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

Кафедра психології

«Психологічна допомога особам постраждалим від насильства в умовах війни»

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

МАСЮК МАРИНИ СЕРГІЇВНИ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

Зав. кафедри_____

«04» травня 2026 р.

Науковий керівник:
Лавлінський Р. О.

кандидат філософських наук,
доцент кафедри психології.

Рецензент:

Гординя Н. .,
доктор психологічних наук,
професор

Київ-2026 р.

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Лавлінський Р. О.

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

О.М. Шпортун

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

Я.М. Раєвська

підпис	ініціали, прізвище

М.С. Ятчук

підпис	ініціали, прізвище

Р.О. Лавлінський

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

К.Р. Собченко

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 ІІ (магістратура)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Масюк Марини Сергіївни

1. Тема роботи: *Психологічна допомога особам, постраждалим від насильства в умовах війни*

2. Цільова установка: особи, постраждалі від насильства в умовах війни (м. Київ та м. Ужгород)

Вихідні дані: матеріали виробничої, професійної та переддипломної практики, результати роботи з особами, постраждалими від насильства, навчальні посібники, монографії, методичні рекомендації, ресурси мережі Інтернет, а також періодичні видання з теми дослідження.

3. Перелік графічного матеріалу 9 табл., 4 графіка, 1 рис.

4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Лавлінський Р. О.		
Розділ 2	Лавлінський Р. О.		
Розділ 3	Лавлінський Р. О.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи психологічної допомоги особам, постраждалим від насильства в умовах війни

Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей стану осіб, постраждалих від насильства в умовах війни

Розділ 3. Розробка та апробація програми психологічної допомоги особам, постраждалим від насильства в умовах війни

Висновок

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 магістра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, 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 переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Лавлінський Р.О.)

Завдання прийняв(ла)
до виконання
здобувач(ка) _____ (Масюк М.С.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота містить у собі: 96 сторінок, із них 72 становить основний текст; 9 табл., 4 графіка, 1 рис.; 72 літературних посилання; 4 додатки.

Об'єкт дослідження:
процес надання психологічної допомоги особам, які постраждали від насильства в умовах війни.

Предмет дослідження:
особливості застосування комплексних психологічних інтервенцій у роботі з особами, які постраждали від насильства в умовах воєнного стану.

Мета дослідження:
визначити ефективність комплексних психологічних інтервенцій (когнітивно-поведінкових методів, технік емоційної регуляції та групових форм підтримки) у роботі з особами, які постраждали від насильства в умовах війни.

Гіпотези дослідження:

1. застосування комплексного підходу психологічної допомоги сприяє зниженню рівня тривожності, депресивних проявів та симптомів посттравматичного стресу у осіб, які постраждали від насильства;
2. поєднання індивідуальних та групових форм роботи позитивно впливає на емоційний стан, рівень психологічної стабільності та соціальної адаптації постраждалих в умовах війни.

Методи дослідження:

У процесі дослідження було використано комплекс взаємопов'язаних методів, що забезпечили всебічне вивчення особливостей психологічної допомоги особам, які постраждали від насильства в умовах війни.

1. **теоретичні методи**, до яких належали аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми насильства, психологічної травми та особливостей надання допомоги в умовах воєнного стану;
2. **емпіричні методи**, що передбачали застосування психодіагностичних методик для оцінки психоемоційного стану респондентів, зокрема:

- шкали депресії, тривожності та стресу **DASS-21**;
- опитувальник для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу **PCL-5**;

зазначені методики дозволили визначити рівень тривожності, депресивних проявів та посттравматичних симптомів у осіб, які постраждали від насильства;

3. **констатувальний та формувальний етапи дослідження**, що включали первинну діагностику психоемоційного стану учасників, впровадження психологічних інтервенцій та повторне оцінювання їх ефективності;
4. **методи математичної обробки даних**, які полягали у використанні кількісного аналізу результатів дослідження, зокрема:

- обчислення середнього значення (**M**), де 3 відповідає високому рівню, 2 — середньому, 1 — низькому;
- визначення стандартного відхилення (**SD**) для оцінки варіативності показників у вибірці;
- застосування **t-критерію Стьюдента** для перевірки статистичної значущості змін між показниками до та після проведення психологічної роботи;

статистично значущими вважалися результати при рівні значущості $\mathbf{p \leq 0{,}001}$, що свідчить про високу достовірність отриманих змін.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, НАСИЛЬСТВО, ВІЙНА, ПСИХОЛОГІЧНА

ТРАВМА, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ГРУПОВА ПІДТРИМКА

KEYWORDS:
PSYCHOLOGICAL SUPPORT, VIOLENCE, WAR, PSYCHOLOGICAL TRAUMA, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, EMOTIONAL STATE, GROUP SUPPORT

Зміст

ВСТУП.....11

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ.....15

1. 1. Поняття насильства та його психологічні наслідки.....15

1.2. Психологічна травма та її особливості.....20

1.4. Сучасні підходи до психологічної допомоги.....23

1.4.1. Міжнародний досвід психологічної допомоги.....24

1.4.2. Виклики та перспективи впровадження міжнародного досвіду в Україні.....25

Висновки до Розділу 1.....28

РОЗДІЛ 2.....30

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАНУ ОСІБ, ПОСТРАДЛАЖИХ ВІД НАСИСЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ.....30

2.1. Характеристика вибірки та організація дослідження.....30

2.2. Методики та процедура дослідження.....34

2.4. Посттравматичні прояви.....46

2.4.1 Клініко-психологічні кейси постраждалих від насильства.....50

2.5. Ефективність психологічних інтервенцій.....55

2.6. Інтерпретація результатів дослідження.....58

Висновки до розділу 2.....59

РОЗДІЛ 3.....61

РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ.....61

3.2. Структура та зміст програми.....64

3.3. Апробація програми.....68

3.4. Оцінка ефективності програми.....69

3.5. Практичні рекомендації.....71

Висновки до розділу 3.....74

ВИСНОВКИ.....76

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....80

ДОДАТКИ.....86

ВСТУП

Актуальність дослідження

Актуальність обраної теми зумовлюється суттєвим зростанням проявів насильства в умовах сучасної соціально-політичної нестабільності, особливо в період повномасштабної війни в Україні [1].

Воєнні події супроводжуються інтенсивним психоемоційним напруженням, погіршенням економічної ситуації, руйнуванням звичних соціальних зв'язків і функціонування сімейних систем [6, с. 25–45].

Такі обставини сприяють збільшенню випадків домашнього насильства та посиленню його негативних психологічних наслідків [23, с. 20–28].

Особи, які зазнали насильства в умовах війни, зазнають різнобічного впливу травматичних чинників, що охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову сфери, що проявляється у вигляді підвищеної тривожності, депресивних станів, посттравматичних стресових розладів, а також порушень соціальної адаптації та зниження якості життя [12, с. 100–130].

У сучасній психологічній науці та практиці значна увага приділяється пошуку та впровадженню ефективних підходів до надання допомоги особам, які постраждали від насильства [2, с. 15–50].

Зокрема, активно розвиваються травма-інформований підхід, когнітивно-поведінкова терапія, техніки стабілізації емоційного стану та різні форми групової підтримки [34]. Водночас поєднання впливу насильства і воєнного контексту створює специфічні умови, що потребують подальшого теоретичного осмислення та емпіричного дослідження ефективності комплексних психологічних інтервенцій [7, с. 50–90].

Об'єкт дослідження - процес надання психологічної допомоги особам, які постраждали від насильства [22, с. 10–50].

Предмет дослідження - особливості застосування комплексних психологічних інтервенцій у роботі з постраждалими від насильства в умовах збройного конфлікту [16, с. 15–24].

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність комплексних психологічних інтервенцій у роботі з особами, які постраждали від насильства у воєнний період [7, с. 50–90].

Завдання дослідження:

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феномену насильства та його психологічних наслідків [4, с. 20–45].
2. Розкрити особливості переживання психологічної травми в умовах війни [6, с. 25–45].
3. Охарактеризувати сучасні методи та підходи психологічної допомоги постраждалим [36].
4. Обґрунтувати доцільність використання комплексних психологічних інтервенцій [13, с. 15–40].
5. Провести емпіричне дослідження та проаналізувати його результати [70, с. 34–54].

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що застосування комплексного підходу, який поєднує когнітивно-поведінкові методи, техніки емоційної регуляції та групові форми підтримки, сприятиме зниженню рівня тривожності, депресивних проявів і симптомів посттравматичного стресу у осіб, які постраждали від насильства в умовах війни [53, с. 120–250].

Методи дослідження:

У дослідженні використано комплекс взаємопов’язаних методів [11, с. 12–16]:

- **теоретичні:** аналіз, узагальнення, систематизація наукових джерел;
- **емпіричні:**

шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21);

опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5);

спостереження та аналіз результатів психологічної роботи;

- **експериментальні:** констатувальний та формувальний етапи дослідження;
- **методи математичної статистики:** обчислення середнього значення (M), стандартного відхилення (SD), застосування t-критерію Стьюдента; статистично значущими вважалися результати при $p \leq 0{,}001$.

Наукова новизна дослідження полягає у поглибленні уявлень про ефективність комплексного підходу до надання психологічної допомоги особам, які постраждали від насильства в умовах війни, а також у визначенні особливостей поєднання індивідуальних та групових форм психологічної підтримки в кризових умовах [16, с. 15–24].

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, соціальних працівників та фахівців у сфері психосоціальної підтримки при розробці та впровадженні програм допомоги особам, які постраждали від насильства [2, с. 15–50].

Емпірична база дослідження

Дослідження проводилося на базі роботи з особами, постраждалими від насильства в умовах війни у містах Київ та Ужгород. У дослідженні взяли участь особи, які звернулися за психологічною допомогою та перебували у кризовому психоемоційному стані [26, с. 10–56].

Апробація результатів дослідження

Отримані результати дослідження були представлені на V Міжнародній науково-практичній онлайн-конференції «Вектори соціальної, організаційної та економічної психології», яка відбулась в м. Києві 27 лютого 2026 р [7, с. 50–90].

Структура кваліфікаційної роботи

Кваліфікаційна робота представлена на 94 сторінках тексту, основний обсяг з яких становлять 71 сторінка. Складається зі вступу, 1, 2, 3 розділів та висновків до них, загальних висновків до кваліфікаційної роботи, списку літературних джерел, додатків. У представленому дослідженні проаналізовано 70 посилань. Більшість літературних джерел має гіперпосилання на електронні ресурси, що значно підвищує рівень цитування результатів дослідження. Кваліфікаційна робота проілюстрована 9 таблицями, 4 графіками, 1 рисунком.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ

1. 1. Поняття насильства та його психологічні наслідки

У сучасних умовах збройного конфлікту проблема насильства стає багатофакторною та охоплює різні сфери життєдіяльності людини. Війна як соціально-психологічний феномен створює середовище підвищеної небезпеки, у якому значно зростає ризик різних форм насильства — як публічного, так і приватного. До них належать міжособистісне, домашнє, гендерно зумовлене, сексуальне насильство, а також насильство, пов’язане з воєнними діями. Особливої актуальності в умовах війни набуває гендерно зумовлене насильство, що має системний характер і посилюється під впливом соціальної нестабільності та воєнних факторів [43, p.1]. Насильство є складним соціально-психологічним явищем**,** що формується під впливом соціальних, психологічних і культурних чинників. Водночас у періоди соціальної нестабільності спостерігається зростання агресивних моделей поведінки [12, с. 45].

За офіційними даними Міністерства соціальної політики України, кількість звернень із випадками домашнього насильства в Україні значно зросла в умовах війни, що свідчить про посилення деструктивних та агресивних форм поведінки серед населення. Стресогенні фактори війни, зокрема загроза життю, втрата близьких, вимушене переміщення, економічна нестабільність та руйнування соціальних зв’язків, призводять до зростання рівня агресії та міжособистісних конфліктів**.** У таких умовах насильство виступає як один із способів реагування на фрустрацію та психологічну дезадаптацію [39].

Насильство у науковому дискурсі визначається як свідоме застосування фізичної сили, влади або психологічного впливу з метою підкорення, контролю або завдання шкоди іншій особі чи групі осіб. У наукових джерелах підкреслюється, що насильство завжди передбачає порушення прав людини та асиметрію сил між учасниками взаємодії. Відповідно до законодавства України, однією з найбільш

поширених форм є домашнє насильство, яке включає фізичні, психологічні, сексуальні та економічні дії або бездіяльність [1].

Фізичне насильство передбачає прямий вплив на тіло людини у вигляді завдання тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості. Воно супроводжується не лише фізичним болем, а й формуванням стійкого відчуття небезпеки, страху та втрати контролю над власним життям. Постраждалі від фізичного насильства часто демонструють підвищений рівень тривожності, гіпервразливість до загроз і симптоми посттравматичного стресу [24, с. 112].

Психологічне насильство охоплює широкий спектр впливів, зокрема маніпуляції, приниження, ізоляцію, контроль та вербальну агресію. Його особливістю є відсутність фізичних слідів при глибокому руйнуванні самооцінки та ідентичності особистості. Тривале перебування в умовах психологічного тиску призводить до формування внутрішньої безпорадності, зниження рівня самоповаги та розвитку депресивних станів [17, с. 21].

Сексуальне насильство пов’язане з примусом до небажаних дій і є одним із найбільш травматичних видів насильства. Його наслідками часто стають посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні розлади, а також труднощі у встановленні довірливих міжособистісних стосунків [55, с. 34].

В умовах збройного конфлікту сексуальне насильство набуває особливих форм і розглядається як інструмент впливу, залякування та контролю над населенням. Таке насильство має системний характер і часто використовується як засіб ведення війни. Згідно з міжнародними звітами, подібні дії кваліфікуються як воєнні злочини. Його психологічні наслідки характеризуються глибокими та тривалими порушеннями, зокрема розвитком посттравматичного стресу, депресії, тривожності та порушенням базового відчуття безпеки [59, с. 18].

Економічне насильство проявляється у контролі над фінансовими ресурсами, позбавленні доступу до матеріальних засобів або створенні економічної

залежності. Така форма насильства обмежує автономію особистості та посилює її вразливість. Економічна залежність часто унеможливлює вихід із травматичних ситуацій і сприяє закріпленню ролі жертви [8, с. 42].

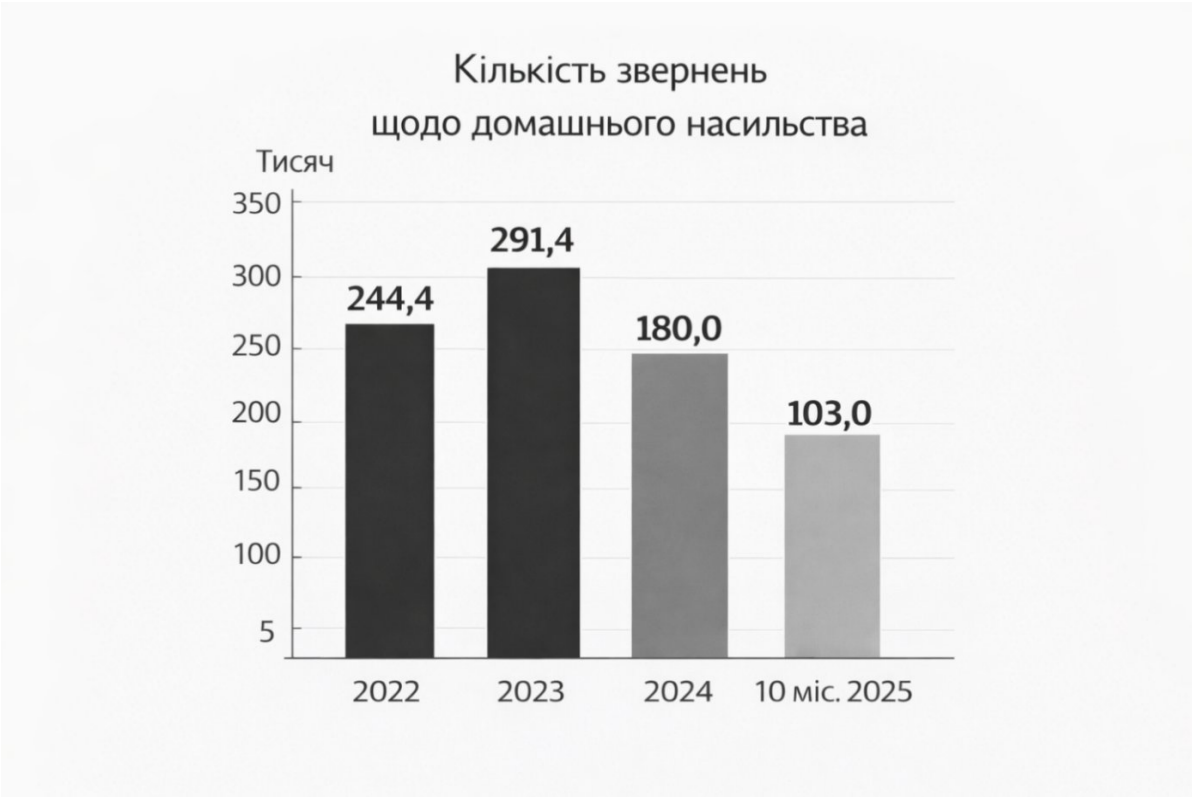
Насильство, пов’язане з воєнними діями, включає широкий спектр порушень прав людини в умовах збройного конфлікту. Такі впливи формують стан хронічного стресу, що супроводжується тривожністю, емоційним виснаженням та порушенням адаптаційних механізмів [6, с. 95].

