

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»»
Чернівецький інститут**

На правах рукопису

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ПРИ
ТРАВМІ ВТРАТИ**

подається на здобуття
освітньо-кваліфікаційного рівня “Магістр”
Спеціальність “Психологія”

До захисту допущено:
директор Чернівецького інституту
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»
_____ ПЕТРИЧУК С.І. к.е.н., доц.
«_____» _____ 2026 року

Науковий керівник
професор кафедри
фундаментальних дисциплін,
БОГОМОЛОВА М.Ю. д.п.н.

Виконано студенткою групи
ТУЧН-8-24-М1ПС (2.03дс)

Чернівці – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
Розділ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ТРАВМИ ВТРАТИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	7
1.1. Поняття втрати та горя у психологічній науці	7
1.2. Особливості переживання втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій	13
Розділ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ ВТРАТИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	24
2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження	24
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження	36
Розділ 3 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ У СИТУАЦІЇ ГОРЯ.....	48
3.1. Розробка та апробація програми психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати	48
3.2. Рекомендації для практичних психологів з ефективності психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати	70
ВИСНОВКИ	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ.....	87

ВСТУП

Актуальність дослідження. Втрата належить до найбільш травматичних подій у житті людини, оскільки порушує емоційну стабільність, звичні способи взаємодії зі світом, систему особистісних смислів і відчуття безпеки. У воєнних умовах її вплив суттєво посилюється: переживання смерті близької людини чи побратима відбувається на тлі постійної загрози життю, виснаження та необхідності негайно продовжувати службову діяльність. У таких обставинах втрата виходить за межі індивідуального переживання і трансформується у складний психотравматичний досвід, що поєднує горе, бойовий стрес, моральну травму, тривогу, почуття провини, емоційне притуплення та труднощі адаптації.

В умовах повномасштабної війни переживання втрати військовослужбовцями набуває особливої науково-практичної ваги. Воїни часто зазнають повторних втрат без можливості повноцінно прожити горе, попрощатися з близькими чи своєчасно отримати психологічну підтримку. Це сприяє розвитку посттравматичних реакцій, тривожно-депресивних станів, ускладненого горювання та соціальної ізоляції, водночас виснажуючи ресурси відновлення. Ситуацію ускладнює необхідність емоційної стриманості, що уповільнює та обтяжує внутрішнє опрацювання втрати [4, с. 46].

У психології проблема втрати та горя досліджена досить ґрунтовно, однак особливості переживання травми втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій вивчені недостатньо. Зокрема, обмежено представлені науково обґрунтовані підходи до побудови цілісної системи психологічної допомоги для цієї категорії осіб [3, с. 86]. Це зумовлює перший аспект окресленої проблеми – необхідність поглибленого вивчення специфіки переживання травми втрати військовими в екстремальних умовах війни.

Другий аспект проблеми полягає у необхідності розроблення та перевірки ефективної програми психологічної допомоги

військовослужбовцям, які зазнали травми втрати. Така програма має враховувати специфіку бойового досвіду, поєднання реакцій горя та посттравматичного стресу, порушення емоційної регуляції, почуття провини, підвищену тривожність і депресивні стани. Актуальність дослідження визначається необхідністю інтеграції теоретичного аналізу проблеми з її емпіричним вивченням та практичним обґрунтуванням ефективних підходів психологічної допомоги, що відповідає викликам сучасного українського суспільства.

Зважаючи на це, проблему нашого дослідження можна подати так:

1. необхідність дослідження особливостей переживання травми втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій;
2. необхідність розробки й апробації ефективної програми психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати.

Таким чином, обрана нами тема **«Психологічна допомога військовослужбовцям при травмі втрати»** є своєчасною, соціально значущою та недостатньо вивченою в аспекті практичного застосування.

Об'єкт дослідження: травма втрати у військовослужбовців.

Предмет дослідження: психологічні особливості переживання травми втрати у військовослужбовців та напрями їх психологічної допомоги.

Мета дослідження: вивчити психологічні особливості переживання травми втрати у військовослужбовців та визначити чинники, що впливають на перебіг горювання, з метою подальшого обґрунтування напрямів психологічної допомоги.

Мета магістерського дослідження зумовила постановку таких **завдань:**

1. Дослідити рівень інтенсивності травматичного стресу та посттравматичних стресових симптомів.
2. Проаналізувати емоційний стан військовослужбовців (тривожність, депресивність, емоційне виснаження).

3. Виявити взаємозв'язки між показниками дослідження та визначити практичні орієнтири для психологічної допомоги на основі отриманих результатів.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що у роботі вперше:

1. уточнено психологічний зміст переживання травми втрати у військовослужбовців в умовах бойових дій;

2. виявлено та обґрунтовано взаємозв'язки між показниками посттравматичного стресу, травматичного стресу, депресії та тривожності у військовослужбовців, які пережили втрату;

3. подальшого розвитку набули практичні підходи до обґрунтування психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що психокорекційний вплив дозволить знизити рівень посттравматичного стресового розладу, стресу, депресії та особистісної тривожності у військовослужбовців, які пережили травму втрати.

Методологічна база дослідження: методи збирання, систематизації та опрацювання теоретичної й прикладної інформації. Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння й узагальнення наукової літератури за темою дослідження. Емпіричну базу становлять психодіагностичні методи із використанням стандартизованих методик. Методи обробки даних: якісний і кількісний аналіз результатів дослідження, методи математичної статистики.

Для емпіричної перевірки висунутої гіпотези було застосовано такі психодіагностичні методики:

- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій [61, с. 160];
- опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова [61, с. 139];
- шкала депресії А. Т. Бека [61, с. 121];
- шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [61, с. 97].

Стисла характеристика вибірки досліджуваних. У дослідженні взяли участь 25 військовослужбовців, які мали досвід втрати побратима або близької людини в умовах війни та продовжували виконувати бойові завдання. Вік учасників коливався від 22 до 60 років. До вибірки увійшли 20 чоловіків і 5 жінок. Усі респонденти брали участь у дослідженні добровільно, з дотриманням принципів конфіденційності, етичності та недопущення повторної травматизації. Всі 25 респондентів заповнили опитувальники.

Теоретична та практична значущість результатів дослідження. Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні наукових уявлень про особливості переживання травми втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій, а також в уточненні місця посттравматичних, депресивних і тривожних проявів у структурі цього процесу.

Практична цінність роботи визначається можливістю застосування отриманих результатів у діяльності психологів, психотерапевтів і фахівців реабілітаційних установ, зокрема для вдосконалення підходів до розробки та реалізації ефективної психологічної допомоги військовослужбовцям, які пережили втрату.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дослідження апробовано у процесі проведення емпіричного дослідження та реалізації програми психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати. Отримані результати можуть бути використані у практиці психологічного консультування, психокорекції та психологічної реабілітації військовослужбовців, які пережили втрату внаслідок війни.

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (76 найменувань) та додатків (на 13 сторінках). У роботі подано 10 діаграм і 12 таблиць. Повний обсяг становить 95 сторінок, з яких 75 припадає на основний текст.

Розділ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ТРАВМИ ВТРАТИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Поняття втрати та горя у психологічній науці

Втрати є невід'ємною складовою людського існування, а горювання виступає закономірною психічною реакцією на них. У мирних умовах такі переживання зазвичай мають поодинокий і поступовий характер, що дозволяє особистості мобілізувати адаптаційні ресурси та інтегрувати зміни у власний досвід. В умовах війни втрати стають масовими й повторюваними, перевищуючи адаптаційні можливості психіки.

У ситуації повномасштабної війни втрата виходить за межі індивідуального досвіду, набуваючи колективного виміру. Йдеться не лише про загибель близьких чи побратимів, а й про руйнування базових психологічних опор: відчуття безпеки, стабільності, передбачуваності світу, соціальних зв'язків, особистісної ідентичності та уявлень про майбутнє. У військовослужбовців ці втрати поєднуються з хронічним стресом, загрозою життю та моральними дилемами, що істотно ускладнює їх психологічне опрацювання [2, с. 96].

У сучасній психології втрата осмислюється як явище, безпосередньо пов'язане з переживанням психологічної кризи. Остання трактується як стан емоційної та когнітивної дезорганізації, що виникає під впливом подій, які вимагають глибокого переосмислення уявлень про себе, інших і світ.

У науковій літературі традиційно розрізняють **нормативні** та **ненормативні** кризи. **Нормативні** кризи супроводжують закономірні етапи розвитку особистості, тоді як **ненормативні** виникають унаслідок раптових, травматичних подій, зокрема екстремальних ситуацій, насильства та втрати значущих осіб [2, с. 51].

Таким чином, втрата є однією з ключових причин виникнення життєвих криз, що можуть істотно дестабілізувати психічне функціонування

особистості. Її переживання супроводжується вираженням емоційним напруженням і проявляється у вигляді смутку, внутрішнього болю, гніву, провини, тривоги, безпорадності та відчаю. Такі реакції становлять закономірну психічну відповідь на втрату значущих емоційних зв'язків.

Багатоманітність наукових підходів до осмислення феномену втрати дає змогу розглядати її [63, с. 41]

- як складний багатовимірний процес, що включає афективні, когнітивні та поведінкові компоненти;
- як послідовність психологічних завдань адаптації;
- як трансформацію міжособистісних зв'язків;
- як психотравмуючу подію, що може дезінтегрувати особистість;
- як процес смислової реконструкції та особистісного зростання.

Такий підхід дозволяє відійти від спрощеного розуміння втрати та врахувати її індивідуальну й контекстуальну зумовленість.

Залежно від змісту та значущості, втрати можуть бути тимчасовими або постійними, реальними або уявними, фізичними чи психологічними.

До **основних видів втрат** належать: втрата близької людини, руйнування сімейних стосунків, втрата здоров'я, свободи, професійного статусу, соціальної ролі або звичного способу життя. Особливе місце серед них посідає втрата, пов'язана зі смертю, оскільки вона включає не лише фізичне зникнення людини, а й глибоку психологічну дезорганізацію, пов'язану з розривом прихильності та зміною життєвих орієнтирів [11, с. 34].

У психології горе визначають як психобіологічну реакцію на значущу втрату, передусім смерть близької людини. Його провідними проявами є глибокий смуток і туга, а також постійне повернення думок, спогадів і образів померлого. До типових реакцій належать шок, заперечення, тривога, гнів, емоційний дистрес, порушення сну та апетиту [9].

Водночас процес горювання охоплює не лише емоційну сферу, а й екзистенційний рівень, проявляючись у втраті відчуття контролю,

справедливості та базової безпеки. Частими є переживання самотності й безнадії. Попри складність, горювання виступає природним адаптаційним процесом, спрямованим на поступове прийняття втрати та відновлення внутрішньої рівноваги.

У військовослужбовців процес **горювання** характеризується поєднанням емоційних, когнітивних і поведінкових змін та має виражений вплив на соматичне здоров'я [10, с. 101].

В **афективній сфері** горе може проявлятися у вигляді відчаю, тривоги, страху, почуття провини, ангедонії, емоційного заціпеніння або заперечення.

Ангедонія розуміється як втрата здатності переживати задоволення від діяльності чи подій, які раніше викликали позитивні емоції.

Когнітивні прояви горювання включають фіксацію на думках про померлого, румінації, труднощі з прийняттям факту втрати, зниження самооцінки та відчуття безпорадності, а іноді суїцидальні думки. За умов, коли особистісна ідентичність значною мірою була пов'язана з роллю у стосунках із померлим, втрата може призводити до кризи самоідентичності та формування негативного образу «Я» [64, с. 16].

Румінація – це психологічний феномен, що проявляється у нав'язливому й циклічному фокусуванні на негативних думках, переживаннях, спогадах чи проблемах. Вона не сприяє конструктивному вирішенню ситуацій, а, навпаки, підсилює внутрішню напругу, тривожність і емоційний дистрес, що в довгостроковій перспективі може призводити до формування депресивних станів.

Поведінкові прояви горювання варіюють залежно від етапу переживання втрати – від первинних реакцій шоку й дезорганізації до поступових спроб адаптації. На ранніх етапах можливими є ажитація, руховий неспокій, надмірна активність або, навпаки, соціальне відчуження. У подальшому ці реакції можуть трансформуватися у більш адаптивні форми пам'ятання та інтеграції досвіду втрати [64, с. 19].

Ажитація – це стан вираженого психоемоційного напруження, що супроводжується сильним збудженням, тривогою або страхом і проявляється руховим неспокоєм (метушливість, безперервне ходіння), іноді – порушенням мовлення. Вона належить до психомоторних розладів, при яких внутрішня напруга не контролюється свідомо та виявляється у вигляді повторюваних, нецілеспрямованих рухів.

Процес горювання супроводжується не лише емоційними, а й вираженими **соматичними** змінами, серед яких найпоширенішими є порушення сну й апетиту, хронічна втома, ослаблення імунної системи та загальне виснаження організму. Це свідчить про його цілісний психофізіологічний характер [6, с. 30].

У сучасній психології відходять від жорстких стадійних моделей горювання, підкреслюючи його індивідуальну варіативність. Нав'язування нормативних уявлень про горювання здатне ускладнювати процес адаптації та посилювати психологічний дистрес.

У межах сучасних підходів розрізняють **нормальне** та **ускладнене** (патологічне) горе. **Нормальне горювання** є природним процесом адаптації до життя без втраченого об'єкта прихильності. Натомість **ускладнене горе** характеризується надмірною інтенсивністю переживань, їх тривалою фіксацією та дезорганізуючим впливом на психічне й соціальне функціонування особистості [68].

