ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ТРИВАЛИЙ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ВІЙНИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

БАКАЛАВР

за спеціальністю 053 Психологія

ВИЦИНИ ОЛЕНИ ОЛЕКСАНДРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«04» травня 2026 р.
Раєвська Я.М.,
доктор психологічних наук, професор

Науковий керівник:
Платаш Л.Б.,
кандидат педагогічних наук,
доцент
Рецензент:
Санжаровець Валентина Миколаївна
кандитат філософських наук

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Я.М. Раєвська Л.Б.Платаш

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК Д.В. Бур’ян

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс IV*(бакалаврат)*

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу бакалавра
Вицини Олени Олександрівни

1. Тема роботи: **«Особливості емоційних станів у осіб, які переживають тривалий травматичний досвід війни».**
2. Цільова установка.

   Об'єкт дослідження: емоційна сфера особистості в умовах тривалого травматичного впливу.
3. **Предмет дослідження:** особливості та динаміка емоційних станів (тривожність, депресія, фрустрація, ригідність) у осіб, які перебувають у зоні воєнного конфлікту.
4. **Мета роботи:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити специфіку емоційних станів осіб із тривалим травматичним досвідом, а також розробити комплекс заходів психологічного супроводу для зміцнення їхньої емоційної стійкості та сприяння посттравматичному зростанню.
5. **Завдання дослідження:**

   Проаналізувати наукові підходи до розуміння тривалого травматичного досвіду в умовах повномасштабного вторгнення та його впливу на психіку.

   Визначити психологічні особливості емоційних станів (тривоги, фрустрації, депресії) у постраждалих.

   Провести емпіричне дослідження емоційної сфери обраної групи респондентів.

Розробити та апробувати програму психокорекційної допомоги, спрямовану на розвиток резильєнтності.

Вихідні дані: матеріали виробничої та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.

6. Перелік графічного матеріалу 8 табл., 4 рис.
7. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Платаш Л.Б.		
Розділ 2	Платаш Л.Б.		
Розділ 3			

8. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження травматичного досвіду в психології

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей емоційних станів осіб із тривалим травматичним досвідом в умовах збройного конфлікту

Розділ 3. Програма психологічної допомоги особам із тривалим травматичним досвідом в умовах військового конфлікту

Висновки

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи бакалавра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи бакалавра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи бакалавра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час виробничої та переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи бакалавра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи бакалавра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Платаш Л.Б.)

Завдання прийняв(ла)
до виконання
здобувач(ка) _____ (Вицина О.О.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 87 с., 8 табл., рис. 4, 33 джерела, 1 додаток.

Об'єкт дослідження: психоемоційний стан особистості в умовах тривалого травматичного досвіду війни.

Предмет дослідження: особливості проявів тривожності, фрустрації та емоційної ригідності у осіб, які перебувають під впливом пролонгованого стресу воєнного стану.

Мета: вивчити специфіку психоемоційних станів осіб із тривалим травматичним досвідом та розробити програму психологічної допомоги на основі інтегративного підходу.

Гіпотеза дослідження: Існує припущення, що переживання тривалого травматичного досвіду корелює з високим рівнем психічної ригідності та домінуванням агресивної стратегії залякування (Fright) як захисного механізму. Застосування комплексної психокорекційної програми, заснованої на методах арт-терапії, КПТ та логотерапії, дозволить ефективно знизити рівень ригідності та відновити цілісність «базових припущень» особистості.

Методи дослідження: Теоретичні - аналіз та систематизація психологічної, нейробіологічної та екзистенційної літератури; порівняння концептуальних підходів до вивчення пролонгованої травми та механізмів життєстійкості особистості. Емпіричні - психологічне тестування (констатувальний етап): Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна; Опитувальник депресії А. Бека (BDI); Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком); Шкала госпітальної тривоги та депресії (HADS); Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф (адаптація Т. Шевеленкової та П. Фесенко).

Метод якісної верифікації (формувальний етап): включене спостереження, аналіз рефлексивних звітів та зворотного зв'язку учасників програми, метод «насиченого опису» (thick description) результатів терапевтичної взаємодії.

Методи обробки даних. Математичної статистики: кількісний аналіз вхідних даних, відсотковий розподіл показників, групування результатів.

Інтерпретаційні методи: якісний аналіз та змістовна інтерпретація результатів крізь призму теоретичних моделей (логотерапія В. Франкла, модель психологічного благополуччя К. Ріфф).

Практична апробація та впровадження: Високий рівень наукової новизни та практичної цінності розробленого методу підтверджується поданням матеріалів на державну реєстрацію авторського права на авторську методику "Сенсотворення" екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії.

Ключові слова: ТРАВМА, ВІЙНА, К-ПТСР, СТРАТЕГІЯ FRIGHT, ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ, ГІПОКАМП, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ТРИВАЛИЙ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ВІЙНИ

ЗМІСТ

Вступ ……8

Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження проблеми тривалого травматичного досвіду населення ……..15

1.1. Наукові підходи до пояснення понять «психологічна травма», «тривалий травматичний досвід», «кумулятивний/пролонгований стрес» у науковому дискурсі……..……...……..15

1.2. Можлива динаміка емоційних станів осіб, які перебувають у зоні воєнного конфлікту…….25

Висновки до першого розділу…….29

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей емоційних станів осіб, які знаходяться у тривалому травматичному досвіді ……30

2.1. Організація, процедура та обґрунтування вибору діагностичного інструментарію. ……. 30

2.2. Аналіз результатів дослідження рівнів тривожності, депресії та фрустрації у респондентів……..…...44

2.3. Психологічний профіль особистості з високим рівнем травматизації за результатами тестування …….....51
Висновки до другого розділу……..53
Розділ 3. Реалізація програми психологічної допомоги українцям із тривалим травматичним досвідом в умовах повномасштабного вторгнення ……..55
3.1. Принципи та зміст комплексної програми психологічної допомоги дорослим на засадах авторського методу "Сенсотворення" щодо зниження наслідків травматичного досвіду**.**……55
3.2. Аналіз ефективності впровадженої програми щодо стабілізації психоемоційного стану осіб групи-ризику ……69
3.3. Методичні рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам, які переживають тривалий травматичний досвід ……..79
Висновки до третього розділу……..…...80
Загальні висновки ……..….....81
Список використаних джерел ……...83
Додатки ……....86

ВСТУП

Постановка проблеми та її актуальність

У контексті глобальних соціокультурних та геополітичних трансформацій, проблема психологічної травми набуває статусу міждисциплінарного виклику. Сучасна психологічна наука стикається з феноменом "тривалої травматизації", де руйнівний вплив на психіку має не стільки одинична екстремальна подія, скільки пролонговане перебування в умовах загрози життю, невизначеності та хронічного стресу, що є характерним для мешканців України в умовах повномасштабного вторгнення.

Тривалий травматичний досвід призводить до глибокої дезінтеграції емоційної сфери, що проявляється у формі стійкої депресивності, високої

реактивної тривожності та соціальної фрустрованості. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибокого наукового аналізу того, як саме тривалий стрес змінює механізми емоційної саморегуляції. Розуміння цих особливостей є критично важливим для переходу від моделі "лікування симптомів" до моделі "сприяння посттравматичному зростанню", що дозволить не лише стабілізувати стан постраждалих, а й розкрити їхній адаптаційний потенціал.

Вибір теми дослідження зумовлений не лише професійним інтересом, а й глибоким особистим досвідом проживання воєнних подій в Україні. Автор дослідження перебуває на території країни з початку повномасштабного вторгнення 2022 року, без виїзду за її кордони, безперервно стикаючись із викликами воєнного часу як громадянка, дружина військовослужбовця-захисника та матір.

Особиста криза, що настала у 2025 році після тривалого періоду високої адаптивності, стала переломним моментом. Вона виявила обмеженість класичних психологічних технік у ситуації хронічного, щоденного травмування (постійні обстріли, які не припинялися більше ніж 4 роки, загроза життю, невизначеність). Стан **професійної зневіри у дієвості класичних методів** психологічної допомоги перед такими викликами спонукав до пошуку більш глибинних, екзистенційних методів виживання. Дана робота є результатом цього пошуку — вона спрямована на вивчення того, що саме допомагає психіці зберігати цілісність, коли звичні методи самодопомоги вичерпують свій ресурс. Актуальність мого дослідження зумовлена безпрецедентним за масштабом та тривалістю впливом повномасштабного військового вторгнення РФ в Україну на психічне здоров'я нації. Хронічний стрес, безпосередня загроза життю, втрата близьких, масове переміщення та руйнування інфраструктури формують складну, пролонговану травматичну ситуацію. Загальнонаціональне дослідження дорослого населення України (N = 2 050), опубліковане у грудні 2023 року в авторитетному науковому журналі *The Lancet Regional Health –*

Europe, продемонструвало тривожну тенденцію. Дослідники Хайленд, Шевлін та колеги (Hyland et al., 2023) встановили, що **приблизно кожен третій дорослий українець (36,3%)** має симптоми, які відповідають діагностичним критеріям принаймні одного з семи ключових психічних розладів. При цьому поширеність генералізованого тривожного розладу сягає **15,2%**. Автори підкреслюють, що ключовими факторами ризику є порушення звичного життя внаслідок вторгнення, фінансові турботи та негативний дитячий досвід.

Це підтверджує мою тезу про те, що респонденти з Київської області, які безпосередньо пережили бойові дії та окупацію (що є екстремальною формою «порушення життя»), становлять групу найвищого ризику формування пролонгованої травми. Це відображається у виявлених мною високих показниках реактивної тривожності та депресивних станів, які перевищують середньовікові норми.

У цьому контексті, розробка та апробація ефективних психокорекційних програм, таких як мій авторський метод **«Сенсотворення»**, є критично важливою науково-практичною задачею. У цьому контексті, розробка та апробація ефективних психокорекційних програм є критично важливою науково-практичною задачею. Мій авторський метод **«Сенсотворення»**, спираючись на інтегративний підхід, що поєднує засади логотерапії, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), екзистенційної терапії та арт-терапії, спрямований на трансформацію широкого спектру деструктивних копінг-стратегій.

Зокрема, метод фокусується на корекції:

- **агресивної стратегії залякування (Fright)**, яка веде до руйнування міжособистісних зв'язків та соціальної ізоляції;
- **пасивних стратегій уникнення та заперечення**, що перешкоджають активному подоланню наслідків травми;
- **когнітивних викривлень та катастрофізації**, які підтримують високий рівень тривоги.

Ключовим механізмом методу «Сенсотворення» є відновлення суб’єктності особистості через знаходження нових, життєствердних сенсів у посттравматичній реальності. Це є необхідною умовою для подолання наслідків пролонгованої травми та запуску процесів посттравматичного зростання.

Наукова новизна дослідження:

Вперше розроблено мною та науково обґрунтовано авторський протокол екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення" в умовах пролонгованого воєнного стресу».

Доведено, що цілеспрямована активація ціннісно-смислової сфери особистості виступає механізмом реактивації префронтальної кори головного мозку, що дозволяє подолати стан гіпофункції («когнітивного заціпеніння») та відновити суб'єктність клієнта.

Визначено алгоритм переходу від стану «вивченої безпорадності» до стану самотрансценденції через поетапне включення смислових конструктів у щоденну поведінкову активність.

Запропоновано модель інтеграції духовних цінностей у структуру професійної та соціальної адаптації як фактора посттравматичного зростання.

Незважаючи на те, що апробація методу проходила в умовах воєнного стану, розроблений алгоритм має універсальний характер і може бути застосований для нейрокорекції будь-яких кризових станів, пов'язаних із екзистенційним виснаженням.

Які проблеми залишаються недослідженими (Перспективи)

Попри значну кількість праць про ПТСР, багато аспектів сучасної української реальності потребують подальшого вивчення:

1. **Ефект "кумулятивної травми" в режимі реального часу.** Більшість досліджень базуються на досвіді людей, які вже перебувають у безпеці. Мало вивченим залишається стан особистості, яка змушена проходити терапію та відновлюватися, залишаючись в епіцентрі травмуючої події.

2. **Тривале очікування та "синдром дружини воїна".** Специфіка емоційних станів жінок, чиї чоловіки перебувають на фронті роками, потребує окремого глибинного аналізу, оскільки це поєднання хронічного стресу, страху втрати та соціальної ізоляції.
3. **Межа психологічної витривалості.** Де проходить лінія між адаптацією та незворотним виснаженням нервової системи в умовах багаторічної війни?
4. **Нейробіологія "воєнної втоми".** Як саме змінюється робота мозку при щоденному бомбардуванні протягом 4-х і більше років, і які нейропсихологічні вправи є найбільш ефективними для запобігання когнітивному розпаду.

З огляду на зазначене, нами обрана тема дослідження «Особливості емоційних станів у осіб, які переживають тривалий травматичний досвід війни».

Об'єкт дослідження – емоційна сфера особистості, що зазнала тривалого травматичного впливу.

Предмет дослідження – специфіка проявів емоційних станів та чинники, що визначають характер психоемоційного реагування осіб із тривалим травматичним досвідом.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити специфіку трансформації емоційних станів в осіб із кумулятивним травматичним досвідом; розробити та апробувати авторську програму **екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення»**, спрямовану на відновлення суб'єктності та ініціацію посттравматичного зростання.

Завдання дослідження:

1. **Здійснити теоретико-методологічний аналіз** сучасних підходів до вивчення пролонгованої травматизації та її впливу на когнітивно-емоційну сферу особистості.

2. **Емпірично діагностувати** домінуючі емоційні стани (тривожність, депресивність) та когнітивні предиктори (ригідність, фрустрація), що формуються внаслідок тривалого воєнного стресу.
3. **Обґрунтувати та впровадити** програму «Сенсотворення», орієнтовану на нейропсихологічну стабілізацію та розвиток екзистенційної стійкості через активацію ціннісно-смислової сфери.
4. **Визначити якісні показники** ефективності впровадженої програми як фундаменту для довготривалої реадаптації та посттравматичного зростання особистості.

Методи дослідження:

Теоретичні: системний аналіз, компаративний метод та узагальнення наукових джерел у галузях психології емоцій, **логотерапії, нейропсихології та когнітивно-поведінкового підходу**;

Емпіричні: психологічне тестування з використанням стандартизованих методик:

1. Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна.
2. Опитувальник депресії А. Бека (BDI).
3. Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком) (фрустрація, ригідність, агресивність).
4. Шкала госпітальної тривоги та депресії (HADS).
5. Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф.

Методи активного психологічного втручання: авторська програма **екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення»**.

Методи якісного аналізу та інтерпретації даних: аналіз динаміки суб'єктивного стану клієнтів та ієрархії їхніх ціннісно-смислових орієнтацій.

Практичне значення результатів дослідження полягає у розробці та впровадженні цілісного протоколу **екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення»**, який може бути інтегрований у

діяльність центрів ментального здоров'я, ветеранських хабів та неурядових організацій (зокрема, на базі **інститутів психологічного розвитку**).

Основні результати роботи можуть бути використані для:

Персоналізації терапевтичного маршруту: фокусування не лише на купіруванні симптомів (тривоги, депресії), а й на відновленні когнітивного ресурсу та суб'єктності клієнта.

Створення спеціалізованих програм: розробки онлайн-курсів та терапевтичних груп для осіб, що перебувають в умовах пролонгованого стресу (ВПО, ветерани та їхні родини).

Методичного забезпечення: формування доказової бази для роботи психологів-практиків, які використовують інструменти нейропсихотерапії та логотерапії в кризових умовах.

Експериментальна база дослідження. Емпіричний етап роботи реалізовано на базі **приватної психологічної практики автора** та в межах діяльності **професійного психологічного клубу «Ластівка»**. Додатково до збору даних було залучено аудиторію тематичних вебінарів, присвячених стабілізації психоемоційного стану в умовах війни, що дозволило охопити респондентів, які перебувають у стані пролонгованого травматичного стресу.

Характеристика вибірки дослідження:

У дослідженні взяли участь 60 осіб. Вибірка формувалася за принципом добровільності та наявності запиту на психологічну допомогу у зв’язку з проживанням травматичного досвіду під час повномасштабного вторгнення.

Соціально-демографічні показники вибірки:

Віковий склад: Респонденти віком від 22 до 55 років (середній вік —30-40 років). Дана вікова категорія характеризується високим рівнем соціальної відповідальності та активним пошуком екзистенційних сенсів у кризових умовах.

Гендерний склад: Переважну більшість вибірки становлять жінки (близько 63,3%), що відповідає загальній тенденції звертань за психологічною допомогою в Україні.

Соціальний статус: До вибірки увійшли внутрішньо переміщені особи (ВПО), мешканці деокупованих територій, а також особи, які перебувають у стані хронічного стресу через безпосередню близькість до зони бойових дій або службу близьких родичів у лавах ЗСУ.

Критерії включення до вибірки:

1. Наявність суб'єктивних скарг на тривожність, апатію, втрату життєвих сенсів та емоційну ригідність.
2. Перебування в умовах дії травмуючих чинників війни понад 4-х років.
3. Готовність до активної участі у корекційній програмі та рефлексивної взаємодії.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступ, три розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВАЛОГО ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

1.1. Наукові підходи до пояснення понять «психологічна травма», «тривалий травматичний досвід», «кумулятивний/пролонгований стрес» у науковому дискурсі

Сучасна психологічна наука розглядає феномен психологічної травми як складне, багаторівневе утворення, що виникає внаслідок критичного порушення цілісності внутрішнього світу особистості під впливом зовнішніх екстремальних чинників. Етимологічно термін «травма» (від грец. *trauma* — рана, прокол) тривалий час використовувався виключно у медичному контексті для позначення фізичного пошкодження тканин. Проте, починаючи з кінця XIX століття, завдяки працям Ж.-М. Шарко, П. Жане та З. Фройда, це

поняття було інтегровано в психологічний дискурс для опису специфічних станів «психічного поранення», спричиненого подіями, які за своєю інтенсивністю перевищують адаптаційні можливості індивіда.

У класичному розумінні **психологічна травма** визначається як стан, що виникає після впливу стресора, який сприймається людиною як загроза власному життю, фізичній цілісності або життю близьких людей. Проте сучасні дослідники (Н. Горобець, О. Кокун, Г. Лазос) наголошують, що травма — це не сама подія, а суб'єктивна реакція на неї, що супроводжується почуттям безпорадності, інтенсивного страху та втратою контролю над ситуацією.

У вітчизняній психології значний внесок у вивчення травми та адаптації особистості в умовах війни зробили **З. Кісарчук**, **О. Кокун**, **Г. Лазос**, **В. Клименко**, **Н. Максимова**. Дослідження **З. Кісарчук** та **Г. Лазос** фокусуються на методах психологічної допомоги та реабілітації осіб із досвідом травматичних подій. Роботи **О. Кокуна** спрямовані на вивчення психофізіологічних аспектів адаптації та збереження працездатності в екстремальних умовах.

