шляхом онлайн-анкетування за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик.

Для досягнення мети дослідження та перевірки гіпотези було обрано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно охарактеризувати особливості психічного реагування на травматичні події у представників військової та цивільної груп. Зокрема, до складу методик входять: опитувальник посттравматичного стресового розладу (ПТСР) — для виявлення симптоматики, пов'язаної з травматичним досвідом; шкала тривожності Спілбергера – Ханіна — для визначення рівнів реактивної та особистісної тривожності, як одного з ключових чинників посттравматичних проявів; опитувальник «Копінг-поведінка в стресових

ситуаціях» (CISS) за Д. Ендлером, Дж. Паркером, адаптований Т. Крюковою — для діагностики домінантних стратегій подолання стресу; критерій Фішера–Стьюдента (t-критерій) — для визначення статистичної значущості відмінностей між показниками в групах військових та цивільних респондентів.

У рамках дослідження для оцінки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використано шкалу самооцінки PCL-M (PTSD Checklist – Military Version) — стандартизований опитувальник, розроблений для вивчення симптоматики ПТСР у військових контекстах. Ця методика дозволяє зафіксувати інтенсивність переживань, пов'язаних з психологічною травмою, що виникла внаслідок бойового досвіду або інших стресогенних подій воєнного характеру.

Шкала містить 17 тверджень, що відповідають трьом основним кластерам симптомів відповідно до DSM-IV:

1. Інтрузії (нав'язливі думки, сновидіння, флешбеки),
2. Уникнення (емоційне дистанціювання, уникнення тригерів),
3. Гіперактивація (роздратованість, настороженість, труднощі сну).

Респонденти оцінюють кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – «взагалі не турбує» до 5 – «дуже сильно турбує»), що дозволяє кількісно виміряти вираженість симптомів. У дослідженні використовувалася україномовна адаптація опитувальника, придатна для використання як у військових, так і в цивільних умовах.

У дослідженні застосовано методику оцінки рівня тривожності Чарльза Спілбергера у адаптації Ю.Л. Ханіна, яка є одним з найпоширеніших інструментів для діагностики індивідуальних особливостей емоційного стану особистості. Методика передбачає розділення тривожності на два взаємопов'язані, але автономні компоненти:

Ситуативна тривожність (СТ) – відображає реакцію особистості на конкретну стресову ситуацію; її рівень змінюється залежно від зовнішніх обставин;

Особистісна тривожність (ОТ) – є стабільною характеристикою особистості, що вказує на загальну схильність до сприйняття загрозливих ситуацій з високим рівнем тривоги.

Шкала складається з 40 тверджень (20 для кожного типу тривожності), які оцінюються за 4-бальною шкалою від 1 («зовсім ні») до 4 («дуже сильно»), що дає змогу кількісно визначити ступінь вираженості тривожності у кожного респондента.

Методика Спілбергера – Ханіна була обрана для дослідження через її надійність, валідність і чутливість до емоційних змін, що особливо важливо при вивченні наслідків травматичного досвіду. У контексті воєнного стану, коли респонденти можуть перебувати в умовах хронічного або гострого стресу, визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності є критично важливим для діагностики емоційної стабільності та ризику розвитку психічних порушень.

Методика CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) призначена для вивчення індивідуальних стилів подолання стресу — копінг-стратегій, які використовує особистість у складних життєвих або критичних ситуаціях. У контексті травматичних подій, особливо пов'язаних із війною, копінг-поведінка є одним із ключових факторів, що впливає на адаптацію, психоемоційний стан та ризик розвитку ПТСР.

Опитувальник містить 48 тверджень, які респондент оцінює за п'ятибальною шкалою (від 1 — «зовсім не схоже» до 5 — «дуже схоже»). За результатами аналізу відповідей визначаються три основні копінг-стратегії:

Орієнтована на проблему копінг-стратегія – активне вирішення проблеми, планування, раціональна поведінка.

Орієнтована на емоції стратегія – прояв емоційної реакції, самозвинувачення, емоційне розвантаження.

Стратегія уникнення – уникнення проблеми, втеча в соціальну активність або відволікання.

Ці три типи копінгу розглядаються як відносно стабільні особистісні схильності, однак вони можуть змінюватись залежно від ситуації та досвіду переживання стресу.

Для кількісного порівняння результатів між двома незалежними вибірками – групами військовослужбовців і цивільних осіб – у дослідженні застосовується t-критерій Фішера–Стьюдента.

2.2. Аналіз отриманих результатів

Для виявлення вираженості посттравматичних симптомів у респондентів було використано шкалу самооцінки посттравматичного стресового розладу (PCL-M), адаптовану для військових умов. Дана методика дозволяє кількісно оцінити рівень травматичних переживань, базуючись на ключових кластерах симптомів відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV. Отримані результати були згруповані відповідно до загального підсумкового балу, що дає змогу визначити рівень ризику ПТСР у кожного респондента. Виділено три категорії: «ймовірний ПТСР», «підозра на ПТСР», та «симптоматика відсутня» (Додаток Б, табл. 1).

Аналіз показав, що найбільша частка військовослужбовців (14 осіб із 16) продемонструвала рівень «підозра на ПТСР», що свідчить про наявність значної симптоматики травматичного реагування, хоча вона й не досягає клінічного порогу. Водночас лише 1 військовий відповідав критеріям «ймовірний ПТСР», і стільки ж — не виявив суттєвих симптомів (Додаток Б, рис. 1).

У групі цивільних ситуація більш поляризована: 5 осіб (31%) мають ознаки «ймовірного ПТСР», ще 5 осіб — підозру на ПТСР, а 6 респондентів (37%) — не проявляють істотної симптоматики. Такий розподіл може свідчити про гостріші реакції на травматичні події серед цивільного населення, водночас як військові демонструють високий рівень хронічного психоемоційного напруження, не завжди усвідомлюваного як патологія.

Окрім загального показника вираженості посттравматичного стресового розладу, шкала PCL-M дає змогу проаналізувати специфіку травматичного реагування за окремими симптоматичними кластерами, що відображають основні напрями психічної дезадаптації: інтрузії, уникнення, негативні зміни у пізнавальній сфері й настрої, а також гіперактивацію нервової системи. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти природу психологічного стану осіб, які зазнали травматичного досвіду, і порівняти особливості проявів ПТСР у військових і цивільних (Додаток Б, табл. 2).

Аналіз середніх значень у кожному кластері продемонстрував такі тенденції:

Інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, сновидіння) частіше проявлялися у військових (12,5 бала), що вказує на домінування автоматизованих форм реагування та емоційної активізації при згадках про травматичні події (Додаток Б, рис. 2).

Уникнення — як психологічний захисний механізм — майже не відрізнялося між групами (5,12 у військових проти 4,88 у цивільних), що свідчить про однакову потребу в мінімізації контакту з психотравмівними стимулами.

Негативні зміни в пізнанні та настрої більш виражені у військових (11,12 бала), ймовірно, через довший вплив хронічного стресу та специфіку військової служби.

Найбільш разюча відмінність простежується у кластері гіперактивації: цивільні мають вищий середній показник (14,61 бала), що може бути наслідком емоційної нестабільності, порушення сну, посиленої тривоги — реакцій на травму без досвіду її регуляції в бойових умовах.