Форми ускладненого горя

Хронічне горе. Переживання горя носить постійний характер. Найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання навіть через тривалий час після втрати.

Конфліктне горе (перебільшене). Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у затяжну депресію з ідеями самозвинувачення.

Пригнічене (масковане) горе. Прояви горя незначні або повністю відсутні. Натомість з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була в померлого. Усвідомлення зв'язку з утратою відсутнє [70, с. 207].

Несподіване горе. Раптовість майже унеможлиблює прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресія, які ускладнюють повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

Відкладене горе. Його переживання відкладають на потім. Відразу після втрати виникають емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата чи нагадування про попередню втрату запускають механізм переживання. Людина може неодноразово говорити про втрату, дома ж не бажає нічого змінювати. Або діє прямо протилежно [71, с. 137].

Відсутнє горе. Відсутні будь-які зовнішні прояви горя, начебто втрати не було. Людина повністю заперечує втрату або залишається в стані шоку.

Психологічною основою горювання є **дистрес** розлуки – інтенсивна емоційна реакція на втрату значущої особи. За сприятливого перебігу його вираженість поступово знижується, що сприяє прийняттю втрати та відновленню повсякденної життєдіяльності.

Початкові теорії горювання базувалися на стадійному підході: різні автори виокремлювали від чотирьох до дванадцяти етапів, а роль психотерапевта полягала у супроводі переходу між ними. Водночас подальші наукові дослідження виявили обмеженість такого підходу.

Класичним прикладом буквального трактування стадійного підходу є модель Е. Кюблер-Росс, первісно розроблена для опису переживань вмираючих пацієнтів. Після публікації праці «Про смерть і вмирання» (1969) ця модель почала широко використовуватися і для пояснення процесу горювання, хоча з суттєвими обмеженнями. Очікування, що людина обов'язково пройде всі стадії у визначеній послідовності, часто призводило до хибних уявлень про «нормальне» та «ненормальне» горювання [72, с. 70].

Значний внесок у розвиток сучасного розуміння горювання зробили психоаналітичні концепції З. Фрейда, дослідження Е. Ліндемання, теорія прихильності Дж. Боулбі, завданнєвий підхід Дж. Вордена, а також смислова концепція Ф. Ю. Василюка. Сукупно ці підходи дозволяють розглядати горювання як активний процес психічної адаптації та перебудови смислової сфери особистості [73, с. 39].

Фрейд розглядав горювання як специфічний психічний стан, відмінний від депресії, та запровадив поняття «роботи горя», що полягає у поступовому вивільненні лібідозної енергії від втраченого об'єкта і відновленні здатності до нових зв'язків. Водночас такий підхід акцентував увагу на необхідності емоційного катарсису та відокремлення від минулого.

Ліндемання розглядав гостре горе як специфічний синдром із психологічними та соматичними проявами, який може мати відстрочений, спотворений або хронічний перебіг. Саме у цей період утверджується розрізнення між «нормальним» і «патологічним» горюванням та формується уявлення про необхідність професійної допомоги у разі його ускладненого перебігу [33].

У межах теорії прихильності Дж. Боулбі розглядав горювання як реакцію на втрату об'єкта прихильності, що актуалізує базові механізми прив'язаності, сформовані у дитинстві. Процес горювання, за Боулбі, включає спроби відновлення втраченої близькості, емоційний протест та поступове прийняття незворотності втрати.

Дж. Ворден запропонував розглядати горювання як процес виконання чотирьох психологічних завдань: визнання факту втрати, проживання болю горя, адаптації до життя в умовах відсутності померлого та формування нового, внутрішнього зв'язку з ним при збереженні активного життя. Такий підхід дозволяє індивідуалізувати психологічну допомогу та уникнути жорсткої нормативності у переживанні горя [73, с. 41].

Ф. Ю. Василюк, який розглядав його як процес смислової перебудови. Він виокремив парадигми забуття та пам'яті, наголошуючи, що робота горя полягає не у стиранні образу померлого, а у трансформації відносин із ним та побудові нового образу «Я» в актуальному життєвому контексті [43, с. 25].

Отже, сучасне трактування втрати та горя як складних, багатовимірних та індивідуально варіативних процесів створює теоретичне підґрунтя для аналізу специфіки переживання втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій, що буде розглянуто у наступному підрозділі.

1.2. Особливості переживання втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій

Продовження теоретичного осмислення феноменів втрати й горя передбачає аналіз особливостей їх переживання військовослужбовцями в умовах бойових дій. Війна як екстремальний і гіперекстремальний контекст зумовлює особливу травматичність втрати та порушує природний перебіг процесу горювання [39, с. 101].

Специфіка переживання втрати у військових визначається постійною загрозою життю, інтенсивним бойовим стресом, необхідністю оперативного прийняття рішень і жорстким самоконтролем емоцій. Втрата побратимів, командирів чи цивільних осіб часто відбувається без можливості зупинки, прощання та ритуального завершення, що у мирних умовах є важливими чинниками адаптивного переживання горя [30, с. 32].

Однозначно переживання втрати в тилу та в бойових умовах відрізняються. Ці суттєві відмінності вказані у першій таблиці (Табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

**Порівняльна характеристика особливостей переживання втрати у
цивільних осіб та військовослужбовців**

Критерій порівняння	Переживання втрати у цивільних осіб	Переживання втрати у військовослужбовців
Контекст втрати	Втрата відбувається в умовах відносної безпеки	Втрата переживається в умовах бойових дій та постійної загрози життю
Можливість проживання горя	Є час і простір для емоційного реагування	Часто відкладене або пригнічене горювання
Ритуали прощання	Зазвичай доступні (поховання, прощання)	Часто відсутні або обмежені
Соціальна підтримка	Стабільна підтримка родини й оточення	Підтримка нестійка, обмежена умовами служби
Емоційні реакції	Смуток, туга, плач	Оніміння, гнів, провина, емоційне відсторонення
Ризик ускладненого горя	Помірний	Високий через повторюваність втрат, бойовий стрес та екстремальні умови війни

Однією з основних характеристик переживання втрати у військовослужбовців є **відкладене горювання** [31, с. 78-92]. В умовах бойових дій військовий часто змушений стримувати емоції, оскільки відкритий прояв болю чи страху може знижувати ефективність підрозділу та створювати ризик для себе й побратимів. Унаслідок цього переживання втрати набуває прихованого характеру й актуалізується пізніше – зазвичай у періоди відносної безпеки.

Таке відтерміноване проживання горя супроводжується накопиченням емоційної напруги та проявляється дратівливістю, агресивністю, емоційною нестійкістю, порушенням уваги й зниженням когнітивної продуктивності. Це негативно позначається як на психічному стані військовослужбовця, так і на його здатності ефективно діяти та взаємодіяти в підрозділі.

Ще однією характерною рисою переживання втрати в умовах війни є **повторюваність втрат**. На відміну від цивільного життя, де втрата зазвичай є одиничною подією, військовослужбовець у зоні бойових дій може неодноразово стикатися зі смертю побратимів [31, с. 78-92].

У процесі збереження самоефективності як бойової одиниці військовослужбовець змушений мобілізувати внутрішні ресурси, ігноруючи або витісняючи переживання, що не пов'язані з безпосереднім виживанням.

Це обмежує можливість повноцінного проживання втрати через процес горювання. Унаслідок цього накопичується непрожите горе, розвивається емоційне виснаження та формується феномен емоційного оніміння, який виявляється у зниженні емпатії, притупленні емоцій і відчуженні від власних почуттів [29, с. 75].

Важливим чинником, який ускладнює процес горювання, є **неможливість символічного прощання з втраченим об'єктом**. Перебування в зоні виконання бойових завдань часто унеможливляє участь у похоронних ритуалах, відвідування місць пам'яті або навіть отримання достовірної інформації про обставини смерті [25, с. 205].

У випадках інших втрат – окупації рідного міста, втрати дому, розриву родинних зв'язків – відсутні зміни та вимоги у безпосередньому оточенні військовослужбовця. При цьому він змушений зберігати врівноваженість та виконувати поставлені завдання, не зважаючи на горювання, що посилює внутрішній дисонанс між зовнішніми обставинами та внутрішньою катастрофою.

Особливістю переживання втрати у військовослужбовців є також поєднання горя з **моральною травмою**. Втрата побратима може супроводжуватися почуттям провини вцілілого, сумнівами у власних діях, болісними роздумами про відповідальність за смерть іншого. Такі переживання підривають базові уявлення про справедливість світу, власну моральну цілісність та професійну ідентичність військового [16, с. 65].

В умовах бойових дій переживання втрати військовослужбовцями тісно пов'язане з **екзистенційними питаннями** – осмисленням життя і смерті, сенсу служби, справедливості втрати. У деяких випадках це може призводити як до духовного зростання і переосмислення цінностей, так і до формування цинізму, втрати віри в майбутнє та дезадаптивних форм поведінки.

Значний вплив на перебіг переживання втрати має хронічний бойовий стрес, пов'язаний з екстремальністю та ненормованим режимом служби, порушенням сну та харчування, постійною мобілізацією психофізіологічних ресурсів. Тривале перебування в таких умовах знижує здатність психіки до переробки травматичного досвіду та підвищує ризик формування ускладненого горя й посттравматичних розладів [23, с. 56].

Таким чином, переживання втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій характеризується відкладеним горюванням, повторюваністю втрат, поєднанням горя з бойовим та моральним стресом, а також обмеженими можливостями соціальної та психологічної підтримки. Зазначені особливості зумовлюють підвищену вразливість військовослужбовців до психічних порушень і потребують спеціалізованого, науково обґрунтованого підходу до психологічної допомоги, що буде детально розглянуто у наступному підрозділі.

Аналіз специфіки переживання втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій закономірно зумовлює звернення до її наслідків для психічного стану та поведінки. У військовому контексті травма втрати не зводиться лише до емоційного болю через смерть значущої особи, а має комплексний характер, поєднуючи прояви бойової, моральної та екзистенційної травматизації [69].

У психології розрізняють **психологічну** та **психічну травму**. Психологічна травма трактується як індивідуально пережитий досвід, що перевищує адаптаційні ресурси особистості та порушує внутрішню цілісність. Натомість психічна травма відображає глибші й більш стійкі порушення психічного функціонування, які можуть набувати клінічно виражених форм. У

військових умовах травма втрати часто інтегрує обидва рівні, посилюючи її дезорганізуючий вплив на особистість [65, с. 19].

Війна в Україні є ситуацією екстремального, а для частини населення – гіперекстремального характеру, що виходить за межі звичного людського досвіду. Психічні навантаження в таких умовах нерідко перевищують індивідуальні можливості, порушують усталені моделі поведінки та можуть спричиняти тяжкі психологічні наслідки. Гіперекстремальними можна вважати несподівану втрату близької людини, полон, тортури, насильство, присутність при загибелі чи травмуванні тощо [48, с. 29].

Травма втрати у військовослужбовців формується в умовах постійної загрози життю, сенсорної перенасиченості, хронічного стресу та необхідності функціонувати в режимі підвищеної мобілізації [49, с. 89].

Іншими словами, комбатанти постійно переживають травмівні події війни. Переживання травматичної події військовослужбовцем зумовлюється комплексом чинників, які доцільно об'єднати у три групи.

1. Особливості травматичної події. Інтенсивність психічної реакції визначається характеристиками самої ситуації. Насамперед значення має її раптовість, адже неочікувані події мають більш руйнівний вплив. Важливим є і тривалість перебування в екстремальних умовах: чим довше людина знаходиться під впливом стресу, тим виразнішими стають ознаки дезадаптації (порушення сну, виснаження, дратівливість, труднощі концентрації тощо). Додатковим чинником виступає постійна мінливість обставин, що перевантажує психіку необхідністю швидко обробляти нову інформацію. Значну роль відіграє і втрата контролю над життям, що може призводити до формування набутої безпорадності. Ускладнює переживання також необхідність ухвалення морально складних рішень, які впливають на життя інших. Водночас власна поведінка в травматичній ситуації може надалі ставати джерелом самозвинувачення та зниження самооцінки [76, с. 155].

2. Індивідуально-психологічні характеристики. Вразливість до травми залежить від особистісних і біографічних особливостей людини. До них належать попередні психічні розлади або схильність до них, стан фізичного здоров'я, досвід уживання психоактивних речовин, а також бойовий досвід і наявність попередніх травматичних подій. Важливими є індивідуальні якості – здатність до адаптації, рівень стресостійкості та психологічної пружності. Порушення адаптації можуть проявлятися агресивністю, тривожністю, апатією чи відчуженістю, а також спробами зняти напруження через вживання психоактивних речовин. Окреме значення має наявність травм розвитку [46, с. 189].

3. Соціально-ситуаційні чинники. Негативний вплив на психічний стан посилюється несприятливими умовами соціального середовища. До них належать проблеми у міжособистісних стосунках і родині, недостатня підготовленість до екстремальних ситуацій та брак достовірної інформації. Дестабілізуючим є також невизначеність щодо майбутнього, соціальних гарантій і підтримки. Додатковими ризиками виступають ізоляція або конфлікти в колективі, незадовільні побутові умови, відсутність якісного відпочинку та дефіцит психологічної допомоги [47, с. 401].

Поєднання особливостей травмівної події, індивідуальних характеристик особистості та умов соціального середовища визначає як сам факт психічного травмування, так і специфіку реакції на нього.

Ключовою рисою воєнних травмівних подій є постійна експозиція до смерті: пряма загроза життю військовослужбовців, часті втрати побратимів у бойових умовах, насильницький характер смертей. Водночас такі події мають й інші перелічені вище травмівні характеристики [52, с. 307].