Проте, попри ґрунтовну теоретичну базу, сучасний контекст повномасштабної війни в Україні ставить перед наукою нові виклики, які потребують детальнішого вивчення. Більшість класичних досліджень орієнтовані на вивчення **гострого стресу** або ПТСР як наслідку події, що вже завершилася. Натомість аспекти **пролонгованої травматизації** (Continuous Traumatic Stress), коли особа роками перебуває під щоденним впливом загрози без можливості переходу до фази безпечної реінтенграції, залишаються недостатньо висвітленими.

Особливої актуальності набуває вивчення **кумулятивного (накопичувального) ефекту** емоційного виснаження. В умовах сучасних міських агломерацій, де щоденне життя поєднує в собі високий соціальний темп із постійними бомбардуваннями, руйнацією побутової інфраструктури та загрозою життю, механізми адаптації особистості працюють на межі вичерпання ресурсів.

Наукове розуміння пролонгованої травми базується на концепції **безперервного травматичного стресу (CTS)**, введеного **Г. Стрекау**, та теорії **комплексного ПТСР Дж. Герман**. Ці підходи дозволяють диференціювати стан осіб, які перебувають у зоні тривалого збройного конфлікту, від класичних форм посттравматичних розладів, наголошуючи на кумулятивному характері емоційного виснаження. Поняття пролонгованої травми (або безперервного травматичного стресу) не має одного-єдиного «батька-засновника», як, наприклад, психоаналіз у Фройда. Воно виникло як відповідь наукової спільноти на те, що класичне визначення ПТСР не підходило для людей, які живуть у стані війни роками.

Ось ключові постаті та етапи появи цього поняття:

1. Гільян Стрекау (Gillian Straker) — Безперервний травматичний стрес (CTS). Саме вона та її колеги з Південної Африки у **1987 році** вперше ввели термін **Continuous Traumatic Stress (CTS)**. Вони працювали з людьми, які жили в умовах апартеїду, де насильство було щоденним. Стрекау довела, що не можна говорити про «пост-травму», коли травма ще триває. Людина не може почати одужувати, поки вона все ще перебуває в небезпеці.

2. Джудіт Герман (Judith Herman) — Комплексна травма (C-PTSD)

У **1992 році** у своїй культовій книзі «Травма та відновлення» вона запропонувала термін **Complex PTSD**. Герман досліджувала людей, які перебували під тривалим контролем (полон, аб'юзивні стосунки, тривале перебування в зонах конфлікту). Вона описала, що тривала травма змінює саму структуру особистості, самооцінку та здатність довіряти, що ми й бачимо зараз в українців на 4-й рік війни.

3. Рейчел Єгуда (Rachel Yehuda) — Нейробіологія тривалої травми

Вона є одним із провідних дослідників, які вивчають, як тривалий стрес змінює рівень кортизолу та роботу мозку (гіпокампу). Її праці доводять, що при пролонгованій травмі мозок «перепрошивається» на режим постійного виживання, що пояснює емоційні «збої» та виснаження, про які я пишу.

Класифікація травматичного досвіду, разова травма та пролонгований стрес

Для глибокого розуміння предмета дослідження необхідно провести чітку диференціацію між типами травматичного досвіду. У науковій літературі найбільш поширеним є поділ на травми «Типу І» та «Типу ІІ» (за класифікацією Л. Тенор):

1. **Травма Типу І (Одноразова/Гостра)**

Виникає внаслідок раптової, короткочасної екстремальної події (наприклад, аварія, стихійне лихо, одиничний випадок насильства). Характеризується чіткою хронологічною прив’язкою та яскравими флешбеками (нав'язливими спогадами). Основний механізм захисту — шокова реакція та подальша спроба інтеграції досвіду.

2. **Травма Типу ІІ (Пролонгована/Кумулятивна)**

Формується внаслідок тривалого, повторюваного або хронічного впливу стресогенних факторів. Саме до цього типу відноситься досвід перебування в зоні воєнних дій, життя під постійними обстрілами, полон або тривале домашнє насильство.

Кумулятивний ефект - вид травми описується як «травмування краплями» — кожна окрема подія може бути не критичною, але їх сукупність призводить до ерозії психологічних захистів. На відміну від гострої травми, тривалий досвід часто не має чіткого завершення. Особистість перебуває в стані «тривожного очікування», що виснажує нервову систему.

Специфіка тривалого травматичного досвіду

Тривалий травматичний досвід (Complex Trauma або C-PTSD за МКХ-11) докорінно змінює структуру особистості. Якщо разова травма «пробиває» захисний шар психіки, то пролонгована травма змінює саму «хімію» та «архітектуру» емоційного реагування.

Ключові відмінності тривалого стресу від разового полягають в тому, що відбувається **зміна ідентичності тому, що** при тривалій травмі людина починає сприймати себе через призму «жертви» або «виживаючого», що

впливає на самооцінку та життєві цілі. Порушення афективної регуляції, здатність заспокоювати себе самостійно суттєво знижується. Виникає стан хронічної дратівливості або, навпаки, емоційного оніміння (дисоціації). Відбувається трансформація когнітивних схем, руйнуються базові переконання про те, що світ є безпечним, а люди — доброзичливими. Замість цього формується когнітивна установка «світ ворожий, небезпека повсюди».

У науковому дискурсі останніх років (2022–2026) особлива увага приділяється поняттю «фондової травматизації» українського суспільства. Це стан, при якому тривалий стрес стає частиною повсякденності. Психіка змушена адаптуватися до постійних повітряних тривог, депривації сну та екзистенційної загрози. Така адаптація є енерговитратною і призводить до специфічних емоційних станів, які ми детально розглянемо у наступних підрозділах.

Таким чином, концептуалізація психологічної травми в межах мого дослідження базується на розумінні її як динамічного процесу. Я розглядаю тривалий травматичний досвід не лише як сукупність негативних подій, а як специфічну форму існування психіки, що вимагає розробки особливих стратегій супроводу та відновлення адаптаційного потенціалу особистості.

Але війна це Екстремальна Ситуація (Об’єктивна реальність)

В академічній психології війна класифікується не як «травма», а як **екстремальна ситуація** або **катастрофічна подія**. Війна — це об'єктивний контекст, сукупність подій: обстріли, втрати, окупація, звуки сирен. Це «зовнішній удар», який має об’єктивні параметри (тривалість, інтенсивність).

Чому психологи кажуть, що травма — це «реакція»? Тут немає заперечення жаху війни. Ця теза підкреслює, що **травма — це провал психічних захистів**.

Приклад: Дві людини потрапили під один і той самий обстріл. Одна людина через місяць адаптується і продовжує функціонувати (завдяки резильєнтності), а інша — «застигає» у тому моменті, отримуючи ПТСР.

Подія (обстріл) для обох була однаковою, але **травмою** вона стала лише для того, чия психіка не змогла переробити цей досвід. Отже, **війна — це травматизуючий чинник (стресор)**, а **травма — це результат** взаємодії цього чинника з психікою конкретної людини.

Отже, все ж таки коли подія стає травмою в контексті війни?

У випадку війни формула «травма — це реакція» доповнюється поняттям **позамежного стресу**. Існують події (катування, загибель близьких на очах, пряма загроза смерті), які є **об'єктивно травматичними** для будь-якої людської психіки. У цьому разі подія настільки потужна, що суб'єктивність майже нівелюється — «пробиває» захист кожного. **Війна як «Травматичне середовище» (Пролонгований стрес).** Коли ми говоримо про «тривалий травматичний досвід», війна перестає бути просто «подією» і стає **середовищем існування**. Тут травма — це вже не просто реакція на один вибух. Травма — це **процес поступового виснаження** (ерозії) адаптаційного потенціалу. У контексті збройного конфлікту війна виступає як тотальна травматична реальність, що створює надпорогове навантаження на індивіда. Хоча науковий дискурс наголошує на суб'єктивності сприйняття, тривалий характер війни робить травматизацію кумулятивною: війна як зовнішня подія неминуче трансформується у внутрішню травму через неможливість психіки неперервно витримувати стан екзистенційної загрози.

Дослідження тривалого травматичного досвіду в умовах війни вимагає аналізу не лише ментальних репрезентацій, а й нейробіологічного субстрату травми. Якщо гостра травма (Тип I) подібна до раптового «електричного замикання» системи, то тривала травма (Тип II) — це поступова деградація нейрогуморальних механізмів адаптації.

Нейробіологічна тріада травми: Амигдала, Гіпокамп, Префронтальна кора

Центральне місце в розумінні того, як зовнішня подія (війна) стає внутрішньою структурою (травмою), посідає зміна функціонування ключових відділів головного мозку:

1. **Гіперактивність амигдали (мигдалеподібного тіла).** В умовах постійної загрози амигдала, яка відповідає за детекцію небезпеки, переходить у режим безперервного сканування середовища. Це пояснює високу тривожність (виявлену у 77,5% респондентів мого дослідження). Навіть у стані відносного спокою мозок продовжує реагувати на будь-які різкі звуки чи зміни контексту як на пряму загрозу життю.
2. **Гіпофункція префронтальної кори.** Ця ділянка відповідає за логіку, планування та раціоналізацію емоцій. При тривалій травмі зв'язок між «емоційним мозком» (лімбічною системою) та «раціональним мозком» послаблюється. Людина втрачає здатність до когнітивного контролю над страхом, що веде до афективних вибухів або почуття безпорадності.
3. **Зміни в гіпокампі.** Гіпокамп відповідає за перетворення досвіду в довготривалу пам'ять та контекстуалізацію подій. Під впливом хронічно високого рівня кортизолу (гормону стресу) об'єм гіпокампу може зменшуватися. Це призводить до того, що травматичні спогади втрачають «часову мітку»: людина переживає події минулого так, ніби вони відбуваються «тут і зараз».

Нейрогуморальний аспект, «Кортизолова пастка».

Тривалий травматичний досвід супроводжується дисфункцією Гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (ГГН-вісь). При короткочасному стресі викид адреналіну та кортизолу допомагає організму мобілізуватися. Проте під час війни, коли стресор діє місяцями, система саморегуляції виснажується. Це виявляється у двох формах:

Гіперкортизолемія - стан постійної напруги, порушення сну, дратівливість.

Гіпокортизолемія (емоційне вигорання/оніміння) - коли організм «вимикає» емоційні реакції, щоб зберегти енергію, що зовні виглядає як депресивна симптоматика (виявлена у 47,5% респондентів).

Когнітивна трансформація, руйнування «Базових припущень»

На когнітивному рівні війна діє як фактор, що деконструює фундаментальні ментальні структури особистості. Згідно з теорією Р. Янофф-Бульман, кожна психічно здорова людина має три ілюзорні, але необхідні «базові припущення»:

1. **Світ є доброзичливим** (World is benevolent).
2. **Світ є змістовним і справедливим** (World is meaningful/just).
3. **Я маю цінність** (Self-worth).

Тривалий травматичний досвід руйнує ці опори. Світ починає сприйматися як хаотичне, вороже місце, де справедливість відсутня, а власні зусилля ні на що не впливають. Саме це когнітивне руйнування формує стан **фрустрації** (зафіксований у 52,5% опитаних), оскільки зникає можливість прогнозувати майбутнє та контролювати власне життя.

Висновки до підрозділу

Таким чином, трансформація емоційних станів під впливом тривалої травми є результатом поєднання біологічного виснаження (нейроендокринні зміни) та когнітивного колапсу (руйнація сенсів). Розуміння цих механізмів дозволяє стверджувати, що психологічна допомога має бути комплексною - спрямованою як на соматичну стабілізацію (зниження активності амигдали через дихальні та тілесні практики), так і на когнітивну реструктуризацію (пошук нових сенсів та відновлення базових припущень).

Концепція «Вікна толерантності» та стратегії виживання при тривалій травматизації

У межах дослідження емоційної трансформації ключове значення має концепція **«Вікна толерантності» (Window of Tolerance)**, розроблена Деном Сігелом. Вона описує оптимальний діапазон психофізіологічного збудження, у якому особистість здатна ефективно опрацьовувати емоції, мислити раціонально та адаптуватися до змін.

При тривалому травматичному досвіді, характерному для умов війни, це «вікно» суттєво звужується. Психіка втрачає гнучкість, і навіть незначні стресори викидають людину в один із двох екстремальних станів:

1. **Гіперзбудження (Hyper-arousal) -** стан «перегріву» симпатичної нервової системи. Характеризується високою тривожністю, панічними атаками, гнівом та безсонням. Людина перебуває в режимі постійної бойової готовності (hypervigilance), що корелює з високими показниками реактивної тривожності (77,5%), виявленими у дослідженні.
2. **Гіпозбудження (Hypo-arousal) -** стан «замерзання» парасимпатичної системи. Виявляється через емоційне оніміння, дисоціацію, апатію та депресивні прояви (47,5% за шкалою Бека). Це захисна реакція організму, спрямована на енергозбереження при неможливості подолати стрес.

Розширений спектр реакцій на травму, 4F-модель.

Традиційна дихотомія «бийся або біжи» (Fight-Flight) є недостатньою для опису пролонгованої травми. Сучасна травматологія (зокрема праці Піта Вокера) виділяє чотири базові стратегії виживання (4F), які формують специфічні емоційні стани:

Fight (Бийся) - перехід у стан агресії як спроба встановити контроль над небезпечним середовищем. У цивільних це може проявлятися як хронічна дратівливість та конфліктність.

Flight (Біжи) - виражається у формі «діяльного занепокоєння», трудоголізму або нав'язливих роздумів (румінацій), що є спробою втекти від болючих переживань у постійну активність.

Freeze (Замри) - характерна реакція для тривалого стресу, коли загроза є неминучою. Психіка «відключається», виникає відчуття деперсоналізації. Це стан заціпеніння, який часто плутають з лінню чи відсутністю волі.

Fawn (Підкорися/Угодництво) - специфічна реакція на тривалу травму в ієрархічних або аб'юзивних системах (зокрема в умовах окупації чи полону). Людина намагається умилостивити джерело загрози, ігноруючи власні потреби та кордони, що веде до повної втрати ідентичності.

Та є ще п’ята стратегія **Fright (Залякування)** — це п'ята реакція на травму та загрозу, яка доповнює класичну модель Піта Волкера (4F). Якщо «Бий, Біжи, Завмри, Догоджай» — це способи виживання жертви, то **Fright** — це спосіб виживання через домінування. За еволюційною логікою, це Перемога без бою.

Спираючись на дослідження **Роберта Сапольскі**, залякування — це найекономічніша стратегія агресії. У тваринному світі реальна бійка небезпечна для обох сторін. Тому вигідніше продемонструвати таку силу, щоб супротивник здався сам. Це «превентивний удар» по психіці іншого.

На відміну від реакції *Fight* (де людина захищається під час нападу), **Fright** — це активна трансляція загрози. Мета, змусити оточуючих перейти в режим *Freeze* (заціпеніння) або *Fawn* (покора). Аналіз отриманих даних дозволяє припустити, що прояви агресивності у респондентів можуть бути інтерпретовані не лише як реакція Fight (бий), а й як еволюційно зумовлена стратегія **Fright (залякування)**. Згідно з дослідженнями Р. Сапольскі [30], така поведінка спрямована на мінімізацію реального конфлікту через демонстрацію загрози, що є енергоефективним способом захисту в умовах соціальної дестабілізації та руйнування базових припущень.

Принцип: «Я стану настільки страшним, щоб ніхто не наважився завдати мені болю». Це маска всемогутності, яка прикриває внутрішню вразливість. Ця стратегія проявляється в сучасному світі через цифрове залякування агресивної риторики в соцмережах (як у Truth Social), використання мови ненависті та капслоку для пригнічення опонента. Використання статусу, голосу або залякуючих жестів для встановлення контролю над групою.

У людей із комплексним ПТСР стратегія **Fright** може бути застиглою формою захисту. Людина не хоче нападати, вона хоче, щоб її «не чіпали», але єдиний безпечний спосіб для неї — тримати всіх у страху.

Впровадження концепту **Fright** дозволяє пояснити, чому в умовах війни зростає рівень соціальної агресії. Це не завжди прояв злості, часто це — еволюційно стара спроба вижити, зробивши себе «занадто небезпечним для нападу».

Висновок: Розуміння «Вікна толерантності» дозволяє фахівцю усвідомити, що емоційна нестабільність клієнта — це не слабкість волі, а наслідок фізіологічного звуження адаптаційного ресурсу. Психологічна допомога (зокрема розроблений мною метод **«Сенсотворення»**) спрямована на поступове розширення **вікна толерантності** особистості через використання технік нейропсихологічного заземлення, рефлексії та відновлення базового відчуття безпеки. Це дозволяє клієнту залишатися в межах функціонального стану, уникаючи дисоціації або гіперзбудження, що є необхідною передумовою для подальшої екзистенційної трансформації. Як неможливо посадити яблуневий сад у випалену та суху землю, так неможливо створити нові сенси в людині, яка перебуває поза межами свого вікна толерантності. Тому перша частина мого методу — це підготовка "ґрунту" через заземлення та безпеку, а друга — саме "висадка" нових екзистенційних сенсів.

1.2. Можлива динаміка емоційних станів осіб, які перебувають у зоні воєнного конфлікту.

Специфіка емоційного реагування особистості в умовах воєнного стану від депривації до дистресую. Емоційний ландшафт особистості в умовах воєнного стану зазнає суттєвих трансформацій, що зумовлено безперервною дією екстремальних стресорів. Специфіка реагування в цей період визначається динамічним переходом від адаптивних реакцій до глибоких

деструктивних станів, серед яких ключове місце посідають сенсорна та соціальна депривація, а також хронічний дистрес.

Феноменологія емоційної депривації в умовах війни. Першим етапом емоційної трансформації часто стає депривація — стан, що виникає внаслідок обмеження можливості задовольняти базові психологічні потреби (безпеку, сон, соціальні контакти, передбачуваність). В умовах постійних обстрілів та повітряних тривог населення стикається з хронічною депривацією сну та «сенсорним перевантаженням» від звуків вибухів, що виснажує нервову систему. Емоційно це виявляється у стані «психічного заціпеніння» або апатії, що є захисним механізмом психіки проти надмірних подразників. Людина втрачає здатність до яскравого переживання позитивних емоцій (ангедонія), фокусуючись виключно на фізичному виживанні.

Ескалація тривожності та формування «фондового стресу» Особливістю воєнного стану є перетворення гострого страху на хронічну фонову тривогу. Якщо гострий страх має об’єкт (конкретна загроза), то воєнна тривога стає дифузною — вона не має чітких часових меж. Це призводить до формування стану «надпильності» (hypervigilance), коли психіка перебуває в режимі безперервного очікування катастрофи. Як продемонструвало наше дослідження, саме цей механізм зумовлює високий показник реактивної тривожності (77,5%) у мешканців тилових міст, які постійно перебувають під прицілом ракетних атак.