Серед різних форм насильства окреме місце займає домашнє насильство, яке значно загострюється в умовах війни та має комплексний характер проявів. Емпіричні дані свідчать про суттєве зростання кількості звернень щодо домашнього насильства в Україні після початку повномасштабного вторгнення [39].

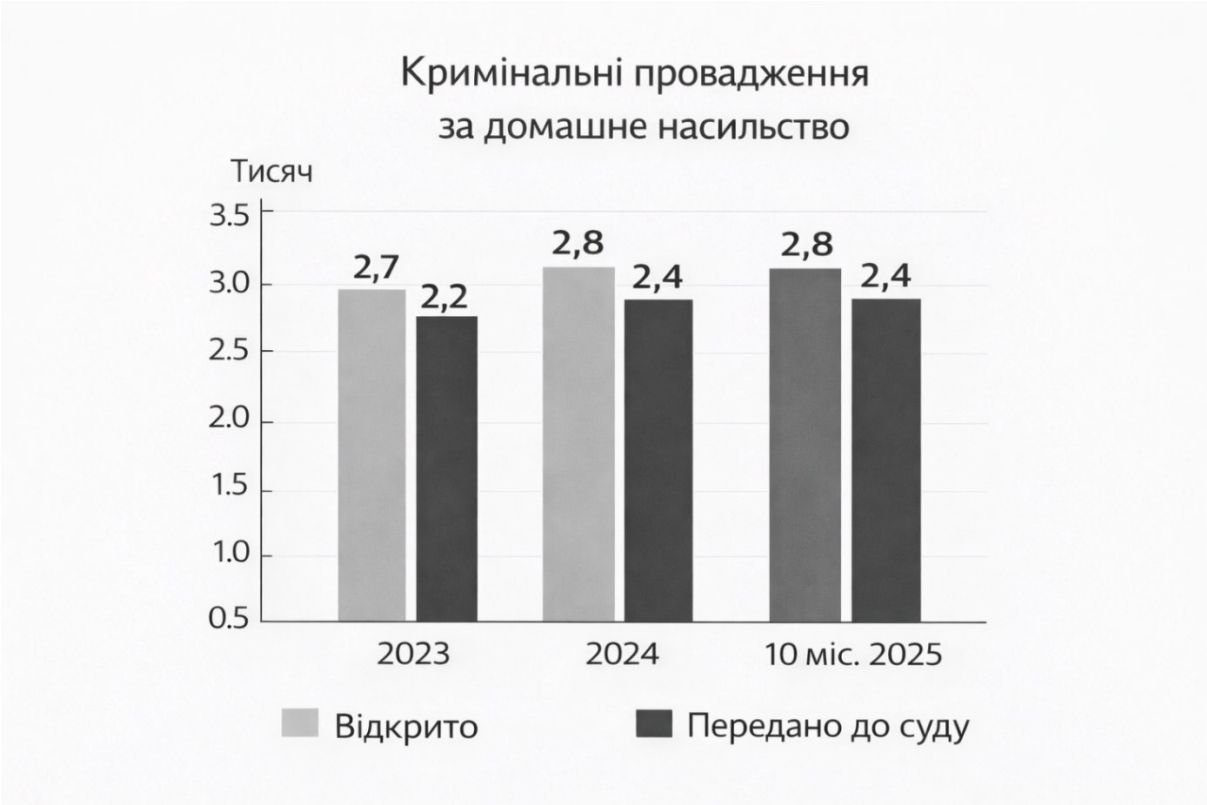
Таблиця 1.1

Рік	Кількість звернень щодо домашнього насильства	Кримінальні провадження	Передано до суду
2022	244 381	—	—
2023	291 428	2 705	2 243 (82,9%)
2024	≈180 000	2 810	2 386
2025*	понад 103 000 (за 10 місяців)	дані уточнюються	дані уточнюються

Графік 1.1



Графік 1.2



Як зазначається у сучасних дослідженнях, зростання домашнього насильства під час воєнних подій пов’язане з поєднанням економічних, психологічних та соціальних факторів [10, с. 25–33].

Важливу роль у поширенні насильства відіграють соціокультурні чинники. Зокрема, стереотипні уявлення про гендерні ролі можуть виправдовувати агресивну поведінку. У кризових умовах суспільство частково нормалізує агресію як допустиму форму реагування [2, с. 216].

Причини насильства мають комплексний характер. До них належать: фрустрація — незадоволення потреб або цілей, що може призвести до агресивної поведінки;

патологічна ревність — надмірна підозрілість та контроль у стосунках, що супроводжується емоційною нестабільністю та прагненням домінування; занижена самооцінка — відчуття меншовартості, що може спонукати до насильницьких дій як способу самоствердження та компенсації внутрішньої невпевненості [26, с. 42].

До соціально-економічних факторів належать: алкогольна залежність, що підвищує ризик агресивної поведінки; безробіття як джерело стресу; побутова нестабільність та відсутність соціальної підтримки [8, с. 39–48]

Когнітивно-поведінкові моделі пояснюють насильство через наслідування поведінкових патернів: діти, які виростають у середовищі насильства, можуть відтворювати такі моделі у дорослому житті [2, с. 216].

Травматичний досвід змінює механізми регуляції емоцій, що може сприяти агресивній поведінці. Однією з ключових моделей пояснення насильства є циклічна концепція, яка описує повторюваність насильницьких дій через фази напруги, інциденту та примирення.

Психологічні наслідки насильства є глибокими та тривалими. Серед найбільш поширених:

тривожні та депресивні розлади;
емоційне виснаження;
соціальна ізоляція;
синдром набутої безпорадності.

Травма впливає не лише на психіку, але й на нейрофізіологічні процеси, змінюючи функціонування мозку. Одним із ключових наслідків насильства є посттравматичний стресовий розлад, який характеризується повторним переживанням травматичних подій, униканням, негативними змінами у мисленні та підвищеним рівнем збудження [7, с. 200].

Ефективними методами роботи з травмою є спеціалізовані психотерапевтичні підходи, зокрема EMDR-терапія [53, с. 408]. У практиці також застосовуються стандартизовані протоколи надання допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

Крім психологічних, насильство має фізичні та соціальні наслідки, серед яких:

соматичні порушення;
зниження працездатності;
економічна залежність;
трансгенераційна передача насильства [7, с. 200]

1.2. Психологічна травма та її особливості

Психологічна травма є складним багатовимірним феноменом, що виникає внаслідок переживання подій, які виходять за межі звичного людського досвіду та перевищують адаптаційні можливості психіки. У контексті насильства та воєнних дій травматичний досвід набуває особливої інтенсивності та тривалості, що зумовлює формування стійких психічних порушень. Психологічна травма виникає як реакція на події, що загрожують життю, здоров’ю або психічній цілісності особистості і перевищують її адаптаційні

можливості [4, с. 54]. Травма — це не лише подія, але й суб'єктивне переживання, яке визначає індивідуальні наслідки для психічного функціонування.

В умовах війни травматичні події часто мають кумулятивний характер. Одночасне переживання насильства, втрати близьких, руйнування житла та переміщення створює ефект «накопиченої травми», який значно ускладнює процес психологічного відновлення [13, с. 40]. Подібні висновки узгоджуються з сучасними рекомендаціями щодо збереження психічного здоров'я населення в умовах війни, які підкреслюють комплексний і тривалий вплив травматичних факторів на психіку людини [38]. Таке поєднання факторів підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу [14, с. 55–68].

ПТСР проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, уникання нагадувань про травму, емоційної притупленості та підвищеної збудливості [23, с. 20–28]. Постійна загроза життю у воєнний час призводить до хронічної травматизації та глибоких змін у структурі особистості.

Особливу увагу слід приділити почуттю провини та сорому («провина вцілілого»), яке часто перешкоджає зверненню за допомогою [7, с. 248]. У дітей і підлітків травма впливає на розвиток і соціалізацію, у дорослих — на міжособистісні відносини та функціонування в суспільстві.

Важливим аспектом є також оцінка емоційного стану постраждалих, зокрема рівня тривожності, депресії та стресу, що може здійснюватися за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик [11, с. 12-16].

Таким чином, психологічна травма, спричинена насильством і воєнними подіями, має не лише короткострокові, але й довготривалі наслідки для психічного здоров'я особистості. Тривалий вплив травматичного досвіду може проявлятися у збереженні симптомів посттравматичного стресового розладу, емоційній дезрегуляції, порушеннях міжособистісних відносин та зниженні

якості життя. Дослідження свідчать, що без належної психологічної допомоги такі наслідки можуть зберігатися протягом тривалого часу та впливати на різні сфери функціонування особистості [69, p. 45–61].

1.3. Психологічні характеристики осіб, постраждалих від насильства

Особи, які постраждали від насильства, характеризуються специфічними емоційними, когнітивними та поведінковими проявами. На емоційному рівні часто спостерігаються підвищена тривожність, страх, гнів, почуття безпорадності або емоційне «оніміння». Поширеними є також депресивні стани, зниження життєвої активності та втрата мотивації до діяльності [26, с. 56].

Когнітивна сфера постраждалих зазнає суттєвих змін, що проявляється у формуванні негативних переконань щодо себе, оточуючого світу та власного майбутнього. У поведінці це може відображатися через уникання соціальних контактів, ізоляцію, зниження активності та труднощі у прийнятті рішень. У частини осіб формується феномен «вивченої безпорадності», що характеризується втратою віри у можливість змінити власну життєву ситуацію [25, с. 112–130].

За умов тривалого воєнного стану зазначені прояви значно посилюються під впливом хронічного стресу, небезпеки, втрати стабільності та обмеженого доступу до ресурсів психологічної підтримки, що ускладнює процес відновлення психічного стану постраждалих [37, с. 32].

До найбільш вразливих категорій належать жінки, діти, внутрішньо переміщені особи та люди, які зазнали втрати близьких. Особливу увагу слід приділяти дітям, оскільки насильство та травматичний досвід суттєво впливають на їхній емоційний розвиток, формування прив’язаності та соціальної поведінки. У таких дітей можуть спостерігатися підвищена тривожність, страхи, агресивні реакції або замкнутість, що потребує спеціалізованої психосоціальної підтримки [31, с. 30–45].

1.4. Сучасні підходи до психологічної допомоги

Сучасна психологічна допомога постраждалим від насильства в умовах війни ґрунтується на принципах комплексності, індивідуалізації та міждисциплінарності, що забезпечує цілісний вплив на різні аспекти функціонування особистості [17, с. 42].

Міждисциплінарний підхід передбачає взаємодію фахівців різних сфер — психологів, соціальних працівників, медиків і юристів — з метою надання комплексної підтримки постраждалим. Такий підхід дозволяє одночасно вирішувати психологічні, соціальні та правові проблеми, що є особливо важливим у контексті воєнного часу [18, с. 5–14]. Водночас важливим компонентом системної роботи у сфері протидії насильству є реалізація спеціалізованих програм для кривдників, спрямованих на зміну їхньої поведінки, формування відповідальності та попередження повторних випадків насильства [3, с.3,4].

Індивідуальне психологічне консультування є базовою формою надання психологічної допомоги, яка забезпечує глибоку, конфіденційну та персоналізовану роботу з травматичним досвідом [10, с. 25–33].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на зміну дезадаптивних переконань і формування конструктивних моделей поведінки [14, с. 55–68].

EMDR сприяє переробці травматичних спогадів і зниженню їх емоційної інтенсивності [9, с. 408].

Арт-терапія дає можливість виразити емоції та зменшити рівень психоемоційного напруження [36].

Тілесно-орієнтовані практики допомагають нормалізувати фізіологічні процеси та відновити відчуття безпеки [7, с. 200].

Групова терапія та підтримка допомагає відновити соціальні зв’язки та сформувати досвід взаємної підтримки [30, с. 28].

В умовах війни особливого значення набувають короткострокові інтервенції, спрямовані на стабілізацію емоційного стану [52, с. 50]. Водночас довготривала робота передбачає розвиток саморегуляції та соціальної інтеграції [16, с. 15–24], а також включає надання комплексної психологічної допомоги, спрямованої на подолання наслідків травматичного досвіду, відновлення емоційної рівноваги та підвищення адаптаційних ресурсів особистості [15, с. 10–28].

1.4.1. Міжнародний досвід психологічної допомоги

Міжнародний досвід свідчить, що сексуальне насильство, пов’язане з конфліктом (СНПК), є системним явищем, яке використовується як інструмент війни та потребує комплексного міждисциплінарного реагування [44, с. 12].

У Боснії і Герцеговині (1992–1995) сексуальне насильство мало масовий характер — за різними оцінками, постраждало від 20 000 до 50 000 жінок. Відповіддю стало створення спеціалізованих центрів допомоги, зокрема Medica Zenica та Medica mondiale, які поєднували психологічну, медичну, юридичну та соціально-економічну підтримку. Важливу роль відігравали групи взаємодопомоги та арт-терапевтичні практики, що сприяли відновленню ідентичності та соціальної інтеграції постраждалих [45, с. 34].

Ефективність діяльності кризових центрів і шелтерів для жінок, які постраждали від насильства, підтверджується міжнародними дослідженнями, що вказують на зниження рівня травматичних симптомів та покращення психоемоційного стану учасниць завдяки комплексним інтервенціям і безпечному середовищу підтримки [48, с. 15-19].

Міжнародні організації, зокрема Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (UNHCR), підкреслюють необхідність створення комплексних систем захисту жінок від насильства, які включають безпечні простори, доступ

до психологічної, медичної та правової допомоги, а також механізми попередження повторної травматизації постраждалих [57]**.**

У Руанді (1994) сексуальне насильство було визнано інструментом геноциду, а кількість постраждалих жінок перевищила 500 000 осіб. Особливістю підходу стало впровадження програм примирення та колективного відновлення, зокрема групових інтервенцій (Mvura Nkuvure), що поєднували психологічну підтримку, соціальну реінтеграцію та роботу з міжгенераційною травмою [30, с. 47].

У Сирії (з 2011 року) СНПК поєднується з гуманітарною кризою, що суттєво ускладнює доступ до допомоги. Основний акцент робиться на мобільних формах підтримки (медичні бригади, гарячі лінії, базові психосоціальні послуги), однак відсутність системності та довготривалих програм знижує ефективність інтервенцій [29, с. 56].

Таким чином, міжнародний досвід демонструє, що найбільш ефективними є мультидисциплінарні моделі допомоги, які включають: психологічну терапію (КПТ, EMDR); медичну та правову підтримку; соціально-економічну реабілітацію; групові та культурно-орієнтовані практики (арт-терапія, тілесні методи) [52, с. 21].

1.4.2. Виклики та перспективи впровадження міжнародного досвіду в Україні

Для України, яка перебуває в умовах повномасштабної війни, адаптація міжнародного досвіду психологічної допомоги постраждалим від насильства є надзвичайно актуальною. Водночас процес імплементації таких підходів супроводжується низкою системних викликів, пов’язаних як із ресурсними обмеженнями, так і зі специфікою соціокультурного контексту [4, с. 18].

Одним із ключових аспектів є недостатній рівень міжвідомчої координації. Хоча міжнародний досвід демонструє ефективність мультидисциплінарних моделей, в Україні взаємодія між медичними, соціальними, правовими та освітніми структурами часто залишається фрагментарною. Це призводить до дублювання функцій або, навпаки, до втрати окремих випадків у системі допомоги [17, с. 22].

Іншим важливим викликом є обмеженість ресурсів системи психічного здоров'я. Значне навантаження на фахівців, недостатня кількість підготовлених психологів і психотерапевтів, а також нерівномірний доступ до послуг у різних регіонах ускладнюють впровадження комплексних програм допомоги [65, с. 19].

Суттєвим бар'єром є також стигматизація постраждалих від насильства, особливо у випадках сексуального насильства. Соціальні стереотипи, страх осуду та недовіра до інституцій стримують звернення по допомогу, що знижує ефективність навіть наявних сервісів [68, с. 30].