Отже, більшість ситуацій втрати побратима або близької людини у воєнному контексті мають раптовий і/або насильницький характер, відбуваються в умовах загрози життю самого військовослужбовця та спричиняють формування травми втрати.

Основні наслідки травми втрати на психічне здоров'я та поведінку військовослужбовців наведено у другій таблиці (Табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

Основні психологічні наслідки травми втрати у військовослужбовців

Психологічна сфера	Основні прояви травми втрати
Емоційна	Хронічна тривога, депресивні стани, емоційна лабільність, апатія, афективні спалахи
Когнітивна	Нав'язливі спогади, порушення уваги й пам'яті, негативні переконання
Поведінкова	Уникання контактів, агресивність, імпульсивність, ризикована поведінка
Міжособистісна	Порушення довіри, емоційна відстороненість, конфліктність
Екзистенційна	Втрата сенсу життя, криза ідентичності, почуття безнадії
Клінічні ризики	ПТСР, ускладнене горе, депресивні та тривожні розлади

Розглянемо детальніше вплив травми втрати на психічне здоров'я та поведінку військовослужбовців.

Втрата побратимів, особливо за обставин насильницької смерті, може супроводжуватися інтрузивними спогадами, нав'язливими образами, емоційним заціпенінням і порушенням здатності до символічної переробки травматичного досвіду.

Суттєвий вплив травма втрати має на **емоційну** сферу військовослужбовців. Типовими проявами є хронічна тривога, депресивні стани, підвищена дратівливість, емоційна лабільність, апатія або, навпаки, афективні спалахи. Нерідко спостерігається поєднання симптомів горя з ознаками посттравматичного стресового розладу, що ускладнює діагностику та потребує комплексного підходу до психологічної допомоги [50, с. 63].

Тривога – стан невмотивованого неспокою, хоча військовослужбовці намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій.

Депресія – пригнічення настрою, що характеризується нудьгою, інтелектуальною і руховою загальмованістю, фізично важкими відчуттями, зниженням потягів, тяжким суб'єктивним почуттям, що призводить до хворобливо негативної оцінки дійсності [67, с. 73].

Когнітивна сфера також зазнає істотних змін. У військовослужбовців із травмою втрати можуть спостерігатися порушення концентрації уваги, зниження пам'яті, ригідність мислення, негативні автоматичні думки щодо себе, світу та майбутнього. Часто формується стійке переконання у небезпечності світу, втраті контролю над подіями та безперспективності життя поза умовами війни [53, с. 23].

Особливу роль у структурі травми втрати відіграють зміни у **сфері ідентичності**. Втрата побратима або значущої особи може руйнувати професійну та особистісну ідентичність військового, викликаючи екзистенційні питання сенсу життя, власної цінності та майбутнього шляху. Такі переживання особливо загострюються у період повернення до цивільного життя [55].

Поведінкові наслідки травми втрати у військовослужбовців проявляються у вигляді соціального відчуження, уникання емоційно значущих контактів, зниження соціальної активності або, навпаки, у формі ризикованої поведінки, імпульсивності та агресивних реакцій. У деяких випадках можуть виникати адиктивні тенденції як спосіб саморегуляції та зниження інтенсивності емоційного болю.

Травма втрати суттєво позначається на **міжособистісній взаємодії** військовослужбовців. Зниження довіри, труднощі з емоційною близькістю та емпатією ускладнюють контакти з близькими, провокують конфлікти й

посилюють відчуття ізолюваності. У результаті зменшується ефективність соціальної підтримки, яка є важливим ресурсом психологічного відновлення.

У клінічному контексті травма втрати може сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних і тривожних розладів, соматоформних порушень та ускладненого горя [54, с. 150].

За діагностичними критеріями МКХ-10 (Міжнародної класифікації хворіб десятого перегляду) симптоми ПТСР включають комплекс стійких психічних і фізичних проявів, що виникають після пережитої травматичної події (війни, втрати, насильства, катастроф). Вони об'єднуються у чотири ключові кластери: перепроживання травми (флешбеки), уникання нагадувань, надмірне збудження/тривожність та негативні зміни у мисленні й настрої а також підвищену реактивність, що часто поєднується з непрожитим горем.

Оглянемо діагностичні критерії МКХ-10 (Міжнародної класифікації хворіб десятого перегляду) посттравматичного стресового розладу докладно.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відповідно до МКХ-10 розглядається як відтермінована або пролонгована реакція на стресову подію винятково загрозливого чи катастрофічного характеру. Клінічний діагноз, як правило, встановлюється не раніше ніж через шість місяців після травмуючої події та визначається низкою специфічних критеріїв [56, с. 14].

До них належить, передусім, перебування особи у ситуації, що становила серйозну загрозу для життя чи безпеки та супроводжувалася інтенсивним переживанням безпорадності або відчаю. Характерними є нав'язливі, яскраві та неконтрольовані спогади про подію (флешбеки), повторювані сновидіння, а також посилення емоційних реакцій у ситуаціях, які нагадують травму. Водночас спостерігається тенденція до уникнення всього, що асоціюється з пережитим досвідом [15, с. 44].

Додатковими ознаками виступають або часткова/повна втрата спогадів про значущі аспекти травми, або стійкі прояви підвищеної психічної збудливості [13, с. 24]. Останні включають порушення сну, дратівливість чи

спалахи гніву, труднощі концентрації уваги, стан постійної настороженості та посилену вегетативну реактивність. За окремими винятками зазначені симптоми проявляються упродовж 6 місяців після перенесення стресу [66].

Доцільно розглянути динаміку формування травми втрати у військовослужбовців, який розвивається як поетапний психотравматичний процес [5, с. 135].

Перший етап – це безпосереднє переживання травмувальної події – загибелі побратима, смерть близької особи чи масова втрата. Комбатант, спираючись на власні ресурси та професійну підготовку, переживає цю подію в екстремальних умовах війни.

Другий етап – розвиток гострої реакції на стрес на травмувальний стрес. Гостра реакція на стрес є тимчасовим розладом, який може проявлятися у вигляді шоку, емоційного заціпеніння, дезорієнтації та звуження свідомості. Рівночасно бойові умови зумовлюють необхідність швидкої мобілізації внутрішніх ресурсів та продовження діяльності [22, с. 34].

Третій етап – вимушене пригнічення емоційних реакцій та відтерміноване горювання. Виконання бойових завдань потребує високої концентрації уваги та швидкого прийняття рішень, внаслідок чого відбувається блокування емоцій та відтермінування переживання втрати [35, с. 54].

Четвертий етап – зростання психоемоційної напруги та накопичення непрожитого горя. На цьому етапі може розвиватися гострий стресовий розлад (ГСР), який поєднується з бойовим стресом та виснаженням ресурсів психіки. Гострий стресовий розлад відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5 має схожу симптоматику з посттравматичним стресовим розладом. У випадку розвитку ГСР формується травма втрати [24, с. 28].

5 етап – психічні та поведінкові наслідки травми втрати, приміром порушення емоційної регуляції, дезадаптивні форми поведінки та міжособистісні труднощі. На цьому етапі існує загроза розвитку посттравматичного стресового розладу та ускладненого горя [36].

Отож, формування травми втрати у військовослужбовців відбувається поступово, накопичуючись у часі, а її раннє виявлення є ключовою умовою надання ефективної психологічної допомоги та запобігання розвитку тяжких психічних порушень.

Отже, травма втрати у військовослужбовців чинить комплексний негативний вплив на психіку та поведінку, порушуючи емоційну регуляцію, мислення, особистісну ідентичність і систему соціальних зв'язків. Розуміння цих змін є ключовою основою для створення ефективних програм психологічної допомоги й реабілітації, спрямованих на подолання втрати та відновлення внутрішньої цілісності особистості.

Розділ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ ВТРАТИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження

Емпірична частина дослідження особливостей переживання втрати у військовослужбовців була організована з урахуванням специфіки військового середовища та психологічної вразливості осіб, які зазнали втрати побратимів або близьких осіб під час бойових дій.

Метою емпіричного дослідження було виявлення психологічних особливостей переживання травми втрати у військовослужбовців та визначення чинників, що впливають на перебіг горювання, з метою подальшого обґрунтування напрямів психологічної допомоги.

На основі теоретичного аналізу наукових джерел було висунуто припущення, що особливості переживання травми втрати у військовослужбовців зумовлюються екстремальними умовами бойових дій та характерними є вищі показники посттравматичного стресу, що поєднуються з вищими показниками депресії, реактивної тривожності та особистісної тривожності, а виявлені взаємозв'язки матимуть статистично значущий характер. Це зумовлено тим, що переживання втрати у бойовій обстановці відбувається в умовах постійної загрози життю, неможливості повноцінного проживання горя, повторюваності втрат і поєднання горя з бойовим та моральним стресом [42, с. 67].

Передбачається, що системне врахування зазначених детермінант сприятиме більш глибокому осмисленню психологічних механізмів виникнення та розвитку ускладненого горювання і посттравматичних реакцій. Крім того, це створить науково обґрунтоване підґрунтя для конструювання та впровадження цілеспрямованої програми психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали травматичного досвіду втрати [41, с. 72].

Для досягнення мети та перевірки гіпотези дослідження були окреслені такі **завдання**:

1. Дослідити рівень інтенсивності травматичного стресу та посттравматичних стресових симптомів.
2. Проаналізувати емоційний стан військовослужбовців (тривожність, депресивність, емоційне виснаження).
3. Виявити взаємозв'язки між показниками дослідження та визначити практичні орієнтири для психологічної допомоги на основі отриманих результатів.

Дослідження проводилося на базі військової частини, що здійснює психологічний супровід учасників бойових дій. У процесі організації дослідження дотримувалися принципів добровільної участі та інформованої згоди респондентів, анонімності, конфіденційності, етичності та недопущення повторної травматизації учасників.

Номер військової частини та її розташування відповідно до конфіденційності та законодавства воєнного стану повідомляти заборонено.

Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь військовослужбовці, які мали досвід втрати побратима або близької людини в умовах війни. Вік учасників коливався від 22 до 60 років. До вибірки увійшли військовослужбовці з різним терміном перебування в зоні бойових дій та різною тривалістю часу після пережитої втрати.

Загальна вибірка становила 25 військовослужбовців, 20 осіб чоловічої та 5 жіночої статі.

Критеріями включення у дослідження були:

- підтверджений досвід втрати під час війни;
- відсутність гострих психотичних станів;
- добровільна згода на участь.

Критеріями виключення стали:

- наявність тяжких когнітивних порушень;
- відмова від участі на будь-якому етапі дослідження.

Методичний інструментарій

Для комплексного вивчення феномену травми втрати було використано валідні психодіагностичні методики:

- Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (адаптований військовий варіант);
- опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова;
- шкалу депресії А. Т. Бека;
- шкалу оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – це клінічна психодіагностична методика, створена у 1987 році Т. М. Кеане зі співавторами. Метою її створення було виявлення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які перебували та виконували службові завдання в умовах бойових дій. Методика розроблена на основі багатофакторного особистісного опитувальника Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) [61, с. 160].

Опитувальник складається з 30 основних та 5 додаткових тверджень, що утворюють три базові шкали симптомів ПТСР. Зазначені три шкали базується на трьох фундаментальних комплексах симптоматики посттравматичного стресового розладу.

До першої шкали входять 11 перших тверджень, спрямованих на виявлення симптомів інтрузивних переживань, тобто нав'язливих, мимовільних та небажаних спогадів, яскравих образів, думок та емоцій, що раптово виникають у свідомості та пов'язані зазвичай з досвідом травматичної події [61, с. 160-165].

Друга шкала з 11 тверджень відображає симптоматику «уникнення» – свідоме або несвідоме ухилення від важких, неприємних думок, почуттів, людей чи ситуацій, які викликають тривогу, дискомфорт або біль втрати.

Третя шкала містить наступних 8 тверджень, що характеризують прояви підвищеної «збудливості» (гіперактивації) [61, с. 160-165].

Додаткові 5 тверджень опитувальника стосуються симптомів, пов'язаних із переживанням почуття провини та наявністю суїцидальних тенденцій.

Респонденти, відповідаючи на питання опитувальника, повинні використовувати 5-бальну шкалу від 1 («Абсолютно невірно») до 5 («Абсолютно вірно»). За допомогою обраного балу шкали учасники зазначають міру своєї згоди з кожним твердженням опитувальника.

Обробка результатів Міссісіпської шкали ПТСР. Кожен пункт оцінюється від одного до п'яти балів. Обчислюється сума відповідей на всі твердження: сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35) та відповіді за «зворотними» твердженнями (2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34).

Інтерпретація результатів. Загальна сума балів дозволяє диференціювати досліджуваних на тих, у яких виявлено симптоми та тих, які не мають симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Опитувальник травматичного стресу І. О. Котєнєва допомагає виявити симптоми травматичного стресу, які виникають унаслідок переживання важких психологічно травмуючих подій, зокрема втрати на полі бою [61, с. 139].

Дана методика аналогічно з Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу, містить ряд тверджень, які оцінюються за тією ж 5-бальною шкалою.

Твердження опитувальника І. О. Котеньова відображають сукупність симптомів. Досліджуваний, відповідаючи на питання цього опитувальника, оцінює інтенсивність та частоту своїх симптомів від одного до п'яти балів.

Методика дає змогу отримати сукупність основних характеристик травматичного досвіду та пов'язаних із ним реакцій, що може бути корисним для розробки індивідуалізованих програм терапії [61, с. 139-149].

Обробка результатів опитувальника.