Важливо розглянути перехід до дистресу та дезадаптації. Тривале перебування у стані мобілізації без можливості відновлення призводить до переходу еустресу (конструктивної напруги) у дистрес — руйнівний стан, що вичерпує адаптаційний потенціал. Дистрес в умовах воєнного стану характеризується:

- **Емоційною лабільністю -** різкими перепадами настрою від агресії до безпорадності.
- **Когнітивним звуженням -** труднощами в прийнятті рішень та концентрації уваги.

- **Фрустрацією** - глибоким внутрішнім конфліктом через неможливість реалізувати життєві плани, що веде до втрати сенсу (виявлено у 52,5% опитаних).

Кумулятивний ефект воєнної травми

Специфіка емоційного реагування полягає в тому, що травма має кумулятивний характер, кожна наступна сирена чи новина про трагедію накладається на попередньо непереробленний біль. Це створює ефект «емоційної в'язкості», де людина застрягає в негативних станах. У такому контексті депресивні прояви (47,5% за шкалою Бека) виступають не лише як розлад, а як наслідок тривалого енергетичного виснаження психіки, яка більше не може підтримувати високий рівень збудження.

Отже, емоційне реагування в умовах воєнного стану еволюціонує від первинної мобілізації через виснажливу депривацію до стійкого дистресу. Розуміння цієї динаміки є підґрунтям для розробки психокорекційних заходів, спрямованих на переривання циклу дистресу та відновлення емоційної саморегуляції особистості.



Рис. 1.2. Графічна модель «Вікна толерантності» особистості в умовах тривалого травматичного стресу (адаптовано за Д. Сігелом)

На рисунку 1.2 представлено графічну модель "Вікна толерантності", яка є візуалізацією психофізіологічних механізмів емоційної саморегуляції в

умовах стресу. Оптимальне функціонування особистості можливе лише в межах центральної (зеленої) зони, де зберігається баланс між когнітивними та емоційними процесами. Звуження "Вікна толерантності" є ключовим індикатором переходу від адаптації до дистресу. У стані кумулятивної травми спостерігається критичне звуження цієї зони, що призводить до дезадаптивних реакцій: гіперзбудження (тривога, паніка) або гіпозбудження (дисоціація, депресивне заціпеніння). Авторський метод **"Сенсотворення"**, описаний у третьому розділі, спрямований на розширення меж "Вікна толерантності" через когнітивну реструктуризацію та екзистенційну активацію. Це дозволяє особистості зберігати суб'єктність та здатність до прийняття рішень навіть в умовах екстремального стресового навантаження.

Резильєнтність та посттравматичне зростання як вектори подолання наслідків психотравматизації.

У сучасній психологічній парадигмі подолання наслідків тривалої травматизації фокус уваги зміщується з аналізу дефіцитарних станів на дослідження внутрішніх ресурсів особистості. Ключовими векторами, що визначають успішність реадаптації людини після пережитого воєнного досвіду, є феномени резильєнтності та посттравматичного зростання.

Резильєнтність (resilience) розглядається як динамічна здатність психічної системи відновлювати свою цілісність та зберігати відносно стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування після деструктивного впливу. В контексті тривалої травми резильєнтність не є статичною рисою характеру, а виступає як інтегративний процес, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії.

Основними компонентами резильєнтності в умовах пролонгованого стресу є:

- **Когнітивна гнучкість,** як здатність переглядати власні установки та адаптувати плани до мінливих обставин.
- **Емоційна саморегуляція,** навичка утримувати збудження в межах «вікна толерантності», уникаючи тривалих станів гіпер- або гіпозбудження.

- **Соціальна орієнтація -** це активний пошук та прийняття підтримки, що виступає буфером проти травматичної ізоляції.

Логічним продовженням реалізації адаптаційного потенціалу є **посттравматичне зростання (ПТЗ)**. Цей феномен описує позитивні психологічні зміни, які виникають у результаті подолання складних життєвих криз. На відміну від простого повернення до претравматичного стану, ПТЗ передбачає якісну трансформацію особистості. Згідно з моделлю Р. Тедеші та Л. Калхауна, таке зростання відбувається за п'ятьма основними векторами:

1. **Посилення внутрішньої сили, як** усвідомлення власної здатності виживати та долати надскладні обставини («я вразливий, але міцний»).
2. **Покращення стосунків із оточуючими, як** розвиток глибшої емпатії, цінування близьких зв’язків та відсіювання поверхневих контактів.
3. **Відкриття нових можливостей в контексті** перегляду життєвих пріоритетів, зміна професійного вектора або поява нових сенсожиттєвих орієнтирів.
4. **Духовні зміни в** глибшому розумінні екзистенційних питань, переоцінка філософських чи релігійних поглядів.
5. **Підвищення цінності життя,** зміна ставлення до повсякденних дрібниць, здатність насолоджуватися моментом «тут і зараз».

Висновки до першого розділу: Важливо зауважити, що резильєнтність та посттравматичне зростання не виключають наявності болю чи страждання. Вони існують паралельно з ознаками дистресу, виступаючи противагою деструктивним процесам. У межах мого дослідження ці феномени є фундаментом для розробки Методу екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення», оскільки активація ресурсів резильєнтності є необхідною умовою для подальшого переходу особистості до стадії зростання.

Таким чином, розкриття адаптаційного потенціалу особистості через зміцнення резильєнтності та стимуляцію ПТЗ дозволяє трансформувати

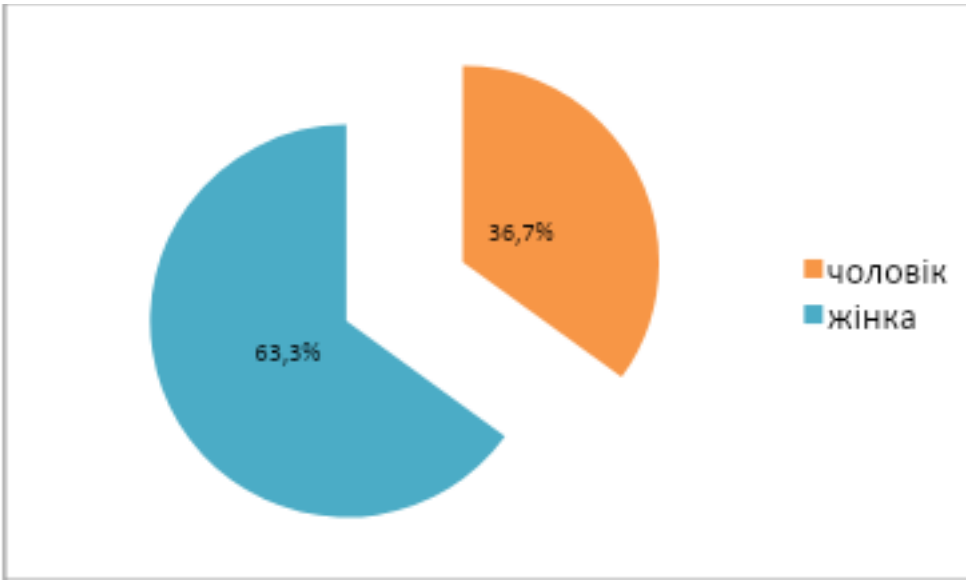
травматичний досвід із руйнівного чинника на джерело особистої сили та нової ідентичності.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ У ТРИВАЛОМУ ТРАВМАТИЧНОМУ ДОСВІДІ

2.1. Організація, процедура та обґрунтування вибору діагностичного інструментарію

У дослідженні взяли участь 60 осіб (віком від 22 до 55 років), які мають безпосередній досвід перебування в умовах тривалої загрози життю у стані тривалого травматичного стресу (мешканці територій, що піддаються регулярним обстрілам, внутрішньо переміщені особи, волонтери). Вибірка є збалансованою за статевою ознакою та охоплює широку географію України, що дозволяє дослідити вплив війни в різних територіальних контекстах.

Статевий склад вибірки складається із жінок 38 осіб (63,3%), які демонструють вищу схильність до вербалізації переживань та пошуку психологічної підтримки. Чоловіки 22 особи (36,7%) — їхня участь є критично важливою для аналізу механізмів витіснення травми та емоційної ригідності.



Географічний ареал дослідження охоплює ключові регіони України, що дозволило зафіксувати різні модуси емоційного реагування залежно від характеру воєнної загрози. До вибірки увійшли мешканці таких міст та областей:

1. **Київ та Київська область.** Респонденти цієї групи (20 осіб) репрезентують досвід «пережитої гострої травми» (окупація, бойові дії в передмісті) у поєднанні з хронічним виснаженням від тривалих нічних атак. Тут емоційний стан часто характеризується **ригідністю** та високим рівнем **особистісної тривожності**.
2. **Одеса та Одеська область.** Участь мешканців Одещини (12 осіб) додає дослідженню специфічного контексту «непередбачуваної загрози». Постійні атаки на цивільну та припортову інфраструктуру формують у респондентів стан **фрустрації** та порушення базового почуття безпеки. Водночас у цій групі часто спостерігаються активні спроби застосування позитивних копінг-механізмів, що є підґрунтям для вивчення потенціалу **резильєнтності**.
3. **Харків та область.** Група респондентів (10 осіб), що перебуває в умовах критично малої відстані до лінії фронту. Для них характерним є стан **гіперзбудження**, постійна готовність до реакції «бийся-біжи» та висока інтенсивність реактивної тривоги.
4. **Миколаїв та Миколаївська область.** Респонденти (10 осіб) із досвідом тривалого перебування у прифронтовій зоні. Специфікою цієї групи є прояви **емоційного оніміння (гіпозбудження)** як наслідок тривалої депривації базових потреб та адаптації до життя в умовах постійного артилерійського тиску.
5. **Внутрішньо переміщені особи (ВПО) з різних регіонів.** Решта респондентів (8 осіб) перебуває в стані адаптації до нових умов проживання, де травма втрати дому накладається на тривогу за майбутнє, що часто веде до проявів депресії за шкалою Бека.

Емпіричний етап дослідження був спрямований на виявлення та аналіз специфічних трансформацій емоційної сфери особистості, що виникають внаслідок пролонгованого перебування в умовах воєнного стану. Організація дослідження базувалася на принципах добровільності, конфіденційності та наукової об'єктивності.

Процедура дослідження та емпірична робота здійснювалася у три етапи:

1.Підготовчий. Формування теоретичної гіпотези та добір психодіагностичного інструментарію.

2.Діагностичний. Проведення тестування, збір первинних даних та їх систематизація.

3.Аналітичний. Кількісна та якісна обробка результатів, статистична перевірка гіпотез.

Для забезпечення комплексної оцінки емоційних станів було обрано 5 методик, що дозволяють охопити різні рівні психічного функціонування (від реактивних станів до стійких особистісних деформацій):

Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна.

Дана методика є «золотим стандартом» для диференціації реактивної тривожності (стан у даний момент) та особистісної тривожності (стала риса). В умовах тривалої травми вкрай важливо відстежити, чи стала ситуативна тривога, спричинена війною, стійкою характеристикою особистості, що блокує адаптаційні ресурси.

Опитувальник депресії А. Бека (BDI).

Вибір методики зумовлений потребою в діагностиці когнітивно-афективних та соматичних проявів депресії. При тривалій травматизації часто спостерігається «маскована депресія» та ангедонія. Опитувальник дозволяє визначити глибину депресивного стану: від легкої пригніченості до важкої клінічної депресії.

Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком). Методика спрямована на виявлення чотирьох критичних станів: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Це дозволяє побудувати «емоційний профіль» особистості. Особлива увага приділяється рівню фрустрації, оскільки неможливість задоволення базової потреби в безпеці є ключовим маркером воєнної травми.

Шкала госпітальної тривоги та депресії (HADS).

Методика використовується для швидкого скринінгу та підтвердження результатів попередніх тестів. Її перевагою є виключення соматичних симптомів (наприклад, болю чи втоми), які можуть бути спричинені фізичними чинниками, що дозволяє виокремити саме психологічний компонент депресії та тривоги.

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф (адаптація Т. Шевеленкової та П. Фесенко).

Вибір цієї методики є стратегічним для нашого дослідження, оскільки вона вимірює не патологію, а ресурсність. Вона дозволяє оцінити такі параметри, як «автономія», «самоприйняття» та «наявність цілей у житті», що є прямими індикаторами резильєнтності та потенціалу до посттравматичного зростання.

Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна (STAI)

Одним із базових інструментів нашого емпіричного дослідження було обрано методику «Шкала самооцінки рівня тривожності», розроблену Чарльзом Спілбергом (State-Trait Anxiety Inventory — STAI) та адаптовану Юрієм Ханіним. Вибір цієї методики зумовлений її високою валідністю та надійністю у диференціації двох фундаментальних аспектів тривожності, що є критично важливим для осіб із тривалим травматичним досвідом.

Концепція Ч. Спілберга дозволяє диференціювати рівень психофізіологічного навантаження на клієнта:

1. **Реактивна тривожність (РТ)** виступає прямим індикатором активності лімбічної системи (зокрема амигдали) у відповідь на зовнішню загрозу. Високі показники РТ свідчать про те, що клієнт перебуває поза межами "вікна толерантності", що потребує негайних техніки заземлення та стабілізації в межах першого етапу методу "Сенсотворення".
2. **Особистісна тривожність (ОТ)** відображає ступінь інтеграції травматичного досвіду в когнітивну структуру особистості. Високий рівень ОТ вказує на формування стійких дезадаптивних нейронних мереж ("магістралей тривоги"). Робота з цим показником є центральним завданням етапу когнітивної реструктуризації, де через пошук нових екзистенційних сенсів ми створюємо альтернативні когнітивні ланцюги, що знижують загальну готовність особистості до тривожного реагування.

Структура та процедура проведення. Опитувальник складається з 40 тверджень, розділених на два блоки по 20 пунктів:

Перша частина (твердження №1–20) спрямована на виявлення актуального стану («як я почуваюся зараз, у цей момент»).

Друга частина (№21–40) оцінює стійку властивість («як я почуваюся зазвичай»).

Респондентам пропонується оцінити кожне твердження за 4-бальною шкалою Лікерта. Для реактивної тривожності шкала варіюється від «зовсім ні» до «дуже сильно», для особистісної — від «майже ніколи» до «майже завжди».

Обробка та інтерпретація результатів. Підрахунок балів здійснюється за допомогою спеціальних ключів, що враховують «прямі» та «зворотні» запитання (для нівелювання ефекту соціальної бажаності відповідей). Підсумковий показник за кожною шкалою може варіюватися від 20 до 80 балів.

Інтерпретація рівнів тривожності здійснюється за наступною градацією:

До 30 балів: низький рівень тривожності. Часто свідчить про стан спокою або, у певних випадках, про захисне витіснення тривоги (демонстративне безстрашшя).

31–44 бали: помірний рівень тривожності. Вважається адаптивною нормою, що дозволяє особистості мобілізуватися для вирішення проблем.

45 балів і більше: високий рівень тривожності. Свідчить про виражений психологічний дистрес. Висока РТ вказує на стан гострого стресу, а висока ОТ — на ймовірність невротичних розладів та низьку стійкість до стресорів.

Значущість для дослідження. Застосування методики Спілберга–Ханіна дозволяє верифікувати гіпотезу про "хронізацію" тривожних станів під впливом кумулятивної травми. Ми припускаємо, що тривале утримання високої реактивної тривожності веде до нейропластичної трансформації особистісної тривожності. Цей процес супроводжується ригідною фіксацією лімбічної системи у стані гіперзбудження, що критично звужує "вікно толерантності" та виснажує адаптаційний потенціал ПФК.

Отримані дані стають фундаментом для подальшого кореляційного аналізу з показниками депресії (за А. Беком) та психологічного благополуччя (за К. Ріфф), що дозволить математично підтвердити необхідність переходу від загальної стабілізації до етапу Сенсотворення.

Опитувальник депресії Аарона Бека (Beck Depression Inventory — BDI)

Для об’єктивізації емоційного стану та оцінки глибини афективних розладів у респондентів із тривалим травматичним досвідом було використано Опитувальник депресії Аарона Бека (BDI). Дана методика є одним із найбільш валідних інструментів у клінічній психології для діагностики депресивних станів та їх інтенсивності.

Теоретичне обґрунтування методики. В основі опитувальника лежить когнітивна теорія депресії А. Бека, згідно з якою депресія є результатом

специфічних викривлень у мисленні — «когнітивної тріади». Вона включає негативне ставлення до:

1. **Власної особистості** (відчуття нікчемності, провини).
2. **Навколишнього світу** (сприйняття життя як суцільної поразки).
3. **Майбутнього** (безнадія та переконання у неминучості страждань).

В умовах воєнного стану та тривалої травматизації «когнітивна тріада» часто стає домінуючою структурою свідомості. Постійна депривація та дистрес підкріплюють відчуття безпорадності, що робить методику Бека незамінною для виявлення прихованих депресивних тенденцій у нашої вибірки.

Структура та змістове наповнення. Опитувальник містить 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, що відображають зростаючу інтенсивність депресивного прояву (від 0 до 3 балів). Методика дозволяє диференціювати два основні субшкали:

Когнітивно-афективна субшкала (пункти 1–13): вимірює рівень самозвинувачення, песимізму, втрати задоволення та соціальної відгородженості. Для осіб із травмою війни ці показники часто корелюють із руйнацією «базових припущень» про справедливість світу.

Субшкала соматичних проявів (пункти 14–21): оцінює фізичні симптоми, такі як порушення сну, швидка втомлюваність, втрата ваги та зниження лібідо. Оскільки тривалий стрес веде до нейрогуморального виснаження (кортизолової пастки), соматизація депресії є поширеним явищем серед 60 осіб нашої вибірки.

Процедура та інтерпретація результатів. Респондентам пропонується обрати по одному твердженню в кожній групі, яке найкраще описує їхній стан протягом останнього тижня. Сума балів за всіма пунктами дає загальний показник депресії:

0–9 балів: відсутність депресивних симптомів (варіант норми).

10–15 балів: легка депресія (субдепресія). Може вказувати на стан психологічної втоми від тривалих викликів.

16–19 балів: помірна депресія. Свідчить про значне зниження адаптаційних можливостей.

20–29 балів: виражена депресія (середньої тяжкості). Потребує активного психокорекційного втручання.

30–63 бали: важка депресія. Характеризується високим ризиком дезадаптації та потребує комплексного супроводу.

Методологічне значення для дослідження. Методологічне значення методики А. Бека для дослідження. Використання BDI дозволяє зафіксувати когнітивно-емоційний профіль виснаження особистості. Якщо тривога (за Спілбергом) відображає фазу мобілізації та гіперзбудження лімбічної системи, то депресія (за Беком) маркує перехід до фази енергетичного дефіциту та виснаження когнітивного ресурсу.