З метою виявлення особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у представників цивільної та військової груп було здійснено порівняльний аналіз за допомогою *t*-критерію Стюдента для незалежних вибірок (Додаток Б, табл. 3). Отримані результати свідчать про статистично значущі відмінності між групами за загальним рівнем ПТСР ($t = 4,142$; $p = 0,001$), що вказує на більш виражену симптоматику у цивільних респондентів ($M = 43,62$), порівняно з військовими ($M = 29,44$). Аналогічна тенденція простежується за окремими субшкалами. Зокрема, виявлено значущі відмінності за шкалою інтрузій ($t = 4,307$; $p < 0,001$), де середнє значення у цивільних склало 12,31 бала, у військових — 7,19 бала. За шкалою уникнення також зафіксовано вищі показники серед цивільних ($M = 5,00$) порівняно з військовими ($M = 2,44$), що є статистично значущим ($t = 4,747$; $p < 0,001$). Ці результати можуть свідчити про більш інтенсивне переживання травматичного досвіду у цивільного населення, зокрема на когнітивно-емоційному рівні.

Водночас, за субшкалою «негативні зміни в переконаннях та настрої» різниця не була статистично значущою ($t = -1,569$; $p = 0,130$), що свідчить про відносну подібність груп у цій площині симптоматики. За шкалою гіперзбудження виявлено суттєву різницю ($t = 3,949$; $p = 0,001$) з вищими значеннями серед цивільної групи ($M = 13,62$) порівняно з військовою ($M = 8,12$).

Таким чином, результати дослідження за шкалою PCL-M дозволяють зробити висновок про наявність більш інтенсивних проявів посттравматичного стресу серед цивільного населення, що може бути

зумовлено раптовістю та непередбачуваністю до бойових дій, а також відсутністю спеціальної підготовки до дії в умовах стресу.

Методика оцінки тривожності Ч. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна є одним із найбільш валідних і надійних психодіагностичних інструментів для вимірювання двох взаємопов'язаних, але незалежних форм тривожності: ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ). Методика дозволяє оцінити, з одного боку, реактивний стан тривоги у конкретний момент часу, а з іншого — стійку схильність особистості до тривожних переживань, незалежно від ситуації.

Ситуативна тривожність (СТ) відображає реакцію особистості на конкретну стресову або загрозливу ситуацію. Підвищений рівень СТ є ознакою актуального емоційного напруження, тривожного стану, що виникає у відповідь на зовнішній подразник (у нашому випадку — вплив воєнних подій). Результати за цією шкалою наведені у Додатку В, таблиці 1.

Аналіз рівнів ситуативної тривожності показав, що військові переважно демонструють середній (7 осіб) або високий (6 осіб) рівень СТ, що може свідчити про певну адаптацію до стресових умов, але збереження емоційного напруження (Додаток В, рис. 1). У 2 осіб зафіксовано дуже високий рівень тривожності, що потребує додаткової уваги з боку фахівців.

Цивільні респонденти у переважній більшості (13 осіб) мають високий рівень СТ, і ще 3 особи — середній рівень. Жоден цивільний не продемонстрував низької або дуже високої СТ.

Особистісна тривожність (ОТ) відображає стійку індивідуальну схильність особистості до сприйняття широкого кола ситуацій як потенційно загрозливих. Високий рівень ОТ є показником хронічного внутрішнього напруження, яке не завжди залежить від конкретної ситуації, але може значно впливати на поведінку, адаптацію та

психоемоційний стан людини, особливо в умовах тривалого стресу (наприклад, війни). Результати за даною шкалою подані в Додатку В, таблиці 2.

Аналіз результатів за шкалою особистісної тривожності виявив певні відмінності у рівнях базової тривожності між представниками військової та цивільної вибірок (Додаток В, рис. 2).

У групі військовослужбовців більшість респондентів — 62,5% (10 осіб) — продемонстрували середній рівень особистісної тривожності, що може свідчити про відносну емоційну стабільність, навіть з урахуванням пережитих стресових ситуацій. Ще 31,25% (5 осіб) виявили високий рівень ОТ, що вказує на виражену схильність до тривожних реакцій незалежно від конкретної ситуації. Лише один респондент (6,25%) мав низький рівень особистісної тривожності, що є поодиноким випадком серед усієї вибірки. Дуже високого рівня тривожності в цій групі не зафіксовано.

У цивільній вибірці ситуація дещо інша: переважна більшість респондентів — 68,75% (11 осіб) — продемонстрували високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про виражену емоційну напруженість як стабільну особистісну рису. Ще 31,25% (5 осіб) мали середній рівень тривожності, а низького та дуже високого рівнів у цій групі не виявлено.

Порівняльний аналіз між цивільною та військовою групами здійснено за допомогою t-критерію Стюдента (Додаток В, табл. 3). За показником ситуаційної тривожності статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($t = -0,686$; $p = 0,503$). Середнє значення у цивільних становило 49,14 бала, у військових — 50,57 бала. Це може свідчити про подібний рівень напруження в момент дослідження, незалежно від статусу та досвіду перебування в умовах бойових дій.

Натомість за шкалою особистісної тривожності зафіксовано статистично значущу різницю ($t = 2,348$; $p = 0,029$). Цивільна група

демонструє вищий середній рівень особистісної тривожності ($M = 52,36$), порівняно з військовими ($M = 46,21$). Це може свідчити про більш стійке внутрішнє тло тривожності у цивільного населення, що, ймовірно, пов'язане з відсутністю професійної адаптації до екстремальних умов.

Проведений аналіз за шкалами ПТСР (PCL-M) та тривожності (Спілбергера–Ханіна) засвідчив, що як військові, так і цивільні респонденти перебувають у стані психоемоційного напруження, проте з відмінним профілем переживань. Цивільні учасники демонструють вищі показники за більшістю шкал ПТСР, зокрема інтрузій, уникнення та гіперзбудження, а також значущо вищий рівень особистісної тривожності. Водночас рівень ситуаційної тривожності в обох групах виявився приблизно однаковим. Це свідчить не лише про різний ступінь переживання травматичних подій, але й про розбіжності у стратегіях психологічної адаптації: військові, ймовірно, мають більший досвід подолання стресу в умовах ризику, тоді як у цивільних зберігається підвищене внутрішнє тло тривожності й вираженіші ПТСР-симптоми.

На цьому етапі доцільним є дослідження того, які саме копінг-стратегії використовують респонденти для подолання стресу, і як ці стратегії співвідносяться з їхніми психоемоційними проявами. Методика CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) дозволяє ідентифікувати домінантні форми подолання стресу, що особливо важливо в умовах воєнного стану, коли якість адаптаційних механізмів безпосередньо впливає на психологічне благополуччя особистості. Результати опитування за цією методикою подані в Додатку Г, таблиці 1, рис. 1.

Аналіз копінг-стратегій дозволив виявити специфіку подолання стресу представниками обох досліджуваних груп — військових і цивільних. Вивчення домінантних стратегій копінг-поведінки було здійснено за трьома основними напрямками: орієнтація на проблему, орієнтація на емоції та уникнення.

Цивільні значно частіше демонструють високий рівень орієнтації на проблему — 43,8%, тоді як серед військових — лише 12,5%. У військових переважає помірна вираженість цієї стратегії (81,2%), що може свідчити про певний баланс між раціональними та адаптивними формами реагування. Лише 1 військовий респондент продемонстрував низький рівень.

У обох груп домінує помірний рівень стратегії орієнтації на емоції (87,5% військових, 93,8% цивільних). Висока орієнтація на емоції зустрічається лише в 1 цивільного. Низький рівень зафіксовано лише у 2 військових, що свідчить про схильність до емоційного самоконтролю в бойовій групі.

Високий рівень уникнення фіксувався у 43,8% цивільних та 18,8% військових, що свідчить про те, що цивільні респонденти частіше вдаються до пасивних або відволікаючих стратегій (наприклад, уникнення або соціальне переключення). У обох групах основна частка припадає на помірний рівень — понад 80% у кожній категорії.

Хоча стратегія уникнення в моделі CISS подається як цілісна форма поведінкової реакції на стрес, вона не є однорідною за змістом і включає дві концептуально різні підстратегії — соціальну активність та відволікання.