Звичайним знаходженням суми обчислюються значення контрольних та основних субшкал посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та гострого стресового розладу (ГСР):

L (неправда), Ag (агресія), Di (дисимуляція), depres (депресія);

ПТСР: A (1) (подія травми), B (повторне переживання травми – “вторгнення”), C (симптоми “уникнення”), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація);

ГСР: A (1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – “вторгнення”), d (симптоми “уникнення”), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація).

Сума відповідей на всяке твердження підраховується за кожною шкалою за таким правилом: підсумовуються відповіді на «прямі» та «зворотні» твердження, що перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1.

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті підсумовування значень основних субшкал:

$$\text{ПТСР} = A (1) + B + C + D + F;$$

$$\text{ГСР} = A (1) + b + c + d + e + f.$$

Інтерпретація результатів опитувальника здійснюється на базі підсумкових показників посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу та показників за субшкалами. Показники за субшкалами дозволяють оцінити прояви окремих наборів симптомів [61, с. 139-149].

Якщо значення шкал менше 50 Т-балів, симптоматика відсутня. У інтервалі від 50 до 65 Т-балів деякі симптоми постстресових станів проявляються у незначній мірі. 65-70 Т-балів ПТСР або ГСР характеризують діагноз «часткового» посттравматичного стресового розладу чи гострого стресового розладу [61, с. 149].

При результаті понад 70 Т-балів можливість клінічних розладів відчутно зростає. А коли результат опитувальника перевищує 80 Т-балів, необхідно провести додаткову діагностику та уточнити клінічний діагноз «повного» ГСР чи ПТСР.

Шкала депресії А.Т. Бека (BDI, BDI-1A, BDI-II) розроблена Аароном Беком у 1961 році як інструмент для виявлення симптоматики депресії та рівня її тяжкості. Її вважають найбільш популярною та валідизованою методикою для кількісної оцінки ступеня важкості депресії [61, с. 121].

Існують три модифікації методики BDI: первинна версія, оприлюднена у 1961 році; її переглянутий варіант BDI-1A, представлений у 1978 році; а також оновлена редакція BDI-II, опублікована у 1996 році. Остання версія – BDI-II – на відміну від попередніх варіантів, стандартизована для використання серед осіб віком від 13 років.

Опитувальник А. Бека складається з 21 твердження, кожне з яких відповідає окремому симптому депресії. Всі твердження мають чотири варіанти відповіді, серед яких респондент обирає той, який найточніше відображає його актуальний стан. Кожен варіант має визначену бальну оцінку; сумарний показник може коливатися в межах від 0 до 63 балів. Чим вищий сумарний показник, тим вищий ступінь депресії [61, с. 121-125].

Обробка результатів. За відповіді на кожне питання нараховуються такі бали:

“а” – 0 балів,

“б” – 1 бал,

“в” – 3 бали,

“Г” – 4 бали.

Обчислюється загальний показник – сума балів, набраних в усіх питаннях. Якщо в деяких питаннях респондент обрав більше одного твердження, то їх також враховують [61, с. 125].

Інтерпретація результатів.

Ступінь депресії:

0-4 бали – депресія відсутня;

5-7 бали – легкий ступінь депресії;

8-15 бали – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

Методика Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна створена для виявлення та оцінки особистісної та реактивної тривожності [61, с. 97].

Авторами розглядається особистісна тривожність як порівняно стійка індивідуальна характеристика особистості, яка визначає рівень її занепокоєння та емоційної напруги через вплив стресових факторів.

Реактивну тривожність автори опитувальника розуміють як стан особистості, що описує міру її стурбованості та емоційної напруги, який розвивається внаслідок впливу певної стресової ситуації.

Особистісна тривожність є статичною індивідуальною характеристикою, а реактивна тривожність зазвичай має динамічний характер за рівнем прояву та за тривалістю [61, с. 97-100].

Запитальник Ч.Д. Спілбергера містить 40 запитань-помислів. Перші двадцять з них утворюють шкалу «Як ви себе почуваєте в даний момент?» та виявляють реактивну тривожність. Останні двадцять визначають особистісну тривожність та формують шкалу «Як Ви себе почуваєте зазвичай?».

Всі запитання пропонують чотири варіанти відповіді. Ці варіанти для реактивної тривожності визначають рівень інтенсивності: зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно. А для шкали тривожності особистісної вони відповідають частоті – майже ніколи, іноді, часто, майже завжди.

Обробка результатів. Показники тривожності реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) розраховуються окремо за формулами [61, с. 99]:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів. Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки [61, с. 100]:

- 0-30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-45 балів – помірний рівень тривожності;
- вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Добір методик здійснювався з урахуванням їх психометричної надійності, можливості застосування у військовому контексті та чутливості до проявів травми втрати.

Етапи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження здійснювалося у кілька послідовних етапів [74].

1. Підготовчий етап.

На цьому етапі було:

- визначено мету, завдання та гіпотези дослідження;
- здійснено підбір психодіагностичного інструментарію;
- погоджено умови проведення дослідження з усіма респондентами;
- проведено інструктаж щодо етичних аспектів роботи з травматичним досвідом.

Особлива увага приділялася створенню безпечного психологічного простору для учасників, а також формуванню довірливого контакту.

2. Діагностичний етап.

На цьому етапі безпосередньо проводилося психодіагностичне обстеження військовослужбовців. Опитування здійснювалося індивідуально, в умовах конфіденційності та анонімності [7, с. 60].

3. Аналітичний етап.

Зібрані дані були піддані кількісному та якісному аналізу. Здійснювалася обробка результатів відповідно до ключів методик, визначалися середні показники, рівні вираженості симптомів, а також аналізувалися кореляційні зв'язки між змінними. Інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням специфіки військового досвіду та характеру пережитої втрати [61].

4. Інтерпретаційний етап [19].

На основі отриманих результатів було сформульовано висновки щодо психологічних особливостей переживання травми втрати у військовослужбовців та визначено напрями психологічної допомоги, спрямованої на профілактику ускладненого горювання, зниження посттравматичної симптоматики та відновлення психологічної адаптації.

Організація емпіричної частини дослідження ґрунтувалася на загальнонаукових принципах психологічного пізнання – системності, об'єктивності, надійності, валідності та репрезентативності отриманих результатів. Теоретико-методологічною основою стали сучасні концепції психотравми та ускладненого горювання, а також положення когнітивно-поведінкової та біопсихосоціальної моделей посттравматичних розладів, які розглядають травму втрати як складний багатовимірний феномен, що поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні прояви. У межах даного дослідження травма втрати осмислювалася як специфічний різновид психотравматичного досвіду, що формується в умовах бойових дій та ускладнюється поєднанням горювання і бойового стресу [8, с. 35].

Дослідження мало комплексний характер і передбачало поєднання кількісного та якісного підходів. Провідним був кількісний аналіз психологічних показників, отриманих за допомогою стандартизованих зазначених вище психодіагностичних методик [19].

Якісний компонент дослідження включав спостереження за емоційними та поведінковими реакціями військовослужбовців під час консультування, а також аналіз їхніх вербальних висловлювань щодо переживання втрати. Особлива увага приділялася проявам уникання, емоційного притуплення, підвищеної дратівливості, труднощам у вербалізації почуттів, що часто супроводжують травму втрати в умовах війни [20, с. 25].

Психодіагностика респондентів проводилася в індивідуальній формі за допомогою дистанційного засобу *Tally.so*.

Перед початком діагностики з учасниками дослідження проводилася підтримуюча психологічна бесіда для забезпечення безпечного психологічного простору та недопущення повторної травматизації. У зв'язку з екстремальністю умов служби респондентів у військовій частині, підтримуюча бесіда проводилася з кожним з них індивідуально за допомогою дистанційних платформ комунікації.

Кожен учасник отримував зрозумілу інструкцію заповнення анкет та гарантії анонімності, конфіденційності та можливості припинити участь у дослідженні на будь-якому етапі.

При виборі методів математичної статистики для аналізу та інтерпретації кількісних даних дослідження враховувалися гіпотеза дослідження, розмір вибірки та психодіагностичні методики, що використовувалися у дослідженні.

Первинна обробка отриманих емпіричних даних здійснювалася за допомогою функцій конструктора форм *Tally.so*. Таким чином, відповідно до правил обробки результатів використаних методик, були отримані кількісні дані емпіричного дослідження.

Аналіз та інтерпретація результатів дослідження виконувалися за допомогою описових та непараметричних методів статистичного аналізу у програмному забезпеченні Microsoft Excel.

Методи статистики, які використовувалися [19]:

- середнє арифметичне;
- стандартне відхилення;
- коефіцієнт рангової кореляції Спірмена;
- статистична значущість.

Перевірка статистичної значущості дає можливість обґрунтувати наукову цінність виявлених взаємозв'язків між показниками психологічного стану військовослужбовців та відкинути твердження, що ці взаємозв'язки є результатом випадкових коливань [19, с. 208].

Таким чином, статистичний аналіз став підґрунтям для науково обґрунтованої інтерпретації отриманих результатів та дозволив емпірично окреслити психологічні чинники, що впливають на характер і глибину переживання травми втрати у військовослужбовців.

Отримані результати стали емпіричною основою для розробки напрямів психологічної допомоги, представлених у третьому розділі роботи.

Психометричні показники надійності методик

Використані психодіагностичні інструменти мають підтверджену валідність і високі показники внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α Кронбаха понад 0,80), що забезпечує достовірність та наукову обґрунтованість отриманих результатів [61].

Коефіцієнт Альфа Кронбаха (α) – це коефіцієнт, що вимірює внутрішню узгодженість (надійність) тесту, опитувальника або анкети. Він показує, наскільки пункти (питання) шкали пов'язані між собою та вимірюють одну й ту саму конструкцію. Значення коливається від 0 до 1: вищий показник вказує на більшу надійність.

Застосовані адаптації методик пройшли апробацію на українських вибірках, зокрема серед військовослужбовців, що дозволяє вважати їх адекватними для дослідження емоційних і когнітивних особливостей переживання травми втрати в умовах війни [26, с. 40].

Структура показників дослідження

З метою систематизації результатів усі отримані дані були згруповані за трьома взаємопов'язаними блоками, що відображають структуру переживання травми втрати:

- 1. Посттравматичний блок** – рівень вираженості інтрузивних переживань, симптомів уникання, гіперактивації та загального посттравматичного напруження (за Міссісіпською шкалою та опитувальником І.О. Котеньова) [27].
- 2. Емоційний блок** – показники депресії та реактивної/особистісної тривожності як індикатори афективної складової горювання.
- 3. Особистісно-регулятивний блок** – співвідношення ситуативної тривожності та стабільної тривожної схильності, що дозволяє оцінити індивідуальну вразливість до ускладненого переживання втрати.

Таке структурування дало змогу не лише здійснити кількісний аналіз, а й виявити внутрішні взаємозв'язки між посттравматичною симптоматикою та афективними проявами горювання. Це дозволило глибше зрозуміти психологічні механізми формування ускладненої реакції на втрату у військовослужбовців та визначити мішені подальшої психокорекційної роботи [28, с. 300].

Таким чином, організація емпіричного дослідження була побудована системно та поетапно, з урахуванням етичних норм та специфіки роботи з військовослужбовцями, які пережили травму втрати. Структурована логіка дослідження забезпечила наукову обґрунтованість отриманих результатів та створила підґрунтя для розробки практичних рекомендацій щодо психологічної допомоги в умовах реабілітаційного центру.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення психологічних особливостей переживання травми втрати військовослужбовцями в умовах воєнного досвіду та встановлення взаємозв'язків між показниками посттравматичного стресу, депресії та тривожності. Отримані дані дозволяють оцінити інтенсивність психоемоційних реакцій, характерних для військових, які пережили втрату в умовах бойових дій, а також визначити психологічні чинники, що впливають на їх психічне функціонування [32, с. 28].

Відповідно до мети дослідження та висунутої гіпотези, статистичний аналіз було побудовано у три послідовні етапи:

1. Описовий аналіз результатів.
2. Психологічна інтерпретація.
3. Кореляційний аналіз.

На першому етапі було проведено **описовий статистичний аналіз** результатів за кожною використаною психодіагностичною методикою [19, с. 30]. Для цього обчислювалися показники середнього арифметичного ($\bar{X}$) та стандартного відхилення (σ), що дозволяють оцінити загальну тенденцію результатів вибірки та ступінь варіативності показників. На другому етапі здійснювалася **психологічна інтерпретація отриманих результатів** відповідно до нормативних значень кожної методики. На третьому етапі було проведено **кореляційний аналіз** для виявлення взаємозв'язків між основними показниками дослідження [19, с. 49].

Такий підхід дозволяє не лише описати психологічний стан досліджуваної групи, а й виявити закономірності взаємодії різних психічних процесів у структурі переживання травми втрати.

Характеристика змінних дослідження

У дослідженні було використано такі змінні:

- X_1 – рівень посттравматичних реакцій (Міссісіпська шкала);

- X_2 – рівень травматичного стресу (опитувальник І. О. Котеньова);
- X_3 – рівень депресії (шкала депресії А. Т. Бека);
- X_4 – рівень реактивної тривожності (шкала Спілбергера–Ханіна);
- X_5 – рівень особистісної тривожності (шкала Спілбергера–Ханіна).

Усі змінні представлені балами – кількісними показниками, що дозволяє застосувати методи описової статистики [19, с. 37].