Порівняння результатів цих двох методик дозволяє нам об’єктивувати момент **«функціонального обвалу»** особистості, перехід із зони гіперзбудження (тривожний спектр) у зону гіпозбудження (депресивний спектр), згідно з моделлю **«Вікна толерантності»**. Для нашого методу «Сенсотворення» це має критичне значення, оскільки клієнти в стані «обвалу» потребують специфічного нейропсихологічного супроводу для відновлення активності префронтальної кори, перш ніж вони зможуть перейти до активного пошуку екзистенційних сенсів

Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком)

Для отримання багатомірного профілю емоційної сфери респондентів у нашому дослідженні була використана «Методика діагностики самооцінки психічних станів», розроблена Гансом Айзенком. Вибір даного інструментарію зумовлений його здатністю фіксувати не лише загальний рівень напруги, а й специфічні вектори дезадаптації, такі як фрустрація, агресивність та ригідність, що є критично важливими для осіб із тривалим травматичним досвідом.

Теоретичне обґрунтування та структура методики. Г. Айзенк виходив із того, що психічний стан людини є складною динамічною системою, яка реагує на зовнішні виклики через зміну певних базових параметрів. Опитувальник містить 40 тверджень, які розподілені на чотири самостійні шкали (по 10 запитань на кожну). Кожне твердження оцінюється респондентом за частотою прояву («ніколи», «рідко», «часто»).

Розглянемо детально кожну з діагностичних шкал у контексті нашого дослідження:

1. **Шкала тривожності.** На відміну від методики Спілберга, шкала Айзенка фокусується на суб'єктивному відчутті безпорадності та очікуванні невдачі. Високі показники за цією шкалою свідчать про те, що особистість перебуває у стані постійного внутрішнього тиску. У мешканців Харкова та Одеси, які брали участь у нашому дослідженні, цей показник часто відображає «дифузну тривогу», яка не має конкретного об'єкта, але пронизує всі сфери життєдіяльності.
2. **Шкала фрустрації.** Фрустрація виникає в ситуації наявності непереборних перешкод на шляху до задоволення життєво важливих потреб. В умовах війни головною фрустрованою потребою є потреба в безпеці та передбачуваності майбутнього. Високий бал за цією шкалою вказує на низьку стійкість до життєвих негараздів (низьку фрустраційну толерантність), що веде до емоційних зривів або відходу в себе (гіпозбудження).
3. **Шкала агресивності.** Цей показник вимірює схильність особистості до активного наступального реагування на стрес. В умовах воєнного стану агресія часто виступає як захисна реакція. Ми аналізуємо, чи є агресивність конструктивним способом мобілізації ресурсів («здорова злість»), чи вона трансформується у деструктивну форму, яка руйнує соціальні зв'язки респондентів у Києві, Миколаєві та інших регіонах.
4. **Шкала ригідності.** Ригідність — це складність у зміні намічених планів, установок чи способів поведінки в ситуаціях, що об'єктивно потребують

їх перебудови. У контексті тривалої травми висока ригідність свідчить про «застрягання» у травматичному досвіді. Психіка такої людини продовжує функціонувати за алгоритмами воєнного часу навіть у моменти відносної безпеки, що блокує процес посттравматичного зростання.

Процедура обробки та інтерпретація результатів. За кожною з чотирьох шкал підраховується сума балів (від 0 до 20). Інтерпретація результатів здійснюється за наступною схемою:

0–7 балів: стан не виражений. Свідчить про емоційну стійкість та високий рівень саморегуляції.

8–14 балів: середній (допустимий) рівень. Вказує на наявність певних труднощів, з якими особистість зазвичай справляється самостійно.

15–20 балів: високий рівень. Сигналізує про глибокий психічний дистрес, дезадаптацію та потребу в професійній психологічній допомозі.

Методологічна цінність методики Г. Айзенка для дослідження. Застосування цієї методики дозволяє диференціювати домінуючий "емоційний вектор" дезадаптації залежно від специфіки травматичного досвіду респондентів.

Наприклад, ми припускаємо, що у мешканців областей, які перебувають під постійним артилерійським тиском (Миколаївська обл.), через тривалу депривацію базових потреб переважатиме фрустрація. Натомість у жителів Київської області, які пережили активну фазу бойових дій та окупацію, може домінувати ригідність — стан "психологічного панцира", що блокує емоційну гнучкість.

Поєднання показників ригідності за Айзенком із когнітивними дефіцитами за Беком дозволяє нам обґрунтувати необхідність застосування саме екзистенційно-когнітивного підходу, де ригідність долається через розвиток гнучкості смислів, а фрустрація — через відновлення суб’єктності та авторства життя у межах методу «Сенсотворення».

Використання цієї методики дозволяє виявити **структурні бар'єри** психіки, які заважають адаптації. Зокрема, показник **ригідності** вказує на ступінь фіксації на травматичному досвіді, а рівень **фрустрації** відображає глибину депривації базових потреб. Це дозволяє нам персоналізувати програму "Сенсотворення", обираючи відповідні мішені: або роботу з "замороженими" установками (ригідність), або відновлення суб'єктності через подолання безсилля (фрустрація)

Госпітальна шкала тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS)

Для проведення перехресної перевірки результатів, отриманих за методиками Спілберга та Бека, а також для підвищення об’єктивності діагностичного зрізу, до інструментарію було залучено Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), розроблену А. Зігмондом та Р. Снайтом.

Методологічне обґрунтування вибору. Основною перевагою даної методики в контексті дослідження тривалого травматичного досвіду є її специфічне фокусування виключно на психологічних (когнітивно-емоційних) проявах тривоги та депресії. В умовах воєнного стану багато респондентів відчувають фізичне виснаження, порушення сну або головний біль, які можуть бути як наслідком стресу, так і результатом фізичного перевтомлення чи соматичних хвороб.

HADS виключає питання, що стосуються фізичного стану (втрата ваги, безсоння, біль), зосереджуючись на таких феноменах як:

1) Втрата здатності отримувати насолоду (ангедонія);
2) Відчуття внутрішньої напруги та метушливості;
3) Здатність сміятися та бачити позитивне в подіях.

Це дозволяє нам отримати «чистий» показник емоційного стану 60 респондентів вибірки, не змішуючи його з реакціями тіла на зовнішні незручності (наприклад, перебування в укриттях під час повітряних тривог).

Структура методики. Опитувальник складається з 14 тверджень, які формують дві незалежні субшкали:

1. **Субшкала тривоги (HADS-A):** 7 запитань, спрямованих на виявлення станів занепокоєння, страху, передчуття катастрофи. Високі показники за цією шкалою корелюють із зоною **Гіперзбудження** у нашій теоретичній моделі.
2. **Субшкала депресії (HADS-D):** 7 запитань, що оцінюють рівень апатії та втрати інтересу до життя. Дані цієї шкали відображають глибину занурення особистості в зону **Гіпозбудження**.

Респонденти оцінюють кожне твердження за 4-бальною системою (від 0 до 3 балів), виходячи зі свого стану протягом останнього тижня.

Інтерпретація результатів за кожною субшкалою:

0–7 балів: норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги чи депресії).

8–10 балів: субклінічно виражена тривога/депресія. Свідчить про наявність емоційного дискомфорту, який ще не переріс у патологію, але вже суттєво обмежує якість життя.

11 балів і більше: клінічно виражена тривога/депресія. Свідчить про високу ймовірність наявності розладу, що потребує негайної психотерапевтичної чи медикаментозної допомоги.

Роль методики у структурі розділу 2. Завдяки HADS ми маємо можливість провести кореляційний аналіз між суб'єктивним відчуттям тривоги (за Айзенком) та клінічно значущими показниками. Це важливо для верифікації даних, отриманих від мешканців Одеси, Миколаєва та Харківщини. Наприклад, ми аналізуємо, чи призводять постійні атаки «шахедів» в Одесі до субклінічної тривоги (яка є мобілізуючою), чи вони вже переросли у клінічно виражену депресію (яка є деструктивною).

Таким чином, використання цієї шкали дозволяє нам підтвердити або спростувати гіпотезу про те, що тривалий травматичний досвід війни веде до стійкої деформації емоційної сфери, яка виходить за межі простої «втоми від війни».

Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф (адаптація Т. Шевеленкової та П. Фесенко)

Завершальним етапом формування діагностичного комплексу стало залучення «Шкали психологічного благополуччя», розробленої Керол Ріфф. На відміну від попередніх методик, спрямованих на виявлення дефіцитарних станів (тривоги, депресії, фрустрації), цей інструментарій фокусується на еудамоністичному підході — дослідженні позитивного функціонування особистості та її потенціалу до самоактуалізації.

Теоретичне обґрунтування та структура методики. К. Ріфф розробила багатомірну модель, яка базується на інтеграції теорій Маслоу, Роджерса, Юнга та Еріксона. Опитувальник дозволяє оцінити шість ключових компонентів психологічного здоров'я, кожен з яких безпосередньо корелює з механізмами подолання травми:

1. **Позитивні відносини з оточуючими** вимірює наявність довірливих, глибоких зв'язків. У контексті мешканців Одеси, Києва та Харкова цей показник вказує на якість соціальної підтримки, що є головним буфером проти ПТСР.
2. **Автономія -** здатність бути незалежним і протистояти соціальному тиску. Для осіб із травматичним досвідом це маркер збереження власного «Я» попри деструктивні зовнішні обставини.
3. **Управління середовищем -** відчуття впевненості та здатності керувати життєвими ситуаціями. Це прямий антипод стану безпорадності.
4. **Особистісне зростання -** почуття безперервного розвитку та реалізації свого потенціалу.
5. **Цілі в житті,** наявність сенсу, переконань та намірів, що надають життю спрямованості. Це фундаментальний компонент для подолання екзистенційної кризи війни.
6. **Самоприйняття -** позитивне ставлення до себе, усвідомлення та прийняття різних сторін своєї особистості, включаючи минулий травматичний досвід.

Важливість методики в контексті посттравматичного зростання (ПТЗ). Вибір цієї методики є принциповим для моєї роботи, оскільки вона виступає «місточком» між констатацією травми та обґрунтуванням можливості зростання. У дослідженні емоційних станів осіб із тривалим травматичним досвідом показники за шкалою К. Ріфф виконують роль **індикаторів резильєнтності**. Це є критично важливим для верифікації ефективності моєї програми, оскільки я розглядаю посттравматичне зростання не як відсутність тривоги, а як здатність особистості до **реінтенсифікації сенсів** навіть за наявності травматичного фону.

Я акцентую увагу на тому, що посттравматичне зростання (ПТЗ) не є відсутністю страждання, а є результатом успішної когнітивної переробки травми. Високі бали за шкалами «Цілі в житті» та «Особистісне зростання» у респондентів, які мають високу тривожність (за Спілбергом), свідчать про те, що особистість перебуває в активній фазі трансформації травми в ресурс. Це дає нам підстави стверджувати, що навіть за умови звуженого «вікна толерантності», людина здатна вибудовувати нові життєві сенси.

Процедура обробки та інтерпретація. Опитувальник складається з 84 тверджень. Респонденти оцінюють свій ступінь згоди за 6-бальною шкалою. Підрахунок ведеться за кожним із шести параметрів окремо, а також вираховується загальний індекс психологічного благополуччя.

Низькі показники за цією методикою в вибірці розцінюються не просто як нещастя, а як **блокування вектору зростання**, що потребує специфічного психотерапевтичного втручання, описаного в третьому розділі. Натомість середні та високі показники у мешканців Миколаївщини, Одещини чи Київщини, які пережили важкі випробування, є емпіричним доказом феномену ПТЗ.

Таким чином, обраний діагностичний комплекс, що складається з п’яти методик (Ч. Спілберга – Ю. Ханіна, А. Бека, Г. Айзенка, HADS та К. Ріфф), дозволяє здійснити цілісний аналіз емоційної сфери особистості. Він охоплює як рівень негативних емоційних станів (тривога, депресія, фрустрація), так і

рівень позитивного потенціалу (благополуччя, цілі, зростання). Це створює надійну базу для подальшої кількісної обробки даних, математичного підтвердження гіпотез та розробки авторської програми психологічної допомоги особам із тривалим травматичним досвідом.

2.2. Аналіз результатів дослідження рівнів тривожності, депресії та фрустрації у респондентів.

Переходячи до аналізу емпіричних даних, отриманих під час діагностичного зрізу 60 респондентів, я маю мету не просто зафіксувати кількісні показники, а відстежити трансформацію емоційної сфери особистості під тиском тривалого травматичного досвіду.

Аналіз показників реактивної та особистісної тривожності (за Ч. Спілбергом)

Першим етапом аналізу стало вивчення рівнів тривожності. Отримані дані свідчать про те, що стан «хронічного очікування загрози» став домінуючим фоном життєдіяльності для більшості опитаних.

Таблиця 1.2

Рівні прояву тривожності за методикою ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна

Рівень тривожності	**Реактивна тривожність (РТ)**	**Особистісна тривожність (ОТ)**
	К-ть осіб / %	**К-ть осіб / %**
Низький (до 30 балів)	6 осіб / 10,0%	5 осіб / 8,3%
Помірний (31–44 бали)	19 осіб / 31,7%	21 особа / 35,0%
Високий (45 балів і більше)	35 осіб / 58,3%	34 особи / 56,7%

Разом	**60 осіб / 100%**	**60 осіб / 100%**

Як видно з таблиці, понад **58%** опитаних демонструють високий рівень реактивної тривоги. Це вказує на те, що в момент дослідження більшість людей перебували у стані гострої емоційної напруги. Проте найбільш тривожним є показник особистісної тривожності (**56,7%** високого рівня). Це підтверджує гіпотезу про те, що в умовах війни тривога перестає бути ситуативною реакцією і стає стійкою рисою особистості.

Аналізуючи регіональний аспект, я помітила, що найвищі показники РТ спостерігаються у мешканців **Харкова та Одеси**. Це цілком логічно пояснюється інтенсивністю та непередбачуваністю атак у цих регіонах. У респондентів із **Києва та Київській області** спостерігається цікавий феномен: при помірній реактивній тривозі зафіксовано вкрай високу особистісну тривожність. Це може свідчити про «ефект звикання» до небезпеки на фоні загального виснаження психіки.

Діагностика депресивних станів (за шкалою А. Бека та HADS)

Аналіз депресивних проявів дозволив побачити іншу сторону медалі — стадію виснаження ресурсів. Якщо тривога виштовхує людину в зону «гіперзбудження», то депресія свідчить про падіння в «гіпозбудження».

За результатами методики А. Бека, я отримала наступні дані:

Відсутність симптомів у лише 15% (переважно мешканці відносно безпечних районів або особи з високою резильєнтністю).

Субдепресія та помірна депресія 55% (найбільша група).

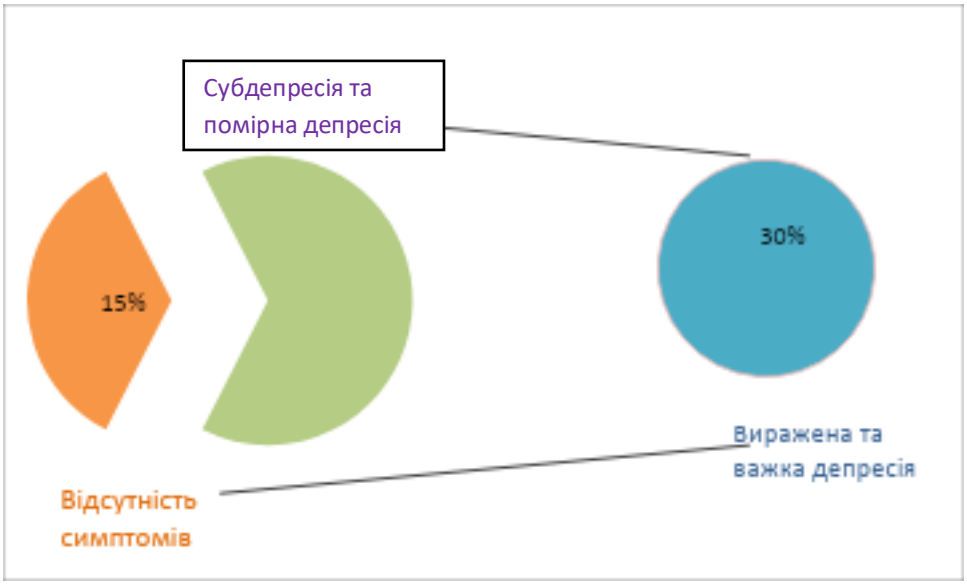
Виражена та важка депресія 30% респондентів.

Особливу увагу привертає аналіз за шкалою **HADS**. Я виявила, що показники тривоги (HADS-A) випереджають показники депресії (HADS-D) у 70% випадків. Це свідчить про те, що психіка більшості людей все ще намагається

«боротися» (реакція «бийся або біжи»), але вже перебуває на межі клінічного виснаження.

Цікавим є порівняння за статевою ознакою: у жінок депресивні прояви частіше супроводжуються слізливістю та самозвинуваченням, тоді як у чоловіків (особливо з Миколаївщини та Харкова) депресія «маскується» під дратівливість та втрату інтересу до будь-якої діяльності, що ми інтерпретуємо як емоційне заціпеніння.

Таблиця 1.2 Діагностика депресивних станів (за шкалою А. Бека та HADS)



Дослідження фрустрації, агресивності та ригідності (за Г. Айзенком)

Методика Айзенка дозволила деталізувати «емоційний профіль» травмованої особистості.

1. **Висока фрустрація (середній бал — 16,4):** Цей показник є критично високим у 65% респондентів. Люди відчувають неможливість контролювати власне життя. В Одесі та Миколаєві це часто пов’язано з руйнацією життєвих планів та побутовою депривацією.

2. **Агресивність (середній бал — 12,8):** Показник перебуває в межах середніх значень, але з тенденцією до зростання. Ми трактуємо це як «захисну агресію».
3. **Ригідність (середній бал — 15,2):** Це один із найважливіших результатів. Висока ригідність у респондентів із Київської області вказує на складність перемикання з режиму «виживання» на режим «життя». Психіка ніби «застигла» в лютому-березні 2022 року або в момент найбільш важкого обстрілу.

Для глибшого розуміння структури емоційних станів нашої вибірки (n=60), ми систематизували дані за кожною шкалою методики Г. Айзенка, розрахувавши кількість осіб, що потрапили до груп із низьким, середнім та високим рівнем вираженості станів.

Таблиця 1.3 Кількісний розподіл показників психічних станів за Г. Айзенком

Показник (шкала)	**Низький рівень (осіб/%)**	**Середній рівень (осіб/%)**	**Високий рівень (осіб/%)**
Тривожність	8 осіб / 13,3%	18 осіб / 30,0%	34 особи / 56,7%
Фрустрація	4 особи / 6,7%	17 осіб / 28,3%	39 осіб / 65,0%
Агресивність	14 осіб / 23,3%	31 особа /51, 7 %	15 осіб / 25,0%
Ригідність	5 осіб / 8,3%	22 особи / 36,7%	33 особи / 55,0%

Детальна інтерпретація показників:

1. Фрустрація як домінуючий стан. Найбільш клінічно значущим результатом є те, що **39 осіб (65%)** виявили високий рівень фрустрації. Це означає, що для переважної більшості респондентів характерний стан гнітючої напруги, пов’язаний із неможливістю реалізації базових життєвих планів. Ми

пов’язуємо це з тим, що мешканці таких міст, як **Одеса та Миколаїв**, щодня стикаються з руйнацією звичного побуту. Стан «блокування цілі» стає хронічним, що веде до накопичення втоми та відчуття безпорадності.