Соціальна активність передбачає звернення до інших людей, пошук соціальної взаємодії як способу зниження психоемоційної напруги. Вона є умовно адаптивною, оскільки передбачає мобілізацію зовнішніх ресурсів підтримки.

Відволікання, навпаки, полягає в переключенні уваги на неважливі чи побічні справи, зниженні емоційного залучення, іноді — в униканні відповідальності або реального розв'язання проблеми. Така стратегія є менш адаптивною і потенційно дезорганізуючою.

З огляду на вищезазначене, роздільний аналіз цих двох субшкал дозволяє глибше інтерпретувати копінг-поведінку респондентів, зокрема — відслідковувати не лише факт уникнення, а й який саме механізм (пошук контактів чи втеча в діяльність) лежить в його основі.

Далі пропонується переглянути Додаток Г, таблицю 2 з розподілом використання підшкал уникнення в обох групах — військових та цивільних осіб.

Сумарний бал за соціальну активність як копінг-стратегію у військовій становив 23% від загального показника уникнення (Додаток Г, рис. 2). Натомість 77% припало на відволікання, що свідчить про виражене використання внутрішньоорієнтованих механізмів "психологічної втечі": переключення уваги, зайнятість іншими справами, мінімізація емоційного реагування.

Співвідношення підшкал серед цивільних є дуже близьким до військової групи: 24% — соціальна активність, 76% — відволікання. Цивільні також значно частіше вдаються до пасивного, неадаптивного копіngu, що може бути наслідком дефіциту ресурсів, дезорганізації соціального середовища або низької психоосвіченості.

Для оцінки статистично значущих відмінностей було застосовано t -критерій Стюдента (Додаток Г, табл. 3). За шкалою орієнтації на проблему статистично значущих відмінностей не виявлено ($t = -1,284$; $p = 0,210$). Середні показники в обох групах були відносно близькими (цивільні — 49,43; військові — 51,21), що свідчить про подібну готовність учасників до раціонального вирішення складних ситуацій.

Натомість за шкалою орієнтації на емоції виявлено статистично значущу відмінність ($t = 2,325$; $p = 0,033$), де цивільні респонденти мали вищі показники ($M = 44,57$), ніж військові ($M = 41,07$). Це свідчить про те, що цивільні в більшій мірі схильні до емоційного реагування у стресових

ситуаціях, що може бути зумовлено недостатнім досвідом або меншою психологічною підготовленістю до екстремальних умов.

Щодо соціальної активності ($t = 0,977$; $p = 0,338$) та відволікання ($t = 1,379$; $p = 0,180$) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено. Це свідчить про те, що в обох вибірках соціальна взаємодія та уникнення проблем за допомогою переключення уваги використовуються з подібною частотою.

2.3. Психологічна програма супроводу осіб, що пережили травматичні події внаслідок війни

Проведений теоретичний та емпіричний аналіз дозволив ґрунтовно окреслити особливості переживання травматичних подій у представників двох різних соціальних груп — військових та цивільних. Теоретичні положення надали розуміння психологічної природи ПТСР, тривожності та копінг-стратегій, а емпіричне дослідження виявило характерні патерни реагування, які спостерігаються у респондентів в умовах воєнного стану.

На основі аналізу результатів можна виділити ключові проблемні аспекти, що стали відправною точкою для створення цілісної психокорекційної програми. Серед них:

- виражені симптоми посттравматичного стресового розладу, особливо серед цивільного населення;
- підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності;
- домінування дезадаптивної копінг-поведінки — передусім уникнення через відволікання, а не через соціальну активність.

Ці особливості свідчать про недостатність природних механізмів саморегуляції, що зумовлює потребу у впровадженні спеціалізованої

психологічної програми, яка допоможе стабілізувати емоційний стан, зменшити вплив травматичного досвіду та сформувати більш адаптивні моделі поведінки в умовах хронічного стресу.

Метою програми є профілактика та корекція посттравматичних проявів у військовослужбовців та цивільних осіб, які зазнали впливу травматичних подій під час воєнного стану, шляхом розвитку адаптивних копінг-стратегій, зниження рівня тривожності та стабілізації емоційного стану.

Завдання програми:

1. Провести первинну діагностику емоційного стану учасників (ПТСР, тривожність, копінг).
2. Забезпечити психоосвітню підтримку щодо природи стресу, тривоги та їх впливу на психіку.
3. Розвинути навички:
 - емоційної саморегуляції
 - адаптивного подолання стресу
 - усвідомленого реагування на тригери травматизації
4. Сприяти зниженню рівня симптомів ПТСР та тривожності.
5. Формувати навички використання соціальної підтримки як ресурсу адаптації.
6. Провести повторну діагностику для оцінки ефективності втручання.

Розроблена психологічна програма має етапну організацію та включає модульну побудову, що забезпечує системне, цілісне і поступове впровадження психокорекційного впливу. Програма поєднує як індивідуальні, так і групові форми роботи, адаптовані до потреб військовослужбовців та цивільного населення, які мають досвід травматичних подій у контексті воєнного стану.

Загальна тривалість програми становить 8 тижнів, з проведенням занять 1–2 рази на тиждень. Такий підхід забезпечує оптимальний баланс між навантаженням і ефективністю засвоєння психотерапевтичного матеріалу.

Для забезпечення цілісного, поетапного впливу на психоемоційний стан осіб, які пережили травматичні події в умовах війни, програма побудована за принципом структурної послідовності. Її логіка ґрунтується на поступовому переході від первинного діагностування до активної психокорекційної та соціально-адаптаційної роботи, з подальшим аналізом динаміки та оцінкою ефективності впровадженого втручання.

Кожен етап програми виконує окрему функцію в контексті загального психотерапевтичного процесу: від виявлення проблеми — до формування сталих змін у поведінковій, емоційній та когнітивній сферах. Визначення цілей, методів і форм роботи на кожному етапі забезпечує методологічну чіткість та практичну ефективність програми.

У Додатку Д, таблиці 1 представлено етапи реалізації програми, їхню мету та основні форми роботи, що застосовуються відповідно до специфіки кожного блоку.

Поетапність програми створює умови для поступового залучення учасників до процесу самопізнання, усвідомлення внутрішніх ресурсів та інтеграції отриманого досвіду у повсякденне життя. Саме така послідовна структура сприяє стійкому терапевтичному ефекту, а також підвищує мотивацію до участі у подальших реабілітаційних заходах.

Формат подання програми

Загалом: 8–10 зустрічей тривалістю 60–90 хв.

Рекомендована форма: групи 6–10 осіб, за можливості — окремі групи для військових та цивільних.

Можлива адаптація до індивідуального формату (особливо для військовослужбовців з обмеженим доступом до групової терапії).

Перед початком активної психокорекційної роботи проводиться діагностичний етап, який не входить до змістовних модулів, але є ключовим для виявлення індивідуальних потреб респондентів. Власне програма складається з шести змістових модулів, які подано в додатку Е.

Усі модулі взаємопов'язані між собою та мають внутрішню логіку побудови: від стабілізації до інтеграції. Учасники програми проходять шлях від розуміння проблеми до формування стійких інструментів її подолання.

Оцінювання здійснюється на основі порівняння результатів діагностичного етапу (до програми) та контрольного вимірювання (після її завершення). Повторне застосування валідних психодіагностичних інструментів дозволяє визначити як кількісні, так і якісні зміни.

Основні індикатори ефективності включають зниження загального балу за шкалою ПТСР (PCL-M), що свідчить про зменшення симптомів посттравматичного реагування; зниження рівнів ситуативної та особистісної тривожності (за шкалою Спілбергера – Ханіна); зміна структури копінг-стратегій (за CISS), зокрема, зростання показників орієнтації на проблему та соціальну активність, зниження неадаптивного уникнення.