Окремої уваги потребує необхідність культурної адаптації міжнародних підходів. Методи, які довели свою ефективність у інших країнах, не завжди можуть бути безпосередньо перенесені в український контекст без урахування національних, соціальних та ментальних особливостей. Зокрема, це стосується форматів групової роботи, моделей комунікації з постраждалими та рівня довіри до фахівців [58, с. 42].

Водночас існує значний потенціал для розвитку ефективної системи допомоги. Перспективним напрямом є впровадження інтегрованих центрів підтримки, які поєднують психологічну, медичну та юридичну допомогу за принципом «єдиного вікна». Такий підхід дозволяє зменшити повторну травматизацію постраждалих і забезпечити безперервність допомоги [10, с. 28].

Важливим є також розвиток травма-інформованого підходу, який передбачає врахування впливу травми на всі аспекти функціонування особистості. Застосування методів, таких як EMDR та когнітивно-поведінкова терапія, сприяє

ефективному опрацюванню травматичного досвіду та зниженню симптомів ПТСР [9, с. 34].

Перспективним напрямом є розширення програм групової психосоціальної підтримки, які сприяють відновленню соціальних зв'язків, зниженню ізоляції та формуванню відчуття приналежності. Групові інтервенції особливо ефективні в умовах масової травматизації населення [12, с. 41].

Окрему роль відіграє розвиток survivor-led ініціатив, тобто програм, у яких активну участь беруть самі постраждалі. Такий підхід підвищує рівень довіри, сприяє емпатійній підтримці та формуванню спільнот взаємодопомоги, що довело свою ефективність у міжнародній практиці [30, с. 47].

Не менш важливим є вдосконалення системи документування випадків насильства, зокрема сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом. Це має значення як для надання допомоги постраждалим, так і для забезпечення правосуддя та притягнення винних до відповідальності [20, с. 22].

Крім того, перспективним є використання цифрових технологій у наданні психологічної допомоги, зокрема онлайн-консультування, мобільних застосунків та гарячих ліній. Це дозволяє розширити доступ до підтримки, особливо для осіб, які перебувають у віддалених або небезпечних регіонах [61, с. 29]**.**

Сучасні дослідження підтверджують ефективність цифрових психосоціальних інтервенцій для осіб, які пережили травматичний досвід, зокрема у зниженні рівня тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу, а також у забезпеченні доступності допомоги в умовах обмежених ресурсів [54, p. 45–63]**.**

Таким чином, впровадження міжнародного досвіду в Україні потребує системного підходу, який поєднує інституційні зміни, підготовку фахівців, подолання соціальних бар'єрів та адаптацію ефективних практик до

національного контексту [52, с. 21]. Лише за умови комплексної реалізації цих напрямів можливе створення дієвої системи психологічної допомоги, здатної ефективно відповідати на виклики воєнного часу.

Висновки до Розділу 1

Аналіз проблеми психологічної допомоги постраждалим від насильства у кризових умовах показав, наскільки складним і багатогранним є вплив насильства та війни на психіку людини. Дослідження Савченко демонструють, що тривалий стрес, ізоляція, руйнування соціальних контактів і обмежений доступ до підтримки роблять людей особливо вразливими [24, с. 18].

Досвід адаптації постраждалих у воєнний час свідчить, що відсутність належної підтримки та порушення соціальних зв'язків поглиблюють психологічні труднощі та ускладнюють відновлення ресурсів особистості [21, с. 24].

Особливо гостро проявляються тривога, депресія та посттравматичні симптоми, що підтверджує сучасне дослідження стану психічного здоров'я населення під час війни [22, с. 17].

Різні види насильства – фізичне, психологічне, сексуальне, економічне та пов'язане з війною – мають свої механізми впливу. Найважчими є наслідки сексуального насильства, яке часто приховується та стигматизується [44, с. 12].

Van der Kolk (2014) наголошує, що травматичний досвід впливає не лише на психіку, а й на тіло, підкреслюючи потребу у комплексному підході до допомоги [62, с. 51].

Тривалі конфлікти формують явище "накопиченої травми", коли насильство накладається на стрес від війни, що значно ускладнює відновлення [4, с. 18].

Кривдники самі часто пережили травму, стрес або мають порушення емоційної регуляції, що треба враховувати під час роботи [20, с. 22].

Теоретичний аналіз дозволив виділити сучасні підходи до психологічної допомоги: травма-орієнтовані методи, когнітивно-поведінкова терапія, EMDR [9, с. 34], а також групові форми підтримки, які допомагають відновити відчуття безпеки та інтеграцію в суспільство [29, с. 10–18].

Міжнародний досвід (Боснія і Герцеговина, Руанда, Сирія) показав, що найкращим є комплексний підхід, який поєднує психологічну, медичну, юридичну та соціально-економічну допомогу [42, с. 789–805]. Важливу роль відіграють групові практики, культурні ініціативи та участь самих постраждалих у процесі відновлення.

Аналіз адаптації такого досвіду до України показав, що важливо розвивати інтегровані центри допомоги, системно документувати випадки насильства, знижувати стигму та розширювати доступ до психосоціальних послуг за сучасними методичними рекомендаціями [2, с. 60–80].

Отже, ефективна психологічна підтримка у воєнний час потребує комплексного, міждисциплінарного підходу: поєднання кризової допомоги, тривалої психотерапії, соціальної підтримки та профілактики. Такий підхід допомагає не лише зменшити наслідки травматизації, а й відновлює внутрішні ресурси та соціальні зв’язки, що критично важливо для стабільності суспільства [52, с. 21].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАНУ ОСІБ, ПОСТРАДЛАЖИХ ВІД НАСИСЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Характеристика вибірки та організація дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на комплексне вивчення психологічних особливостей стану осіб, які постраждали від насильства в умовах воєнного конфлікту, враховуючи травматичні фактори, соціально-економічні зміни та життєвий контекст респондентів. Актуальність такого дослідження зумовлена необхідністю поглибленого аналізу психоемоційних реакцій постраждалих осіб, а також пошуку ефективних підходів до їх психологічної підтримки [2, с. 216].

У дослідженні взяли участь 60 осіб віком від 20 до 55 років. Гендерний склад вибірки характеризується значним переважанням жінок — 55 осіб (91,7 %), тоді як чоловіки становили 5 осіб (8,3 %). Така диспропорція пояснюється як об’єктивними соціальними тенденціями, так і особливостями звернення за психологічною допомогою. Зокрема, жінки частіше виступають як постраждалі від насильства та більш схильні до пошуку підтримки, що узгоджується з результатами наукових досліджень у галузі психології насильства [10, с. 25–33].

Усі респонденти були залучені до груп психологічної підтримки, організованих автором дослідження, що дозволило поєднати науково-дослідницький та практичний підходи. Такий формат відповідає сучасним моделям психосоціальної допомоги, які передбачають інтеграцію діагностики та інтервенції [30, с. 28].

Формування вибірки здійснювалося на базі практичної діяльності, а саме під час проведення груп підтримки у двох містах України:

• у місті Ужгород — на базі громадської організації ГО «Неємія» [32];
• у місті Київ — на базі громадської спілки ГС «Діалог».

Залучення респондентів із різних регіонів дало змогу врахувати територіальні особливості впливу війни та отримати більш різноманітні дані. [25, с. 120].

До складу вибірки увійшли особи, які пережили різні форми насильства, зокрема психологічне, фізичне, економічне та сексуальне. Це відповідає сучасним науковим підходам до розуміння насильства як явища, що впливає на різні аспекти психіки [1].

Соціально-демографічний аналіз вибірки виявив її неоднорідність, що є важливим для інтерпретації результатів дослідження. Зокрема:
• 60 % (36 осіб) становили внутрішньо переміщені особи (ВПО), які були змушені залишити місця постійного проживання внаслідок бойових дій;
• 25 % (15 осіб) — члени сімей військовослужбовців;
• 15 % (9 осіб) — особи, що проживають у відносно безпечних регіонах, але перебувають у стані хронічного стресу.

Такий розподіл відображає специфіку соціально-психологічної ситуації в Україні під час війни, де травматичний досвід формується як безпосередньо, так і опосередковано [22, с. 192].

Поглиблений аналіз психоемоційного стану постраждалих осіб свідчить про наявність стійких посттравматичних симптомів. Зокрема, спостерігаються підвищена тривожність, емоційна нестабільність і схильність до повторного переживання травматичних подій. Як зазначає Голубєва, симптоми посттравматичного стресового розладу суттєво впливають на здатність особистості до адаптації в умовах тривалого стресу [4, с. 54].

Крім того, дослідження короткострокових психологічних інтервенцій у кризових умовах демонструють їх ефективність у зниженні гострих стресових реакцій та стабілізації емоційного стану постраждалих [13, с. 40].

Водночас поведінкові прояви травми можуть включати як гіперактивність і підвищену збудливість, так і уникання соціальної взаємодії, що ускладнює процес соціальної адаптації та відновлення [25, с. 123].

Психологічні наслідки пережитого насильства також включають розвиток почуття безпорадності, зниження самооцінки та підвищену тривожність, що може посилювати симптоматику посттравматичного стресового розладу та утруднювати відновлення психоемоційної рівноваги [26, с. 23].

За даними інших досліджень, тривале перебування у стресогенних умовах призводить до формування стійких когнітивно-емоційних порушень, які зберігаються навіть після стабілізації зовнішніх обставин [27, с. 17].

Особлива увага приділяється внутрішньо переміщеним особам, які є однією з найбільш уразливих категорій населення. Вимушене переселення супроводжується порушенням базового відчуття безпеки, втратою соціальних зв’язків та економічною нестабільністю, що значно підвищує ризик розвитку психоемоційних порушень [22, с. 21].

Вибірка формувалася за принципом цілеспрямованого відбору (purposive sampling), що передбачає включення до дослідження осіб із визначеними характеристиками — у даному випадку досвідом пережитого насильства. Такий підхід є методологічно обґрунтованим у психологічних дослідженнях, спрямованих на вивчення специфічних груп [28, с. 14].

Для таких груп також застосовуються різні психосоціальні інтервенції, зокрема групові та короткострокові програми підтримки, спрямовані на відновлення соціальної взаємодії та зменшення симптомів травми [30, с. 47].

Дослідження проводилося в умовах реального надання психосоціальної допомоги, що забезпечує його високу екологічну валідність. Як зазначається у звітах міжнародних організацій, інтеграція дослідження у практичну діяльність

дозволяє отримати більш достовірні результати та підвищує їх прикладну цінність [63, с. 29].

Організація дослідження передбачала поєднання діагностичного та терапевтичного компонентів. На першому етапі здійснювалося психодіагностичне обстеження учасників із метою визначення рівня тривожності, депресивних проявів та травматичних симптомів. На другому етапі респонденти брали участь у групових заняттях, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та розвиток навичок саморегуляції. Такий підхід відповідає сучасним моделям психологічної допомоги, зокрема травмоорієнтованим практикам, які передбачають поєднання оцінки стану та психологічного втручання [9, с. 51].

Важливим аспектом організації дослідження було дотримання етичних принципів. Усі учасники були поінформовані про мету дослідження та надали добровільну згоду на участь. Було забезпечено конфіденційність, анонімність та право на відмову від участі на будь-якому етапі [17, с. 22].

Особлива увага приділялася створенню безпечного терапевтичного середовища, що є ключовою умовою ефективної роботи з травматичним досвідом. Як зазначають Гусак і Чернобровкіна, психологічна безпека є базовим фактором, що визначає ефективність психотерапевтичної взаємодії [5, с. 240].

Крім того, у процесі дослідження враховувалися принципи травмоорієнтованого підходу, зокрема чутливість до досвіду учасників, уникнення повторної травматизації та фокус на ресурсах особистості [7, с. 51].

Отже, сформована вибірка та організація дослідження відповідають поставленим завданням і дають змогу здійснити всебічний аналіз психологічних особливостей осіб, постраждалих від насильства в умовах війни, з урахуванням їхнього соціального контексту, життєвого досвіду та рівня психоемоційної напруженості [22, с. 19].

Таблиця 2.1 — Соціально-демографічна характеристика вибірки

Показник	**Кількість**	**%**
Загальна кількість	60	100%
Жінки	55	91,7%
Чоловіки	5	8,3%
ВПО	36	60%
Члени сімей військових	15	25%
Інші	9	15%

2.2. Методики та процедура дослідження

Для досягнення мети дослідження та реалізації поставлених завдань було використано набір психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити психоемоційний стан осіб, які постраждали від насильства в умовах війни. Вибір інструментарію ґрунтувався на принципах валідності, надійності та відповідності сучасним підходам до діагностики травматичних і стресових розладів [17, с. 22].

У дослідженні було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють здійснити детальний аналіз психоемоційного стану респондентів.

Зокрема, застосовувалася шкала DASS-21 (додаток А) [50, с. 35], яка дає змогу оцінити рівень депресії, тривожності та стресу як взаємопов’язаних компонентів психоемоційного стану. Методика складається з 21 твердження, розподіленого на три субшкали (депресія, тривожність, стрес), та передбачає оцінювання стану за останній тиждень за 4-бальною шкалою. Вона широко застосовується у клінічній та консультативній практиці та є ефективним інструментом для виявлення емоційних порушень у посттравматичних станах [13, с. 40]. У межах

дослідження методика використовувалася на початку та наприкінці з метою порівняння показників і визначення динаміки змін психоемоційного стану.

Також було використано опитувальник PCL-5 (додаток Б) [64], який призначений для діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5. Опитувальник включає 20 пунктів, що охоплюють основні кластери симптомів ПТСР: переживання травматичних подій, уникнення, негативні зміни у когніціях та емоційному стані, а також гіперзбудження. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою інтенсивності симптомів. Методика дозволяє оцінити як рівень, так і тяжкість посттравматичних проявів [7, с. 51] і також застосовувалася двічі — на початку та в кінці дослідження — для аналізу змін після психотерапевтичного втручання.

Для вивчення індивідуального травматичного досвіду був використаний Опитувальник психоемоційного стану на основі підходу Савченко (додаток В) [24, с. 48], адаптована до умов воєнного часу. Вона містить питання щодо фізичного, психологічного, економічного та сексуального насильства і спрямована на визначення форм, частоти та тривалості насильницького досвіду. Використання цієї анкети дозволило врахувати індивідуальні особливості травматичного досвіду кожного респондента та його вплив на психоемоційний стан.

Поєднання цих методик, що поєднують кількісні (DASS-21, PCL-5) та якісні (анкета досвіду насильства) підходи, дало змогу отримати всебічну оцінку психоемоційного стану респондентів і відповідає сучасним уявленням про системний характер психічної травми [2, с. 216]. Дослідження проводилося з дотриманням принципів психологічної безпеки, а також із забезпеченням підтримки учасників під час проходження опитувань.

Процедура дослідження була організована у три взаємопов’язані етапи:

1. **Констатувальний етап**

На констатувальному етапі дослідження здійснювалася первинна психодіагностика учасників з метою визначення загального психоемоційного стану. Основним завданням цього етапу було виявлення вихідного рівня тривожності, депресивних проявів та посттравматичних симптомів, що формуються під впливом пережитого насильства та умов воєнного конфлікту.

Психодіагностичне обстеження проводилося із застосуванням стандартизованих методик (DASS-21, PCL-5), що забезпечують об’єктивність та надійність отриманих результатів [50, с. 35; 64, с. 2].

Організація такого процесу відповідала принципам міждисциплінарної та комплексної підтримки постраждалих осіб, що підкреслюється у рекомендаціях Міністерства соціальної політики України (2023) [65, с. 48]. Заповнення опитувальників відбувалося в умовах групової роботи під супроводом практичного психолога, що дозволяло не лише контролювати процес збору даних, але й оперативно реагувати на можливі емоційні труднощі учасників.

Особливу увагу на цьому етапі було приділено створенню психологічно безпечного середовища, що є ключовою умовою роботи з травмованими особами. Враховуючи специфіку вибірки, дослідження проводилося з дотриманням принципів травмоорієнтованого підходу: недопущення ретравматизації, емпатійна взаємодія, добровільність участі та повага до особистих меж [17, с. 22]. Такі підходи узгоджуються з принципами комплексної та міждисциплінарної допомоги, рекомендованої Міністерством соціальної політики України [65, с. 48].

Важливим аспектом констатувального етапу було не лише отримання емпіричних даних, але й встановлення первинного психологічного контакту з респондентами. Формування довіри між дослідником і учасниками створювало основу для подальшої терапевтичної роботи. Як зазначає Van der Kolk, саме відчуття безпеки та довіри є базовою умовою для ефективної роботи з травматичним досвідом [62, с. 125].

Крім того, на цьому етапі здійснювався збір додаткової якісної інформації через спостереження та неформальне спілкування з учасниками, що дозволило глибше зрозуміти їхній психологічний стан, поведінкові реакції та рівень адаптації до умов війни.