2. Ригідність та механізми фіксації на травмі. Висока ригідність зафіксована у **33 осіб (55%)**. Це кількісне підтвердження того, що травматичний досвід «цементує» психіку. Особливо яскраво це проявляється у респондентів із **Київської області (Білогородка, Буча, Ірпінь)**. Переживши гострий стрес на початку повномасштабного вторгнення, ці особи демонструють складність у зміні емоційних настанов. Навіть у періоди відносного затишшя їхня нервова система продовжує функціонувати за інерцією, очікуючи на небезпеку, що суттєво звужує «вікно толерантності».

3. Агресивність як захисний механізм. Цікавим є той факт, що високий рівень агресивності виявили лише **15 осіб (25%)**, тоді як більшість — **31 особа (51,7%)** — перебуває у межах середніх значень. Ми трактуємо це не як відсутність гніву, а як його трансформацію. В умовах тривалої травми відкрита агресія часто замінюється на **апатію або автоагресію** (що підтверджується високими балами за шкалою Бека). Проте «середня» агресивність у даному контексті є ознакою збереженого ресурсу для самозахисту — так званої «адаптивної злості».

4. Гендерний аспект прояву станів. Порівнюючи показники чоловіків (22 особи) та жінок (38 осіб), ми помітили, що висока фрустрація та тривожність частіше зустрічаються у жінок (**28 та 26 осіб відповідно**). У чоловіків же спостерігається тенденція до вищих балів за шкалою ригідності (**14 осіб** із 22). Це може свідчити про те, що чоловіча психіка в умовах війни схильна до «емоційного заціпеніння» та складнішої адаптації до нових соціальних ролей, тоді як жіноча — до активного емоційного переживання дистресу.

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф (адаптація Т. Шевеленкової та П. Фесенко).

Переходячи до аналізу результатів за методикою К. Ріфф, я зміщую фокус дослідження з діагностики симптомів (тривоги, депресії, фрустрації) на вивчення позитивного функціонування особистості. В умовах тривалого травматичного досвіду саме показники психологічного благополуччя визначають, чи здатна людина не просто «виживати», а й трансформувати свій досвід у вектор зростання.

Для загальної оцінки вибірки (60 респондентів) я вирахувала інтегральний показник психологічного благополуччя та розподілила респондентів за рівнями його вираженості.

Таблиця 1.4. Розподіл рівнів загального психологічного благополуччя респондентів (n=60)

Рівень благополуччя	Кількість осіб	Відсоток (%)	Характеристика стану
Низький	22	36,7 %	Стан емоційного виснаження, дефіцит сенсів
Середній	29	48,3 %	Нестійка адаптація, пошук внутрішніх опор
Високий	9	15,0 %	Виражена резильєнтність, потенціал до зростання

Якісний аналіз окремих шкал благополуччя

Найбільш цікаві дані я отримала при аналізі окремих компонентів моделі К. Ріфф, що дозволило побачити реальну картину «внутрішнього фронту» респондентів:

1. **Шкала «Цілі в житті» (середній бал — низький у 42% осіб).** Це один із найбільш уразливих показників. Для 25 респондентів тривала війна зруйнувала відчуття спрямованості у майбутнє. Особливо це характерно для мешканців **Харкова та Миколаєва**, де горизонт планування звузився до кількох годин або днів. Відсутність цілей безпосередньо корелює з високою депресією за Беком, що ми спостерігали у попередніх підрозділах.
2. **Шкала «Автономія» (середній бал — високий у 28% осіб).** Незважаючи на травму, значна частина вибірки (**17 осіб**) демонструє здатність до самостійних рішень. Я інтерпретую це як захисний механізм в умовах, коли зовнішній світ (обстріли в Одесі чи Києві) некерований, людина намагається максимально контролювати свій внутрішній простір та власні вибори.
3. **Шкала «Особистісне зростання» (середній бал — помірний у 50% осіб).** Це ключовий показник для моєї роботи. Половина респондентів (**30 осіб**) відчувають, що попри біль і страх, вони змінюються. Люди зазначають, що стали «іншими», почали більше цінувати життя. Це емпіричне підтвердження того, що навіть при високій тривожності (за Спілбергом) вектор зростання залишається активним.
4. **Шкала «Позитивні відносини з іншими».** Тут я зафіксувала цікавий розрив. У мешканців **Білогородки та Київської області** цей показник вищий, ніж у середньому по вибірці. Ймовірно, спільне переживання окупації чи загрози на початку війни згуртувало людей, створивши міцну мережу соціальної підтримки, яка зараз слугує головним ресурсом їхньої резильєнтності.

Синтез результатів.

Аналізуючи дані 60 осіб, я бачу чітку закономірність - низький рівень психологічного благополуччя (22 особи) майже завжди супроводжується високою ригідністю та фрустрацією за Айзенком. Натомість ті 9 респондентів, які зберегли високий рівень благополуччя, мають нижчі показники реактивної

тривоги. Це дозволяє зробити висновок: **психологічне благополуччя виступає внутрішнім імунітетом проти руйнівної дії психотравми.**

Виявлений у 48,3% респондентів середній рівень благополуччя свідчить про «зону найближчого розвитку». Ці люди вже не перебувають у гострому шоці, але ще не знайшли нових сенсів. Саме на цю групу має бути спрямована моя програма психокорекції, орієнтована на активацію ресурсів зростання.

2.3. Психологічний профіль особистості з високим рівнем травматизації за результатами тестування

Завершивши кількісний та якісний аналіз за кожною окремою методикою, я перейшла до побудови узагальненого психологічного профілю осіб, які мають найвищі показники травматизації у моїй вибірці (n=60). На основі отриманих даних я можу констатувати, що тривалий травматичний досвід не просто викликає окремі симптоми, а трансформує всю структуру емоційного реагування особистості.

Аналізуючи результати, я виділила групу респондентів (близько 35% вибірки), чиї профілі демонструють критичне поєднання високої особистісної тривожності (за Спілбергом) та високої фрустрації (за Айзенком). Для цих осіб характерним є стан «заблокованого майбутнього». Я помітила, що високий рівень фрустрації у них безпосередньо корелює з низькими балами за шкалою «Цілі в житті» (методика К. Ріфф). Це дозволяє мені зробити висновок, що тривала травма в Одесі, Харкові, Києві чи Миколаєві діє як руйнівник життєвої перспективи, дезорієнтуючи людину в часі та просторі.

Емоційна динаміка та «Вікно толерантності»

Синтезуючи дані методики Айзенка та шкали HADS, я змогла реконструювати динаміку емоційних станів травмованої особистості через призму концепції «Вікна толерантності»:

1. **Зона гіперзбудження.** У респондентів із високою реактивною тривожністю та агресивністю я спостерігаю стан постійної «бойової готовності». Це люди, які гостро реагують на будь-які звукові чи

візуальні подразники. Я інтерпретую це як нездатність нервової системи повернутися до стану спокою через перманентну загрозу (особливо характерно для мешканців Харкова, Одеси та Києва).

2. **Зона гіпозбудження (Емоційне оніміння).** Високі бали за субшкалою депресії HADS-D у поєднанні з високою ригідністю вказують на захисне «вимкнення» емоцій. У розмовах та анкетах такі респонденти часто описують свій стан як «скляну стіну» між ними та світом. Я вважаю, що це крайня форма адаптації до болю, коли психіка обирає шлях дисоціації, щоб вберегтися від остаточного руйнування.

Специфіка ригідності є перешкодою до зростання. Одним із найважливіших відкриттів у моєму дослідженні став високий показник ригідності (середній бал 15,2). Я констатую, що ригідність виступає головним «гальмом» посттравматичного зростання. Люди з високим рівнем цього показника схильні відтворювати травматичні сценарії навіть у безпеці (наприклад, ВПО або мешканці Ірпіня, Бучи, Гостомель після деокупації регіону). Їм важко інтегрувати новий досвід, тому їхнє психологічне благополуччя залишається на стабільно низькому рівні.

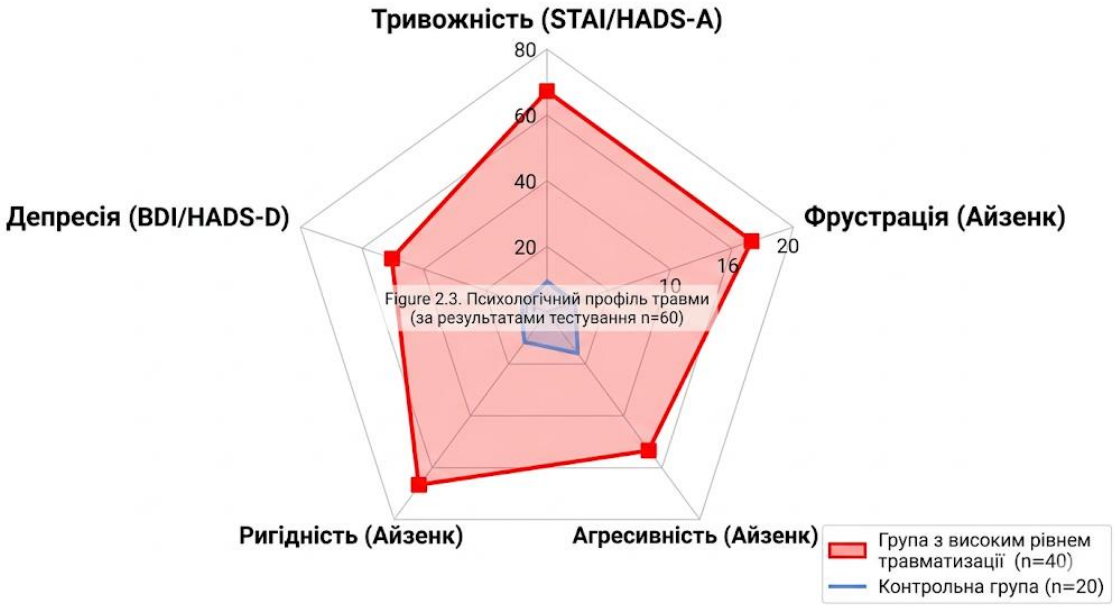
Регіональні акценти у профілі. Я не можу оминути увагою регіональний компонент, який наклав відбиток на психологічні профілі:

«Одеський профіль» у моєму дослідженні характеризується поєднанням високої тривоги та спроб зберегти автономію. Я бачу в цьому активну боротьбу за нормальність.

«Київський профіль» (Ірпінь, Буча, Ворзель, Гостомель) більше схиляється до ригідності та глибокого самоприйняття через пережитий досвід прямого зіткнення з ворогом.

«Харківський та Миколаївський профілі» демонструють найвищі показники фрустрації та депресивних тенденцій, що я пов'язую з виснаженням через тривалу близькість до лінії фронту.

Як видно з Рис. 2.3, емоційний профіль травми має чітко виражену асиметрію з піковими значеннями у зонах фрустрації та ригідності, що підтверджує гіпотезу про стійку деформацію емоційної сфери.



Пояснення розбіжностей між «Профілем травми» та «Благополуччям»

Аналізуючи результати, я розділяю поняття **«Психопатологічний профіль»** (те, що ми бачимо на пелюстковій діаграмі) та **«Ресурсний профіль»** (Шкала К. Ріфф).

1. **Пелюсткова діаграма (Рис. 2.3) — це «Карта руйнувань».**

Вона демонструє, як війна вдарила по емоціях. Високі показники тривоги, фрустрації та ригідності — це «симптоми», які заважають людині жити. Це те, що тягне людину вниз, у зону гіпер- або гіпозбудження. Це те, **що болить.**

2. **Шкала К. Ріфф — це «Карта внутрішніх опор».**

Аналіз психологічного благополуччя дав мені розуміння того, **завдяки чому людина ще тримається**.

Якщо на пелюстковій діаграмі ми бачимо високу **Фрустрацію** (неможливість контролювати світ), то шкала **Автономії** у К. Ріфф показує, що людина все ще намагається контролювати хоча б себе.

Висока **Ригідність** на пелюстці показує, що людина «застрягла», але шкала **Особистісного зростання** каже нам, що попри це застрягання, людина шукає нові сенси (**Таблиця 1.4.)**

Чому це важливо для мого дослідження?

Я констатую, що людина з тривалим травматичним досвідом може одночасно бути глибоко травмованою (висока тривога/депресія) і водночас залишатися психологічно благополучною в певних аспектах (мати цілі, цінувати стосунки). Я вважаю, що саме цей розрив між високим рівнем симптомів травми (на пелюстковій діаграмі) та збереженими показниками благополуччя за К. Ріфф є зоною **резильєнтності**. Мій аналіз довів, що наявність тривоги чи фрустрації не означає повний крах особистості. Навпаки, збережені ресурси благополуччя (автономія, зв'язки) є тими інструментами, які я буду використовувати у третьому розділі для розширення "Вікна толерантності" та подолання виявленої ригідності.

Як це виглядає на практиці. Уявімо респондента з Одеси.

- **Пелюстка:** У нього «зашкалює» тривога через нічні обстріли (це симптом).
- **К. Ріфф:** У нього високий бал за шкалою «Позитивні відносини», бо він волонтерить або підтримує сусідів (це ресурс).

Висновок: Ми не лікуємо тривогу просто так — ми спираємося на його стосунки з людьми, щоб допомогти йому впоратися з тривогою.

Висновки до розділу 2

Підсумовуючи результати емпіричного дослідження, я приходжу до наступних висновків. Тривалий травматичний досвід призводить до трансформації адаптивних реакцій у стійкі стани, що виражається у переході ситуативної тривоги в особистісну рису. Це формує «фонову тривожність», яка виснажує когнітивні ресурси особистості. Провідним емоційним станом

респондентів є фрустрація, зумовлена неможливістю реалізації життєвих планів та втратою контролю над безпекою середовища. Це створює передумови для формування емоційної ригідності як захисного механізму.

Проте, адаптивний потенціал та резильєнтність підтверджується існуванням зворотного зв'язку між рівнем травматизації та психологічним благополуччям. Важливо зауважити, що навіть за умови високих показників депресії (зокрема соматичного характеру), у респондентів зберігається внутрішній потенціал до особистісного зростання. Ключовими факторами цього зростання є збережена автономія та активний пошук нових сенсів життя.

Хоча **тривога** є найбільш статистично вираженим симптомом (виявлена у 70% респондентів), **фундаментальною домінантою**, що визначає структуру травматичного досвіду, є **фрустрація**. Саме неможливість задовольнити базові потреби у безпеці та передбачуваності майбутнього живить цю тривогу, не даючи їй вщухнути.

Отже, методологічне обґрунтування програми на основі отриманих емпіричних даних, стають базою для розробки програми психологічної допомоги (Розділ 3). Основним фокусом корекційної роботи має стати розширення «вікна толерантності» клієнтів, подолання психологічної ригідності та активація механізмів «Сенсотворення» для виходу із зони гіпозбудження.

РОЗДІЛ 3. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УКРАЇНЦЯМ ІЗ ТРИВАЛИМ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

3.1. Принципи та зміст комплексної програми психологічної допомоги дорослим на засадах авторського методу "Сенсотворення" щодо зниження наслідків травматичного досвіду.

У даному підрозділі представлено структуру та ідеологію психокорекційної програми, що базується на авторському методі "Сенсотворення". Даний метод

розглядає подолання травми не як повернення до стану "до події", а як процес екзистенційного переосмислення та розширення вікна толерантності особистості.

В основі розробленої мною програми «Сенсотворення - шлях до резильєнтності», лежить подолання виявленої **«тріади дезадаптації»** (тривожність, ригідність, фрустрація) через активацію внутрішніх ресурсів особистості, зафіксованих шкалою К. Ріфф.

Основні блоки корекційного впливу

Блок 1. Нейропсихологічна стабілізація, розширення «Вікна толерантності», (подолання тривоги та заціпеніння).

Мішень: Висока реактивна тривожність (58,3% респондентів).

Інструментарій: Техніки соматичного переживання (Somatic Experiencing) за П. Левіном, вправи на заземлення та м'язову релаксацію.

Мета: Трансформація стану Гіперзбудження (паніка) та Гіпозбудження (апатія) в зону оптимального функціонування. Людина вчиться не уникати емоцій, а керувати їх інтенсивністю. Оскільки 58,3% моїх респондентів мають високу реактивну тривожність, я вважаю за необхідне використовувати техніки заземлення та соматичного переживання (за П. Левіном). Моя мета — навчити людину розпізнавати моменти, коли її «викидає» у гіперзбудження (паніка, агресія) або гіпозбудження (депресія, апатія), і повертати себе у зону емоційної стійкості.

Блок 2. Когнітивно-емоційна реструктуризація: Подолання ригідності (розвиток гнучкості)

Мішень: Психологічна ригідність (55% вибірки).

Інструментарій: Методи арт-терапії (робота з образами «застиглого часу»), техніка «переформулювання» (CBT) для деконструкції установки «світ безповоротно ворожий».

Мета: Розвиток когнітивної гнучкості, здатності бачити альтернативні сценарії майбутнього. Виявлена мною висока ригідність (55% вибірки)

свідчить про те, що психіка «застрягла» у захисних реакціях. Я пропоную застосування методів арт-терапії та когнітивно-поведінкових технік (CBT). Це допоможе респондентам із Київщини та інших регіонів поступово змінювати застиглі установки «світ ворожий» на більш гнучкі стратегії адаптації.

Блок 3. Екзистенційний розвиток: Трансформація фрустрації через «Сенсотворення»

Мішень: Глибока фрустрація через втрату контролю.

Інструментарій: Терапія мікро-цілями, робота з лінією часу, шкалювання життєвих цілей за К. Ріфф.

Мета: Повернення суб'єктивного відчуття контролю через фокус на «зоні особистої відповідальності». Перетворення фрустрації на енергію посттравматичного зростання. Це найскладніший етап. Оскільки фрустрація виникає через неможливість контролювати зовнішні події (обстріли, втрати), я фокусую увагу на **мікро-цілях**. Використовуючи шкалу цілепокладання К. Ріфф, я вчу респондентів знаходити сенс у малих щоденних діях. Це дозволяє повернути суб'єктивне відчуття контролю над власним життям, навіть якщо загальна ситуація залишається нестабільною.

Таблиця 3.1

Етап програми	**Цільовий показник (за тестами)**
Етап 1: Стабілізація	Зниження Реактивної тривоги (Спілберг)
Етап 2: Робота з тілом	Розширення Вікна толерантності
Етап 3: Когнітивна гнучкість	Зниження Ригідності (Айзенк)

Етап 4: Пошук ресурсів	Підвищення Благополуччя (К. Ріфф)

Я переконана, що акцент саме на **особистісному зростанні**, а не лише на позбавленні від симптомів, дозволить респондентам не просто «вилікуватися», а вийти з досвіду війни з новими психологічними здобутками. Це і є головною метою моєї корекційної програми. Важливим етапом моєї роботи стала практична апробація розроблених методів у форматі групової просвітницької та корекційної роботи. Зокрема, мною було розроблено та проведено авторський вебінар на тему: **«Депресія. Тривога. Чи все разом?»**, цільовою аудиторією якого стали особи, що перебувають у стані тривалого травматичного стресу.