Додаткові критерії:

- Підвищення самозвітуваного рівня суб'єктивного благополуччя.
- Покращення комунікативних навичок (за зворотним зв'язком учасників).
- Посилення почуття контролю над власним емоційним станом.

Рекомендації щодо впровадження програми:

1. Програму доцільно адаптувати під контекст військової служби (зокрема для учасників бойових дій) та окремо — для

цивільного населення з урахуванням вікових і професійних особливостей.

2. Завдяки поділу на модулі програма може впроваджуватися як у повному обсязі, так і частково — залежно від наявних ресурсів (часу, фахівців, запиту аудиторії).

3. Оптимальним є поєднання групових та індивідуальних сесій. Груповий формат дозволяє розвивати соціальні зв'язки, а індивідуальні елементи — глибше опрацювати персональні переживання.

4. Програма має реалізовуватись виключно під керівництвом практичних психологів або травматерапевтів, які володіють відповідними інструментами кризової інтервенції.

5. Для широкого впровадження програми важливо залучити підтримку державних і недержавних інституцій (ЗСУ, МОН, МОЗ, ветеранські центри, громади), а також забезпечити методичний супровід та профілактичну підготовку персоналу.

Висновки до розділу 2

Було здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей переживання травматичних подій у військовослужбовців та цивільних осіб під час воєнного стану. За допомогою стандартизованих психодіагностичних методик (PCL-M, шкала тривожності Спілбергера – Ханіна, опитувальник CISS) вдалося виявити як спільні, так і диференційні характеристики психоемоційного реагування на травму.

Військовослужбовці продемонстрували переважно хронічний характер посттравматичних симптомів з домінуванням інтрузій та негативних когнітивно-емоційних змін, а також помірні рівні тривожності, що свідчить про часткову адаптацію до стресу. Цивільні особи частіше

мали клінічно значущі прояви ПТСР та високий рівень тривожності, що свідчить про емоційну вразливість у зв'язку з несподіваністю та неконтрольованістю травматичного досвіду.

За копінг-стратегіями виявлено, що обидві групи переважно використовують помірну орієнтацію на проблему, при цьому цивільні демонструють більшу схильність до дезадаптивного уникнення, що підтверджено розподілом між підшкалами «соціальна активність» та «відволікання». Стратегія уникнення, за результатами розгорнутого аналізу, для обох груп є переважно внутрішньоорієнтованою, з акцентом на відволікання, що ускладнює ефективне проживання травматичних переживань.

Усе це вказує на необхідність розробки спеціалізованої психологічної програми підтримки, орієнтованої як на стабілізацію емоційного стану, так і на формування адаптивних копінг-стратегій.

Було представлено авторську психологічну програму супроводу осіб, які пережили травматичні події внаслідок війни, побудовану на основі попереднього теоретичного аналізу та емпіричних результатів дослідження. Запропонована програма має чітку структуру, яка забезпечує цілісний підхід до профілактики та подолання посттравматичних наслідків серед військовослужбовців та цивільних осіб.

Розроблена програма враховує виявлені особливості психоемоційного стану учасників, зокрема високий рівень симптоматики ПТСР у цивільних, підвищену особистісну тривожність, схильність обох груп до неадаптивних копінг-стратегій, зокрема уникнення через відволікання.

Запропонована структура програми охоплює чотири послідовні етапи: діагностичний, психоедукаційний, психокорекційний та соціально-інтеграційний. Кожен з них виконує окрему функцію в системі психологічної допомоги, сприяючи переходу від первинної діагностики до

формування сталих навичок емоційного реагування, саморегуляції та соціальної інтеграції.

Особлива увага приділяється психоосвітній складовій, що дозволяє підвищити рівень обізнаності учасників щодо природи стресових реакцій, впливу тривожності та механізмів копінгу. Психокорекційний модуль зорієнтований на розвиток ефективних стратегій подолання, які ґрунтуються на усвідомленому виборі поведінки, когнітивній реструктуризації та тілесно-орієнтованих практиках.

На завершення програми передбачено проведення повторної діагностики, що дозволяє об'єктивно оцінити її ефективність та сформулювати практичні рекомендації щодо її впровадження в роботу з особами, які зазнали психотравмівного впливу.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на всебічне вивчення психологічних особливостей переживання травматичних подій військовослужбовцями та цивільними особами в умовах воєнного стану, з акцентом на виявлення відмінностей у рівнях посттравматичних проявів, тривожності та характері копінг-поведінки. Робота охопила теоретичний аналіз проблеми, емпіричне обґрунтування її актуальності, а також розробку прикладної психокорекційної програми, адаптованої до потреб досліджуваних груп.

У процесі теоретичного аналізу було систематизовано основні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу, тривожності та копінг-стратегій. Встановлено, що переживання психотравмуючих подій призводить до глибоких змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах особистості, а ефективність адаптації значною мірою залежить від домінуючих механізмів подолання стресу. Копінг-стратегії розглядаються як ключові регулятивні компоненти психологічної самодопомоги у кризових обставинах.

Емпіричне дослідження дало змогу виявити низку закономірностей у психоемоційному стані осіб, що перебували в умовах воєнного впливу. Серед цивільних осіб частіше фіксуються високі рівні симптомів ПТСР та підвищеної тривожності. Військовослужбовці, попри наявність окремих симптомів, демонструють відносно вищу емоційну стійкість та помірний рівень адаптивних копінг-стратегій. Також встановлено, що як військові, так і цивільні найчастіше застосовують неадаптивні форми уникнення, з переважанням відволікальної поведінки, натомість соціальна активність як конструктивна стратегія виявляється недостатньо вираженою.

Відповідно до отриманих результатів було розроблено та науково обґрунтовано психологічну програму супроводу, спрямовану на зниження

посттравматичних проявів та формування адаптивної копінг-поведінки. Програма базується на поетапній структурі — від діагностики до соціально-психологічної інтеграції — та включає шість змістових модулів, що охоплюють ключові аспекти роботи з емоціями, тілом, мисленням і взаємодією. Особлива увага приділяється розвитку навичок емоційної саморегуляції, когнітивної стабілізації та посиленню ресурсної підтримки.

Оцінка ефективності програми передбачає використання до- та післятестування, що дозволяє наочно простежити динаміку змін у рівнях тривожності, симптоматиці ПТСР і структурі копінг-поведінки. Отримані результати дають підстави вважати запропоновану програму перспективною формою психологічної підтримки в умовах воєнного травматизму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5). Київ : Медкнига, 2018. 947 с.
2. Вовк Н. П., Боровик О. І., Митник Ю. А. Проблема підвищеної тривожності серед цивільного населення в умовах воєнного стану в Україні. // Юридичний науковий вісник, 2024. - 1, - с. 235–239.
3. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості в умовах війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. – Київ: ІП НАПН України, 2024. – 32 с.
4. Керівництво для фахівців: Терапія травми / Уклад. С. Бобрикова. Київ : Укрмедкнига, 2022. 110 с.
5. Кочюнас Р. Основи психологічного консультування. К. : Наука і освіта, 2008. 336 с.
6. Крюкова Т. Л. Копінг-стратегії в стресових ситуаціях: адаптація методики CISS. Вісник практичної психології, 2003. № 5. С. 24–31.
7. Кузнецова А. В. Копінг стратегії подолання стресу в людей, що постраждали від війни // Наукові записки Львівського державного університету внутрішніх справ. – 2023. – № 2. – С. 121–128.
8. Ліпська А. В. Ефективність психологічної інтервенції при ПТСР у цивільного населення. Вісник психології, 2022. № 4. С. 21–26.
9. Очерedyкo А. В. Особливості переживання депресивного стану під час війни в Україні // Наукові записки ЗНУ. – 2024. – № 1. – С. 88–95.
10. Пилипчук Я. В., Пономаренко Л. О., Углова О. В. Інформаційний супровід освітян щодо подолання деструктивних наслідків воєнного стану (ПТСР): реферативний огляд // Інститут психології НАПН України. – 2024. – 26 с.