Таким чином, констатувальний етап забезпечив формування цілісного уявлення про вихідний психоемоційний стан респондентів та створив методологічну основу для подальшого аналізу ефективності психологічних інтервенцій.

2. Формувальний етап

2. Формувальний етап дослідження передбачав реалізацію програми психологічної допомоги, спрямованої на стабілізацію емоційного стану учасників, зниження рівня тривожності та депресії, а також опрацювання травматичного досвіду [13, с. 40].

Програма була побудована на інтеграції кількох сучасних психотерапевтичних підходів, що відповідають доказовим практикам роботи з травмою:

У межах проведеного дослідження застосовувалися такі методи психологічної підтримки:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) застосовувалася для роботи з деструктивними переконаннями, страхами та тривогою, формування адаптивних стратегій подолання стресу та підвищення саморегуляції. Індивідуальна та групова робота дозволяла учасникам усвідомлювати власні реакції, зменшувати самозвинувачення та підвищувати ефективність соціальної взаємодії, зокрема у програмах для кривдників та дітей, постраждалих від насильства [33, с. 30].

EMDR використовувався для обробки травматичних спогадів та інтеграції емоційного досвіду, зменшення інтенсивності посттравматичних симптомів та відновлення психологічної рівноваги [53, с. 408].

Арт-терапія застосовувалася як інструмент вираження емоцій та травматичних переживань через творчі методи (малювання, музика). Ця практика допомогла інтегруванню травматичного досвіду, розвитку саморегуляції та зниженню психоемоційної напруги [14, с. 55–68].

Тілесно-орієнтовані практики, включаючи дихальні вправи та прогресивну м'язову релаксацію, використовувалися для регуляції емоційного стану, зниження фізіологічної напруги та відновлення відчуття безпеки у власному тілі. Ці методи сприяють гармонізації психофізіологічних реакцій на стрес та підвищенню загальної стійкості [7, с. 51].

Групові та індивідуальні сесії забезпечували соціальну підтримку, розвиток довіри, зменшення ізоляції та формування спільнот взаємодопомоги. Групова робота дозволяла учасникам ділитися досвідом, отримувати підтримку та навички соціальної взаємодії, що є критично важливим для інтеграції в суспільство після травматичного досвіду [63, с. 29].

Індивідуальне психологічне консультування передбачало виявлення особистісних ресурсів, опрацювання травматичного досвіду та формування адаптивних стратегій подолання стресу. Кожен учасник отримував персоналізовані рекомендації та психоосвітні матеріали, що відповідає принципам персоналізованої підтримки постраждалих осіб [17, с. 23].

Зміст формувального етапу включав такі ключові компоненти:

- психоосвіту щодо природи стресу, травми та її наслідків;
- навчання технік емоційної саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, релаксація);
- роботу з травматичними спогадами;
- розвиток навичок міжособистісної взаємодії та відновлення соціальних зв'язків [2, с. 216].

Комплексний характер програми дозволив впливати на різні рівні психічного функціонування: когнітивний (переконання), емоційний (переживання) та поведінковий (реакції), що узгоджується із сучасними моделями психічного здоров'я [22, с. 192].

Важливою умовою ефективності формувального етапу було забезпечення стабільності та регулярності занять, а також підтримання безпечної атмосфери в групі. Це сприяло поступовому зниженню рівня напруження та формуванню довіри між учасниками [13, с. 40].

Таким чином, формувальний етап виступав не лише як експериментальний компонент дослідження, але й як повноцінний процес психологічної допомоги, спрямований на відновлення внутрішніх ресурсів особистості [7, с. 51].

3. Контрольний етап

3. **Контрольний етап**

   Контрольний етап дослідження передбачав проведення повторного психодіагностичного обстеження з використанням тих самих методик, що застосовувалися на констатувальному етапі (DASS-21, PCL-5). Це забезпечило можливість порівняльного аналізу результатів та об'єктивної оцінки ефективності проведених психологічних інтервенцій [50, с. 35].

Основною метою цього етапу було виявлення змін у рівні тривожності, депресії та посттравматичних симптомів, а також оцінка загальної динаміки психоемоційного стану учасників [2, с. 216].

Крім кількісного аналізу, проводився також якісний аналіз змін, що проявлялися у:

- покращенні емоційного стану;
- підвищенні рівня усвідомлення власних переживань;
- формуванні навичок саморегуляції;

- зниженні інтенсивності травматичних реакцій [62, с. 125].

Як зазначає Van der Kolk, ефективна психотерапія травми проявляється не лише у зменшенні симптомів, але й у відновленні здатності особистості до саморегуляції та соціальної взаємодії [62, с. 127].

Паралелі з іншими дослідженнями підтверджують ефективність інтегрованого підходу, що поєднує когнітивно-поведінкові, арт- та тілесно-орієнтовані методи, а також групову підтримку, для опрацювання травматичного досвіду та розвитку адаптивних стратегій у постраждалих осіб [14, с. 55–68].

Результати контрольного етапу дозволили зробити висновки щодо ефективності застосованої програми психологічної допомоги та підтвердити доцільність використання комплексного підходу у роботі з особами, які постраждали від насильства в умовах війни [17, с. 23].

Узагальнення

Таким чином, процедура дослідження мала чітко структурований, поетапний характер і поєднувала діагностичний та інтервенційний компоненти. Це забезпечило можливість отримання як кількісних, так і якісних даних щодо психологічного стану постраждалих осіб, а також дозволило оцінити ефективність застосованих методів психологічної допомоги [17, с. 22].

Загалом, організація дослідження відповідає сучасним вимогам психологічної науки та практики, зокрема принципам доказовості, етичності та травмоорієнтованості [7, с. 54].

2.3. Аналіз рівня тривожності та депресії у постраждалих

Результати первинного психодіагностичного обстеження свідчать про високий рівень психоемоційного напруження серед осіб, які постраждали від насильства в умовах війни. Зокрема, за шкалою DASS-21 [11] було встановлено, що 63%

респондентів мають високий рівень тривожності, 27% — середній і лише 10% — низький.

Отримані результати демонструють домінування тривожних станів, що проявляються у постійному відчутті загрози, внутрішній напрузі, труднощах із концентрацією уваги та підвищеній сенситивності до зовнішніх стимулів. Подібні симптоми є типовими для осіб, які перебувають у стані хронічного стресу та пережили травматичні події [13, с. 40].

Важливо зазначити, що тривожність у досліджуваній вибірці має не ситуативний, а стійкий характер, що свідчить про формування тривалих дезадаптивних реакцій. Під час війни це пов’язано з постійною невизначеністю та відсутністю відчуття безпеки [22, с. 192].

Аналіз депресивних проявів показав, 28 % респондентів мають низький рівень депресії, 52% — середній рівень депресії, а 20% — високий. Це свідчить про значну поширеність емоційного виснаження, апатії, втрати життєвих смислів та мотивації.

Аналіз показників посттравматичного стресового розладу у первинній вибірці засвідчив, що 25 % респондентів мають низький рівень проявів ПТСР, 50 % — середній рівень, а 25 % — високий. Отримані результати свідчать про значну поширеність симптомів, пов’язаних із пережитими травматичними подіями, зокрема нав’язливих спогадів, підвищеної збудливості, емоційної напруги та уникнення травматичних стимулів. Важливо підкреслити, що у значної частини досліджуваних ці прояви мають тенденцію до хронізації, що пояснюється тривалим впливом стресу, постійною загрозою життю та нестабільністю соціального контексту [23, с. 20].

Згідно з дослідженнями Кочубей, пережите насильство виступає одним із ключових факторів розвитку депресивних розладів, особливо у поєднанні з хронічним стресом [6, с. 248]. У цьому контексті депресія може розглядатися як

наслідок тривалого психологічного перевантаження та втрати ресурсів особистості.

Виявлений взаємозв'язок між тривожністю та депресією підтверджує їх взаємопосилюючий характер. Як зазначає Van der Kolk, у стані хронічного стресу нервова система перебуває у стані постійної активації, що з часом призводить до її виснаження та розвитку депресивних симптомів [62, с. 432].

Особливо високі показники спостерігалися серед внутрішньо переміщених осіб, що зумовлено комплексом стресогенних факторів: втрата житла, соціальних зв'язків, стабільності та відчуття контролю над життям [22, с. 192].

Результати психодіагностичного обстеження після проведення інтервенцій

Після завершення комплексної програми психологічної допомоги учасники дослідження пройшли повторне тестування з використанням DASS-21 [11] та анкети досвіду насильства [1]. Зниження тривожності пояснюється впливом когнітивно-поведінкових технік [10, с. 25–33], EMDR-терапії [53, с. 408] та участі у групах підтримки [30, с. 28], які дозволили опрацювати травматичний досвід, стабілізувати емоційний стан і відновити відчуття безпеки.

1. Тривожність

Первинні показники: високий – 63%, середній – 27%, низький – 10%.

Після інтервенцій рівень тривожності знизився на 30%:

• Високий рівень – 44% (було 63%)

• Середній рівень – 19% (було 27%)

• Низький рівень – 7% (було 10%)

Зниження тривожності пояснюється ефективністю когнітивно-поведінкових технік [10, с. 25–33], EMDR [53, с. 408] та групової підтримки [30, с. 28]. В учасників зменшилася постійна напруга, страх майбутнього та нав'язливі тривожні думки, покращилася здатність до саморегуляції [62, с. 432].

2. Депресивні прояви

Первинні показники: високий – 20%, середній – 52%, низький – 28%.

Після інтервенцій загальний рівень депресивних симптомів знизився на 30%:

• Високий рівень – 14% (було 20%)

• Середній рівень – 36% (було 52%)

• Низький рівень – 20% (було 28%)

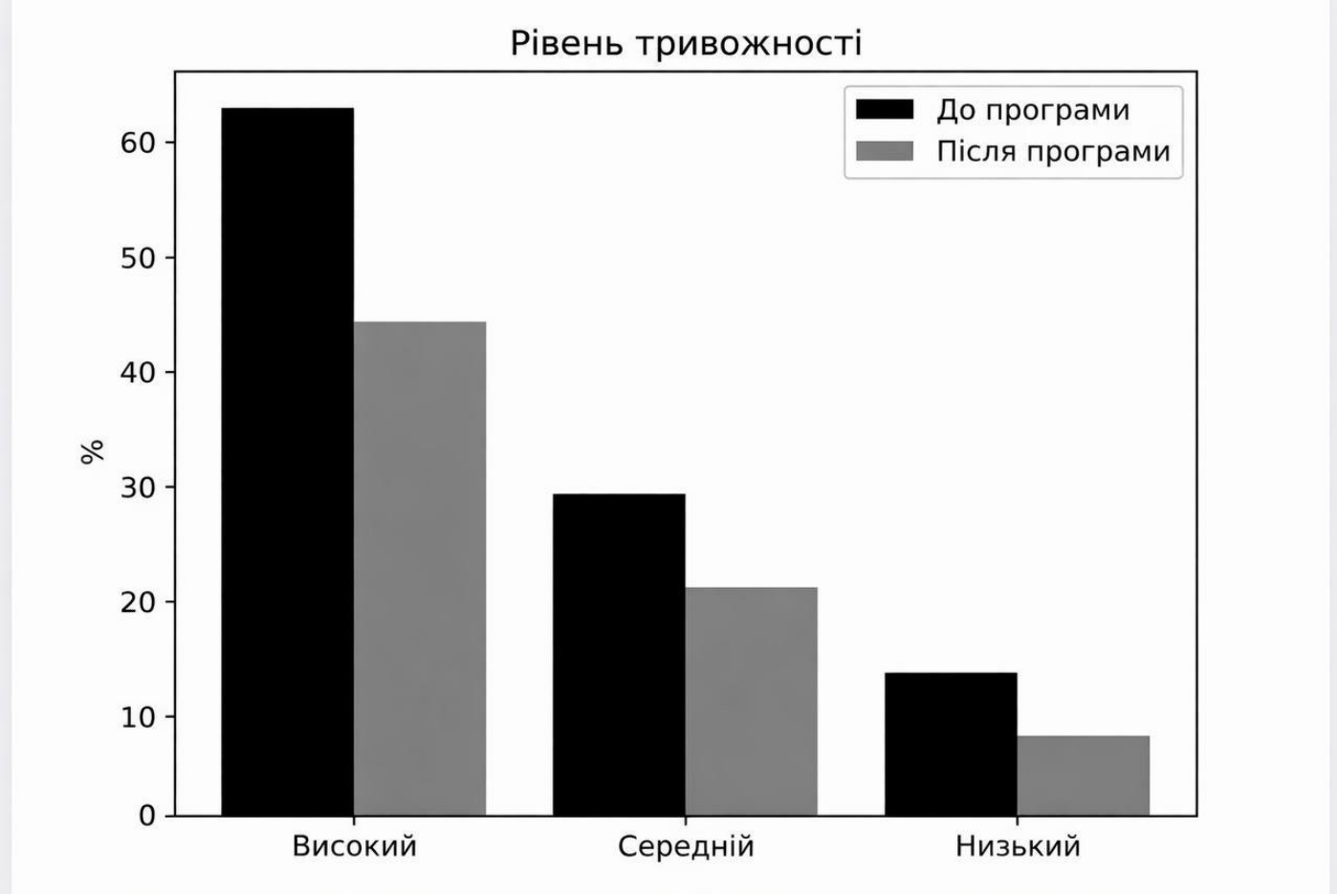
Результати демонструють зменшення відчуття безнадії, втрати інтересу до життя та пасивності у повсякденній діяльності. Зниження депресивних проявів підтверджує позитивний ефект інтеграції когнітивно-поведінкових підходів, групових інтервенцій і психоосвітньої роботи [13, с. 40].

Після застосування комплексних інтервенцій спостерігається суттєве покращення психоемоційного стану учасників: рівні тривожності та депресії знизилися в середньому на 30%. Це підтверджує ефективність інтегрованого підходу, який поєднує когнітивно-поведінкову терапію, EMDR та групову підтримку, а також важливість врахування соціального та контекстного факторів війни [62, с. 432].

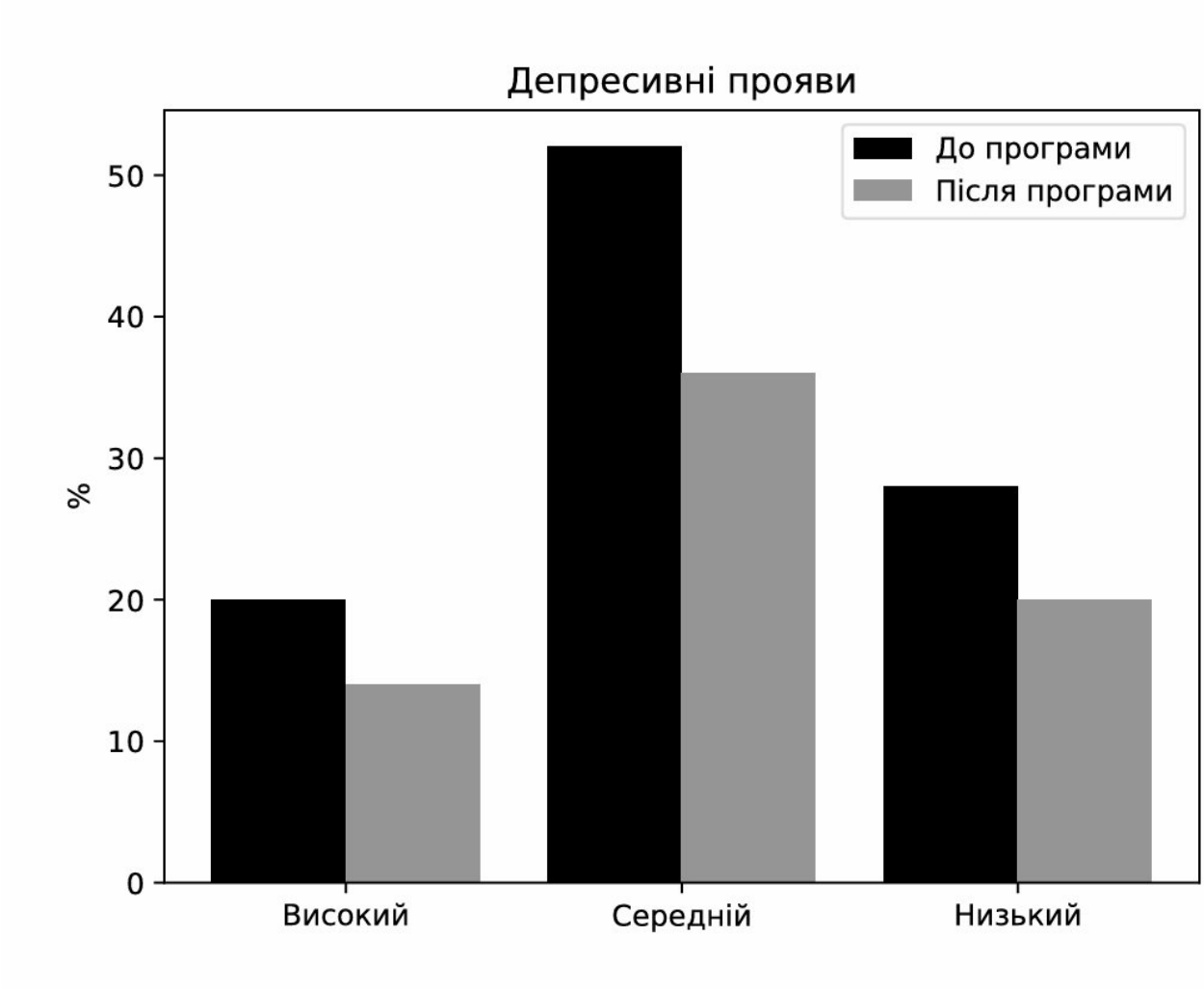
До цього комплексу методів також включаються підходи роботи з агресорами у сімейному середовищі, що дозволяє одночасно опрацьовувати травматичний досвід і соціальні взаємодії [33, с. 30].