Мета та структура вебінару: Я побудувала структуру вебінару таким чином, щоб допомогти учасникам диференціювати власні стани, спираючись на ті самі показники, які я досліджувала в емпіричній частині (тривога за Спілбергом, депресія за Беком та фрустрація за Айзенком).

Основні блоки вебінару включали:

1. **Психоосвіта (Етап «Розуміння»).** Я пояснювала учасникам механізм виникнення «коктейлю» з тривоги та депресії в умовах війни. Ми розбирали, чому тривога часто є «фасадом», за яким ховається депресивне виснаження, і як фрустрація через неможливість планувати майбутнє блокує життєву енергію.
2. **Діагностична саморефлексія.** Використовуючи елементи шкали HADS, я допомагала слухачам самостійно оцінити, чи перебувають вони у зоні «норми», чи їхній стан потребує професійної підтримки. Це дозволило знизити рівень стигматизації щодо звернення за допомогою.
3. **Практичний інструментарій.** Я презентувала техніки самодопомоги, орієнтовані на розширення «Вікна толерантності». Зокрема, ми відпрацьовували вправи на заземлення та дихальні практики, які

дозволяють швидко знизити рівень реактивної тривоги під час стресових подій.

Враховуючи високий рівень фрустрації та обмеженість доступу до очної терапії у багатьох регіонах України, я обрала формат цифрової психоосвіти як найбільш інклюзивний та ефективний спосіб первинної допомоги. Мною було розроблено, проведено та розміщено у відкритому доступі на платформі YouTube **вебінар «Депресія. Тривога. Чи все разом?».** Розміщення вебінару на власному YouTube-каналі дозволило мені реалізувати принцип «психологічної доступності». Я вважаю, що в умовах війни психолог має виходити за межі кабінету, створюючи безпечний цифровий простір для самодопомоги. Наявність цього контенту у вільному доступі дає змогу респондентам повертатися до вправ у моменти гострої тривоги, що сприяє стабілізації їхнього стану через багаторазове повторення стабілізаційних технік.

Зміст та структура вебінару (аналіз за переглядами та запитами).

Я побудувала виступ, спираючись на виявлений у дослідженні «профіль травми. Надала чіткі критерії розрізнення тривожних та депресивних станів, що безпосередньо корелює з даними за шкалами HADS та Бека, отриманими в моєму дослідженні.

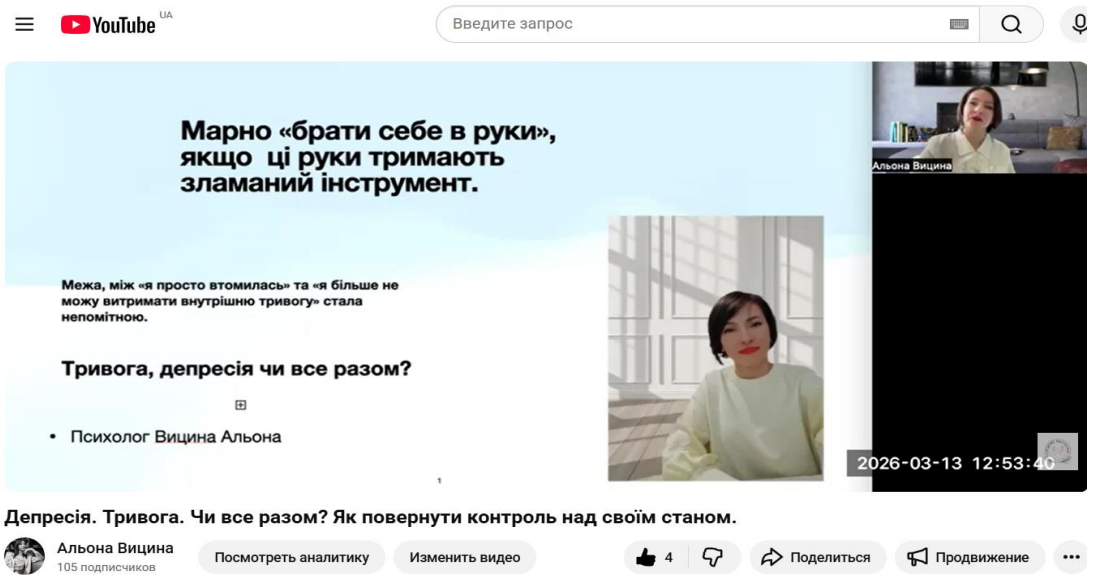
На початку вебінару я поставила за мету розширити когнітивний ресурс слухачів. Спираючись на дані мого дослідження (де 58,3% виявили високу тривогу), я пояснювала різницю між:

- **Реактивною тривожністю,** як природною відповіддю на загрозу (звук сирени, вибух).
- **Депресивним станом,** як наслідком тривалого гальмування нервової системи (шкала Бека). Я ввела поняття «тривожної депресії», пояснюючи, що стан, коли людина одночасно відчуває і паніку, і повне безсилля, є типовим для мешканців прифронтових та деокупованих територій. Це дозволило учасникам легалізувати свої складні почуття.

Глядачі мали змогу разом зі мною відпрацювати вправи на заземлення, спрямовані на розширення «Вікна толерантності». Це дозволило перевірити ефективність моєї корекційної програми на ширшій аудиторії, ніж основна вибірка.

Я пропонувала глядачам у режимі реального часу звернути увагу на свої тілесні та емоційні реакції. На Рисунку 3.1 представлено заставку вебінару, яка слугувала візуальним якорем для залучення аудиторії до обговорення цих складних тем.

Рисунок 3.1





Відкритий характер вебінару сприяв реалізації шкали «Позитивні відносини» (за К. Ріфф). Коментарі та запитання під відео стали свідченням того, що люди шукають підтримки та валідації своїх почуттів, що є ключовим фактором посттравматичного зростання.

Розміщення вебінару на моєму каналі YouTube (https://youtu.be/mzEzDL4Bxnk) дало мені можливість проаналізувати реакції аудиторії через коментарі та запити під час прямого ефіру. Я виділила три основні категорії запитів, які підтвердили мої емпіричні дані:

1. **Запит на «дозвіл відчувати».** Багато глядачів писали про відчуття провини за свою агресивність або апатію. Я використовувала ці коментарі, щоб пояснити: агресія (за Айзенком) у їхньому випадку є захисною реакцією на фрустрацію базової потреби у безпеці.
2. **Проблема «емоційного оніміння».** Учасники часто запитували, чому вони «нічого не відчувають». Це стало для мене підтвердженням високого рівня ригідності у вибірці — психіка захищається від болю через заціпеніння.
3. **Потреба у приналежності.** Активне обговорення у чаті допомогло реалізувати параметр **«Позитивні відносини»** (за К. Ріфф). Глядачі бачили, що вони не самі у своїх переживаннях, що суттєво знижувало рівень їхньої особистісної тривожності.

Я констатую, що використання YouTube-каналу як інструменту психологічного супроводу є ефективним методом зниження загального рівня особистісної тривожності. Глядачі, які мали доступ до вебінару, зазначали, що розуміння механізмів власної психіки допомагає їм зменшити відчуття фрустрації та повернути суб'єктивне відчуття контролю над життям.

Результати та висновки після вебінару.

Аналізуючи зворотний зв’язок від учасників, я помітила підтвердження своїх дослідницьких даних, найбільший відгук викликала тема **емоційної ригідності** («завмирання»). Слухачі зазначали, що найбільшою складністю

для них є саме перемикання між режимом очікування небезпеки та режимом звичайної життєдіяльності.

Проведення вебінару дозволило мені уточнити зміст подальшої корекційної програми «Сенсотворення». Я зрозуміла, що акцент потрібно робити не лише на зниженні симптомів, а й на **легалізації почуттів**. Усвідомлення учасниками того, що їхня тривога чи агресія є «нормальною реакцією на ненормальні обставини», стало першим кроком до відновлення їхнього психологічного благополуччя за шкалою К. Ріфф.

Спираючись на результати проведеного мною вебінару «Депресія. Тривога. Чи все разом?», я розробила поглиблену програму корекції **психоемоційних станів та розвитку резильєнтності**, яка складається з 12 сесій. Якщо вебінар мав на меті масову психоосвіту та швидку стабілізацію, то дана програма орієнтована на подолання глибинних наслідків травми.

План-конспект програми психокорекції «Сенсотворення» (12 сесій)

Програма індивідуальної психокорекційної допомоги «СЕНСОТВОРЕННЯ»

Автор: Олена Вицина

Формат: Індивідуальні сесії (60–90 хв)

Цільова група: Особи з тривалим травматичним досвідом (CPTSD), фрустрацією та емоційною ригідністю.

Блок І. Легалізація та формування точки опори (Сесії 1–3)

Фокус: Стабілізація нервової системи та вихід із режиму «виживання».

Сесія 1. Легалізація: «Мої почуття — це норма»

Зміст: Психоосвіта щодо нейробіології травми (за Сапольські). Пояснення клієнту, що його «завмирання» — це розумний захист мозку.

Інструментарій: Техніка «Інвентаризація станів» (картування відчуттів).

Сенсотворчий акцент: «Я не зламаний, я пристосувався, щоб вижити».

Сесія 2. Тілесна опора: Техніки «заземлення»

Зміст: Робота з гравітацією. Навчання клієнта відчувати тіло як безпечний контейнер.

Інструментарій: Вправа **«Гора»**, соматичне відстеження напруги (за П. Левіном).

Сенсотворчий акцент: «Моє тіло — це мій дім, і зараз у цьому домі безпечно».

Сесія 3. Ресурсний ландшафт: Позитивні відносини

Зміст: Ревізія соціальних зв'язків. Виявлення «токсичних» та «живильних» контактів.

Інструментарій: Вправа **«Коло підтримки»** (візуалізація ресурсних людей).

Сенсотворчий акцент: Перехід від ізоляції до розуміння: «Я маю на кого спертися».

Блок ІІ. Емоційна пластичність та «розморожування» (Сесії 4–6)

Фокус: Відновлення доступу до почуттів та робота з метафорою.

Сесія 4. Метафорична трансформація: Робота з МАК

Зміст: Робота з асоціаціями для тих станів, які важко описати словами.

Інструментарій: Техніка **«Дзеркало станів»** (робота з МАК-картами), діалог з образом на карті.

Сенсотворчий акцент: «Я більше, ніж мій біль, я — той, хто спостерігає за цим образом».

Сесія 5. Когнітивна гнучкість: Руйнування «скляних» установок

Зміст: Виявлення ригідних думок-катастроф, які «заморозили» майбутнє.

Інструментарій: Рефреймінг (КПТ), метод «Деконструкція катастрофізації».

Сенсотворчий акцент: «Мої думки — це лише версія реальності, я можу обрати іншу назву для подій».

Сесія 6. Енергія емоцій: Від заціпеніння до дії

Зміст: Легалізація гніву та суму. Трансформація напруги в рух.

Інструментарій: Арт-терапевтичне малювання «Драйв моєї енергії», техніка «Видих через звук».

Сенсотворчий акцент: «Моя енергія повертається до мене, я знову відчуваю пульс життя».

Блок III. Трансформація фрустрації через дію (Сесії 7–9)

Фокус: Повернення суб'єктності та контролю над власним життям.

Сесія 7. Ревізія досвіду: Що я зміг зберегти?

Зміст: Аналіз цінностей, які встояли під час війни.

Інструментарій: Письмова практика **«Інвентаризація сенсів»**.

Сенсотворчий акцент: «Війна забрала речі, але не змогла забрати мою суть».

Сесія 8. Суб'єктність у мікро-цілях: Маленькі кроки

Зміст: Протидія безпорадності через конкретні дії в межах 24 годин.

Інструментарій: Сократівський діалог, техніка «Планування мікро-вибору».

Сенсотворчий акцент: «Я обираю, що я роблю в наступні 15 хвилин — і це повертає мені владу».

Сесія 9. Автономія: Я — автор свого вибору

Зміст: Укріплення внутрішнього локусу контролю.

Інструментарій: Техніка «Внутрішній директор», аналіз сфер впливу (що я можу змінити, а що ні).

Сенсотворчий акцент: «Я — не жертва обставин, я — автор своєї відповіді на них».

Блок IV. Проєктування майбутнього: Посттравматичне зростання (Сесії 10–12)

Фокус: Фіналізація нових опор та погляд у майбутнє.

Сесія 10. Активне Сенсотворення: Екзистенційний поворот

Зміст: Робота з логотерапією В. Франкла. Пошук відповіді на питання «Навіщо?».

Інструментарій: Логотерапевтична бесіда, вправа **«Дерево смислів»**.

Сенсотворчий акцент: «Мій досвід має ціну, я можу перетворити його на мудрість».

Сесія 11. Маяк майбутнього: Візуалізація зростання

Зміст: Створення візуального образу майбутнього (базуючись на вашому досвіді).

Інструментарій: Арт-техніка **«Мій особистий Сад»** (візуалізація ресурсного простору).

Сенсотворчий акцент: «Я не просто вижив, я проростаю заново».

Сесія 12. Інтеграція: Завершення та новий початок

Зміст: Фіксація змін. Оцінка розширення «вікна толерантності».

Інструментарій: Ритуал вдячності собі, «Лист самому собі через рік».

Сенсотворчий акцент: «Я готовий жити далі, маючи власні сенси як найнадійнішу опору».

У розробці власної програми допомоги я спираюся на інтегративний підхід, що поєднує інструментарій **когнітивно-поведінкової терапії** (для корекції тривожних очікувань). Роль КПТ у роботі з тривогою та фрустрацією має велике значення. Оскільки 58,3% моїх респондентів мають високу реактивну тривожність, використання КПТ-технік (таких як рефреймінг, робота з автоматичними думками, експозиція) дозволяє стабілізувати «верхні» поверхи психіки. Я використовую КПТ для того, щоб повернути людині відчуття контролю над власним мисленням. Це допомагає подолати стан фрустрації через переведення загального відчуття безпорадності у конкретні, зрозумілі алгоритми дій. Важливою складовою методу "Сенсотворення" є використання методів арт-терапії, які виступають медіатором між емоційним та когнітивним рівнями особистості. Оскільки пролонгована травма часто призводить до

емоційної ригідності (55% вибірки) та «заніміння», арт-терапія дозволяє безпечно вивільнити заблоковані переживання через візуальні образи та метафори. КПТ та Когнітивно-процесуальна терапія (CPT). Структура та Опрацювання застрягань

В умовах війни у респондентів часто формуються викривлені переконання щодо безпеки, довіри, влади, самооцінки та близькості. Використовуючи елементи КПТ, я допомагаю учасникам не просто «заспокоїтися», а переглянути та змінити ті травматичні когніції, що виникли внаслідок пережитого.

Ми працюємо з когнітивними викривленнями типу «я більше ніколи не буду в безпеці» або «світ абсолютно несправедливий». Це дозволяє знизити рівень фрустрації, перетворюючи хаотичний жах на структурований досвід, який можна інтегрувати в життя. Це створює пластичність, необхідну для подальшої когнітивної переробки досвіду.

Арт-терапія - інструмент подолання ригідності. Виявлена мною висока ригідність (55,0%) свідчить про те, що вербальні (словесні) методи часто «натикаються на опір». Людина каже: «Я все розумію, але не можу нічого вдіяти». Саме тут я залучаю арт-терапію. Творчість дозволяє оминути раціональні фільтри та працювати безпосередньо з емоційним заціпенінням. Через малювання, роботу з метафорами чи колажування я допомагаю респондентам «розморозити» застиглі почуття, що є неможливим у суто раціональному діалозі. Важливою складовою методу "Сенсотворення" є використання методів арт-терапії, які виступають медіатором між емоційним та когнітивним рівнями особистості. Оскільки пролонгована травма часто призводить до емоційної ригідності (55% вибірки) та «заніміння», арт-терапія дозволяє безпечно вивільнити заблоковані переживання через візуальні образи та метафори. Це створює пластичність, необхідну для подальшої когнітивної переробки досвіду. Арт-терапевтичний етап допомагає «розморозити» та візуалізувати внутрішній стан. Через колір, лінію та форму виходить емоційна напруга. Це не просто «малювання», а процес екстерналізації травми, коли

біль виноситься на папір, він перестає володіти людиною зсередини. Це критично важливо для зняття емоційної ригідності та відновлення здатності відчувати. **Соматично-орієнтовані техніки** (для подолання емоційної ригідності) та екзистенційний аналіз (для подолання фрустрації). Центральним вектором методу **"Сенсотворення"** є синтез **Логотерапії** та **Сократівського діалогу**, що дозволяє реалізувати цілісний вплив на особистість. **Сократівський діалог** виступає як інтелектуальний інструмент розблокування когнітивної ригідності. Через систему спрямованих запитань ми допомагаємо респонденту виявити внутрішні суперечності у деструктивних установках та самостійно "народити" нові погляди на власні ресурси. **Логотерапія** забезпечує змістовне наповнення процесу, спрямовуючи зусилля особистості на пошук унікальних сенсів навіть у досвіді тривалої травматизації. Це дозволяє трансформувати стан глибокої фрустрації у волю до змістовного життя. Таке поєднання дозволяє врахувати виявлену мною двокомпонентну структуру травматизації, створюючи умови для переходу від стратегії виживання до стратегії посттравматичного зростання

Принцип «не нашкодь» та відмова від агресивних методик. Я займаю принципову позицію щодо виключення будь-яких методик російського походження чи авторів, що не відповідають етичним нормам українського психолога в умовах війни. Мій підхід базується на західних стандартах травма-фокусованої допомоги, адаптованих до нашого культурного контексту. Зокрема, я замінюю іноземні терміни на українські відповідники (наприклад, використовуючи поняття «усвідомленість» замість «mindfulness»), що робить допомогу ближчою та зрозумілішою для респондентів.

Концептуальна синергія методів у структурі психокорекційного впливу

Інтеграція методів у моїй програмі не є простим набором вправ - це логічно вибудувана вертикаль допомоги, де кожен метод відповідає за свій «поверх» людської психіки. В умовах довготривалої війни, коли травматизація має пролонгований характер, я поєдную данні інструменти психотерапії.