Описові статистичні показники здобутків дослідження представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Описові статистичні показники результатів дослідження

Методика	$\bar{X}$	σ
Міссісіпська шкала ПТСР	122,20	17,42
Опитувальник травматичного стресу Котеньова	109,52	31,51
Шкала депресії Бека	25,36	11,59
Реактивна тривожність	58,92	8,38
Особистісна тривожність	50,56	6,70

Першим у дослідженні було визначення рівня посттравматичних реакцій за допомогою Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (військовий варіант). Ця методика дозволяє оцінити інтенсивність симптомів ПТСР, які можуть виникати у військовослужбовців після переживання травматичних подій, пов'язаних з війною [61, с. 160].

Середній показник за цією шкалою у досліджуваній вибірці становив (див. дод. А):

$$\bar{X} = 122,20; \sigma = 17,42.$$

Згідно з інтерпретаційними критеріями методики, показники, що наближаються до рівня 130 ± 18 , відповідають наявності виражених симптомів посттравматичного стресового розладу. Таким чином, середнє значення у вибірці знаходиться у зоні підвищеної інтенсивності посттравматичних

реакцій. Це свідчить про значну поширеність симптомів ПТСР серед військовослужбовців, які пережили втрату.

У досліджуваній вибірці за даною шкалою у 80% респондентів (20 осіб) виявлено симптоматику посттравматичного стресового розладу. Серед яких у 20% досліджуваних слабо виражені симптоми ПТСР – 5 осіб набрали 112 – 115 балів. У 12% військовослужбовців – 3 особи, 120 – 126 балів – чітко виражені посттравматичні симптоми. У 48% респондентів (12 осіб – 130 – 148 балів) виявлено сильно виражену симптоматику ПТСР.

12% досліджуваних згідно з нормативними даними В.Ю. Шаніна (психічні розлади – 86 ± 26 балів) мають психічні розлади та знаходяться в групі ризику, оскільки їхні результати межують зі статистичним порогом ПТСР (112) – 3 особи, 100 – 110 балів. І тільки 8% військовослужбовців з досвідом втрати у досліджуваній вибірці відповідно до цих же нормативних даних В.Ю. Шаніна (добре адаптовані – 76 ± 18) адаптувалися до життя після втрати близької людини в умовах бойових дій (див. рис.2.1).

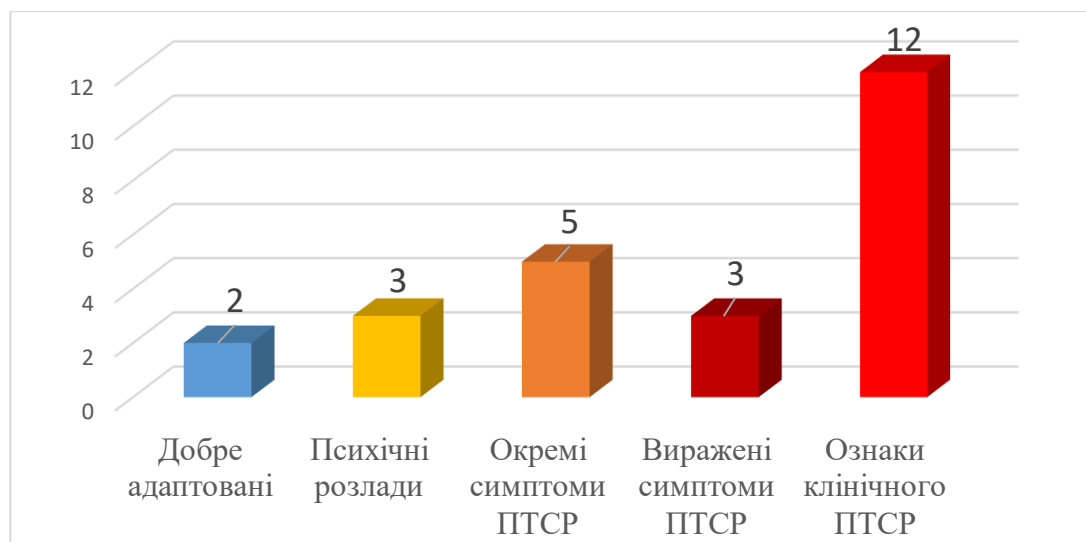


Рис. 2.1 Результати Міссісіпської шкали ПТСР

Психологічний аналіз отриманих результатів показує, що травма втрати у військових умовах часто супроводжується симптомами [34]:

- нав'язливих спогадів про травматичні події;
- підвищеної настороженості;

- порушень сну;
- емоційної напруги та дратівливості.
- труднощів емоційної регуляції.

Наявність цих симптомів відповідає структурі посттравматичного стресового розладу, описаній у міжнародних діагностичних класифікаціях.

Аналіз стандартного відхилення $\sigma = 17,42$ показує чималу варіативність показників, що свідчить про неоднорідність психологічних реакцій у вибірці та різну інтенсивність симптомів ПТСР, залежно від індивідуальних особливостей переживання травматичного досвіду.

Отже, у більшості досліджуваних (80% - 20 осіб) з досвідом втрати за Міссісіпською шкалою наявний клінічно значущий рівень посттравматичних реакцій [54]. Це напряду пов'язано з травмою втрати та особливостями її переживання в екстремальних умовах війни.

Другим етапом дослідження було визначення рівня травматичного стресу за допомогою опитувальника І. О. Котеньова.

Середній показник у досліджуваній вибірці становив (див. дод. Б):

$$\bar{X} = 109,52; \sigma = 31,51.$$

Згідно з критеріями інтерпретації цієї методики, показники вищі 80 Т-балів свідчать про наявність вираженого посттравматичного або гострого стресового розладу.

Отриманий результат значно перевищує цей поріг, що дозволяє зробити висновок про високий рівень травматичного стресу серед досліджуваних військовослужбовців [59].

У вибірці, що вивчалася, згідно з нормативною шкалою опитувальника Котеньова 8% респондентів (2 особа – 60-65 балів) мають слабо виражені окремі симптоми ПТСР. Інші 4% (1 особа – 70 балів) відповідають «частковому» посттравматичному стресовому розладу.

У 4% респондентів (1 особа – 78 балів) виявлено за цією методикою клінічно виражені симптоми ПТСР. А у 84% (21 особа, бали вищі від 80) військовослужбовців симптоматика відповідає «повному» ПТСР (див. рис.2.2).

Психологічний аналіз результатів свідчить, що травматичний досвід втрати у військовослужбовців поєднується з інтенсивними симптомами:

- повторного переживання травматичних подій [44, с. 161];
- уникнення нагадувань про втрату;
- підвищеної психофізіологічної збудливості;
- емоційного дистресу.

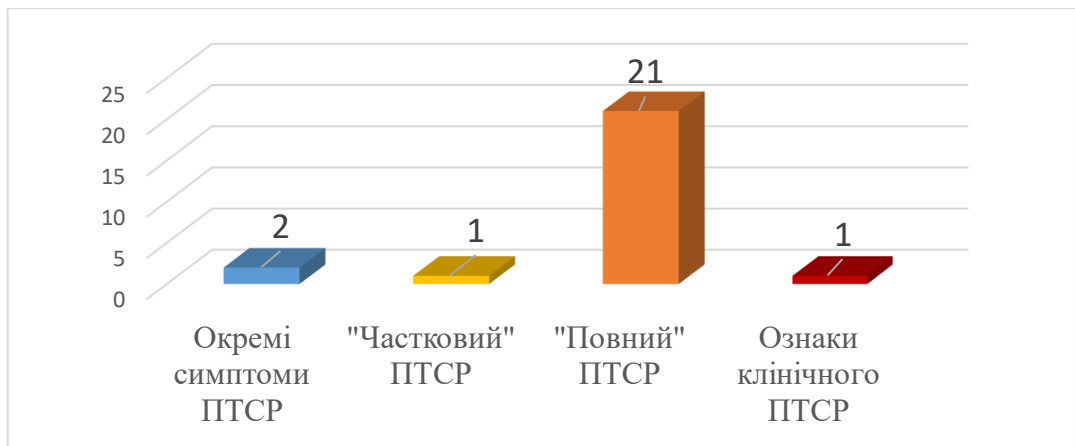


Рис. 2.2 Результати опитувальника травматичного стресу Котєнєва

Стандартне відхилення $\sigma = 31,51$ вказує на значну індивідуальну варіативність результатів, що означає, що інтенсивність травматичних переживань серед респондентів є неоднорідною: у частини військовослужбовців симптоми проявляються особливо інтенсивно.

Таким чином, результати діагностики військовослужбовців, які зазнали втрати, за методикою Котєнєва також підтверджують важкі особливості прояву травми втрати в умовах бойових дій.

Для оцінки депресивних проявів було використано шкалу депресії А. Бека. Середній показник у вибірці становив (див. дод. В):

$$\bar{X} = 25,36; \sigma = 11,59.$$

Відповідно до критеріїв інтерпретації шкали Бека, такі результати відповідають високому рівню депресії. Це означає, що у військовослужбовців можуть проявлятися: пригнічений емоційний стан, почуття безнадійності, зниження життєвої активності, емоційне виснаження.

Серед досліджуваних мають середній ступінь депресії (5 осіб, 8-15 балів). Високий ступінь депресії виявлено у 80% респондентів (20 осіб, ≥ 16 балів. Див. рис. 2.3).



Рис. 2.3 Рівень депресії у військовослужбовців

Стандартне відхилення $\sigma = 11,59$ вказує на достатньо значний розкид результатів, що відображає різний ступінь вираженості депресивних станів у досліджуваних.

Отже, середній результат досліджуваної вибірки свідчить про високий рівень депресивних проявів серед військовослужбовців.

За шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна середнє арифметичне реактивної тривожності рівне 58,92 ($\bar{X} = 58,92$), що значно перевищує поріг високої тривожності (див. дод. Г). Це свідчить про

- сильну емоційну напруженість;
- постійне очікування небезпеки;
- мобілізацію психічних ресурсів у відповідь на загрозу.

Такі прояви є типовими при переживанні гострого горя (втрати) [67].

За нормативною шкалою методики визначення тривожності Ч.Д.

Спілбергера – Ю.Л. Ханіна 8% респондентів (2 особи, 31-45 балів) вибірки мають помірний рівень, а 92% (23 особи, більше 45 балів) – високий рівень реактивної тривожності (див. рис. 2.4).



Рис. 2.4 Реактивна тривожність

Високий рівень реактивної тривожності зумовлений умовами військового середовища, де постійна загроза життю підтримує стан напруги.

Стандартне відхилення $\sigma = 8,38$ свідчить про помірний рівень варіативності, а це значить, що помірний рівень реактивної тривожності є характерним для більшості досліджуваної групи [14, с. 105].

Середній показник особистісної тривожності $\bar{X} = 50,56$; $\sigma = 6,7$ відповідає високому рівню тривожності (див. дод. Г).

Отриманий результат вказує на те, що тривожність виступає відносно стабільною особистісною рисою, а військовослужбовці мають тенденцію інтерпретувати різні ситуації як загрозові навіть поза умовами бойових дій.

У 12% досліджуваних (3 особи, 31-45 балів) виявлено помірний рівень та у 88% (22 особи, більше 45 балів) високий рівень особистісної тривожності (див. рис. 2.5).

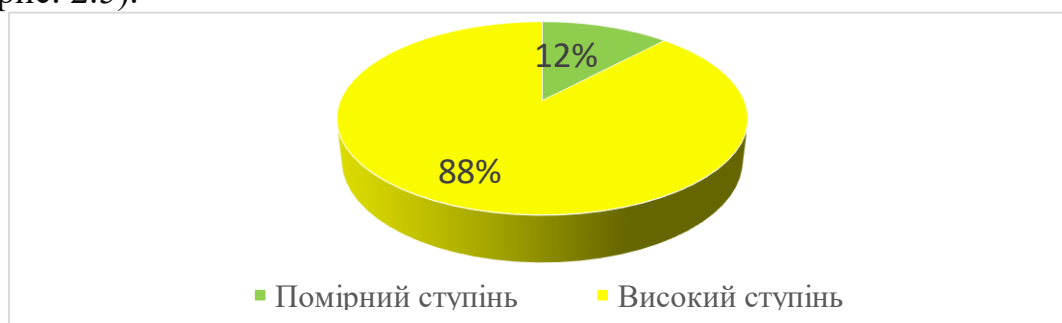


Рис. 2.5 Особистісна тривожність

Стандартне відхилення $\sigma = 6,7$ свідчить про відносно невеликий розкид результатів, а це значить, що високий рівень особистісної тривожності є характерним для більшості досліджуваної групи.

З психологічної точки зору це може свідчити про те, що тривога, яка спочатку виникає як реакція на бойову ситуацію, поступово закріплюється як стійка особистісна риса [1, с. 108].

Кореляційний аналіз результатів дослідження [19, с. 144]

Для визначення ступеня взаємозв'язку між посттравматичними симптомами та рівнем тривожності; між різними компонентами психологічної реакції на втрату та впливу травматичного стресу на розвиток депресивних станів, проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (ρ). Аналіз кореляції проводився для досліджуваної вибірки військовослужбовців ($n = 25$). Статистична значущість отриманих результатів оцінювалася за рівнем p – ймовірності випадковості взаємозв'язків, що вивчалися. Результати вважалися статистично значущими при $p < 0,05$.

Кореляційні зв'язки між показниками дослідження представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Кореляційні зв'язки між показниками дослідження

Показники	Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ)	Ймовірність випадковості зв'язків (p)
ПТСР – депресія	0,84	$p < 0,001$
ПТСР – реактивна тривожність	0,49	$p = 0,013$
ПТСР – особистісна тривожність	0,37	$p = 0,067$
Депресія – реактивна тривожність	0,29	$p = 0,161$
ПТСР – травматичний стрес	0,85	$p < 0,001$

Було встановлено дуже сильний статистично значущий позитивний зв'язок між рівнем посттравматичних реакцій та депресією ($\rho = 0,84$; $p < 0,001$).