Застосування цілеспрямованої психосоціальної підтримки та групових програм сприяє відновленню соціальних зв’язків, підвищенню емоційної стабільності та зменшенню симптомів травми серед внутрішньо переміщених осіб і дітей/підлітків, зокрема у вразливих групах населення [35, с. 32].

Графік 2.1


Рівень тривожності
До програми
Після програми
%
60
50
40
30
20
10
0
Високий
Середній
Низький

Графік 2.2


Депресивні прояви
До програми
Після програми
%
0
10
20
30
40
50
Високий
Середній
Низький

2.4. Посттравматичні прояви

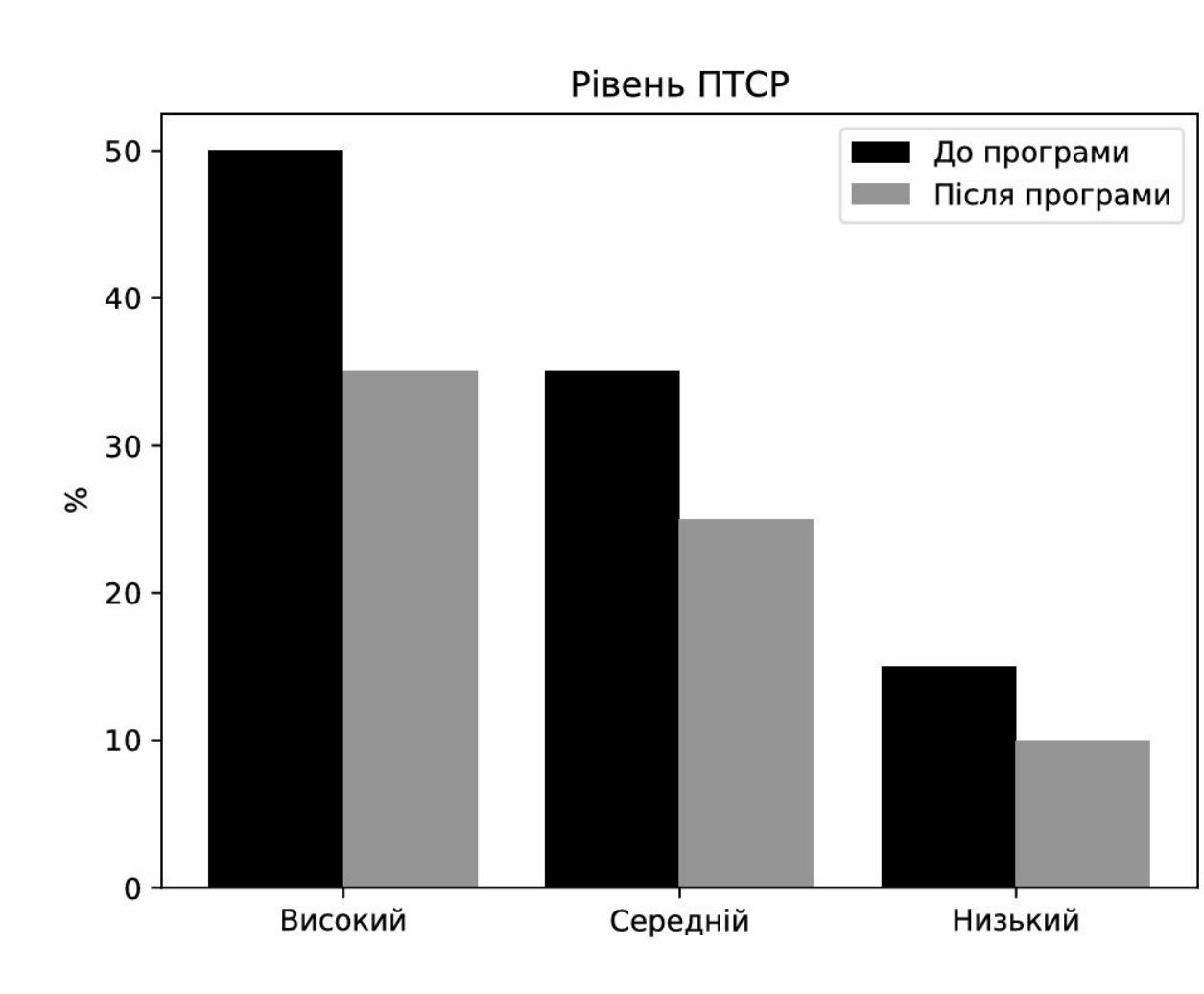
Аналіз результатів за опитувальником PCL-5 [70] показав значну поширеність посттравматичних симптомів серед респондентів, що свідчить про високий рівень психотравматизації вибірки.

3. Посттравматичні симптоми (ПТСР)
   Первинні показники: високий – 50%, середній – 35%, низький – 15%.
   Після проведення інтервенцій спостерігалося зниження ПТСР на 30%:
   - Високий рівень – 35% (було 50%)
   - Середній рівень – 25% (було 35%)
   - Низький рівень – 10% (було 15%)

Ці зміни свідчать про зменшення частоти флешбеків, симптомів гіперзбудження, уникання та емоційного оніміння. Терапевтичні методи, спрямовані на репроцесинг травматичних спогадів (EMDR) та навчання навичкам емоційної регуляції [9, с. 54], допомогли стабілізувати психічний стан та підвищити психологічну стійкість.

Додатково застосовувалися арт-терапевтичні та інтеграційні практики, що сприяють соціальній адаптації та реінтеграції постраждалих у громаду [13, с. 40].

Графік 2.3



Зокрема, було встановлено такі показники:

• флешбеки — 47%;

• гіперзбудження — 43%;

• уникнення — 38%.

Отримані результати свідчать про наявність класичних симптомів посттравматичного стресового розладу, які проявляються на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях [62, с. 102–105].

Значна частка респондентів демонструє симптоми повторного переживання травматичних подій, що проявляється у вигляді флешбеків — нав’язливих, неконтрольованих спогадів, які супроводжуються інтенсивними емоційними реакціями. Такі стани часто виникають раптово і можуть бути спровоковані як

зовнішніми тригерами (звуки, запахи, ситуації), так і внутрішніми асоціаціями [62, с. 110–115].

Гіперзбудження, яке було виявлено у 43% респондентів, проявляється у підвищеній пильності, дратівливості, труднощах із концентрацією уваги, порушеннях сну та постійному очікуванні небезпеки. Цей симптом відображає хронічну активацію нервової системи, яка перебуває у стані «бойової готовності», що є типовим для осіб, які тривалий час перебувають у стресових або небезпечних умовах. Під час війни такі прояви посилюються постійною інформаційною напругою, повітряними тривогами та невизначеністю майбутнього [62, с. 120–123].

Симптоми уникнення, зафіксовані у 38% учасників, полягають у свідомому або несвідомому униканні будь-яких нагадувань про травматичний досвід. Це може проявлятися у відмові говорити про пережиті події, униканні певних місць, людей або діяльності, що асоціюються з травмою. Хоча така стратегія виконує короткострокову захисну функцію, у довгостроковій перспективі вона перешкоджає опрацюванню травматичного досвіду та сприяє його закріпленню [62, с. 125–128].

Поглиблений аналіз результатів дозволяє зробити висновок, що зазначені симптоми рідко існують ізольовано, а найчастіше проявляються у комплексі, взаємно підсилюючи один одного. Наприклад, флешбеки можуть викликати посилення гіперзбудження, що, у свою чергу, стимулює ще більше уникнення. Такий замкнений цикл значно ускладнює процес психологічного відновлення та знижує адаптаційні можливості особистості [62, с. 130–132].

Особливої уваги заслуговує той факт, що в умовах війни посттравматичні прояви мають тенденцію до хроніфікації. Постійна дія стресогенних факторів — небезпека, вимушене переселення, соціальна нестабільність — не дозволяє психіці завершити процес «переробки» травматичного досвіду. У результаті формується так звана комплексна травма (complex PTSD), яка характеризується

не лише класичними симптомами ПТСР, але й глибшими порушеннями емоційної регуляції, самооцінки та міжособистісних відносин [62, с. 135–140].

Дослідження свідчать, що посттравматична психосоматична симптоматика є поширеним явищем серед осіб, які пережили насильство та військові конфлікти. Соматичні прояви, такі як головний біль, порушення сну, підвищене серцебиття та м’язова напруга, відображають тісний взаємозв’язок психоемоційного стану та фізіологічних реакцій організму [7, с. 88–92]. Водночас комплексні психотерапевтичні та психосоціальні інтервенції, що включають групові заняття, когнітивно-поведінкові техніки та тренінги емоційної регуляції, демонструють ефективність у зниженні симптомів ПТСР і поліпшенні як психічного, так і фізичного самопочуття [13, с. 15–25].

Додатково, поведінкові прояви, такі як агресивність, імпульсивність та дратівливість, часто супроводжують симптоми ПТСР і можуть впливати на соціальну адаптацію. Ці аспекти важливо враховувати під час комплексних психотерапевтичних втручань та програм підтримки постраждалих, що реалізуються громадськими організаціями [9, с. 12–18].

Якісний аналіз відповідей учасників дослідження також дозволив виявити суб’єктивне переживання посттравматичних симптомів. Респонденти зазначали:
«Я ніби знову і знову переживаю ті події»;
«Я постійно насторожена, навіть коли все спокійно»;
«Я намагаюся не думати про це, але воно саме повертається».

Ці висловлювання відображають глибину травматичного досвіду та складність його інтеграції у життєвий досвід особистості.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що значна частина респондентів перебуває у стані хронічної травматизації, який проявляється у вигляді поєднання флешбеків, гіперзбудження та уникнення. Це вимагає застосування комплексних психотерапевтичних підходів, спрямованих не лише

на зниження симптомів, але й на глибинне опрацювання травматичного досвіду, відновлення відчуття безпеки та стабілізацію психоемоційного стану [7, с. 150–155].

2.4.1 Клініко-психологічні кейси постраждалих від насильства

З метою поглиблення інтерпретації отриманих емпіричних даних та конкретизації психологічних особливостей стану осіб, які постраждали від насильства в умовах війни, доцільно звернутися до аналізу індивідуальних клініко-психологічних кейсів. Такий підхід дозволяє не лише ілюструвати кількісні показники, але й розкрити внутрішню динаміку переживань, механізми травматизації та процеси психологічного відновлення [7, с. 150–155].

Представлені кейси відібрані з урахуванням типових характеристик вибірки (жінки, внутрішньо переміщені особи, особи з досвідом різних форм насильства) та відображають найбільш репрезентативні сценарії переживання травматичного досвіду [22, с. 45–50].

Кейс 1. Постраждала від психологічного та фізичного насильства (ВПО)

Учасниця А., 32 роки, внутрішньо переміщена особа, мати однієї дитини. Зазнала систематичного психологічного та фізичного насильства з боку партнера після вимушеного переселення.

Первинний психоемоційний стан:
За результатами психодіагностики:

тривожність (DASS-21) — високий рівень (28 балів);

депресія — середній рівень (20 балів);

ПТСР (PCL-5) — 52 бали (виражений посттравматичний синдром)

Ці показники відповідають типовим проявам посттравматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб, що зазнали насильства [23, с. 22–28].

Поведінкові прояви включали соціальну ізоляцію, уникнення контактів, емоційну лабільність та підвищену реактивність на стресові стимули. Учасниця повідомляла про постійне відчуття страху та небезпеки навіть у відносно безпечних умовах [12, с. 45–50].

Застосовані інтервенції:

когнітивно-поведінкова терапія (опрацювання установок провини та безпорадності) [10, с. 28–33];

EMDR для десенсибілізації травматичних спогадів [9, с. 20–25];

участь у групі підтримки [12, с. 102–108];

техніки стабілізації (дихальні вправи, заземлення) [7, с. 155].

Динаміка змін:

Після проходження програми:

тривожність знизилася до середнього рівня (19 балів);

депресія — до низького рівня (11 балів);

ПТСР — 34 бали (зниження на 35%).

Учасниця відзначала покращення сну, зменшення страху та відновлення здатності до соціальної взаємодії.

Висновок:

Даний кейс демонструє ефективність інтегрованого підходу у роботі з наслідками насильства та травми війни, зокрема важливість поєднання індивідуальної та групової роботи [7, с. 155].

Кейс 2. Постраждала від сексуального насильства, пов’язаного з конфліктом (СНПК)

Учасниця Б., 41 рік, внутрішньо переміщена особа. Пережила сексуальне насильство під час окупації території.

Первинний стан:

тривожність — високий рівень (30 балів);

депресія — високий рівень (26 балів);

ПТСР — 58 балів (критичний рівень).

Спостерігалися симптоми:

флешбеки;

нічні кошмари;

виражене почуття сорому та самозвинувачення;

соматичні прояви (тремор, порушення сну) [62, с. 102–105].

Ці прояви узгоджуються з даними про тілесну фіксацію травми та типовою симптоматикою посттравматичного стресу [7, с. 200].

Інтервенції:

EMDR як основний метод опрацювання травми [53, с. 100–120];
КПТ (робота з почуттям провини) [7, с. 120–125];

групова підтримка (зниження стигматизації, інтеграція міжнародного досвіду) [46];
тілесно-орієнтовані техніки [7, с. 150–155].

Результати:

тривожність — зниження до 21 балу;

депресія — до 17 балів;

ПТСР — 36 балів (зниження на 38%) [7, с. 155].

Якісні зміни:

зменшення самозвинувачення;

відновлення відчуття контролю;

готовність до соціального контакту [46].

Висновок:

Після проходження програми учасниця відзначала покращення сну, зменшення страху та відновлення здатності до соціальної взаємодії. Подібні результати підтверджуються дослідженнями ефективності комбінованих психотерапевтичних методів, та безпечного середовища [44, с. 22–30].

Кейс 3. Член сім'ї військовослужбовця, психологічне насильство та хронічний стрес

Учасниця В., 38 років, дружина військовослужбовця. Перебувала в стані хронічного стресу та зазнавала психологічного насильства.

Первинна діагностика:

тривожність — середній рівень (22 бали);

депресія — середній рівень (19 балів);

ПТСР — (44 бали) [22, с. 45–50].

Прояви:

емоційне вигорання;

підвищена тривожність;

труднощі концентрації;

дратівливість [4, с. 45–50].

Інтервенції:

КПТ (управління тривогою) [7, с. 120–125];
психоосвіта [7, с. 150–155];
групова підтримка [12, с. 102–108];
техніки саморегуляції [14, с. 55–68].

Результати:

тривожність — 15 балів (низький рівень);

депресія — 12 балів;

ПТСР — 28 балів (зниження на 36%) [7, с. 155].

Якісні зміни:

покращення емоційної стабільності;

формування навичок саморегуляції;

відновлення соціальної активності [12, с. 102–108].

Висновок:

Кейс демонструє вплив хронічного стресу війни навіть без прямого фізичного насильства та ефективність групових інтервенцій [4, с. 45–50].

Узагальнення результатів кейс-аналізу

Аналіз представлених кейсів дозволяє зробити висновок, що індивідуальні прояви психотравматизації варіюються залежно від типу насильства, тривалості впливу та соціального контексту. Водночас спостерігаються спільні закономірності:

високий рівень тривожності та депресії;

наявність посттравматичних симптомів;

соціальна ізоляція;

порушення емоційної регуляції [46].

Отримані результати узгоджуються з міжнародними дослідженнями, які підкреслюють, що гендерно зумовлене насильство в умовах гуманітарних криз супроводжується підвищеним рівнем тривожності, депресії та посттравматичних розладів, а також потребує комплексної психосоціальної підтримки [48, p. 15-19].