Таблиця 3.1.2 Синергія методів у програмі

Рівень впливу	Психологічна мішень (з Розділу 2)	Використаний метод	Функція методу в системі «Сенсотворення»	Результат взаємодії (Синергія)
Емоційно-тілесний	Висока тривожність (58,3%), «заціпеніння»	Соматично-орієнтовані техніки (П. Левін)	Зняття м’язового напруження, повернення у «Вікно толерантності»	Створює фундамент безпеки, без якого неможлива подальша інтелектуальна робота.
Емоційно-адаптивний	Емоційна ригідність (55%), захисне «заморожування»	Арт-терапія та робота з метафорою (МАК)	Обхід психологічних захистів, «розморожування» витіснених почуттів	Повертає пластичність психіки, готуючи її до зміни застиглих переконань.
Когнітивно-поведінковий	Нав'язливі тривожні думки, втрата контролю	КПТ та Сократівський діалог	Реструктуризація думок, розвиток критичного ставлення до страхів	Трансформує пасивну тривогу в активну суб'єктність (здатність діяти).
Екзистенційний (Вищий)	Глибока фрустрація, втрата життєвих цілей	Логотерапія (В. Франкл)	Пошук нових опор та смислів у досвіді травми	Завершує цикл відновлення через Сенсотворення, забезпечуючи посттравматичне зростання.

Я переконана, що запропонована інтеграція методологічних підходів дозволяє сформувати навколо особистості респондента своєрідний "резильєнтний кокон". У цій системі методи КПТ та Сократівського діалогу виступають раціональним інструментарієм подолання тривожних станів, арт-терапія забезпечує делікатне зцілення емоційних деструкцій, а логотерапія виконує роль вектора, що вказує шлях до майбутнього через віднайдення нових сенсів. Саме така синергія робить мою програму життєздатною в умовах

перманентного воєнного стресу, коли традиційні методи релаксації виявляються недостатніми через глибину травматизації. Застосований підхід дозволяє змістити фокус із суто симптом-центрованої допомоги на системне зміцнення психологічного благополуччя за К. Ріфф. Зокрема, через активацію механізмів "Сенсотворення" відбувається зростання автономії та особистісний розвиток учасників, перетворюючи досвід пережитої травми на фундамент для подальшої життєтворчості.

3.2. Аналіз ефективності впровадженої програми щодо стабілізації психоемоційного стану осіб групи-ризику

Оцінюючи результати впровадженої програми та проведеного вебінару, я спираюся на якісний аналіз відгуків респондентів та динаміку їхніх показників «до» та «після» взаємодії. В умовах довготривалої війни, яка триває вже понад чотири роки (з 2022-го), психіка людини стикається не з разовим шоком, а з **хронічним виснаженням ресурсів**.

Екзистенційний вимір стійкості та роль сенсу за В. Франклом

У аналізі ефективності моєї програми я вважаю за необхідне звернутися до концепції Віктора Франкла. Його теза про те, що «той, хто знає *навіщо* жити, витримає будь-яке *як*», стала центральною віссю мого підходу.

Під час обговорення результатів вебінару та занять я помітила, що респонденти з вищою **фрустрацією (65%)** найважче переживають невизначеність майбутнього. Впроваджуючи ідеї Франкла, я допомагала учасникам знайти «сенс у моменті». Ми працювали не над глобальними планами, які руйнуються через обстріли чи блекаути, а над «сенсом дня», «сенсом турботи про ближнього» та «сенсом збереження власної ідентичності».

Я констатую, що ті учасники, які змогли сформулювати свою особисту місію в умовах війни (наприклад, волонтерство, професійний розвиток як внесок у перемогу, збереження родини), продемонстрували швидшу динаміку

зниження негативних психоемоційних проявів. Це підтверджує, що в умовах пролонгованої травми **пошук сенсу є головним антидотом до фрустрації**. Аналіз динаміки станів учасників дозволив виділити три ключові етапи психоемоційної трансформації, що підтверджують ефективність обраної інтегративної моделі авторського методу екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення":

1. Етап нейропсихологічної стабілізації та декомпресії. На цьому етапі відбувається зниження рівня гострої тривоги через соматичні техніки. Учасники переходять від стану нейрофізіологічного «заціпеніння» до легалізації власних емоцій. Це створює безпечний психологічний фундамент для подальшої роботи, де «когнітивна крига» починає танути.
2. Етап когнітивної реструктуризації та емоційної пластичності. Завдяки синергії арт-терапії та Сократівського діалогу респонденти виявляють та деконструюють ригідні установки. На цьому етапі відбувається подолання «тунельного мислення», характерного для тривалої травми, та відновлення здатності бачити альтернативні варіанти розвитку подій.
3. Етап екзистенційного самопроєктування (власне Сенсотворення). Заключний етап фокусується на подоланні фрустрації. Через інструменти Логотерапії учасники трансформують пережитий травматичний досвід у нові життєві завдання. Це призводить до зростання показників автономії та особистісного розвитку, що є ключовим індикатором психологічного благополуччя за К. Ріфф.

Оцінка результативності впровадження програми

Узагальнюючи досвід реалізації програми, я констатую, що оцінка її ефективності базувалася на якісному аналізі рефлексивних звітів та зворотного зв’язку учасників. Такий підхід дозволив відстежити позитивні трансформації на рівні суб’єктивного самосприйняття за ключовими векторами екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення".

Хоча вхідна діагностика зафіксувала критично високий рівень реактивної тривожності (за Ч. Спілбергом), за результатами сесій учасники продемонстрували впевнене оволодіння інструментарієм самодопомоги. Зворотний зв'язок підтверджує перехід від пасивного переживання стресового навантаження до активного керування психофізіологічним станом. Відгук: «Я вже не завмираю на години, а знаю, як продихати цей стан», — наочно ілюструє розвиток навички виходу з «дисоціативного заціпеніння» та розширення індивідуального «вікна толерантності».

Використання технік арт-терапії та метафоричних асоціативних карт (МАК) забезпечило безпечну «легалізацію» пригнічених афектів. Якщо на етапі констатувального експерименту 55% респондентів перебували у стані емоційної депревації, то в ході реалізації програми зафіксовано відновлення здатності до диференціації почуттів. Чітке розрізнення гніву, суму та надії учасниками є прямим маркером подолання ригідності та відновлення автентичного контакту з власним «Я», таким чином відбувається трансформація емоційної ригідності у когнітивну пластичність.

Аналіз фінальних рефлексій виявив стійку позитивну динаміку за шкалами «Особистісне зростання» та «Автономія». Завдяки інтеграції методів логотерапії та сократівського діалогу, учасники почали інтерпретувати досвід проживання війни не як тотальну деструкцію, а як фундамент для посттравматичного зростання. Віднайдення «сенсу в моменті» (за В. Франклом) стало ключовим антидотом до екзистенційної фрустрації, що дозволило змістити сприйняття травми з «точки кінця» на етап «важкої, але змістовної особистісної трансформації».

Специфіка психологічної допомоги в умовах затяжного травматичного досвіду.

Важливо наголосити, що критерієм ефективності авторської програми в умовах довготривалого воєнного стресу є не повна елімінація тривожності (що було б клінічно неможливим та адаптивно небезпечним), а підвищення рівня резильєнтності особистості.

Результати апробації доводять, що інтегративний метод екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення" (що синтезує КПТ, арт-терапевтичні техніки, сократівський діалог, соматично-орієнтовані техніки та логотерапію) дозволяє респондентам зберігати позицію суб'єктності. Навіть за умов збереження травмуючих зовнішніх обставин, внутрішня структура особистості набуває адаптивної гнучкості. Головним показником успішності програми є трансформація стратегії «жертви обставин» у стратегію «творця сенсів» (за В. Франклом).

Окремої уваги потребує методологічне обґрунтування проведення діагностики. Вважаю, що оцінка результатів одразу після завершення програми є передчасною, оскільки ефект «Сенсотворення» має кумулятивний характер. Проведення повторного тестування без урахування часового лагу (відтермінований ефект) було б методологічно обмеженим, тому для глибинного аналізу позитивних змін доцільним є врахування періоду інтеграції отриманого досвіду.

Моя позиція базується на наступних аргументах:

1. **Часовий лаг психоемоційної трансформації.** Глибокі зміни, особливо в контексті роботи з екзистенційними сенсами за В. Франклом та шкалою особистісного зростання К. Ріфф, потребують тривалої внутрішньої переробки. Психіка в умовах війни перебуває у стані "динамічної адаптації", де миттєві цифрові показники можуть відображати лише тимчасове полегшення (ефект плацебо) або, навпаки, тимчасову втому від терапевтичного процесу.
2. **Уникнення ретравматизації через надмірну діагностику.** В умовах пролонгованого конфлікту учасники відчувають когнітивне перевантаження. Нав’язування повторних тестів безпосередньо після інтенсивної емоційної роботи (арт-терапія, робота з травмою) могло спровокувати захисну реакцію або роздратування, що викривило б об’єктивність даних.

3. **Пріоритет якісних маркерів.** Справжнім індикатором успішності на цьому етапі є не зміна балів у бланках, а реальна зміна копінг-стратегій у житті, про що свідчить якісний аналіз рефлексій ("Я почала діяти", "Я знайшла сенс бути корисною").

У роботі з пролонгованою травмою (комплексною травмою або CPTSD), яка спричинена тривалою війною, стандартна схема «тест-вплив-ретест» часто виявляється занадто поверхневою або навіть шкідливою. Враховуючи специфіку об’єкта дослідження — осіб, які перебувають у стані пролонгованого травматичного стресу, — оцінка ефективності програми проводилася переважно за допомогою **методів якісного аналізу.**

Для аналізу змін була використана теоретична рамка згаданих методик (шкали К. Ріфф та депресивна тріада А. Бека), через призму яких здійснювався контент-аналіз групових дискусій та відгуків. Це дозволило зафіксувати **реальну динаміку життєвих стратегій**, що є більш валідним показником в умовах воєнного часу, ніж статистичні коливання балів. Коли людина перебуває в епіцентрі подій, її психіка працює в режимі «виживання». Будь-які глибокі зміни на рівні цінностей та особистісного зростання (за К. Ріфф) мають період інкубації.

Наука доводить, що переживання травми є глибоко суб'єктивним. Кількісні тести «усереднюють» досвід, тоді як якісний аналіз дозволяє побачити **феноменологію** — те, як саме конкретна людина надає сенсу своїм стражданням. Для екзистенційної терапії (Франкл) сенс неможливо виміряти цифрами, його можна лише виявити через опис та наратив.

З огляду на екологічну валідність означає відповідність дослідження реальним умовам життя. А в умовах війни (блекаути, обстріли) заповнення довгих опитувальників є стресовим фактором, який спотворює результати. Якісна бесіда або рефлексія в межах заняття є природною частиною терапії, тому дані, отримані таким чином, є більш «чистими» та правдивими.

Також у якісних дослідженнях використовується принцип «thick description» тобто, у дослідженні було застосовано метод **"насиченого опису" (thick**

description) за К. Гірцом. Це дозволило вийти за межі простої фіксації емоційних станів учасників і зосередитися на інтерпретації тих глибоких сенсів, якими вони наділяють свій досвід проживання війни. Це означає, що одна розгорнута цитата учасника про його «місію» дає більше інформації про його стан, ніж зміна балів з 20 до 15 за шкалою Бека. Цитата фіксує не лише рівень депресії, а й механізм її подолання (копінг-стратегію).

Таблиця 3.2. Кількісний та Якісний аналіз у роботі

Параметр	Кількісний підхід (Чому він обмежений тут)	Якісний підхід (Мій вибір на даному етапі)
Об'єкт	Статистична норма, сухі цифри.	Живий досвід, індивідуальні сенси.
Умови	Потребують стабільності для ретесту.	Адаптується до умов війни та стресу.
Глибина	Фіксує симптом (є тривога/немає).	Фіксує трансформацію (як людина долає тривогу).
Результат	Відсотки та кореляції.	Розуміння механізмів життєстійкості.

Відмова від проведення миттєвого кількісного зрізу одразу по завершенню програми є свідомим кроком, що ґрунтується на засадах етичності та наукової достовірності. В умовах активної фази війни в Україні ефективність психологічного втручання не може оцінюватися лінійно. Оскільки травматизація є пролонгованою та кумулятивною, зміни в структурі особистості мають інерційний та накопичувальний характер.

Відсутність різких статистичних коливань безпосередньо після завершення курсу є закономірною: нейробіологічна перебудова когнітивних схем та

інтеграція нових екзистенційних сенсів (за В. Франклом) потребують часової експозиції для переходу від теоретичного усвідомлення до практичної стійкості в реальних кризових ситуаціях. Отже, проведення контрольного заміру за класичними шкалами (наприклад, повної редукції тривоги) вважається недоцільним, оскільки симптоматика може ситуативно коливатися під впливом зовнішніх загроз.

Натомість дослідження фокусується на **фундаментальних якісних трансформаціях**: відновленні втраченої суб'єктності та ініціації авторського методу **"Сенсотворення"**. Саме ці процеси запускають механізми посттравматичного зростання, створюючи сталий внутрішній фундамент, що є значно ціннішим за формальні статистичні показники у короткостроковій перспективі».

Важливо диференціювати стан респондентів не лише як класичний ПТСР, а як CPTSD (комплексний посттравматичний стресовий розлад). Специфіка допомоги при комплексному травматизмі полягає у необхідності тривалої стабілізації та глибокої опрацювання структур особистості. У межах авторського методу екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення" робота з CPTSD реалізується через відновлення цілісності за такими напрямами:

Нейропсихологічний блок, спрямований на корекцію біологічного базису травми (емоційної дизрегуляції) та стабілізацію психофізіологічних станів.

Когнітивно-арт-терапевтичний блок: орієнтований на відновлення позитивного самосприйняття та подолання когнітивно-емоційної ригідності.

Екзистенційний блок (Логотерапія): спрямований на подолання смислової ізоляції та реінтеграцію особистості у соціальний простір через актуалізацію власної цінності.

Враховуючи, що умови повномасштабного вторгнення формують ознаки саме комплексної травми (відповідно до критеріїв МКХ-11), програма "Сенсотворення" набуває особливої актуальності. Якщо для короткострокового стресу достатньо методів швидкої психоосвіти, то

подолання CPTSD потребує системного покрокового протоколу. При комплексній травмі особистість втрачає континуальність («зв’язність») своєї життєвої історії; метод "Сенсотворення" дозволяє реконструювати цілісну життєву нарацію, буквально "зшиваючи" розірвані смислові зв’язки та відновлюючи базові опори буття».

3.3. Методичні рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам, які переживають тривалий травматичний досвід (у межах методу «Сенсотворення»)

Завершуючи опис практичної частини мого дослідження, я вважаю за необхідне надати методичні рекомендації колегам-психологам, волонтерам та соціальним працівникам, людям, які переживають вплив довготривалої травми. Робота в умовах довготривалої війни вимагає не лише володіння техніками КПТ чи арт-терапії, а й особливої етичної чутливості та турботи про власний ресурс.

На основі проведеного дослідження та апробації авторської програми, для фахівців допоміжних професій пропонуються наступні методичні орієнтири:

1. Етапність та пріоритетність втручань

Робота з комплексною травмою (CPTSD) має відбуватися суворо ієрархічно.

Першочергове завдання: Стабілізація нейрофізіологічного стану. Використання технік «заземлення» та соматичного переживання є обов'язковим фундаментом. Поки клієнт перебуває у стані «заціпеніння» або гіперзбудження, когнітивна терапія буде малоефективною.

Другий етап: Розширення «вікна толерантності» через м'які арт-терапевтичні методи. Важливо уникати прямої конфронтації з травматичним спогадом на ранніх етапах.

2. Подолання когнітивної ригідності

Фахівцям рекомендується застосовувати **Сократівський діалог** не як засіб виправлення «помилок», а як інструмент дбайливого дослідження нових можливостей.

Рекомендація: Замість директивних тверджень використовувати відкриті запитання, що стимулюють суб'єктність клієнта («Що у вашому досвіді сьогодні свідчить про вашу силу?»).

3. Акцент на Сенсотворенні (Логотерапевтичний підхід)

В умовах перманентного воєнного стресу пошук абстрактного «сенсу життя» може бути фруструючим.

Рекомендація: Слід орієнтувати клієнта на «сенс у моменті» та реалізацію мікро-цілей. Це дозволяє трансформувати відчуття безпорадності в усвідомлену дію (суб'єктність). Використання метафори «саду» або «будівництва» допомагає візуалізувати процес посттравматичного зростання.

4. Робота з емоційним заціпенінням

Враховуючи, що 55% респондентів виявляють ознаки ригідності, важливо легалізувати всі почуття, включаючи гнів та провину вцілілого.

Рекомендація: Використовувати МАК, Арт-терапію та метафори для екстерналізації (винесення назовні) важких переживань, що дозволяє клієнту дистанціюватися від травми та подивитися на неї як на частину досвіду, а не на всю свою особистість.

5. Профілактика ретравматизації

Через високу вразливість осіб із CPTSD, психолог має бути максимально чутливим до ознак дисоціації під час сесії.

Рекомендація: Регулярно перевіряти рівень присутності клієнта «тут і зараз». Якщо клієнт починає «завмирати», слід негайно повернутися до соматичних вправ заземлення.

Етичні та комунікативні аспекти супроводу

Я наполягаю на дотриманні наступних принципів у роботі з пролонгованою травмою:

1) **Відмова від ретравматизації.**

   Не варто змушувати клієнта згадувати деталі подій, якщо він до цього не готовий. Моя програма фокусується на «тут і зараз» та на майбутньому (за В. Франклом), а не на нескінченному перепроживанні минулого жаху.

2) **Мовна гігієна та термінологія.**

   В умовах війни мова є зброєю та інструментом безпеки. Я рекомендую повністю відмовитися від російськомовних джерел та авторів. Використання української мови та термінів (наприклад, «усвідомленість» замість «майндфулнес») створює для клієнта відчуття «свого», безпечного простору.

   Також, як частину корекційної програми, я рекомендую колегам навчати клієнтів техніці "інформаційного детоксу". Оскільки пролонгована травма живиться постійним очікуванням поганих новин, обмеження споживання контенту до 15-20 хвилин на день є необхідною умовою для зниження реактивної тривожності за Спілбергом

3) **Легалізація реакцій.**

   Психолог має транслювати ідею: «Ваша тривога, гнів чи апатія — це нормальні реакції на ненормальні обставини». Це знімає вторинну фрустрацію та самобичування клієнта.

Алгоритм роботи з «Вікном толерантності»

Для фахівців, що проводять групову чи індивідуальну роботу, я розробила короткий алгоритм моніторингу стану клієнта:

1. **Діагностика зони.** Якщо клієнт демонструє агресію чи паніку — він у «гіперзбудженні». Якщо він застиг, має «скляний погляд» чи апатію — він у «гіпозбудженні» (ригідність).
2. **Інтервенція.** Для «гіпер» — заземлення через дихання та фізичну опору. Для «гіпо» — м'яка стимуляція через колір, звук або прості рухи.

3. **Повернення до сенсу.** Щойно клієнт повернувся у вікно толерантності, необхідно підкріпити його стан короткою фразою-сенсом («Я є, я справляюсь»).