11. Пояркова Є. О. Вплив копінг-стратегій внутрішньо переміщених осіб на подолання ними травматичного стресу. // Науковий вісник Запорізького національного університету. Серія: Психологічні науки, - 2024. - 1, с. 95–100.

12. Романюк Т. М. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям з ПТСР // Матеріали студентської наукової конференції ТНЕУ. – 2024. – С. 110–113.

13. Самойленко С. В. Механізми розвитку емоційної стійкості особистості в умовах воєнних дій і збройних конфліктів. // Збірник праць факультету психології КДПУ, - 2023. - № 19, с. 51–55.

14. Туриніна, О. Л., Клименчук, Д. А. Психологічні травми війни: підходи до діагностики та інтервенції в клієнтів з посттравматичним стресовим розладом. // The 7th International Scientific Conference, Чернівці, 13–15 квітня 2023 р. Чернівці: Технодрук, с. 323–326.

15. Фурманов І. В. Психологія екстремальних ситуацій. Київ : Наукова думка, 2014. 206 с.

16. Цуканова Г. І. Психологія післятравматичного зростання. Київ : Освіта України, 2020. 198 с.

17. Чаркіна О. А., Руденко С. Г. Особливості психологічного супроводу особистості зрілого віку в умовах війни. // Global Learning: Problems, Causes, Solutions and Theories. The VII International Scientific and Practical Conference, 15 березня 2024 р., Варшава, Польща. Warsaw: European Conference, - 2024. - с. 203–207.

18. Шиліна Н. Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту в Україні. // *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологічні науки*, - 2023. - Т. 34(73), № 2, с. 36–41.

19. Юрійчук Н. В. Психологічна допомога при посттравматичних станах. Чернівці : ЧНУ, 2018. 118 с.

20. Ярошенко О. С. Психологічна підтримка в умовах кризи. Київ : Генеза, 2023. 130 с.
21. Bracken P.J., Giller J.E., Summerfield D. Post-modernity and post-traumatic stress disorder: a critical analysis // *Social Science & Medicine*. – 1995. – Vol. 40, No. 7. – P. 1073–1078.
22. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L., Silove D., McFarlane A.C. The psychiatric sequelae of traumatic injury // *American Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167, No. 3. – P. 312–320.
23. Creamer M., Burgess P., McFarlane A. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being // *Psychological Medicine*. – 2001. – Vol. 31, No. 7. – P. 1237–1247.
24. Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P. (Eds.). Stressful life events: their nature and effects. – New York: Wiley, 1974. – 400 p.
25. Dong M., Anda R.F., Felitti V.J., Dube S.R., Williamson D.F., Thompson T.J., Loo C.M., Giles W.H. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction // *Child Abuse & Neglect*. – 2004. – Vol. 28, No. 7. – P. 771–784.
26. Duhig M., Patterson S., Connell M., Scott J. The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 49, No. 7. – P. 651–659.
27. Endler N. S., Parker J. D. A. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Toronto : Multi-Health Systems, 1990.
28. Figley C.R. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. – New York: Routledge, 2013. – 268 p.
29. Finkelhor D., Turner H.A., Ormrod R., Hamby S.L. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth // *Pediatrics*. – 2009. – Vol. 124, No. 5. – P. 1411–1423.

30. Florian V., Mikulincer M., Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1995. – Vol. 68, No. 4. – P. 687–695.
31. Forbes D., et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2012. – Vol. 26, No. 3. – P. 442–452.
32. Friedman M.J., Resick P.A., Bryant R.A., Brewin C.R. Considering PTSD for DSM-5 // *Depression and Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, No. 9. – P. 750–769.
33. Giordano G.N., Ohlsson H., Kendler K.S., Sundquist K., Sundquist J. Unexpected adverse childhood experiences and subsequent drug use disorder: A Swedish population study (1995–2011) // *Addiction*. – 2014. – Vol. 109, No. 7. – P. 1119–1127.
34. Hagan J.E., Moraga P., Costa F., Capian N., Ribeiro G.S., Wunder E.A. Jr., Felzemburgh R.D.M., Reis R.B., Nery N., Santana F.S. Spatiotemporal determinants of urban leptospirosis transmission: Four-year prospective cohort study of slum residents in Brazil // *PLoS Neglected Tropical Diseases*. – 2016. – Vol. 10, No. 1. – e0004275.
35. Herman J. *Trauma and Recovery*. New York : Basic Books, 1992.
36. Hobfoll S.E., Lilly R.S. Resource conservation as a strategy for community psychology // *Journal of Community Psychology*. – 1993. – Vol. 21, No. 2. – P. 128–148.
37. Houston J., et al. The evaluation of brine prospects and the requirement for modifications to filing standards // *Economic Geology*. – 2011. – Vol. 106, No. 7. – P. 1225–1239.

38. Jankovic J., et al. Reasons for not receiving treatment in people with posttraumatic stress disorder following war // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2013. – Vol. 201, No. 2. – P. 100–107.
39. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // *Social Cognition*. – 1989. – Vol. 7, No. 2. – P. 113–136.
40. Kaler M.E. The World Assumptions Questionnaire: Development of a Measure of the Assumptive World. – 2009. – Doctoral dissertation, University of Minnesota. – 114 p.
41. Karam E.G., et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys // *Depression and Anxiety*. – 2014. – Vol. 31, No. 2. – P. 130–142.
42. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52, No. 12. – P. 1048–1060.
43. Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Milanak M.E., Miller M.W., Keyes K.M., Friedman M.J. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria // *Journal of Traumatic Stress*. – 2013. – Vol. 26, No. 5. – P. 537–547.
44. Kobasa S.C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1979. – Vol. 37, No. 1. – P. 1–11.
45. Kundii Z., Skrypnikov A., Isakov R., Kutsenko N., Levchenko Y. Coping with war stress in Ukrainian students. // *Digital Technologies in Education and Psychology: Proceedings of the International Conference, 2024*. Springer, 2024. - pp. 121–134.
46. Lahav Y., Kanat-Maymon Y., Solomon Z. Posttraumatic growth and dissociation among female survivors of childhood sexual abuse: The role of

survivors' shame and guilt // *Journal of Trauma & Dissociation*. – 2016. – Vol. 17, No. 1. – P. 1–17.

47. Maddi S.R. Hardiness: An operationalization of existential courage // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2004. – Vol. 44, No. 3. – P. 279–298.

48. McFarlane A.C. PTSD in the medico-legal setting: current status and ongoing controversies // *Psychiatry, Psychology and Law*. – 1995. – Vol. 2, No. 1. – P. 25–35.

49. Miller K.E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks // *Social Science & Medicine*. – 2010. – Vol. 70, No. 1. – P. 7–16.

50. Mollica R. F., Augusterfer E. F., Campanile N. Mental health interventions for war-affected adolescents: international background and future scope. // *Збірник тез конференції, Сумський державний університет, січень 2024, с. 102–104.*

51. Rees S., et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function // *JAMA*. – 2011. – Vol. 306, No. 5. – P. 513–521.

52. Sameroff A.J., Seifer R., Barocas R., Zax M., Greenspan S. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors // *Pediatrics*. – 1987. – Vol. 79, No. 3. – P. 343–350.

53. Solomon Z., Mikulincer M., Freid B., Wosner Y. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study // *Journal of Traumatic Stress*. – 1997. – Vol. 10, No. 3. – P. 527–536.

54. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1970.

55. Steel Z., et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass

conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis // JAMA. – 2009. – Vol. 302, No. 5. – P. 537–549.

56. van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Penguin Books. - 2014.

57. Weathers F. W. et al. The PTSD Checklist – Military Version (PCL-M). National Center for PTSD, 1994

58. Westphal M., Olfson M., Bravova M., Gameroff M.J., Gross R., Wickramaratne P., Pilowsky D.J., Neugebauer R., Shea S., Lantigua R., Weissman M., Neria Y. Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients // Psychiatry. – 2013. – Vol. 76, No. 4. – P. 365–380..

59. WHO. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva : World Health Organization, 2011.

ДОДАТКИ

Додаток А

Характеристика вибірки



Рис. 1. Вікові характеристики респондентів

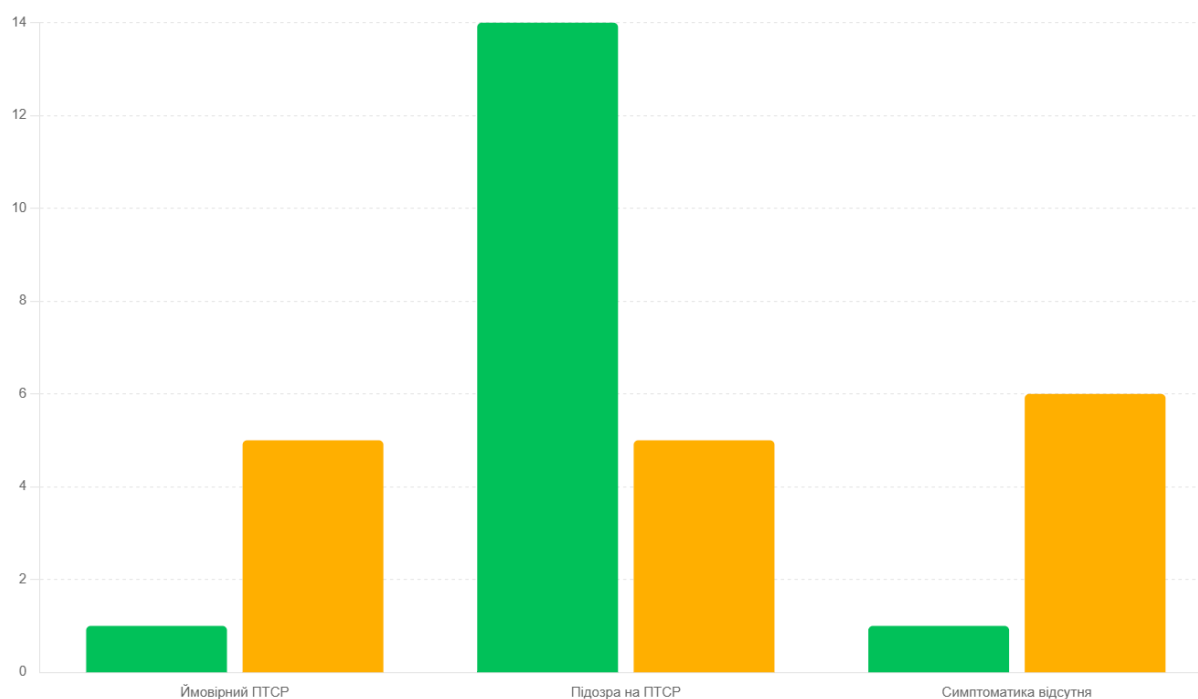
Додаток Б

**Результати опитування за методикою шкала самооцінки ПТСР
(PCL-M)**

Таблиця 1

**Результати опитування за методикою шкала самооцінки ПТСР
(PCL-M)**

Ймовірність ПТСР	Військові	Цивільні
Ймовірність ПТСР	1	5
Підозра на ПТСР	14	5
Симптоматика відсутня	1	6

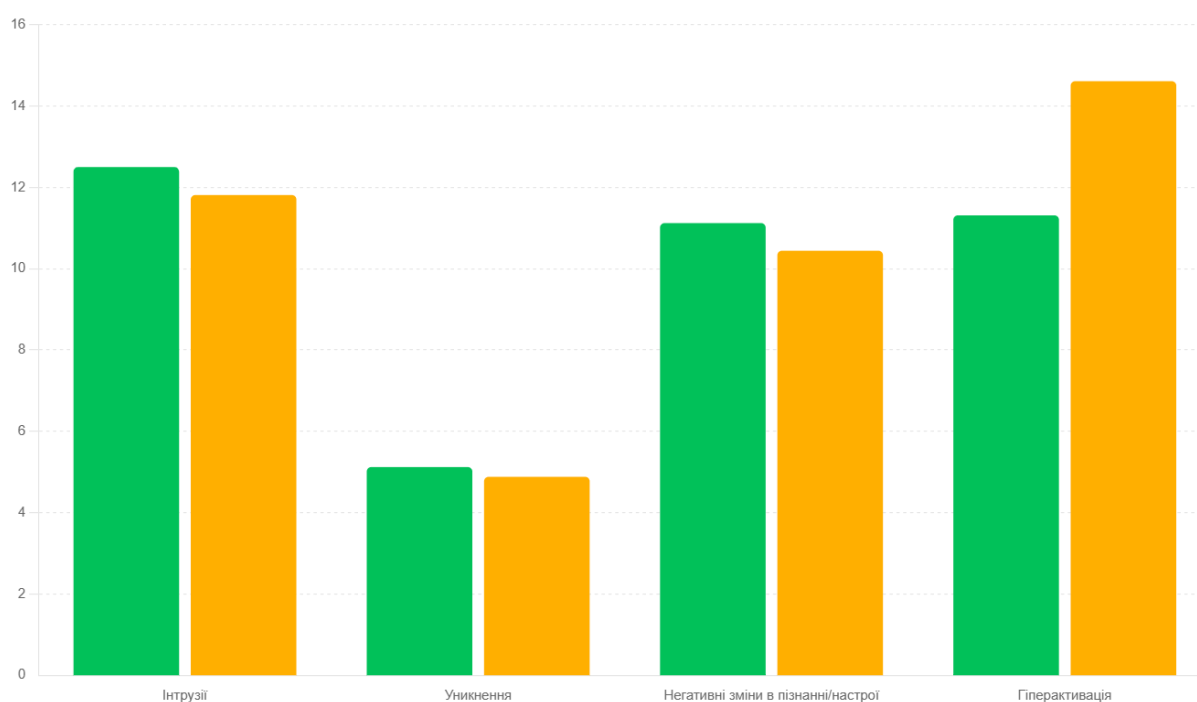


**Рис. 1. Результати опитування за методикою шкала самооцінки
ПТСР (PCL-M)**

Таблиця 2

**Результати опитування за методикою шкала самооцінки ПТСР
(PCL-M) за кластерами**

Кластери	Військові	Цивільні
Інтрузії	12,5	11,81
Уникнення	5,12	4,88
Негативні зміни в пізнанні/настрої	11,12	10,44
Гіперзбудження / гіперактивація	11,31	14,61



**Рис. 2. Результати опитування за методикою шкала самооцінки
ПТСР (PCL-M) за кластерами**

Таблиця 3

**Результати статистичної обробки даних груп військових та цивільних
за t-критерієм Ст'юдента**

N=32

Перемінні	Середнє		t-критерій	p-level
	Цивільні	Військові		
Інтрузії	12,31	7,19	4,307	0,0
Уникнення	5,0	2,44	4,747	0,0
Негативні зміни в пізнанні/настрої	7,0	8,56	-1,569	0,13
Гіперзбудження / гіперактивація	13,62	8,12	3,949	0,001
Всього	43,62	29,44	4,142	0,001