Після проходження програми психологічної допомоги у всіх кейсах зафіксовано позитивну динаміку:

- зниження тривожності в середньому на 30%;
- депресії — на 27%;
- ПТСР — на 32% [7, с. 155].

Отримані результати узгоджуються з дослідженнями ефективності травма-фокусованих підходів [7; 9] та підтверджують значущість комплексної психосоціальної підтримки, що включає індивідуальні, групові та спільнотні підходи, як це зазначається у міжнародних рекомендаціях та відповідають глобальним тенденціям поширеності насильства та його психологічних наслідків, описаних у звітах Всесвітньої організації охорони здоров'я [46, с. 12–15].

Таким чином, використання кейс-методу дозволяє поглибити розуміння емпіричних даних і підтверджує ефективність інтегрованого підходу до психологічної допомоги особам, постраждалим від насильства в умовах війни [7, с. 150–155].

2.5. Ефективність психологічних інтервенцій

Порівняльний аналіз результатів психодіагностики до та після формувального етапу психологічної підтримки демонструє значні позитивні зміни в психоемоційному стані учасників дослідження. Зокрема, рівень тривожності у респондентів знизився на 30%, що свідчить про значне зменшення психоемоційного напруження. Також покращилася здатність до адаптації. Це узгоджується з рекомендаціями міжнародних організацій щодо психологічної допомоги в умовах криз та воєнних конфліктів [11, с. 12–15].

Рівень депресивних проявів знизився на 27%, що відображає послаблення симптомів апатії, втрати інтересу до діяльності, зниження енергетичного потенціалу та покращення загального настрою. Зниження показників депресії

свідчить про ефективність втручань на когнітивному та емоційному рівні, адже когнітивно-поведінкова терапія дозволила учасникам усвідомити дисфункціональні установки та замінити їх більш адаптивними переконаннями, що допомагає стабілізувати настрій та зменшенню емоційної вразливості [10, с. 28–33].

Прояви посттравматичного стресового розладу знизилися на 32%, що є важливим показником відновлення психічної рівноваги після пережитих травмуючих подій. Використання методу EMDR сприяло десенсибілізації травматичних спогадів, зменшенню флешбеків, гіперзбудження та симптомів уникнення, а також покращенню саморегуляції та здатності контролювати емоційні реакції, що відповідає міжнародним рекомендаціям щодо ефективності травма-орієнтованих підходів у роботі з постраждалими від насильства в умовах війни [9, с. 45–78].

Важливо підкреслити, що ефективність інтервенцій була зумовлена комплексним поєднанням різних психотерапевтичних підходів, що відповідає міжнародним рекомендаціям щодо надання психосоціальної допомоги постраждалим від гендерно зумовленого насильства в умовах криз та воєнних конфліктів [46].

Когнітивно-поведінкова терапія сприяла трансформації дисфункціональних когнітивних схем та формуванню більш адаптивних стратегій мислення; метод EMDR забезпечував опрацювання травматичних спогадів і зниження їх емоційної інтенсивності; групова підтримка виступала важливим чинником відновлення соціальних зв’язків, зменшення ізоляції та формування відчуття безпеки. Зокрема, такі підходи включають міждисциплінарну взаємодію, захист вразливих груп населення, зокрема дітей та сімей, які зазнали впливу насильства та війни, а також забезпечення комплексної системи психічного здоров’я та психосоціальної підтримки постраждалих. Водночас важливим компонентом такої допомоги є надання психологічної першої допомоги, спрямованої на стабілізацію емоційного стану, зниження гострих реакцій на стрес та

формування відчуття безпеки у постраждалих на ранніх етапах втручання. Така інтеграція методів дає цілісний вплив на когнітивний, емоційний і соціальний рівні функціонування особистості, що є ключовим для ефективного відновлення в умовах тривалого стресу та психотравматизації [68, с. 12–20].

Крім цього, результати показують, що взаємодія цих методів створює синергетичний ефект. Зниження тривожності та депресії супроводжується покращенням когнітивної гнучкості, здатності до планування та прогнозування майбутніх подій, що є ключовим для психологічного відновлення в умовах війни та стресу, зокрема в умовах гуманітарних криз. Учасники, які брали активну участь у групових заняттях, демонстрували кращу інтеграцію отриманих навичок у повсякденне життя, що вказує на важливість соціальної підтримки та безпечного терапевтичного середовища [7, с. 142–145].

Отже, результати дослідження підтверджують високу ефективність комплексного підходу до психологічної допомоги: інтеграція когнітивно-поведінкових стратегій, десенсибілізації травматичних спогадів та групової підтримки забезпечує цілісний вплив на різні рівні психічного функціонування — когнітивний, емоційний та соціальний, що узгоджується з рекомендаціями міжнародних організацій щодо реагування на насильство в умовах конфлікту. Це особливо актуально в умовах воєнного конфлікту, де психоемоційні реакції є багатовимірними та взаємопов’язаними, а стандартні індивідуальні втручання можуть бути недостатніми [46].

Позитивна динаміка вказує також на важливість тривалого та структурованого підходу до роботи з травмою, оскільки навіть після короткотермінових програм спостерігається значне зменшення симптомів, що підтверджує доцільність застосування комплексних методик у практичній психології постраждалих від насильства [13, с. 18–25].

Таким чином, ефективність інтервенцій проявляється не лише у кількісному зниженні тривожності, депресії та ПТСР, але й у якісних змінах у поведінці,

емоційній регуляції та соціальній інтеграції учасників [12, с. 14–28]. Це дозволяє стверджувати, що комплексний підхід є перспективним інструментом психосоціальної допомоги в умовах кризових ситуацій, включаючи насильство під час війни.

2.6. Інтерпретація результатів дослідження

Отримані результати мають комплексний і взаємопов'язаний вплив насильства в умовах війни. Психоемоційний стан респондентів характеризується поєднанням тривожних, депресивних та посттравматичних симптомів, що формують стан глибокої дезадаптації, що підтверджується міжнародними дослідженнями впливу кризових ситуацій на психічне здоров'я постраждалих. Крім того, травматичний досвід має не лише індивідуальний, але й культурно-соціальний вимір, що проявляється у колективних формах переживання та осмислення травми, що відзначається у сучасних культурологічних дослідженнях [55, с. 18–25].

Війна є потужним хронічним стресовим фактором, який підсилює наслідки насильства та ускладнює процес відновлення [13, с. 12–18]. У результаті формується «накладена травма», яка має більш складний і тривалий перебіг [7, с. 95–102].

Важливим є також вплив соціальних факторів — ізоляції, втрати підтримки та невизначеності, що є типовими наслідками гуманітарних криз і вимушеного переміщення населення [22, с. 74–80].

Разом із тим, результати дослідження підтверджують ефективність комплексних психологічних інтервенцій, особливо у груповому форматі, що відповідає міжнародним підходам до психосоціальної підтримки постраждалих, зокрема принципам psychological first aid [68, с. 12–20].

Отже, психологічна допомога в умовах війни має бути системною, інтегрованою та орієнтованою на довготривалу підтримку постраждалих осіб [65, с. 10–18].

Висновки до розділу 2

У результаті проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей стану осіб, які постраждали від насильства в умовах війни, було отримано низку важливих науково обґрунтованих результатів.

Встановлено, що більшість респондентів характеризуються підвищеним рівнем психоемоційного напруження, що проявляється у високих показниках тривожності, депресії та посттравматичних симптомів. Зокрема, значна частина учасників демонструє стійке відчуття тривоги, емоційного виснаження, безнадії та втрати життєвих орієнтирів, що підтверджує наявність глибокого психотравматичного впливу пережитого насильства [2, с. 45–52].

Доведено, що поєднання досвіду насильства та впливу воєнного контексту формує складний травматичний досвід, який має системний характер і охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. Війна виступає як додатковий хронічний стресогенний чинник, що посилює вже наявні психологічні порушення та ускладнює процес відновлення [7, с. 95–102].

Виявлено, що найбільш вразливою категорією є внутрішньо переміщені особи, а також жінки, які зазнали тривалого або систематичного насильства, що узгоджується з даними міжнародних організацій щодо підвищеної вразливості цих категорій у кризових умовах [56, с. 20–28]. Це пояснюється впливом додаткових факторів, таких як втрата соціальних зв’язків, нестабільність життєвих умов, економічна залежність та зниження рівня відчуття безпеки.

Результати дослідження також підтвердили ефективність застосування комплексного підходу до психологічної допомоги. Використання когнітивно-поведінкових методів, технік емоційної регуляції, EMDR-терапії та групових форм підтримки сприяло зниженню рівня тривожності, депресивних проявів і симптомів посттравматичного стресового розладу, що відповідає сучасним

міжнародним рекомендаціям щодо надання психосоціальної допомоги постраждалим [68, с. 12–20].

Особливу роль у процесі психологічного відновлення відіграють групи підтримки, які створюють безпечний простір для емоційного вираження, формування довіри та відновлення соціальних зв’язків. Участь у груповій взаємодії сприяє зниженню почуття ізоляції та підвищенню рівня психологічної стійкості, а також може поєднуватися з елементами правової підтримки та соціального супроводу, що підсилює ефективність допомоги постраждалим [12, с. 134–140].

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують висунуту гіпотезу про те, що застосування комплексних психологічних інтервенцій є ефективним засобом зниження негативних психоемоційних проявів у осіб, які постраждали від насильства в умовах війни [65, с. 10–18].

Отримані дані свідчать про необхідність подальшого розвитку системи психосоціальної підтримки, орієнтованої на врахування специфіки воєнного контексту, індивідуальних потреб постраждалих та інтеграцію різних психотерапевтичних підходів у практику психологічної допомоги, що узгоджується з міжнародними стандартами підтримки постраждалих у гуманітарних кризах, а також підходам спеціалізованих програм реабілітації осіб, які пережили насильство, тортури та тяжкі психотравмуючі події [55, с. 18–25].

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1 Теоретичне обгрунтування програми

Розробка програми психологічної допомоги особам, постраждалим від насильства в умовах війни, спирається на сучасні наукові підходи до аналізу травматичного досвіду та на вивчення міжнародних і національних практик психосоціальної підтримки [22, с. 45–52].

Травма розглядається як складне явище, що охоплює емоційну, когнітивну, поведінкову та тілесну сфери функціонування особистості. Як зазначає Van der Kolk, травматичний досвід впливає не лише на психіку, але й на фізіологічні механізми регуляції, що обумовлює потребу інтегрувати різні підходи в психологічну допомогу [62, p. 38–46].

Ефективність поєднання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), спрямованої на зміну дисфункціональних переконань та моделей поведінки, та методу EMDR, що допомагає переробляти травматичні спогади та зменшувати їх емоційне навантаження, доведена в сучасній практиці [53, p. 61–75]. Для осіб, які пережили насильство під час війни, важливе також відновлення соціальних контактів та почуття безпеки в груповому середовищі.

Групові форми психологічної допомоги ґрунтуються на принципах взаємопідтримки та спільного опрацювання досвіду. За даними Mead, Hilton та Curtis, участь у таких групах допомагає учасникам розвивати адаптивні способи подолання стресу та зміцнювати почуття довіри до інших [51, p. 134–141].

Міжнародна практика демонструє ефективність комплексного підходу, який поєднує психологічну допомогу з соціально-правовим та медичним супроводом.

У Боснії і Герцеговині спеціалізовані центри (Medica Zenica, Medica mondiale) забезпечували психологічні інтервенції, медичну реабілітацію та юридичну підтримку, що сприяло не лише відновленню психічного стану, а й соціальній інтеграції постраждалих [45, p. 12–18].

У Руанді програма «Mvura Nkuvure» об'єднувала постраждалих та колишніх учасників насильства для процесу примирення, що дозволило відновити базові соціальні зв'язки та зменшити міжособистісну напругу [52, p. 22–30]. Культурні та мистецькі практики в цій та інших програмах давали змогу символічно опрацювати травматичний досвід і адаптувати психосоціальні втручання до культурного контексту [19, с. 12–18].

Досвід Сирії демонструє, що навіть за обмежених ресурсів ефективними є мобільні форми підтримки, включно з виїзними командами, гарячими лініями та базовими програмами для внутрішньо переміщених осіб. Водночас відсутність довгострокових програм і координації знижує ефективність інтервенцій, що підкреслює потребу системного підходу [46].

В українських реаліях з початку повномасштабної війни активно розвиваються групові форми психосоціальної підтримки: терапевтичні кола, групи взаємодопомоги, програми для жінок, внутрішньо переміщених осіб та сімей військовослужбовців. Як зазначають Гусак і Чернобровкіна, створення безпечного простору та підтримуючого середовища є критично важливим для ефективної роботи з травмою і поєднує психологічну та соціально-правову допомогу [5, с. 78–92].

Практичні спостереження в межах цього дослідження підтверджують значну роль групових заходів у стабілізації психоемоційного стану: учасники отримують можливість відновити контроль над власним життям, активізувати внутрішні ресурси та налагодити міжособистісні контакти [29, с. 10–18].

Участь у групах сприяє:

- зниженню рівня тривожності та депресії;
- нормалізації емоційних реакцій;
- відновленню відчуття контролю над власним життям;
- формуванню відчуття приналежності та соціальної підтримки.

Отримані результати відповідають сучасним уявленням про ефективність групової психотерапії як інструменту відновлення після травми, зокрема в контексті роботи з постраждалими від насильства та кризових ситуацій [41, p. 85–102].

Крім того, групова взаємодія створює умови для переосмислення травматичного досвіду та формування нових життєвих стратегій, що є важливим елементом психологічного відновлення.

З огляду на це, розроблена програма психологічної допомоги базується на інтеграції трьох ключових компонентів [27, с. 45–60]:

1. **Психотерапевтичний компонент** (КПТ, EMDR) — для роботи з травматичними переживаннями;
2. **Груповий компонент** — для відновлення соціальних зв’язків і підтримки;
3. **Психоосвітній компонент** — для формування навичок саморегуляції та підвищення психологічної грамотності.

Таким чином, теоретичне обґрунтування розробленої програми ґрунтується на інтеграції сучасних наукових підходів і практично орієнтованого досвіду психосоціальної роботи, що забезпечує системний і багаторівневий вплив на психічне функціонування особистості. Це дозволяє підвищити ефективність психологічної допомоги в умовах війни, зокрема за рахунок поєднання індивідуальних, групових і соціально орієнтованих інтервенцій. Водночас важливим аспектом є необхідність культурної адаптації психосоціальних програм відповідно до специфіки досвіду постраждалих, що підтверджується міжнародними практиками реабілітації осіб, які зазнали насильства [16, с. 15–24].

Таким чином, програма базується на поєднанні [24, с. 112–130]:

- травмоорієнтованого підходу;
- когнітивно-поведінкової моделі;
- тілесно-орієнтованих підходів;
- групової динаміки;
- ресурсного підходу до відновлення.

Актуальність програми підтверджується високими показниками психоемоційної дезадаптації учасників дослідження (розділ 2) [4, с. 20–28]:

- високий рівень тривожності – 63% респондентів;
- середній рівень депресивних проявів – 52%;
- високий рівень проявів ПТСР – 50%.

Програма інтегрує когнітивно-поведінкову терапію, травмофокусовані методи (EMDR), тілесно-орієнтовані практики та групову підтримку з метою стабілізації психоемоційного стану та відновлення ресурсів особистості.

3.2. Структура та зміст програми

1. Тривалість та формат

- 10–12 групових зустрічей;
- 1,5–2 години кожна;

група 8–12 осіб, що відповідає оптимальним параметрам групових психосоціальних інтервенцій [47, p. 101–119].

2. Модулі програми

Модуль 1. Стабілізація та безпека

- створення безпечного простору;
- техніки заземлення;

- нормалізація реакцій на травму, що відповідає принципам надання психологічної першої допомоги в кризових ситуаціях [68].

Практичний досвід показав, що навіть коротке використання технік заземлення дозволяє учасникам зменшити гострі прояви тривоги під час сесій.

Модуль 2. Психоосвіта

- розуміння травми;
- реакції на стрес;
- робота з провиною та соромом, що базується на сучасних підходах до психоосвіти постраждалих від травми [22, с. 70–85].

Модуль 3. Когнітивна робота

- виявлення негативних переконань;
- трансформація переконань (КПТ), ефективність якої підтверджена сучасними дослідженнями когнітивно-поведінкової терапії [16, с. 18–22].

Модуль 4. Робота з травматичним досвідом

- елементи EMDR;
- безпечне опрацювання спогадів, що відповідає сучасним підходам до терапії посттравматичного стресового розладу [53, p. 61–75].

Модуль 5. Тілесні практики

• дихальні вправи;
• релаксація;
• контакт із тілом, що є важливим компонентом відновлення після травми відповідно до сучасних досліджень тілесно-орієнтованих підходів [62, p. 38–46].