Це означає, що зі зростанням симптомів посттравматичного стресу

значно підвищується рівень депресивних проявів.

Також виявлено сильний зв'язок між посттравматичними реакціями та травматичним стресом ($\rho = 0,85$; $p < 0,001$), що свідчить про узгодженість результатів двох методик, спрямованих на вимірювання близьких психологічних феноменів.

Між ПТСР і реактивною тривожністю виявлено помірний статистично значущий зв'язок ($\rho = 0,49$; $p = 0,013$). Це означає, що зі зростанням інтенсивності посттравматичних симптомів підвищується рівень ситуативної тривоги.

Зв'язок між ПТСР і особистісною тривожністю має помірний характер ($\rho = 0,37$) і знаходиться на рівні статистичної тенденції.

Кореляція між депресією і реактивною тривожністю виявилася слабкою та статистично незначущою.

Домінуюча симптоматика у військовослужбовців з травмою втрати, виявлена у дослідженні

Використання субшкал Міссісіпської методики для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) та опитувальника травматичного стресу І. О. Котеньова дозволили визначити домінуючі симптоми ПТСР у військовослужбовців, що отримали травму втрати [57]. Симптоми наведені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількісні показники симптомів прояву ПТСР

№ з/п	Симптом	Кількість	Відсоток
1	Уникнення	21	84%
2	Вторгнення	21	84%
3	Збудливість	22	88%
4	Почуття провини	22	88%

Аналіз отриманих результатів показав, що у більшості досліджуваних військовослужбовців спостерігається виражений комплекс симптомів

посттравматичного стресового розладу, який включає фізіологічну збудливість, почуття провини, уникнення та інтрузивні спогади. Висока частота прояву кожного з цих критеріїв (близько 88 % вибірки) свідчить про те, що переживання втрати в умовах війни має системний характер і супроводжується комплексною психічною реакцією, яка поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні прояви [54, с. 103].

Домінування симптомів фізіологічної збудливості у військовослужбовців відображає специфіку їхнього перебування у середовищі постійної небезпеки. Порушення сну, гіперпильність, надмірні реакції на несподівані стимули та постійна внутрішня напруга свідчать про те, що нервова система військових перебуває у стані тривалої мобілізації. В умовах бойових дій така реакція частково виконує адаптивну функцію, оскільки дозволяє швидко реагувати на потенційну загрозу. Проте у поєднанні з травмою втрати вона перетворюється на фактор хронічного психоемоційного виснаження. Таким чином, фізіологічна збудливість у військовослужбовців є не лише проявом посттравматичного стресу, а й відображенням постійної необхідності підтримувати бойову готовність, що значно ускладнює процес психологічного переживання втрати [52, с. 405].

Не менш важливим компонентом структури переживання втрати є почуття провини, яке проявляється у більшості досліджуваних військовослужбовців у формі так званої «провини вцілілого». У бойових умовах ця емоційна реакція набуває особливої інтенсивності, оскільки військовослужбовець часто пов'язує загибель побратима з власними діями або рішеннями. Постійні спроби когнітивного переосмислення ситуації («якби я зробив інакше») формують замкнене коло переживань, яке перешкоджає нормальному процесу проживання горя. Почуття провини поєднується з емоційним заціпенінням, аутоагресивними тенденціями та схильністю до ризикованої поведінки під час виконання бойових завдань. У такий спосіб

психіка військовослужбовця намагається знайти символічне «відшкодування» втрати, що свідчить про глибину травматичного переживання.

Важливим елементом посттравматичної симптоматики також виступає уникнення, яке проявляється у прагненні військовослужбовців уникати думок, спогадів або ситуацій, що нагадують про втрату. Подібна реакція є своєрідним психологічним захисним механізмом, спрямованим на зниження інтенсивності болісних переживань. Однак у довготривалій перспективі уникнення призводить до емоційного відчуження, зниження здатності до співпереживання та порушення міжособистісних зв'язків. Це особливо помітно у взаєминах військовослужбовців з членами родини або цивільним оточенням, які не мають досвіду бойових дій. У результаті формується відчуття соціальної ізоляції, коли єдиною групою, з якою військовий відчуває психологічну близькість, залишаються побратими [25, с. 235].

Ще одним ключовим проявом посттравматичного стресу у досліджуваних є інтрузивні спогади, що характеризуються повторним мимовільним переживанням травматичної події. Флешбеки, нав'язливі спогади, травматичні сни та інтенсивні емоційні реакції на тригери свідчать про те, що травматична подія не інтегрується у досвід особистості як минуле. Натомість вона продовжує існувати у психіці у вигляді фрагментарних сенсорних образів, які можуть актуалізуватися у будь-який момент. Особливістю інтрузивних спогадів у військовослужбовців є те, що вони підсилюються реальними умовами бойових дій. Звуки вибухів, запахи, особливості місцевості або інші елементи бойової обстановки можуть виступати потужними тригерами, що активують травматичні спогади. У таких умовах минуле і теперішнє часто психологічно змішуються, що значно ускладнює процес відновлення [68].

Виявлений комплекс симптомів дає підстави розглядати переживання втрати у військовослужбовців як складний психічний процес, у якому поєднуються реакції горювання з проявами бойового стресу та

посттравматичних порушень. На відміну від мирних умов, де можливе поступове проживання емоцій і отримання підтримки, у бойовому середовищі цей процес часто переривається необхідністю виконання службових завдань. Військовослужбовець змушений швидко мобілізуватися, що унеможливорює повноцінне опрацювання втрати. Як наслідок, психічні реакції фіксуються і набувають тривалого характеру, проявляючись у стійкій посттравматичній симптоматиці [65, с. 20].

Отримані результати також узгоджуються з даними кореляційного аналізу, який показав дуже сильні, статистично значущі зв'язки між рівнем посттравматичних симптомів та депресією, та між посттравматичними реакціями та травматичним стресом ($r = 0,85$; $p < 0,001$) військовослужбовців. Зокрема, було встановлено помірний позитивний статистично значущий зв'язок ($r = 0,49$; $p = 0,013$) зв'язок між показниками ПТСР та реактивною тривожністю, що свідчить про те, що підвищена тривожність виступає важливим компонентом переживання травматичного досвіду.

Таким чином, результати емпіричного дослідження свідчать про те, що переживання втрати військовослужбовцями у значній мірі визначається поєднанням кількох факторів: інтенсивністю бойового досвіду, специфікою травматичних подій та індивідуально-психологічними характеристиками особистості. Виявлені симптоми посттравматичного стресового розладу – фізіологічна збудливість, провина вцілілого, уникнення та інтрузивні спогади – відображають складний механізм адаптації психіки до екстремальних умов війни та переживання втрати [68].

Отже, отримані результати підтверджують висунуту гіпотезу дослідження про те, що особливості переживання втрати у військовослужбовців зумовлюються екстремальними умовами бойових дій та супроводжується комплексом взаємопов'язаних психологічних проявів, зокрема посттравматичною симптоматикою, підвищеною тривожністю та депресивними переживаннями.

Розділ 3 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ У СИТУАЦІЇ ГОРЯ

3.1. Розробка та апробація програми психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати

На основі теоретичного аналізу проблеми травми втрати у військовослужбовців та результатів емпіричного дослідження було розроблено програму психологічної допомоги «Шлях відновлення», спрямовану на зниження інтенсивності посттравматичної симптоматики, тривожних і депресивних проявів, опрацювання почуття провини, пов'язаного з утратою, а також на відновлення психологічної рівноваги, життєстійкості та здатності до подальшої адаптації.

Потреба у розробці такої програми зумовлена тим, що травма втрати у військовослужбовців, які перебувають або перебували в умовах бойових дій, має багатовимірний характер і проявляється поєднанням симптомів травматичного стресу, ускладненого горя, емоційної дезорганізації, підвищеної збудливості, нав'язливих спогадів, уникнення, провини вцілілого, тривожності та депресії. Відтак психологічна допомога має бути не епізодичною, а системною, поетапною й структурованою, спрямованою на стабілізацію стану, корекцію симптоматики та інтеграцію травматичного досвіду без порушення повсякденного функціонування [31, с. 87].

Запропонована програма побудована з урахуванням таких принципів: поетапності, безпеки, травма-інформованого підходу, індивідуалізації, ресурсності, етичності, дозованості емоційного навантаження, опори на актуальний стан військовослужбовця, а також практичної спрямованості. Програма придатна до впровадження в умовах реабілітаційного центру, центру психологічної допомоги, закладу охорони психічного здоров'я або у форматі психологічного супроводу військовослужбовців після бойових дій [27].

Мета програми «Шлях відновлення»

Метою програми є зниження рівня посттравматичних реакцій, депресії та особистісної тривожності, допомога військовослужбовцям у проживанні горювання, відновлення їхнього психологічного благополуччя та сприяння інтеграції травматичного досвіду у життєву історію без руйнівного впливу на психіку.

Завдання програми «Шлях відновлення» [26]

- стабілізація психоемоційного стану військовослужбовців;
- створення відчуття психологічної безпеки;
- психоедукація щодо реакцій на травму втрати;
- актуалізація й посилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- психокорекція симптомів уникнення, вторгнення, збудливості та почуття провини;
- зниження вираженості депресивних та тривожних проявів;
- відновлення здатності до емоційної саморегуляції;
- розвиток конструктивних моделей переживання втрати;
- інтеграція досвіду втрати у життєвий досвід особистості;
- формування нових життєвих смислів та стратегій майбутнього.

Цільова група програми. Програма призначена для військовослужбовців, які пережили втрату побратима, командира, близької людини або іншу значущу втрату в умовах війни [76].

Формат реалізації програми. Програма розрахована на 16 занять, які можуть проводитися 2 рази на тиждень або з іншою періодичністю залежно від стану учасників та умов реабілітаційного закладу. Тривалість одного заняття становить у середньому 60–90 хвилин. Програма може реалізовуватися у змішаному форматі: індивідуальна робота, малі терапевтичні групи, тренінгові форми, бесіди, психоедукаційні модулі, елементи тілесно-орієнтованої та арттерапевтичної роботи. В кожній групі в основному 8 учасників [38].

Методи та засоби програми «Шлях відновлення». Головна мета психологічної допомоги полягає не лише у зниженні інтенсивності

посттравматичних симптомів, а у відновленні цілісного функціонування особистості – її емоційної, когнітивної, поведінкової та соціальної сфер. Тому у програмі використано доказові методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), EMDR, тілесно-орієнтованої терапії, арттерапії, експозиційної терапії та елементи нейролінгвістичного програмування (НЛП) [45].

Основні техніки програми психологічної допомоги

Дихання по квадрату – це ефективна техніка саморегуляції, спрямована на зниження стресу, тривожності та покращення концентрації. Вона передбачає чотири рівні фази: вдих, затримку, видих і паузу. Рівномірний ритм дихання активує парасимпатичну нервову систему, сприяючи розслабленню, а зосередження на рахунку допомагає відволіктися від тривожних думок. (див. дод. Д)

Контейнер. Це техніка, яка дозволяє в уяві «відкласти» важкі спогади. Використовується для розвантаження емоційної сфери та зменшення тривожності [18, с. 132].

Алгоритм виконання техніки контейнер. Прийміть зручне положення, у якому зможете спокійно побути кілька хвилин. Можна заплющити очі або зафіксувати погляд на одному об'єкті.

Уявіть надійний контейнер (наприклад, сейф чи скриню), куди можна тимчасово помістити тривожні думки, спогади та почуття. Важливо, щоб він був міцним і відкривався лише вами.

Уявно перенесіться до місця, де він зберігається, відкрийте його та поступово «складіть» туди все, що не готові проживати зараз. Усвідомте, що ці переживання залишаються доступними і ви зможете повернутися до них пізніше.

Переконавшись, що все необхідне всередині, закрийте контейнер і залиште це місце.

Пам'ятайте, що цей спосіб можна використовувати у стані емоційного перенавантаження.

Повільно поверніть увагу до теперішнього моменту у власному ритмі.

Вправа «Ходьба». Регулярне виконання вправи допомагає краще відчувати власне тіло, зменшує занурення в думки під час руху та сприяє внутрішній розслабленості й відчуттю свободи. (див. дод. Д)

Карта стресу та ресурсів. Ця техніка дозволяє «витягнути» людину зі стану безнадії та допомагає віднайти або створити ресурси та сенси, що дають змогу і смисл жити далі. В результаті клієнт отримує перелік своїх ресурсів і впевненість, що любую скруту можна подолати і є заради чого жити [18].

Алгоритм виконання техніки «Карта стресу та ресурсів». Кожному учаснику видають аркуш А4 із зображенням терезів і засіб для малювання. Спершу він обирає два різні символи: один – для позначення стресових чинників (умовно «важких»), інший – для ресурсів (позитивних і приємних).

Далі учасник пригадує ситуації, що викликали напруження (втрати, поранення, хвороби, конфлікти, фінансові труднощі тощо), і зображає їх на лівій чаші терезів відповідними символами, варіюючи їх кількість і розмір. Важливо залишати вільний простір на аркуші.

Після цього він визначає власні ресурси – людей, події, якості, цінності та життєві смисли, що дають підтримку й силу, – і відображає їх над правою чашею за допомогою позитивного символу.

Завершальним етапом є усвідомлення того, що ресурси за своєю кількістю та «вагою» мають переважати стресові чинники. Аналізуючи малюнок, учасник доходить висновку, що поряд із труднощами в його житті існує значний ресурсний потенціал, який може слугувати опорою, підтримкою та джерелом сенсу у складних обставинах.