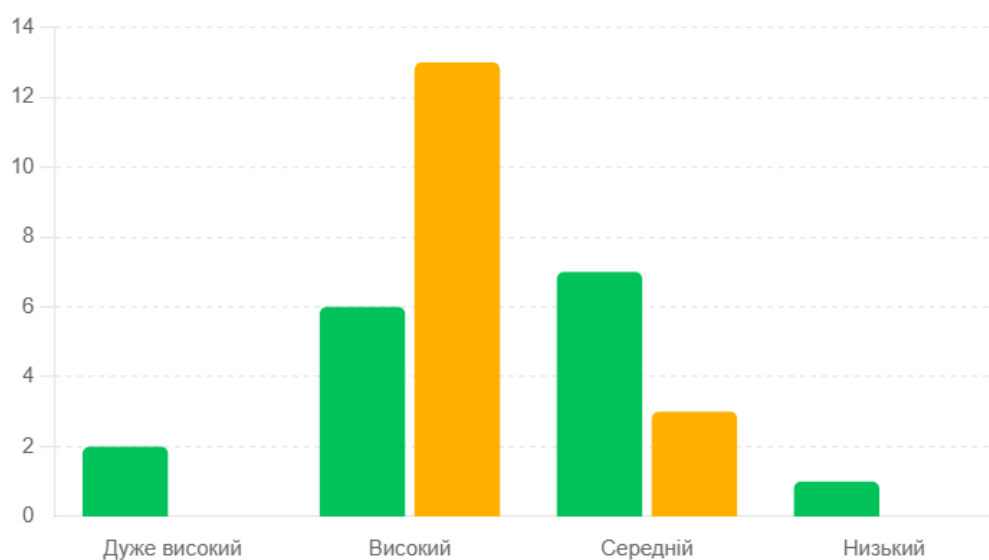
Додаток В

**Результати опитування за методикою шкала тривожності
Спілбергера – Ханіна**

Таблиця 1

**Результати опитування за методикою шкала ситуативної
тривожності Спілбергера – Ханіна**

Рівень	Військові	Цивільні
Дуже високий	2	0
Високий	6	13
Середній	7	3
Низький	1	0



**Рис. 1. Результати опитування за методикою шкала ситуативної
тривожності Спілбергера – Ханіна**

Таблиця 2

**Результати опитування за методикою шкала особистісної
тривожності Спілбергера – Ханіна**

Рівень	Військові	Цивільні
Дуже високий	0	0
Високий	5	11
Середній	10	5
Низький	1	0

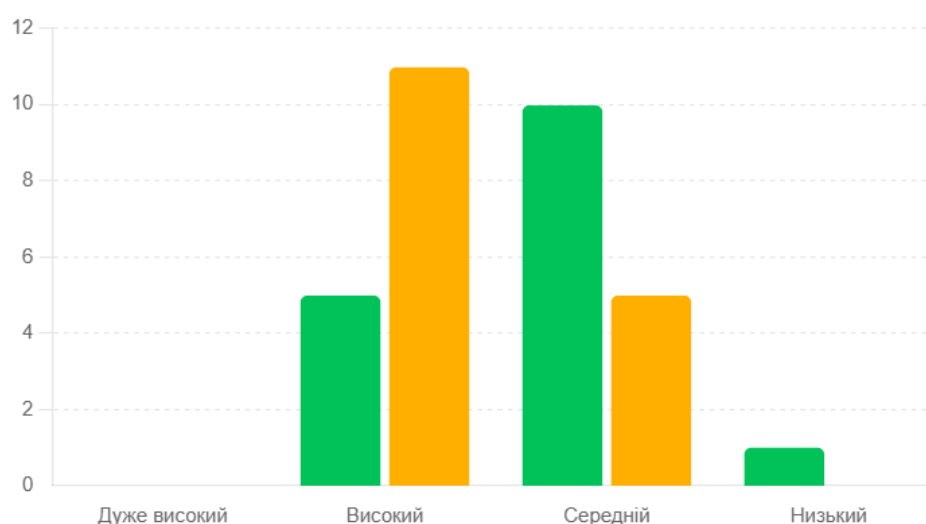


Рис. 2. Результати опитування за методикою шкала особистісної
тривожності Спілбергера – Ханіна

Таблиця 3

**Результати статистичної обробки даних груп військових та цивільних
за t-критерієм Ст'юдента**

N=32

Перемінні	Середнє		t-критерій	p-level
	Цивільні	Військові		

Перемінні	Середнє		t-критерій	p-level
	Цивільні	Військові		
Ситуативна тривожність (СТ)	49,14	50,57	-0,686	0,503
Особистісна тривожність (ОТ)	52,36	46,21	2,348	0,029

Додаток Г

Результати опитування за методикою CISS

Таблиця 1

Результати опитування за методикою CISS

Рівень використання копінг-стратегії	Орієнтація на проблему		Орієнтація на емоції		Уникнення	
	В	Ц	В	Ц	В	Ц
Високий	2 (12.5%)	7 (43.8%)	0 (0.0%)	1 (6.2%)	3 (18.8%)	7 (43.8%)
Помірний	13 (81.2%)	9 (56.2%)	14 (87.5%)	15 (93.8%)	13 (81.2%)	9 (56.2%)
Низький	1 (6.2%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

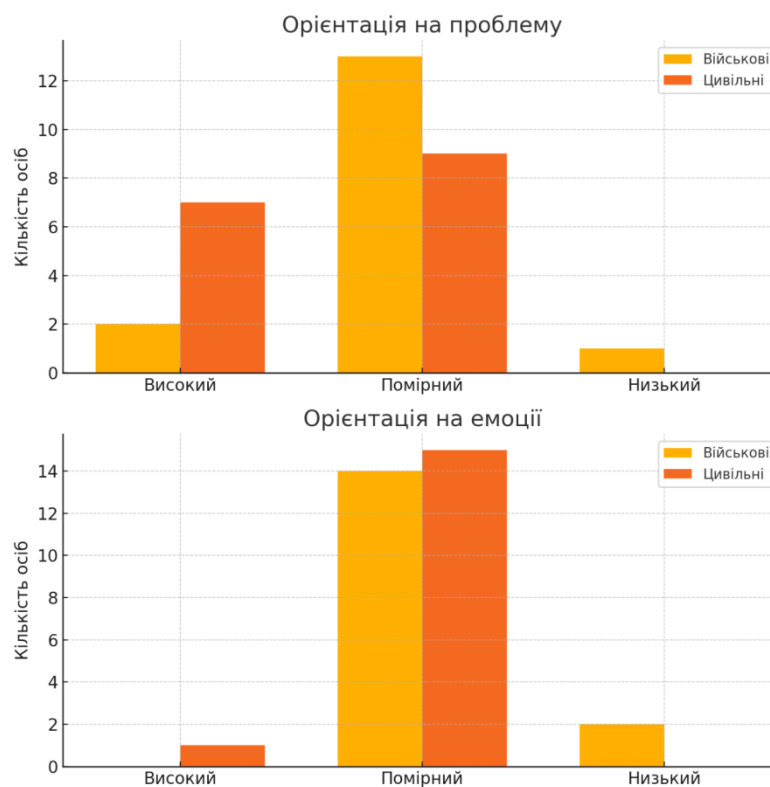


Рис. 1. Результати опитування за методикою CISS за шкалами “Орієнтація на проблему” та “Орієнтація на емоції”

Таблиця 2

Розподіл стратегії “Уникнення” за підшкалами

Підшкали	Військові	Цивільні
Соціальна активність	23%	23,9%
Відволікання	77%	76,1%