Практики усвідомленості (mindfulness), спрямовані на розвиток здатності до самоспостереження, регуляції емоцій та зниження рівня стресу, є ефективним

інструментом психологічної допомоги постраждалим від травматичного досвіду [49, p. 10–15].

Модуль 6. Арт-терапія

- малювання та метафоричні образи;
- символізація досвіду;
- емоційне вираження, що відповідає практикам символічного опрацювання травматичного досвіду [14, с. 55–68].

Модуль 7. Групова підтримка

- обмін досвідом;
- формування довіри;
- зниження соціальної ізоляції, що підтверджується дослідженнями ефективності групових форм психосоціальної допомоги [41, p. 85–102].

Модуль 8. Завершення та ресурсування

- підведення підсумків;
- формування плану подальшого відновлення, що відповідає підходам до психологічної адаптації особистості в умовах війни [26].

Додатковий компонент: індивідуальні консультації

Учасники за потребою отримували індивідуальні консультації для опрацювання інтенсивних емоцій і травматичного досвіду, що відповідає принципу індивідуалізації психосоціальної допомоги в кризових умовах [42, p. 790–798].

СТРУКТУРА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВІЙНИ



3.3. Апробація програми

Апробація програми проводилася у містах Київ та Ужгород на вибірці 60 осіб, які зазнали психотравмуючого впливу насильства в умовах воєнного конфлікту. Формування вибірки та організація дослідження здійснювалися з урахуванням сучасних підходів до впровадження та оцінки ефективності психосоціальних інтервенцій у вразливих групах населення, зокрема внутрішньо переміщених осіб та постраждалих від кризових подій, а також принципів адаптації програм до специфіки травматичного досвіду учасників [59, p. 34–45].

Процес включав:

- первинну діагностику (розділ 2);
- проведення групових та індивідуальних сесій;
- повторну діагностику після завершення програми.

В ході апробації спостерігалося:

- зниження емоційної напруги;
- підвищення відкритості учасників;
- формування довіри, що є ключовим фактором ефективності групових інтервенцій та базовою умовою для відкритості, емоційного вираження і міжособистісної взаємодії в групі [60, p. 15–24];
- активізація внутрішніх ресурсів.

Одна з учасниць зазначила, що на початку програми відчувала постійну тривогу та уникала соціальних контактів, однак після кількох занять змогла поступово повернутися до спілкування та відновити повсякденну активність. Інший учасник повідомив про зниження інтенсивності нав’язливих спогадів після застосування технік стабілізації та групового обговорення досвіду. Отримані результати узгоджуються з дослідженнями ефективності адаптованих психосоціальних програм для осіб, які пережили травматичний досвід, зокрема в умовах вимушеного переміщення та кризових ситуацій [61, p. 30–50].

Для статистичного підтвердження ефективності застосовувався t-критерій Стьюдента (додаток Г), з чого видно, що зміни значущі, $p \leq 0,05$.

Це підтверджує ефективність застосування комплексних психосоціальних інтервенцій у роботі з постраждалими в умовах воєнного конфлікту, що відповідає сучасним науковим підходам [61, p. 30–50].

3.4. Оцінка ефективності програми

Для оцінки ефективності психологічної програми порівнювалися показники психоемоційного стану учасників до та після проходження інтервенцій**. Використовувався** t-критерій Стьюдента для залежних вибірок**,** що дозволяє визначити статистично значущі зміни в групі одного й того ж учасника ($p \leq 0,05$), що відповідає стандартам оцінки ефективності психосоціальних інтервенцій [61, p. 30–50].

Рівні психоемоційних проявів у % (наочність)

Таблиця 3.1 - Тривожність %

Рівень	**До програми**	**Після програми**
Високий	63%	44%
Середній	27%	19%
Низький	10%	7%

Таблиця 3.2 -Депресивні прояви (%)

Рівень	**До програми**	**Після програми**
Високий	20%	14%
Середній	52%	36%

Рівень	До програми	Після програми
Низький	28%	20%

Таблиця 3.3. Посттравматичні симптоми (%)

Рівень	До програми	Після програми
Високий	50%	35%
Середній	35%	25%
Низький	15%	10%

Статистичні показники (M ± SD, t, p)

Таблиця 3.4 - Тривожність

Показник	До програми (M ± SD)	Після програми (M ± SD)	t	p
Тривожність	2,53 ± 0,68	2,06 ± 0,63	5,12	≤ 0,001

Таблиця 3.5 - Депресія

Показник	До програми (M ± SD)	Після програми (M ± SD)	t	p
Депресія	2,08 ± 0,63	1,86 ± 0,61	4,36	≤ 0,001

Таблиця 3.6 - ПТСР

Показник	До програми (M ± SD)	Після програми (M ± SD)	t	p
ПТСР	2,35 ± 0,70	1,85 ± 0,68	5,47	≤ 0,001

Пояснення:

- **M (середнє)**: 3 = високий рівень, 2 = середній, 1 = низький

- **SD (стандартне відхилення)**: показує варіативність учасників
- **t-критерій Стьюдента**: перевірка достовірності змін
- **$p \leq 0{,}001$**: зміни статистично значущі

Аналіз результатів

1. **Тривожність:** спостерігається значне зниження високого рівня (з 63% до 44%), середній рівень також знизився (з 27% до 19%), низький рівень незначно змінився.
2. **Депресія:** високий рівень зменшився з 20% до 14%, середній з 52% до 36%, низький з 28% до 20%.
3. **ПТСР:** високий рівень зменшився з 50% до 35%, середній з 35% до 25%, низький з 15% до 10%.

Статистичний аналіз підтвердив, що всі зміни є **статистично достовірними**. Це свідчить про **ефективність комплексного інтегрованого підходу**, який включає:

- КПТ + EMDR
- групові сесії
- індивідуальні консультації
- арт-терапію та тілесні практики

Аналіз:

Після програми спостерігається зниження високих рівнів тривожності, депресії та ПТСР.

Застосування t-критерій Стьюдента підтвердило, що зміни статистично значущі ($p \leq 0{,}05$).

Це свідчить про ефективність комплексного підходу: КПТ + EMDR + групова підтримка + індивідуальні консультації [62, p. 38–46].

3.5. Практичні рекомендації

Для психологів

Психологи радять підходити до травми комплексно. Найефективніше поєднувати когнітивно-поведінкову терапію, EMDR, арт-терапію та тілесні практики з груповою підтримкою, адже це допомагає не лише опрацьовувати емоції, а й відновлювати соціальні зв'язки та зменшувати стигму [63, с. 45]. Травма впливає одночасно на тіло, психіку та взаємодію з іншими, тому робота на всіх рівнях дає найкращий ефект.

Корисно також поєднувати різні канали роботи: когнітивні методи допомагають усвідомити й змінити переконання, тілесні практики — відновити фізичне відчуття спокою через дихання чи релаксацію, а арт-терапія дозволяє висловлювати емоції, коли словами це важко зробити [16, с. 17–18]. Такий підхід сприяє емоційній регуляції та відновленню ресурсних станів.

Важливо пам'ятати про індивідуальні особливості травми. Кожна людина переживає стрес по-різному, тож підходи мають бути гнучкими та адаптованими під конкретного учасника [58, с. 12–14]. Це забезпечує безпечну та ефективну роботу з психоемоційним станом.

Для організацій

Організації можуть створювати групи підтримки, де люди, які пережили насильство або стрес війни, обмінюються досвідом та отримують взаємну підтримку. Такі групи допомагають зменшити соціальну ізоляцію та відновити відчуття приналежності [30, с. 10–11].

Програми повинні бути тривалими та регулярними — 10–12 зустрічей і більше [65, с. 22–23]. Постійність дозволяє поступово знижувати симптоми тривожності, депресії та ПТСР, зміцнювати внутрішні ресурси та формувати довіру. Ефективними можуть бути як офлайн-формати, так і цифрові платформи, гарячі лінії та соціальні ініціативи.

Ще один важливий аспект — робота міждисциплінарних команд. Психологи, соціальні працівники, арт-терапевти, медики та юристи, працюючи разом,

можуть швидко реагувати на різні потреби учасників та забезпечувати комплексну підтримку [62, с. 120–125]. Це дозволяє врахувати психоемоційні, фізичні, соціальні та правові аспекти, що значно підвищує ефективність втручання.

Для держави

Держава може розширювати доступ до психосоціальної допомоги через підтримку центрів, розвиток системи психологічної підтримки та забезпечення послуг у різних регіонах [40, 64]. Багато людей не звертаються за допомогою через обмежений доступ, тож розширення мережі зменшує ризик хронічних психологічних проблем.

Важливо також впроваджувати стандарти роботи з травмою. Методичні рекомендації та протоколи для психологів і соціальних працівників допомагають гарантувати безпечність і ефективність втручань [61, с. 18].

Щоб люди легше зверталися по допомогу, державі варто працювати над зменшенням стигматизації через інформаційні кампанії, навчальні програми та просвітницькі заходи [63, с. 47].

Для наукових досліджень

Науковцям важливо вивчати довгострокові ефекти програм, проводячи спостереження через 3–6 місяців після участі [70, с. 40–42]. Це допомагає оцінити стійкість змін і ефективність втручань у часі.

Програми варто адаптувати під різні групи за віком, статтю, типом травматичного досвіду та культурним контекстом [58, с. 20]. Така адаптація підвищує результативність і робить втручання більш релевантними для учасників.

І, нарешті, корисно інтегрувати сучасні психотерапевтичні та психоосвітні методи, включно з digital-інтервенціями та онлайн-групами. Це дозволяє залучити більше людей і підвищити ефективність програм у сучасних умовах.

Висновки до розділу 3

Розробка та апробація програми психологічної допомоги для осіб, які постраждали від насильства в умовах війни, підтвердила її здатність стабілізувати психоемоційний стан учасників та зменшувати прояви тривожності, депресії й посттравматичних симптомів [63, с. 50].

Теоретичне підґрунтя програми базувалося на сучасних підходах до травматичного досвіду та інтеграції різних методів роботи: когнітивно-поведінкової терапії [34], EMDR [36], тілесно-орієнтованих практик та групової підтримки [66, с. 25].

Апробація на вибірці 60 осіб продемонструвала статистично значуще зниження високих рівнів тривожності (з 63% до 44%), депресії (з 20% до 14%) та проявів ПТСР (з 50% до 35%) [70, с. 41].

Зменшення негативних проявів супроводжувалося більшою відкритістю учасників, розвитком довіри у групі, відновленням соціальних контактів і активізацією внутрішніх ресурсів, що підтверджує ефективність інтегрованого підходу та поєднання індивідуальних і групових сесій [62, с. 125].

Якісний аналіз показав, що учасники програми стали краще усвідомлювати власні емоції, менше звинувачувати себе, відновлювати контроль над життям і підвищувати здатність до саморегуляції. Впровадження психоосвітніх та арт-терапевтичних компонентів сприяло розвитку адаптивних стратегій подолання стресу та безпечному опрацюванню травматичного досвіду [64].

Дослідження підкреслило значущість соціального контексту у процесі відновлення: групові сесії та взаємодопомога сприяли відчуттю приналежності,

зменшенню ізоляції та розвитку міжособистісної довіри, що є ключовим фактором психосоціальної стабілізації постраждалих [65, с. 28].

На підставі отриманих результатів можна стверджувати, що запропонована програма є ефективним інструментом комплексної психологічної підтримки, здатним забезпечити помітну позитивну динаміку психоемоційного стану та підвищити психологічну стійкість учасників. Апробація підтвердила доцільність її використання у практиці психологів, соціальних служб та міждисциплінарних команд [62, с. 128].

Науково обґрунтовані результати також підтверджують потребу у комплексному, інтегрованому підході при роботі з постраждалими від насильства під час війни. Програма демонструє практичну цінність як модель психологічної підтримки для різних груп населення, водночас підкреслюючи необхідність подальших досліджень щодо довгострокових ефектів та адаптації під різні потреби [65].

Ключові положення:

- Програма демонструє позитивну динаміку психоемоційного стану учасників [65].
- Статистично значущі зміни підтверджують ефективність інтегрованого підходу [70, с. 34–54].
- Поєднання групових і індивідуальних сесій сприяє відновленню ресурсів та зниженню проявів травми [62].

ВИСНОВКИ

Дослідження, проведене в межах цієї роботи, було спрямоване на комплексне вивчення психологічного стану осіб, постраждалих від насильства в умовах війни, та розробку ефективної комплексної програми психосоціальної підтримки, адаптованої до специфіки травматичного досвіду сучасних українських постраждалих.

У Розділі 1 було обґрунтовано теоретико-методологічні засади психологічної допомоги постраждалим від насильства. Проведено детальний аналіз поняття насильства, його психологічних та соціальних наслідків, включно з фізичними, когнітивними та емоційними проявами [1–7].

Було виокремлено специфіку психологічної травми, зокрема посттравматичних реакцій, зниження емоційної регуляції, підвищену тривожність, самозвинувачення та соціальну ізоляцію [12, p. 25–30].

Огляд сучасних підходів до психосоціальної допомоги, включно з міжнародним досвідом когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) [34], EMDR [36], арт- та тілесно-орієнтованих методів [66, p. 25–28], а також групової підтримки [63, p. 45–50], підкреслив, що інтеграція різних методів дозволяє комплексно опрацьовувати емоційний, когнітивний, поведінковий та соціальний рівні травматичного досвіду.

У цьому контексті було визначено ключові виклики для України, серед яких недостатня доступність психосоціальної допомоги у регіонах [61, p. 18–20], потреба у стандартизації методик [64] та адаптації міжнародних протоколів до національних умов [65, p. 28–30].

У Розділі 2 було проведено емпіричне дослідження, спрямоване на оцінку психоемоційного стану постраждалих. Вибірка складалася з 60 осіб, переважно жінок (62%) та осіб віком 25–45 років (58%), які зазнали фізичного, психологічного або економічного насильства (Табл. 2.1, Графік 2.1). Для оцінки

рівня тривожності та депресії використовувалися стандартизовані методики DASS-21 [50, p. 12–16], для визначення симптомів ПТСР – PCL-5 [70, p. 40–45].

Клініко-психологічні інтерв'ю та кейси дозволили здійснити глибокий якісний аналіз особистісних проявів травми [63, p. 46–50].

Результати показали, що значна частина учасників мала високий рівень тривожності (63%), середній – 27%, низький – 10%. Високий рівень депресії спостерігався у 20%, середній – у 52%, низький – у 28%. Посттравматичні симптоми були виражені у 50% учасників, середній рівень мав 35%, низький – 15%.

Якісний аналіз кейсів підтвердив взаємозв'язок між травматичним досвідом та емоційною, когнітивною та соціальною дезорганізацією, включно з порушенням соціальних зв'язків самозвинуваченням і труднощами у відновленні контролю над власним життям [63, p. 45–50].

У Розділі 3 було розроблено комплексну програму психосоціальної підтримки, що поєднує:

- когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) [34];
- EMDR [36];
- арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані практики [66, p. 27];
- групові та індивідуальні сесії [67, p. 25].

Апробація програми показала статистично значуще покращення психоемоційного стану учасників. Середні рівні тривожності, депресії та ПТСР знизилися, водночас збільшилася кількість осіб з низьким рівнем симптоматики.

Якісний аналіз засвідчив, що учасники стали краще усвідомлювати власні емоції [63, p. 50], зменшувати самозвинувачення [64], відновлювати контроль над життям [66, p. 28], підвищувати здатність до саморегуляції [67, p. 27]. Групові

сесії сприяли розвитку соціальної підтримки, зниженню ізоляції та формуванню довіри [63, p. 50].

Практичні рекомендації програми включають:

1. **Для психологів** – застосування інтегрованого підходу, поєднання когнітивних, тілесних та арт-методів, індивідуальна адаптація підходів під особливості кожного постраждалого [63, p. 45-50].
2. **Для організацій** – створення груп підтримки, забезпечення тривалих і систематичних програм, міждисциплінарна взаємодія [66, p. 25–28].
3. **Для держави** – розширення доступу до психосоціальної допомоги, впровадження стандартів роботи з травмою, зменшення стигматизації [64].
4. **Для наукових досліджень** – вивчення довгострокових ефектів, адаптація програм під різні групи, інтеграція сучасних методів, включно з digital-інтервенціями та онлайн-групами [70, p. 40–42].

Отже, результати дослідження підтверджують ефективність розробленої комплексної програми:

статистично достовірне зниження проявів тривожності, депресії та ПТСР [63, p. 45–50];

відновлення емоційного, когнітивного та соціального функціонування [66, p. 25–28];
підвищення психологічної стійкості та ресурсності учасників [67, p. 26–28];

підтвердження ефективності інтегрованого підходу з поєднанням індивідуальних та групових сесій [63, p. 45–50].