Арттерапевтична техніка «Подушка безпеки». Техніка спрямована на зниження тривожності та стабілізацію емоційного стану. Людина часто схильна тривожитися у різних ситуаціях, тому важливо свідомо переключати увагу на ресурси та позитивні аспекти життя. (див. дод. Д) [18]

Прогресивна м'язова релаксація. Техніка для зниження рівня тривожності. Тривога завжди призводить до підвищення м'язового тону. Розслаблення м'язів завжди знижує тривожність.

Алгоритм прогресивної м'язової релаксації. Почергово максимально напружуються окремі групи м'язів на 5–10 секунд. Після цього напруження повністю розслабляють їх впродовж 30–45 секунд.

Опрацьовуються кисті, передпліччя, плечі, обличчя, шия, грудна клітка, живіт, ноги. Психолог фокусує увагу учасників на різниці між напругою і розслабленням. Наприкінці робиться висновок, які ділянки тіла найбільше утримують стрес.

КПТ-аналіз. КПТ-аналіз (техніка СМЕР або АВС) – це метод когнітивно-поведінкової терапії для виявлення та зміни дисфункціональних думок, що викликають негативні емоції та поведінку. Він базується на аналізі ситуації (А), думки (В), емоцій (С) та їх коригуванні, допомагаючи замінити ірраціональні переконання на раціональні [45].

Алгоритм застосування техніки. Фіксація ситуації (С): Що сталося? (наприклад, "загинув побратим").

Усвідомлення думок (М): Про що я подумав? ("я винен, бо не захистив").

Ідентифікація емоцій (Е): Що я відчув? (тривога 8/10, сум 5/10).

Аналіз реакцій (Р): Як відреагувало тіло та що я зробив? (почало колоти в серці, замкнувся в собі).

Когнітивна реструктуризація: Аналіз реалістичності думок. Чи є докази? Чи є альтернативні пояснення? (події на війні часто непередбачувані).

Формування нової думки: «Я зробив все, що міг».

Експозиційна техніка. Суть техніки: поступове, контрольоване і безпечне наближення до травматичних спогадів для зменшення сили страху та уникнення [57].

Алгоритм виконання техніки. Попередньо проводиться стабілізація. Визначається один конкретний епізод або спогад, який учасник уникає.

У безпечному середовищі він коротко описує цей спогад у теперішньому або минулому часі.

Психолог відстежує рівень напруження за шкалою SUDS від 0 до 10. При надмірному зростанні напруги застосовуються стабілізаційні техніки.

Повторюване дозоване відтворення спогаду сприяє зменшенню реактивності. Завершення обов'язково включає повернення в “тут-і-тепер”.

Техніка переписування травматичного образу (часто використовується в межах реімпринтингу НЛП) полягає у зміні емоційного сприйняття минулої події через уяву, дисоціацію та додавання ресурсів. Вона дозволяє змінити сценарій травми, перетворивши почуття безпорадності на відчуття контролю, тим самим знижуючи стрес. (див. дод. Д) [58]

Тілесна вправа на скид напруги. Алгоритм виконання

- Учасник стоїть, відчуває опору стоп.
- Робить повільні натискання стопами в підлогу.
- Напружує і розслабляє руки та плечі.
- Виконує безпечне струшування кистями, плечима, ногами.
- Завершує повільним диханням і фіксацією тілесних змін.

Техніка «Тут і тепер». Для заземлення та стабілізації емоційного стану.

Алгоритм техніки «тут і тепер». Психолог просить учасника назвати своє ім'я, місце перебування, поточну дату або час доби.

Далі учасник називає 5 предметів, які бачить, 4 звуки, які чує, 3 тактильні відчуття, 2 запахи або фізичні відчуття, 1 думку чи емоцію, яку помічає.

Після цього відбувається коротке обговорення змін у стані. Техніка завершується фіксацією: «Я тут, я в безпеці, подія вже не відбувається зараз».

Вправа «Безпечне місце». Техніка на уяву, яка допомагає сформувати відчуття безпеки. (див. дод. Д)

Когнітивна реструктуризація – це ключова техніка КПТ, спрямована на виявлення, аналіз та зміну деструктивних автоматичних думок і переконань на реалістичні та адаптивні [45].

Програма «Шлях відновлення» має чітку структуру та включає три послідовні етапи психологічної роботи: стабілізаційний, психокорекційний та інтеграційний.

Структура програми психологічної допомоги «Шлях відновлення»

1. Стабілізаційний етап (1 – 4 заняття).

Мета: стабілізація емоційного стану, зниження тривожності, формування відчуття безпеки, нормалізація психофізіологічного стану, активізація внутрішніх й зовнішніх ресурсів та формування в учасника базового розуміння власних реакцій на травму втрати [40].

На даному етапі ключовим завданням є зменшення вираженості гострих симптомів і формування безпечного терапевтичного середовища. Робота спрямована на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців та усвідомлення ними природності таких реакцій, як горе, гнів, тривога чи провина у відповідь на травматичну втрату [59].

Реалізація цього етапу здійснюється через психологічні тренінги, бесіди та групи підтримки. Тренінги сприяють розвитку навичок саморегуляції та зниженню тривожності. Бесіди виконують психоедукаційну функцію, забезпечуючи розуміння природи травматичних реакцій. Групи підтримки допомагають зменшити відчуття ізольованості, посилити довіру та відновити відчуття безпеки завдяки спільному досвіду [38].

Основний зміст занять стабілізаційного етапу

Заняття 1. Група підтримки «Безпечний простір довіри»

Мета заняття: встановлення терапевтичного контакту, пояснення логіки програми, визначення правил безпечної взаємодії, стабілізація емоційного стану та формування безпечного простору.

Допоміжні матеріали: аркуші паперу формату А4, кольорові олівці.

Хід заняття

1. Вступ та формування безпеки. Вступна бесіда про мету зустрічі та програму. Техніка «Тут і тепер».

2. Ознайомлення учасників з правилами групи: конфіденційність, добровільність, без оцінювання, говоримо від першої особи, право зробити паузу.

3. Безпечне середовище. Вправа «Безпечне місце».

4. Основна арттерапевтична вправа «Мій біль».

Інструкція психолога. Візьміть аркуш паперу та оберіть олівець, до якого інтуїтивно тягнеться рука. Спробуйте передати свій біль у будь-якій формі, не замислюючись над технікою чи естетикою – важлива лише щирість. Це може бути образ, символ, геометрична фігура або абстракція; колір також обирайте довільно. Пам'ятайте: кожен малюнок є правильним, якщо він відображає ваш внутрішній стан [18].

Психолог під час виконання вправи спостерігає за невербальними реакціями учасника, за потреби нагадує про дихання та пропонує зробити паузу у разі емоційного перевантаження.

Обговорення. Питання: Який ваш біль? Якого він кольору? Де він розташований? Чи має він вагу? Психолог уникає інтерпретацій. Лише уточнення та відображення: «Я чую, що ваш біль важкий і сильний».

5. Трансформаційна вправа «Моя внутрішня сила»

Психолог. Попри біль, ви тут. Це означає, що у вас є щось, що допомогло вистояти. Спробуйте зобразити свою внутрішню силу на іншому аркуші паперу [57].

Питання для саморефлексії: Що допомогло вам не зламатися? Яку якість ви в собі відкрили?

Інтеграція. Психолог просить подивитися на обидва малюнки та дати відповіді на питання. Чи взаємодіють ваші малюнки? Чи може сила впливати на біль?

6. Рефлексія. Щиро дякую кожному з вас за участь у нашій зустрічі, за вашу відкритість та щирість. Що було для вас найважчим? Що було найціннішим? З яким станом ви завершуєте?

7. Заключна стабілізаційна техніка. Техніка дихання по квадрату.

Заняття 2. Тренінг «Відновлення внутрішньої рівноваги»

Мета заняття: зниження тривожності та психофізіологічної збудливості, формування навичок самозаспокоєння та зниження фізіологічного напруження.

Допоміжні матеріали: аркуші паперу формату А4, кольорові олівці.

Хід заняття

1. Вступ. Вступна бесіда. Діафрагмальне дихання. Арттерапевтична техніка «Подушка безпеки».

2. Прогресивна м'язова релаксація. Виконання техніки прогресивної м'язової релаксації.

3. Контейнерування. Виконання техніки «Контейнер».

4. Відновлення відчуття контролю над тілом. Виконання техніки «Ходьба» та тілесної вправи на скид напруги.

5. Рефлексія. Щиро дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?

6. Заключна стабілізаційна техніка. Зробіть глибокий вдих та видих (3-5 р.); назвіть одне слово, яке описує теперішній стан.

Заняття 3. Тренінг «Ресурси та опори»

Мета заняття: відновлення відчуття внутрішньої опори та зовнішніх ресурсів, посилення доступу до стабілізуючих спогадів, образів і станів, які допомагають витримувати навантаження без руйнування психіки [57].

Допоміжні матеріали: аркуші паперу формату А4, кольорові олівці.

Хід заняття

1. Вступ. Вступна бесіда. Дихання по квадрату. Техніка «Безпечне місце».

2. Арттерапевтична техніка «Опора на ресурс».

3. Техніка «Карта стресу та ресурсів».

4. Вправа «Лист у майбутнє».

Питання-орієнтири (10–12 хв письма). Де ти? Що ти відчуваєш? Що ти зберіг із минулого? Що в тобі стало сильнішим?

Обговорення (за бажанням). Психолог акцентує: навіть якщо майбутнє виглядає туманним – воно все одно є!

5. Рефлексія. Щиро дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?

5. Заключна стабілізаційна техніка. Вправа «Метелик».

Заняття 4. Психоедукаційна бесіда «Розуміння реакцій на травму втрати: від самостигматизації до прийняття»

Мета заняття: нормалізація переживань та зниження самостигматизації, пов'язаних із травмою втрати, через надання науково обґрунтованої інформації та формування адекватного розуміння процесу горювання.

Хід заняття

1. Вступ. Вступне пояснення та окреслення правил заняття: можна ставити запитання; можна не відповідати; це не терапевтична група, а інформаційна зустріч.

2. Актуалізація досвіду. Обговорення. Психолог ставить запитання: Що найважче у втраті? Чи має біль термін придатності? Чи повинна людина швидко повертатися до норми? Психолог підсумовує відповіді та переходить до пояснення.

3. Основний інформаційний блок [62].

– Що таке втрата?

– Стадії горювання. Завдання горювання (Ворден).

- Особливості горювання у військових.
- Що таке вторгнення, уникнення, збудливість, провина того, хто вижив.
- Як пов'язані тривога, депресія та ПТСР.
- Як працює програма “Шлях відновлення”.

4. Інтерактивна вправа Міф чи правда? Психолог зачитує твердження: Сильні люди не плачуть. Час лікує все. Якщо я сміюся – я зраджую пам'ять. Горе має пройти за рік.

Учасники голосують або відповідають. Після кожного твердження психолог дає пояснення. Наприклад, лікує проживання та підтримка.

5. Коли варто звернутися по допомогу? Психолог пояснює ознаки ускладненого горя: інтенсивний біль понад 6–12 місяців; повна ізоляція; суїцидальні думки; сильна провина; зловживання алкоголем. Звернутися по допомогу – це відповідальність, а не слабкість.

6. Підсумок і стабілізація. Горе – це процес адаптації. Воно не означає, що ви зламалися. Воно означає, що ви любили.

Коротка стабілізаційна вправа. Зробіть глибокий вдих та видих (3-5 р.); назвіть одне слово, яке описує теперішній стан.

Результатом цього етапу стало відновлення базового відчуття контролю, стабілізація сну та зменшення соматичних проявів тривоги.

2. Психокорекційний етап (5 – 10 заняття).

Мета: цілеспрямоване зниження вираженості виявлених симптомів та характерних станів, зокрема уникнення, вторгнення, збудливості, почуття провини, депресивності та тривожності, а також формування більш адаптивних способів реагування на спогади про втрату та пов'язані з нею емоції [17].

Цей етап є ключовим і передбачає безпечну терапевтичну роботу [28].

На психокорекційному етапі використовуються терапевтичні групи та індивідуальна психотерапія. Групова робота забезпечує умови для емоційного

вираження, підтримки та переосмислення травматичного досвіду через взаємодію з іншими. Водночас індивідуальна психотерапія необхідна з огляду на чутливість теми втрати, переживання провини, наявність травматичних спогадів і різну інтенсивність симптомів, що потребує персоналізованого підходу [37, с. 55]. Поєднання цих форм сприяє врахуванню як групових процесів, так і індивідуальних особливостей переживання травми втрати.

Основний зміст занять психокорекційного етапу

Заняття 5. Психокорекція уникнення

Мета заняття: психокорекція симптому уникнення та його проявів [17].

Хід заняття

- 1. Вступна частина.** Вступна бесіда. Техніка «Безпечне місце».
- 2. Основна частина.** Техніка КПТ-аналіз. Дихання по квадрату. Експозиційна терапія. Щоденник думок та тригерів. Техніка «Тут і тепер» [45].
- 3. Заклучна частина.** Рефлексія. Вправа «Ходьба». Діафрагмальне дихання.

Заняття 6. Психокорекція вторгнення

Мета заняття: психокорекція симптому вторгнення та його проявів [17].

Хід заняття

- 1. Вступна частина.** Вступна бесіда. Техніка «Подушка безпеки».
- 2. Основна частина.** Техніка десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR) [60]. Дихання по квадрату. Техніка переписування травматичного образу. Щоденник думок та тригерів. Техніка «Тут і тепер».
- 3. Заклучна частина.** Рефлексія. Тілесна техніка скиду напруги. Вправа «Метелик».