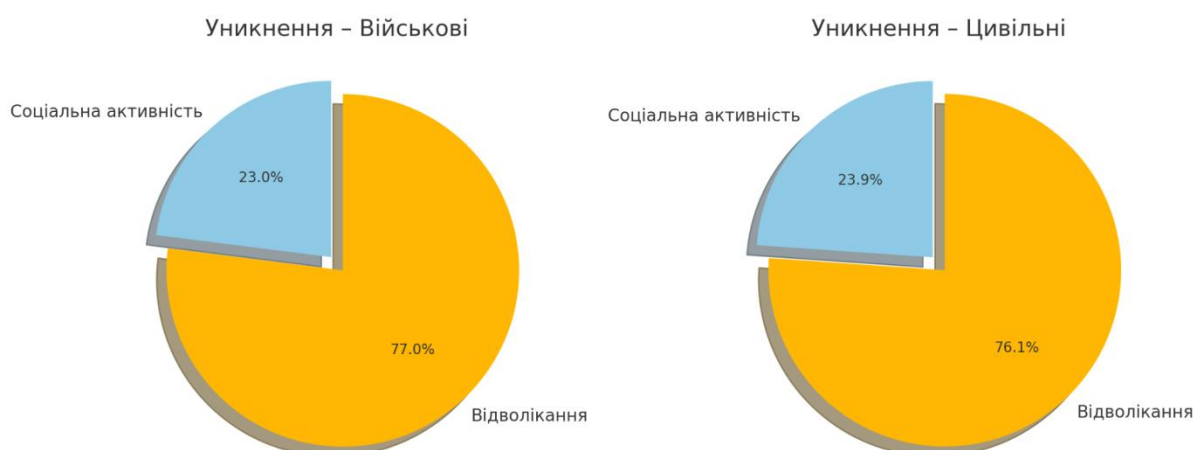


Рис. 2. Результати опитування за методикою CISS за шкалою “Уникнення” (підшкали “Соціальна активність” та “Відволікання”)

Таблиця 3

**Результати статистичної обробки даних груп військових та цивільних
за t-критерієм Ст'юдента**

N=32

Перемінні		Середнє		t-критерій	p-level
		Цивільні	Військові		
Орієнтація на проблему		49,43	51,21	-1,284	0,21
Орієнтація на емоції		44,57	41,07	2,325	0,033
Уникнення	Соціальна активність	12,07	11,29	0,977	0,338
	Відволікання	40,5	37,5	1,379	0,18

Додаток Д

**Етапи реалізації програми супроводу осіб, що пережили
травматичні події внаслідок війни**

Таблиця 1

**Етапи реалізації програми супроводу осіб, що пережили
травматичні події внаслідок війни**

Назва етапу	Мета	Основні форми роботи
Діагностичний етап	Виявлення базового психоемоційного стану учасників та рівня їхньої адаптації до стресових факторів.	Індивідуальне психодіагностичне обстеження (анкетування, тестування).
Психоедукаційний етап	Формування уявлення про природу психотравми, тривожності та копінг-стратегій; підвищення психологічної обізнаності.	Міні-лекції, групові обговорення, інтерактивні вправи, роздаткові матеріали.
Психокорекційний блок	Розвиток навичок саморегуляції, управління емоціями та формування адаптивної поведінки в умовах стресу.	Практичні вправи, тілесні техніки, когнітивна реструктуризація, групова робота.
Соціально-інтеграційний блок	Посилення соціального ресурсу, формування міжособистісної підтримки, розвиток навичок комунікації.	Групові заняття, соціальні ігри, симуляції взаємодії, групове зворотне обговорення.
Завершальний етап	Оцінка динаміки змін, завершення програми, надання рекомендацій і підбиття підсумків психокорекційної роботи.	Повторна діагностика, усна та письмова рефлексія, підсумкове заняття.

Додаток Е**Програма супроводу осіб, що пережили травматичні події
внаслідок війни****Модуль 1. Психоосвіта: розуміння травматичного досвіду та стресу**

Мета: Формування у респондентів базового уявлення про механізми впливу стресу та психотравми на психічне й фізичне функціонування. Усвідомлення особистої реакції на травматичну подію сприяє зниженню тривожності через когнітивну ясність та усунення почуття "ненормальності" власних переживань.

Зміст:

1. Факти про ПТСР, гострий стресовий розлад, тривожність.
2. Фізіологія стресу: робота нервової системи під навантаженням.
3. Пояснення копінг-стратегій: адаптивні vs дезадаптивні.

Форми роботи: міні-лекції, групове обговорення, аналітичні вправи.

Психотехніки:

Візуальні схеми «тіло і стрес»

Картографія тривожних симптомів

Модуль 2. Емоційна саморегуляція та стабілізація

Мета: Розвиток здатності ідентифікувати, приймати й керувати емоційними станами. Проблема емоційної нерегульованості є центральною у ПТСР та тривожних розладах. Навчання технікам саморегуляції підвищує стресостійкість та зменшує частоту афективних сплесків.

Зміст:

1. Впізнавання емоцій за тілесними й когнітивними маркерами.
2. Формування внутрішнього «контейнера» для складних емоцій.
3. Практики безпечного емоційного вираження.

Форми: арт-терапія, письмові практики, уявні вправи.

Психотехніки:

«Емоційний термометр»

«Безпечне місце» (візуалізація)

«Лист самому собі» (з практикою прийняття)

Модуль 3. Тілесно-орієнтована регуляція

Мета: Спрямований на зменшення соматичних симптомів стресу: м'язової напруги, дихальних порушень, проблем зі сном. Через тілесні техніки учасники вчаться відновлювати відчуття контролю над власним тілом та заспокоювати гіперактивацію нервової системи.

Зміст:

1. Прогресивна м'язова релаксація (ПМР)
2. Дихальні техніки (зокрема, діафрагмальне дихання)
3. Заземлення та тілесне усвідомлення

Форми: вправи з тілом, інструктивні сесії, самостійна практика.

Психотехніки:

«Сканування тіла»

«Дихання квадратом»

«5-4-3-2-1» (заземлення через органи чуття)

Модуль 4. Когнітивна стабілізація та перебудова мислення

Мета: Зниження впливу деструктивних переконань і катастрофічного мислення, яке властиве ПТСР і тривожності. Формується навичка усвідомлення автоматичних думок і замінювання їх на більш конструктивні.

Зміст:

1. Робота з негативними автоматичними думками
2. Техніки когнітивної реструктуризації
3. Побудова індивідуального «ресурсного мислення»

Форми: когнітивні вправи, аналіз ситуацій, письмова робота.

Психотехніки:

«Таблиця думок і емоцій»

«Переписування переконань»

«АВС-модель» (подія – думка – реакція)

Модуль 5. Формування адаптивної копінг-поведінки

Мета: Сприяння переходу від неадаптивних форм уникнення (зокрема, відволікання) до конструктивних стратегій орієнтації на проблему та соціальної активності. Модуль розвиває навички активного подолання труднощів.

Зміст:

1. Ідентифікація власних копінг-стратегій
2. Навчання вирішенню проблем
3. Робота з елементами планування та рефлексії

Форми: кейс-методи, рольові вправи, командна робота.

Психотехніки:

«Що в моїй зоні контролю?»

«Стратегія вирішення проблеми»

«Моя копінг-карта»

Модуль 6. Соціальна інтеграція та ресурсність взаємодії

Мета: Розвиток соціальної підтримки як адаптивного ресурсу. Даний модуль фокусується на поновленні здатності до довіри, взаємодії, ефективного прохання про допомогу, що часто порушується у стані ПТСР.

Зміст:

1. Навички комунікації

2. Побудова мережі підтримки

3. Робота з темами самотності, відчуження

Форми: групова робота, соціальні вправи, інтервізія.

Психотехніки:

«Я-повідомлення»

«Коло підтримки»

«Ресурсний діалог»