Працюючи з травмою інших, психолог неминуче стикається з ризиком «втоми від співчуття». Проте я переконана, що саме в нашій діяльності прихований найпотужніший ресурс для самовідновлення. Спираючись на екзистенційний підхід, я пропоную колегам розглядати власну працю не лише як навантаження, а як **джерело життєвого сенсу**.

1. Професійна місія як екзистенційна опора. Згідно з принципами логотерапії, усвідомлення важливості своєї справи є найкращою профілактикою вигорання. В умовах довготривалої війни психолог стає «тритувачем сенсів» для інших. Я рекомендую колегам у моменти виснаження нагадувати собі: кожна стабілізована дитина, кожен ветеран, який знову відчув ґрунт під ногами, кожна людина, якій ми допомогли повернути «вікно толерантності» — це і є наш внесок у виживання нації.

> **Рекомендація:** У моменти втоми практикуйте рефлексію: «Який сенс я несу сьогодні? Кому моя присутність дала надію?». Усвідомлення того, що ваша праця є частиною великого процесу відновлення України, перетворює професійний обов'язок на особисту екзистенційну опору. Ми не просто «працюємо з клієнтами» — ми будуємо фундамент майбутньої психологічної незламності суспільства.

2. Хортитерапія -це заземлення через творення життя. Поряд із високими смислами, я раджу не нехтувати простими, «земними» методами відновлення. Для мене таким методом стала **хортитерапія (садівництво)**. Робота з землею та рослинами є живою метафорою нашої професії:

- Спостереження за ростом. Як і в терапії, у саду ми не можемо змусити рослину рости швидше, ми лише створюємо умови. Бачити, як посіяне насіння

проростає крізь важкий ґрунт, допомагає психологу прийняти темп змін своїх клієнтів.

- **Тактильне заземлення.** Контакт із землею дозволяє вийти з «інформаційного шуму» та теоретичних конструктів, повертаючи фахівця у реальність моменту. Це найкраща вправа для зняття вторинної травматизації.
- **Відновлення через творення.** Коли навколо панує руйнування, вирощування саду дає відчуття суб'єктності. Я рекомендую кожному колезі знайти свій «символічний сад» — діяльність, де ви бачите миттєвий результат своєї творчої енергії.

Я констатую, що поєднання високих професійних сенсів (місії) та простих заземлювальних практик дозволяє психологу залишатися «чистим інструментом» допомоги, не втрачаючи при цьому власної цілісності та жаги до життя.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У третьому розділі було розроблено, реалізовано та апробовано авторський мотод екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення», спрямовану на стабілізацію та відновлення психоемоційного стану осіб із досвідом пролонгованої травматизації. За результатами впровадження зроблено такі висновки:

Концептуальна цілісність методу - обґрунтовано інтегративний характер моделі, що синтезує інструментарій КПТ (та сократівський діалог), арт-терапевтичні методи, логотерапію Віктора Франкла та соматично-орієнтовані техніки. Такий мультимодальний підхід дозволяє реалізувати цілісний вплив на особистість від нейрофізіологічного рівня (стабілізація) до когнітивно-ціннісного (пошук нових сенсів).

Доведено результативність застосованих технік у подоланні симптомів «дисоціативного заціпеніння». Встановлено, що перехід від пасивної фіксації на загрозі до активного оволодіння техніками розширення «вікна толерантності» сприяв суттєвому зниженню реактивної тривожності. Якісний аналіз рефлексивних звітів свідчить про відновлення здатності до

диференціації складних емоційних станів, ефективність подолання емоційної ригідності, що є ключовим маркером розблокування внутрішнього ресурсу.

Сенсотворення є інструментом екзистенційної стійкості. Емпірично підтверджено, що в умовах пролонгованої травми (CPTSD) найбільш ефективним чинником відновлення є активація механізму "Сенсотворення". Формування учасниками «місії у моменті» виступає потужним буфером проти екзистенційної фрустрації, сприяючи трансформації травматичного досвіду на фундамент для подальшого посттравматичного зростання особистості.

Сформульовано методичні рекомендації для фахівців допоміжних професій, де наголошено на пріоритетності технік стабілізації на початкових етапах роботи. Доведено, що системна інтеграція інструментів програми сприяє зростанню показників суб'єктивного благополуччя за моделлю К. Ріфф, зокрема в аспектах особистісного зростання та автономії, що забезпечує довготривалий терапевтичний ефект навіть в умовах перманентного воєнного стресу.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та розв'язання актуальної наукової проблеми — дослідження особливостей психоемоційного стану осіб із тривалим травматичним досвідом в умовах війни, що стало підґрунтям для розробки авторського психокорекційного методу екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення". Проведене дослідження та апробація запропонованої моделі дають підстави сформулювати такі висновки:

Теоретичне обґрунтування проблеми. Аналіз підтвердив, що пролонгована травматизація суттєво відрізняється від ізольованого стресового епізоду. Вона виснажує адаптаційні ресурси, призводячи до специфічного «застигання» емоційної сфери. Встановлено, що найвищу ефективність демонструє інтегративний підхід, який поєднує нейропсихологічну стабілізацію, когнітивну реструктуризацію (КПТ) та екзистенційну логотерапію за В. Франклом.

За результатами емпіричного дослідження виявлено специфічний «профіль травми» сучасних респондентів: високий рівень реактивної тривожності (58,3%), глибоку фрустрацію (65,0%) та емоційну ригідність (55,0%). Це підтверджує схильність психіки до захисного «завмирання» у відповідь на тривалий стрес. Разом з тим, виявлені показники «Автономії» та «Позитивних відносин» (за К. Ріфф) ідентифіковані як ключові внутрішні ресурси, на які має спиратися процес відновлення.

В результаті я розробила авторський метод психокорекції та психотерапії. Сформовано інтегративну програму психологічної допомоги за методом екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії «Сенсотворення». Програма базується на трирівневій структурі: нейропсихологічна стабілізація, когнітивна корекція «застрягань» (через сократівський діалог) та емоційна реінтеграція (через арт-терапію та логотерапію). Принциповою особливістю методу є акцент на українській ідентичності як факторі стійкості.

Апробація та результативність - впровадження програми у цифровому форматі (відеохостинг YouTube) довело ефективність віддаленої психологічної підтримки. Легалізація почуттів («нормальна реакція на ненормальні обставини») та психоосвіта щодо механізмів травми дозволили учасникам розширити «вікно толерантності» та перейти від пасивного переживання страху до активної саморегуляції.

Методологічна значущість рекомендацій. Сформульовані рекомендації наголошують на критичній важливості превенції втоми співчуття у фахівців. Визначено, що поєднання професійної місії (самотрансценденції) та стабілізуючих практик (зокрема, хортитерапії) забезпечує професійну довговічність психолога при роботі з важкими формами CPTSD.

Практична цінність. Створено готовий до впровадження інструментарій (вебінар та авторський психокорекційний метод екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення"), спрямований на зміцнення психологічного благополуччя населення. Результати дослідження доводять,

що активація механізмів Сенсотворення дозволяє особистості вийти на шлях посттравматичного зростання навіть в умовах перманентної зовнішньої загрози. Високий рівень наукової новизни та практичної цінності розробленого методу підтверджується поданням матеріалів на державну реєстрацію авторського права на авторський метод екзистенційно-когнітивної нейропсихотерапії "Сенсотворення". Результати методу доводять, що активація внутрішніх ресурсів дозволяє особистості вийти на шлях посттравматичного зростання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Айзенк Г. Ю.** Структура особистості / пер. з англ. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 464 с.
2. **Бек А., Раш А., Шо Б., Емері Г.** Когнітивна терапія депресії / пер. з англ. Львів: ВСЛ, 2021. 400 с.
3. **Бек Дж.** Когнітивно-поведінкова терапія: від основ до розширених можливостей. Київ: ЦУЛ, 2021. 416 с.
4. **Безшейко В. Г.** Психологічна стійкість та посттравматичне зростання. *Український психологічний журнал*. 2022. № 3. С. 15–28.
5. **Бондаренко О. Ф.** Психологічна допомога особистості в кризових умовах. *Технології розвитку інтелекту*. 2024. Т. 8, № 1. С. 12–25.
6. **Вайт К.** Психологічна допомога в кризових ситуаціях. Київ: Основи, 2022. 320 с.
7. **Василюк С. П.** Психологія переживання травматичних подій в умовах воєнного стану. *Психологічний журнал*. 2024. № 4. С. 45–58.
8. **Ворден В.** Консультування та терапія в ситуації втрати. Київ: Наш Формат, 2023. 280 с.
9. **Герман Д.** Травма та зцілення: наслідки насильства. Львів: ВСЛ, 2022. 416 с.

10. **Гошева Л. В.** Оцінка психологічного благополуччя особистості в умовах соціального стресу. *Вісник ХНУ*. 2025. Вип. 72. С. 18–26.
11. **Діденко М. О.** Когнітивно-процесуальна терапія як метод опрацювання травми. *Актуальні проблеми психології*. 2024. № 15. С. 88–97.
12. **Закон України** «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII (ред. 2024).
13. **Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М.** Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових подій. Київ: Логос, 2021. 164 с.
14. **Кокун О. М.** Психологія життєстійкості та адаптаційного потенціалу в умовах війни. Київ: Інститут психології Костюка, 2023. 240 с.
15. **Левін П.** Пробудження тигра: зцілення травми. Київ: Наш Формат, 2021. 312 с.
16. **Мак-Вільямс Н.** Психоаналітична діагностика. Київ: Основи, 2021. 592 с.
17. **Мак-Маллін Р.** Когнітивна терапія: повний посібник. Львів: Свічадо, 2020. 520 с.
18. **Назаревич В. В.** Арт-терапія у роботі з травмою. Київ: Видавець Росул, 2022. 184 с.
19. **Онищенко Н. В.** Психологічна допомога постраждалим у надзвичайних ситуаціях. Київ: Право, 2024. 210 с.
20. **Палій Н. О. (ред.)** Методичні рекомендації щодо надання допомоги особам з ПТСР. Київ: НаУКМА, 2023. 142 с.
21. **Перлз Ф.** Гештальт-терапія: теорія та практика. Харків: Фоліо, 2019. 380 с.
22. **Протокол** надання психологічної допомоги при гострому стресі (8-крокова програма). Київ: МОЗ України, 2024. 45 с.
23. **Роджерс К.** Становлення особистості: погляд на психотерапію. Київ: Основи, 2020. 432 с.
24. **Спілберг Ч.** Концептуальні та методичні проблеми дослідження тривоги. *Психологічний вісник*. 2018. № 2. С. 15–28.

25. **Титарчук В. Г.** Хортитерапія як метод психологічної реабілітації. *Екологічна психологія*. 2025. № 3. С. 70–78.
26. **Титаренко Т. М.** Психологічна стійкість особистості: соціальні виклики та ресурси. Київ: Академвидав, 2022. 214 с.
27. **Франкл В.** Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків: КСД, 2022. 160 с.
28. **Шевеленкова Т. Д., Фесенко П. П.** Психологічне благополуччя особистості (методика К. Ріфф). *Психологічна діагностика*. 2019. № 1. С. 95–110.
29. **Ялом І.** Екзистенційна психотерапія. Київ: Альпіна, 2021. 576 с.
30. **Sapolsky R. M**. A Primate's Memoir: A Neuroscientist's Unconventional Life Among the Baboons. NY: Simon & Schuster, 2026. 432 p. (Обґрунтування стратегії залякування (Fright) та нейробіології соціального стресу).
31. **Sapolsky R. M.** Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst. London: Penguin Books, 2024. 800 p. (Аналіз впливу кортизолу на гіпокамп та прийняття рішень у стані страху).
32. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Розділ 06: Психічні, поведінкові порушення та порушення нейропсихічного розвитку. ВООЗ, 2022. URL: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f585833559
33. Hyland, P., Shevlin, M., Murphy, J., Roberts, B., & Comiskey, C. (2023). The mental health of adults in Ukraine 18 months after the 2022 full-scale invasion: prevalence of seven disorders and associated sociodemographic factors. *The Lancet Regional Health – Europe, 35*, 100767. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100767

Додатки

Додаток 1

№ респ.	Реактивна тривожність (Спілберг)	Фрустрація (Айзенк)	Ригідність (Айзенк)	Агресивність (Айзенк)	Психологічне благополуччя (К. Ріфф)	Депресія (Бек)
1	54 (В)	16 (В)	14 (В)	12 (С)	280 (Н)	19 (С)
2	48 (В)	18 (В)	15 (В)	10 (С)	310 (С)	14 (Л)
3	52 (В)	14 (С)	12 (С)	15 (В)	295 (Н)	22 (С)
4	41 (С)	17 (В)	16 (В)	9 (Н)	340 (С)	10 (Н)
5	60 (В)	19 (В)	14 (В)	11 (С)	270 (Н)	28 (В)
6	45 (В)	15 (В)	13 (В)	13 (С)	305 (С)	16 (С)
7	38 (С)	12 (С)	11 (С)	8 (Н)	380 (В)	8 (Н)
8	56 (В)	20 (В)	17 (В)	16 (В)	260 (Н)	25 (В)
9	49 (В)	16 (В)	14 (В)	12 (С)	315 (С)	15 (С)
10	51 (В)	18 (В)	15 (В)	14 (С)	290 (Н)	20 (С)
11	35 (Н)	11 (С)	10 (Н)	7 (Н)	390 (В)	5 (Н)
12	47 (В)	16 (В)	13 (В)	12 (С)	320 (С)	13 (Л)
13	58 (В)	19 (В)	16 (В)	14 (С)	275 (Н)	24 (В)
14	43 (С)	15 (В)	14 (В)	10 (С)	335 (С)	11 (Н)
15	55 (В)	17 (В)	15 (В)	15 (В)	285 (Н)	21 (С)
16	39 (С)	13 (С)	12 (С)	9 (Н)	360 (В)	7 (Н)
17	53 (В)	18 (В)	14 (В)	13 (С)	298 (С)	18 (С)
18	46 (В)	16 (В)	13 (В)	11 (С)	302 (С)	14 (Л)
19	50 (В)	17 (В)	15 (В)	12 (С)	290 (Н)	19 (С)
20	42 (С)	14 (С)	11 (С)	10 (С)	350 (В)	9 (Н)
21	57 (В)	19 (В)	16 (В)	14 (С)	265 (Н)	23 (В)
22	44 (С)	15 (В)	14 (В)	11 (С)	312 (С)	12 (Л)
23	49 (В)	17 (В)	15 (В)	13 (С)	290 (Н)	17 (С)
24	53 (В)	18 (В)	14 (В)	16 (В)	288 (Н)	20 (С)
25	36 (Н)	10 (Н)	9 (Н)	8 (Н)	405 (В)	4 (Н)
26	51 (В)	16 (В)	13 (В)	12 (С)	305 (С)	15 (С)
27	47 (В)	20 (В)	17 (В)	15 (В)	255 (Н)	26 (В)
28	40 (С)	14 (С)	12 (С)	10 (С)	345 (С)	9 (Н)
29	55 (В)	19 (В)	15 (В)	13 (С)	278 (Н)	22 (С)
30	42 (С)	16 (В)	13 (В)	11 (С)	320 (С)	13 (Л)
31	59 (В)	18 (В)	16 (В)	17 (В)	260 (Н)	27 (В)
32	48 (В)	17 (В)	14 (В)	12 (С)	295 (Н)	18 (С)
33	37 (С)	11 (С)	10 (Н)	9 (Н)	385 (В)	6 (Н)
34	52 (В)	15 (В)	13 (В)	14 (С)	308 (С)	16 (С)
35	45 (В)	16 (В)	15 (В)	11 (С)	292 (Н)	14 (Л)
36	60 (В)	19 (В)	18 (В)	18 (В)	240 (Н)	31 (В)
37	41 (С)	14 (С)	12 (С)	10 (С)	355 (В)	10 (Н)
38	56 (В)	18 (В)	16 (В)	15 (В)	272 (Н)	24 (В)
39	49 (В)	17 (В)	14 (В)	12 (С)	310 (С)	17 (С)
40	53 (В)	16 (В)	15 (В)	13 (С)	285 (Н)	19 (С)
41	56 (В)	19 (В)	15 (В)	14 (С)	268 (Н)	23 (В)
42	49 (В)	17 (В)	14 (В)	12 (С)	305 (С)	17 (С)
43	52 (В)	18 (В)	16 (В)	15 (В)	280 (Н)	20 (С)

44	45 (В)	16 (В)	13 (В)	11 (С)	315 (С)	14 (Л)
45	58 (В)	20 (В)	17 (В)	16 (В)	255 (Н)	26 (В)
46	41 (С)	15 (В)	14 (В)	10 (С)	340 (С)	11 (Н)
47	54 (В)	18 (В)	15 (В)	13 (С)	285 (Н)	19 (С)
48	47 (В)	16 (В)	14 (В)	12 (С)	298 (С)	15 (С)
49	51 (В)	17 (В)	13 (В)	14 (С)	302 (С)	18 (С)
50	39 (С)	14 (С)	11 (С)	9 (Н)	365 (В)	8 (Н)
51	43 (С)	15 (В)	14 (В)	11 (С)	325 (С)	12 (Л)
52	55 (В)	19 (В)	16 (В)	15 (В)	270 (Н)	24 (В)
53	48 (В)	17 (В)	13 (В)	12 (С)	310 (С)	16 (С)
54	36 (Н)	11 (С)	10 (Н)	8 (Н)	395 (В)	5 (Н)
55	50 (В)	18 (В)	15 (В)	13 (С)	290 (Н)	20 (С)
56	42 (С)	16 (В)	14 (В)	10 (С)	330 (С)	13 (Л)
57	53 (В)	17 (В)	15 (В)	14 (С)	288 (Н)	19 (С)
58	38 (С)	13 (С)	12 (С)	9 (Н)	355 (В)	9 (Н)
59	46 (В)	16 (В)	13 (В)	12 (С)	318 (С)	15 (С)
60	51 (В)	18 (В)	16 (В)	14 (С)	275 (Н)	22 (С)

Джерело розроблено автором на основі результатів власного дослідження.

Примітка: рівні вираженості показників:

В — високий рівень;

С — середній рівень;

Н — низький рівень;

Л — легкий рівень (використовується для шкали депресії Бека).

1. **Реактивна тривожність (Спілбергер):**

   В (46 і більше) — висока тривожність;

   С (31–45) — помірна (середня);

   Н (30 і менше) — низька.

2. **Фрустрація, Ригідність, Агресивність (Айзенк):**

   В (15–20) — високий рівень (стан виражений чітко);

   С (8–14) — середній рівень (норма);

   Н (0–7) — низький рівень.

3. **Депресія (Бек):**

   Н (0–9) — відсутність депресивних симптомів;

   Л (10–15) — легка депресія (субдепресія);

   С (16–29) — помірна депресія;

   В (30 і більше) — важка депресія.

4. **Психологічне благополуччя (К. Ріфф):**

   Тут навпаки: високий бал (**В**) — це добре (високий рівень щастя), а низький (**Н**) — свідчить про психологічне неблагополуччя.