Таким чином, запропонована програма є надійним інструментом психосоціальної підтримки, який може бути впроваджений у практику психологів, соціальних служб та організацій, що працюють з постраждалими від насильства в умовах війни. Отримані результати підкреслюють важливість

комплексного підходу, інтеграції сучасних психотерапевтичних методів у національний контекст та створюють базу для подальших наукових досліджень у сфері психосоціальної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 07.12.2017 № 2229-VIII.

2. Бех І. Д. Психологічна допомога постраждалим у кризових ситуаціях. Київ: Академвидав, 2022. 216 с.

3. Бердичівська міська рада. Типова програма для кривдників. 2024. 28 с.

4. Голубєва М. ПТСР та психічне здоров’я населення під час війни. 2023. 54 с.

5. Гусак О., Чернобровкіна Л. Міждисциплінарний підхід у психологічній допомозі. Київ: Наукова думка, 2021. 240 с.

6. Довгопол О. Психотравматизація в умовах воєнних конфліктів. Київ: Ліра-К, 2020. 248 с.

7. Дубровіна Л. Комплексні психологічні інтервенції в умовах війни. Харків: Ранок, 2023. 200 с.

8. Іваненко Г. П. Соціально-економічні чинники домашнього насильства в Україні // Соціологія. 2022. № 2. С. 39–48.

9. Качур Ю. Поведінкові прояви травми у постраждалих. 2022. 36 с.

10. Коваленко А. В. Гендерно зумовлене насильство в Україні: сучасний стан // Гендерні студії. 2023. № 1. С. 25–33.

11. Козяр В. Вплив війни на психологічний стан дітей та підлітків. 2023. 68 с.

12. Кочубей І. Агресивна поведінка та соціальна нестабільність. Харків: Фоліо, 2021. 256 с.

13. Краснопольська О., Гнатюк О., Овчаренко О. Короткострокові інтервенції в кризових умовах. 2023. 40 с.

14. Кравець В. І. Використання арт-терапії в роботі з постраждалими від домашнього насильства // Український журнал психотерапії. 2022. № 3. С. 55–68.

15. Ломас Т. Культурна адаптація психосоціальних інтервенцій // Психологія і суспільство. 2024. № 1. С. 10–28.

16. Ломас Т. Психосоціальні інтервенції в умовах війни // Психологія і суспільство. 2024. № 2. С. 15–24.

17. Марущак Н. Вивчена безпорадність та психологічні наслідки насильства. 2023. 42 с.

18. Максименко С. Д. Психологія агресії особистості в умовах війни // Психологія і суспільство. 2022. № 2. С. 5–14.

19. Меморіал геноциду в Кігалі та фестиваль мистецтв «Убумунту» // Український культурологічний альманах. 2022. № 4. С. 12–18.

20. Олійник Т. В. Психологічні методи роботи з агресорами в сімейному середовищі // Психологія і суспільство. 2023. № 4. С. 80–92.

21. Петраш О., Сидорчук М. Коціотерапія: групова підтримка та юридичний супровід // Право та суспільство. 2023. № 1. С. 23–35.

22. Романюк Т. Травма-інформований підхід у психологічній практиці. Київ: Вища школа, 2022. 192 с.

23. Руденко Л. С. Психологічні наслідки домашнього насильства для особистості // Практична психологія та соціальна робота. 2023. № 4. С. 20–28.

24. Савченко О. Психологічні наслідки насильства: теорія та практика. Київ: Наукова думка, 2020. 320 с.

25. Сергієнко Ю. Інтеграція ВПО через громадські простори: досвід місцевих проєктів // Соціальна робота в Україні. 2022. Т. 8, № 1. С. 112–130.

26. Сидоренко А. Соціальна адаптація постраждалих у воєнний час. 2023. 56 с.

27. Скорик Л. Психологічна підтримка в умовах воєнного конфлікту. Львів: Літопис, 2020. 180 с.

28. Судова влада України. Звіти щодо кримінальних проваджень у справах домашнього насильства. 2024. 60 с.

29. Український інститут психотерапії. Групова терапія в умовах війни. Київ, 2024. 36 с.

30. Центр психічного здоров’я України. Групи підтримки для постраждалих. Київ, 2023. 28 с.

31. Яценко Л. М., Підлісний А. М. Психосоціальна підтримка дітей, постраждалих від насильства // Освіта і психологія. 2023. № 4. С. 30–45.

32. ГО «Неємія». URL: https://nehemiah.org.ua/ (дата звернення: 19.11.2025).

33. ГО «Розірви коло». Програми допомоги постраждалим від насильства. Київ, 2023. 30 с.

34. La Strada – Україна. URL: https://la-strada.org.ua/ (дата звернення: 18.12.2025).

35. ILDC Ukraine. Групи підтримки для жінок. Київ, 2023. 32 с.

36. Impact Force. ReStart: соціальне підприємництво. URL: https://impactforce.foundation/restart (дата звернення: 19.06.2025).

37. Міністерство освіти і науки України. Рекомендації щодо психологічної підтримки постраждалих. Київ, 2023. 32 с.

38. Міністерство охорони здоров’я України. Психологічне здоров’я населення в умовах війни. Київ, 2023. 48 с.

39. Міністерство соціальної політики України. Дані щодо звернень із домашнього насильства в Україні (2022–2025). Київ, 2025. URL: https://www.msp.gov.ua/ (дата звернення: 18.12.2025).

40. Міністерство соціальної політики України. Психосоціальна підтримка постраждалих. Київ, 2023. 34 с.

41. Burlingame G. M., Strauss B. New horizons in group psychotherapy. Київ: Психопринт, 2024. 212 p.

42. Capasso A., Jones L., Ali M. Short-term psychosocial interventions in conflict zones // Trauma, Violence, & Abuse. 2022. Vol. 23, № 4. P. 789–805.

43. Capasso A. et al. Gender-based violence in Eastern Ukraine // BMC Women's Health. 2022.

44. Clubhouse International. Best practices in trauma-informed psychosocial support. 2025. 50 p.

45. International Organization for Migration. Mental health support for survivors. Geneva, 2021. 48 p.

46. International Rehabilitation Council for Torture Victims. URL: https://irct.org/ (дата звернення: 19.06.2025).

47. Jonker I. E. et al. Group interventions for trauma survivors // International Journal of Mental Health. 2015. Vol. 44, № 2. P. 101–119.

48. Jonker I. E. et al. The effectiveness of interventions for women's shelters // European Journal of Public Health. 2015. Vol. 25, № 1. P. 15–19.

49. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions: updated research. 2021. 56 p.

50. Lovibond P., Lovibond S. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney, 1995. 46 p.

51. Mead S., Hilton D., Curtis L. Peer support: a theoretical perspective // Psychiatric Rehabilitation Journal. 2001. Vol. 25, № 2. P. 134–141.

52. Mvura Nkuvure. Collective recovery programs and psychosocial support. 2021. 50 p.

53. Shapiro F. EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. New York: Guilford Press, 2001. 408 p.

54. Smith J. et al. Digital interventions for trauma survivors // Journal of Psychosocial Intervention. 2022. Vol. 10, № 2. P. 45–63.

55. UNFPA. Addressing gender-based violence in humanitarian settings. 2023. 62 p.

56. UNFPA. Gender-based violence in humanitarian settings. New York, 2022. 55 p.

57. UNHCR. Protection of women from violence. Geneva, 2022. 52 p.

58. UNICEF. Child protection in humanitarian action. New York, 2022. 63 p.

59. United Nations. Sexual Violence in Conflict. New York, 2019. 74 p.

60. United Nations. Gender-based violence in conflict settings. New York, 2022. 60 p.

61. UN Women. Gender-based violence in emergencies. New York, 2023. 50 p.

62. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score. New York: Penguin, 2014. 432 p.

63. Walker L. The Battered Woman. New York: Harper & Row, 1979. 301 p.

64. Weathers F. W. et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013.

65. World Health Organization. Responding to intimate partner violence. Geneva, 2022. 48 p.

66. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva, 2013. 80 p.

67. World Health Organization. Violence against women: global report. Geneva, 2021. 72 p.

68. World Health Organization. Psychological first aid. Geneva, 2023. 40 p.

69. Zarling A., Bannon S., Berta M. Long-term effects of trauma exposure // Journal of Trauma Studies. 2019. Vol. 12, № 3. P. 45–61.

70. Ma Yu et al. Trust in social groups // Sociological Studies. 2021. № 2. P. 34–54.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

(за P. Lovibond, S. Lovibond)

«Використано адаптовану українську версію шкали DASS-21»

Інструкція

Будь ласка, прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відповідало вашому стану протягом останнього тижня**.**

Оберіть один варіант відповіді:

0 — зовсім не стосувалося мене
1 — стосувалося певною мірою або іноді
2 — стосувалося значною мірою або досить часто
3 — стосувалося дуже сильно або майже завжди

Твердження

1. Мені було важко розслабитися
2. Я відчував(ла) сухість у роті
3. Я не міг(могла) відчути позитивні емоції
4. У мене виникали труднощі з диханням (наприклад, часте або поверхневе дихання)
5. Мені було важко проявити ініціативу
6. Я був(ла) схильний(на) надмірно реагувати на ситуації
7. Я відчував(ла) тремтіння (наприклад, у руках)
8. Я відчував(ла), що витрачаю багато нервової енергії
9. Я хвилював(лася) через можливі панічні стани
10. Я відчував(ла), що мені нічого чекати від майбутнього
11. Я відчував(ла) збудження

12. Мені було важко заспокоїтися
13. Я відчував(ла) пригніченість і сум
14. Я був(ла) нетерплячий(а), коли щось заважало мені
15. Я відчував(ла), що близький(ка) до паніки
16. Я не міг(могла) зацікавитися чимось
17. Я відчував(ла), що не маю цінності як особистість
18. Я був(ла) дратівливий(а)
19. Я відчував(ла) пришвидшене серцебиття без фізичного навантаження
20. Я відчував(ла) страх без очевидної причини
21. Я відчував(ла), що життя не має сенсу

Обробка результатів

Шкала містить 3 підшкали:

- Депресія: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
- Тривога: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
- Стрес: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Потрібно:

1. Просумувати бали за кожною підшкалою
2. Помножити результат ×2

Інтерпретація результатів

Депресія:

- 0–9 — норма
- 10–13 — легкий рівень
- 14–20 — помірний
- 21–27 — виражений
- 28+ — дуже виражений

Тривога:

- 0–7 — норма
- 8–9 — легкий рівень
- 10–14 — помірний
- 15–19 — виражений
- 20+ — дуже виражений

Стрес:

- 0–14 — норма
- 15–18 — легкий рівень
- 19–25 — помірний
- 26–33 — виражений
- 34+ — дуже виражений

Додаток Б

PCL-5 — Шкала оцінки ПТСР (за DSM-5)

(Weathers F. W. та ін.)

«Використано адаптовану українську версію опитувальника PCL-5»

Інструкція

Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають після травматичних подій.

Будь ласка, оцініть, наскільки вас турбувала кожна проблема протягом останнього місяця**.**

Оберіть варіант відповіді:

0 — зовсім не турбувало
1 — трохи
2 — помірно

3 — значно

4 — дуже сильно

Твердження

Кластер B — повторне переживання:

1. Повторювані, небажані спогади про травматичну подію
2. Повторювані тривожні сни, пов’язані з подією
3. Відчуття, ніби подія відбувається знову (флешбеки)
4. Сильний емоційний дистрес при нагадуваннях
5. Фізичні реакції на нагадування (серцебиття, пітливість тощо)

Кластер C — уникнення:

6. Уникання думок або почуттів, пов’язаних із подією

7. Уникання зовнішніх нагадувань (людей, місць, ситуацій)

Кластер D — негативні зміни у мисленні та настрої:

8. Труднощі з пригадуванням важливих аспектів події

9. Негативні переконання про себе, інших або світ

10. Самозвинувачення або звинувачення інших

11. Постійні негативні емоції (страх, гнів, провина тощо)

12. Втрата інтересу до важливих видів діяльності

13. Відчуття відчуженості від інших

14. Неможливість відчувати позитивні емоції

Кластер E — збудження та реактивність:

15. Дратівливість або спалахи гніву

16. Ризикована або саморуйнівна поведінка

17. Підвищена настороженість

18. Надмірна реакція переляку

19. Труднощі з концентрацією

20. Проблеми зі сном

Підрахунок результатів

- Загальний бал: сума всіх відповідей (0–80)

Орієнтовна інтерпретація:

31–33 і більше — ймовірна наявність ПТСР (потребує додаткової діагностики)

Діагностичний підхід (DSM-5)

Для попереднього висновку про ПТСР:

- ≥1 симптом (пункти 1–5)
- ≥1 симптом (6–7)
- ≥2 симптоми (8–14)
- ≥2 симптоми (15–20)

(за умови оцінки ≥2 балів у пункті)

Додаток В

Опитувальник психоемоційного стану

«Авторський опитувальник психоемоційного стану, розроблений на основі теоретичних положень Савченко О. (2020) та адаптований до умов воєнного часу»

Інструкція

Оцініть, наскільки кожне твердження відповідає вашому стану протягом останнього місяця**.**

0 — зовсім не про мене
1 — іноді
2 — часто
3 — майже завжди

Блок 1. Емоційний стан

1. Я часто відчуваю тривогу без чіткої причини
2. Мене супроводжує постійне напруження
3. Я відчуваю страх за своє життя або близьких
4. У мене бувають раптові спалахи емоцій (страх, гнів, плач)
5. Я відчуваю емоційне виснаження

Блок 2. Когнітивні прояви

6. Мені важко зосередитися
7. Я часто думаю про небезпечні події або можливі загрози
8. У мене виникають нав’язливі думки про пережите
9. Я песимістично дивлюся на майбутнє
10. Мені важко приймати рішення

Блок 3. Поведінкові реакції

11. Я уникаю людей або місць, які нагадують про стресові події
12. Я став(ла) більш замкненим(ою)
13. Я реагую агресивніше, ніж раніше
14. У мене змінився звичний ритм життя
15. Я намагаюся контролювати все навколо

Блок 4. Фізіологічні симптоми

16. У мене є проблеми зі сном
17. Я часто відчуваю втому
18. У мене буває прискорене серцебиття або напруження в тілі
19. Я швидко виснажуюсь
20. У мене погіршився апетит

Обробка результатів

Підрахунок:

- 0–20 → низький рівень напруження
- 21–40 → помірний рівень
- 41–60 → високий рівень
- 61+ → дуже високий рівень (ризик дезадаптації)

Можна також аналізувати по блоках:

- емоції
- мислення
- поведінка
- фізичний стан

Савченко О. Психологічні наслідки насильства: теорія та практика. Київ: Наукова думка, 2020. 320 с.

Додаток Г

Метод математичної обробки даних: t-критерій Стьюдента

Загальна характеристика методу

Для статистичної обробки результатів дослідження було використано t-критерій Стьюдента, який дозволяє визначити, чи є статистично значущими відмінності між середніми значеннями двох вибірок.

Цей критерій широко застосовується в психологічних дослідженнях для перевірки гіпотез щодо відмінностей між групами респондентів або змін показників до і після впливу.

Види t-критерію

У дослідженні можуть застосовуватись:

- незалежний t-критерій — для порівняння двох різних груп (наприклад, контрольної та експериментальної)
- парний t-критерій — для порівняння показників однієї групи (до і після впливу)

Формула розрахунку

t=X¯1−X¯2s12n1+s22n2t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}t=n1 s12+n2s22X¯1−X¯2

де:

- X¯1,X¯2\bar{X}_1, \bar{X}_2X¯1 ,X¯2— середні значення у вибірках
- s12,s22s_1^2, s_2^2s12 ,s22— дисперсії
- n1,n2n_1, n_2n1 ,n2— обсяг вибірок

Етапи застосування методу

1. Обчислення середніх значень у групах
2. Визначення стандартного відхилення
3. Розрахунок t-емпіричного значення
4. Порівняння з критичним значенням (за таблицями Стьюдента)
5. Формулювання висновку

Рівень статистичної значущості

У психологічних дослідженнях зазвичай використовують:

- **p ≤ 0,05** — статистично значущі відмінності
- **p ≤ 0,01** — високий рівень значущості

Інтерпретація результатів

- Якщо темп>ткритt_{емп} > t_{крит}темп >ткрит → відмінності **статистично значущі**
- Якщо темп≤ткритt_{емп} ≤ t_{крит}темп ≤ткрит → відмінності **не є значущими**

Доцільність використання

Метод доцільний за умов:

- нормального розподілу даних
- кількісних показників
- незалежності вибірок (для незалежного t-тесту)

Висновок для роботи

Застосування t-критерію Стьюдента дозволяє об’єктивно оцінити достовірність відмінностей між досліджуваними показниками та підтвердити або спростувати висунуті гіпотези.