Заняття 7. Психокорекція збудливості [17]

Мета заняття: психокорекція симптому збудливості та його проявів.

Хід заняття

- 1. Вступна частина.** Вступна бесіда. Техніка «Подушка безпеки».
- 2. Основна частина.** Техніка прогресивної м'язової релаксації. Щоденник думок та тригерів. КПТ-модель “тригер – думка – реакція. Дихання по квадрату. Техніка «Подих дракона» [12]. Техніка «Тут і тепер».
- 3. Заключна частина.** Рефлексія. Тілесна техніка скиду напруги. Вправа «Метелик».

Заняття 8. Психокорекція почуття провини

Мета заняття: психокорекція почуття провини та її проявів [17].

Хід заняття

- 1. Вступна частина.** Вступна бесіда. Техніка «Подушка безпеки».
- 2. Основна частина.** Щоденник думок та тригерів. Когнітивна реструктуризація. Техніка лист загиблого/лист від загиблого. Техніка порожнього стільця. Техніка «Тут і тепер». Техніка прогресивної м'язової релаксації.
- 3. Заклучна частина.** Рефлексія. Тілесна техніка скиду напруги. Вправа «Метелик» [8].

Заняття 9. Психокорекція депресії

Мета заняття: психокорекція депресивних проявів [17].

Хід заняття

- 1. Вступна частина.** Вступна бесіда. Техніка «Безпечне місце».
- 2. Основна частина.** КПТ техніка «А що якщо...». Техніка прогресивної м'язової релаксації [8]. Робота з негативною тріадою Бека (сприйняття себе, інших та увесь світ негативно). Арттехніка «Мій стан – мій вихід» [12]. Поведінкова активація (відновлення діяльності). Техніка малих кроків.
- 3. Заклучна частина.** Рефлексія. Тілесна техніка скиду напруги. Вправа «Метелик».

Заняття 10. Психокорекція тривожності

Мета заняття: психокорекція тривожності [17].

Хід заняття

1. Вступна частина. Вступна бесіда. Техніка «Безпечне місце».

2. Основна частина. Техніка прогресивної м'язової релаксації. Техніка декатастрофізації. Дихання по квадрату. Техніка «Планування тривоги». Арттехніка «Образ моєї тривоги». Дихальна техніка «4-7-8» [8].

3. Заключна частина. Рефлексія. Тілесна техніка скиду напруги. Вправа «Метелик».

3. Інтеграційний етап (11 – 16 заняття).

Мета етапу: включення досвіду втрати в цілісну життєву історію особистості без домінування травматичного компонента, відновлення соціального функціонування, переоцінка цінностей, формування конструктивних життєвих стратегій та образу майбутнього.

На інтеграційному етапі доцільно застосовувати тренінги, бесіди та круглий стіл. Тренінги сприяють розвитку комунікативних умінь, самопідтримки, планування та соціальної компетентності. Бесіди забезпечують усвідомлення особистісних змін, переоцінку цінностей і закріплення досягнутих результатів. Круглий стіл створює безпечний простір для обміну досвідом, взаємного визнання пройденого шляху та підтримки подальшої адаптації [51, с. 13].

Основний зміст занять інтеграційного етапу

Заняття 11. Тренінг інтеграції досвіду втрати. Частина 1

Мета заняття: формування цілісного та безболісного осмислення втрати.

Допоміжні матеріали: аркуші паперу формату А4, кольорові олівці.

Хід заняття

1. Вступ. Вступна бесіда. Дихання по квадрату [8].

2. Основна частина. Техніка «Наративна біографія». Арттехніка «Лінія життя» [12].

3. Рефлексія. Дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?

4. Заключна стабілізаційна техніка. Вправа «Метелик».

Заняття 12. Тренінг інтеграції досвіду втрати. Частина 2

Мета заняття: пошуки життєвих смислів та інтеграція втрати у життєву історію особистості [75].

Допоміжні матеріали: аркуші паперу формату А4, кольорові олівці.

Хід заняття

1. Вступ. Вступна бесіда. Техніка прогресивної м'язової релаксації.

2. Основна частина. Вправа «Лист у майбутнє». Арттехніка «Мій шлях від болю до відновлення».

3. Рефлексія. Дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?

4. Заключна стабілізаційна техніка. Вправа «Метелик».

Заняття 13. Тренінг «Розвиток соціальної компетентності та відновлення зв'язків». Частина 1

Мета заняття: розвиток соціальної компетентності через формування комунікативних навичок [31, с. 99].

Хід заняття

1. Вступ. Вступна бесіда. Дихальна техніка «4-7-8».

2. Основна частина. Вправи для формування комунікативних навичок: «Візуальне відчуття», «Крізь скло», «Диспут», «Карусель». Арттехніка «Мій шлях від болю до відновлення». Рольові програвання складних міжособистісних ситуацій.

3. Рефлексія. Дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?

4. Заключна стабілізаційна техніка. Вправа «Метелик».

Заняття 14. Тренінг «Розвиток соціальної компетентності та відновлення зв'язків». Частина 2

Мета заняття: розвиток соціальної компетентності через формування навичок просити та приймати допомогу і встановлювати кордони [31, с. 117].

Хід заняття

- 1. Вступ.** Вступна бесіда. Дихальна техніка «4-7-8».
- 2. Основна частина.** Арттехніка «Мої кордони». Техніка «Я-повідомлення» для формулювання незгоди через власні почуття та формулювання чітких запитів на отримання допомоги. Дихання по квадрату.
- 3. Рефлексія.** Дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?
- 4. Заключна стабілізаційна техніка.** Вправа «Метелик».

Заняття 15. Бесіда «Переоцінка цінностей і життєвих пріоритетів».

Мета заняття: формування нових цінностей та життєвих пріоритетів.

Хід заняття

- 1. Вступ.** Вступна бесіда. Дихальна техніка «4-7-8».
- 2. Основна частина.** Обговорення ролі цінностей у житті людини. Арттехніка «Карта цінностей». Вправа «Що я хочу нести далі». Техніка Ікігай для пошуку сенсу життя. Дихання по квадрату.
- 3. Рефлексія.** Дякую за участь у нашій зустрічі. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?
- 4. Заключна стабілізаційна техніка.** Вправа «Метелик».

Заняття 16. Круглий стіл «Планування майбутнього і завершення програми».

Мета заняття: закріплення досягнутих змін, підведення підсумків, формування індивідуального плану самопідтримки й профілактики рецидиву симптомів [21, с. 20].

Хід заняття

1. Вступ. Вступна бесіда. Дихальна техніка «4-7-8».

2. Основна частина. Пояснення. Що таке індивідуальний план відновлення (див. дод. Е). Фіксація досягнутих змін. Визначення актуальних потреб. Виділення ефективних технік та форм самодопомоги [21]. Структурування та записування індивідуального плану за напрямками: щоденні практики; дії при погіршенні стану; до кого звертатися по допомогу; ознаки, що сигналізують про потребу додаткової допомоги; техніки відновлення ресурсу. Техніка «Карта тригерів і способів самодопомоги».

3. Рефлексія. Що для вас було найважчим? Що було важливим відкриттям? З яким станом ви завершуєте?

4. Заключна частина. Вправа «Метелик». Дякую за довіру та участь у програмі. Формулювання наміру на майбутнє. Фінальна фіксація результатів програми: Що ви отримали? Що берете з собою?

Апробація програми психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати

Апробацію програми «Шлях відновлення» проведено в умовах реабілітаційного центру за участю військовослужбовців, які пережили втрату [7]. Для вивчення її ефективності здійснено повторну психодіагностику із застосуванням тих самих методик, що й під час первинного обстеження, а також використано методи математичної статистики для обробки та інтерпретації результатів (див. підрозділ 2.1).

Аналіз змін здійснювався через порівняння середніх значень і стандартних відхилень за всіма використаними методиками, що дозволило виявити загальну динаміку показників і оцінити однорідність вибірки після психокорекційного впливу [19]. Узагальнені результати первинного і повторного дослідження подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Описові статистичні показники та різниця між ними результатів

первинного та повторного дослідження

Методика	Первинне дослідження		Повторне дослідження		Зміна середнього арифметич.	Зміна стандарт. відхилення
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ		
Міссісіпська шкала	122,20	17,42	112,00	16,44	-10,20	-0,98
Опитувальник Котєнєва	109,52	31,51	85,52	14,82	-24,00	-16,69
Шкала депресії Бека	25,36	11,59	17,52	11,38	-7,84	-0,21
Реактивна тривожність	58,92	8,38	48,36	7,21	-10,56	-1,17
Особистісна тривожність	50,56	6,70	45,44	5,73	-5,12	-0,97

Міссісіпська шкали ПТСР. Після впровадження програми середній показник зменшився на 10,2 бала, що статистично відображає зниження інтенсивності посттравматичних проявів. У психологічному вимірі це свідчить про зменшення травматичної напруги, зменшення нав'язливих переживань, емоційної гіперактивації та внутрішнього виснаження, пов'язаного з переживанням втрати [19].

Стандартне відхилення за шкалою зменшилося на 0,98, що свідчить про незначне скорочення варіативності результатів. Хоча група залишилася відносно неоднорідною, розкид показників дещо зменшився. Це відображає позитивну, але нерівномірну динаміку: у частини учасників зміни були більш вираженими, у інших – помірними. Така картина є психологічно обґрунтованою, оскільки інтенсивність посттравматичних реакцій у військовослужбовців визначається не лише фактом втрати, а й індивідуальними ресурсами, рівнем особистісної значущості втрати, бойовим досвідом і часом після травматичної події [28].

Кількісні дані змін за Міссісіпською шкалою після апробації програми зображені на рисунку 3.1.

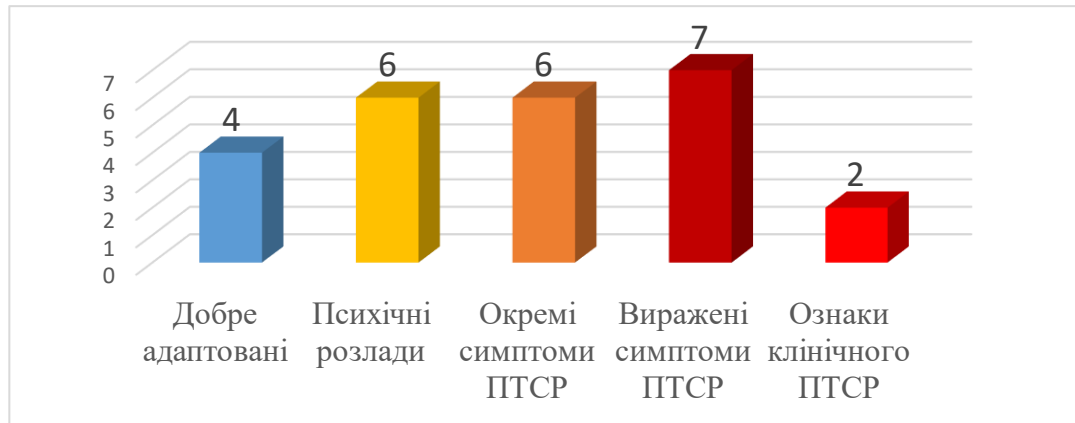


Рис. 3.1 Результати Міссісіпської шкали ПТСР після апробації програми

Опитувальник Котєнєва. У повторному дослідженні середній показник знизився на 24,0 бали, що є найбільш вираженою позитивною зміною серед усіх методик. Це вказує на суттєве послаблення постстресового напруження, зменшення емоційного перевантаження, внутрішньої дезорганізації та проявів психічного виснаження і травматичних реакцій [19].

Стандартне відхилення зменшилося на 16,69, що свідчить про підвищення однорідності результатів і зниження варіативності постстресових проявів у вибірці. У психологічному аспекті це означає, що програма вплинула не лише на середній рівень симптоматики, а й забезпечила емоційну стабілізацію учасників, зменшивши інтенсивність дезадаптивних реакцій [27].

Кількісні показники змін за опитувальником Котєнєва після впровадження програми представлені на рисунку 3.2.

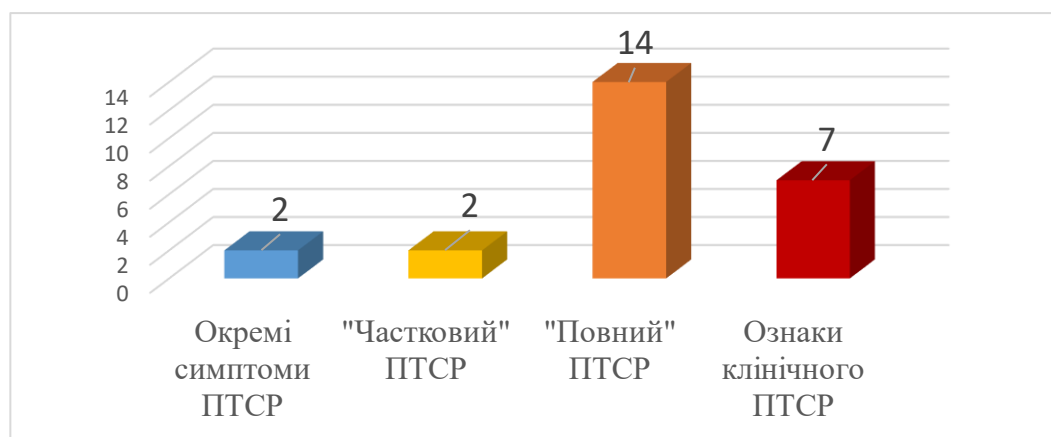


Рис. 3.2 Результати опитувальника Котєнєва після апробації програми

Шкала депресії Бека. Після апробації програми середній показник зменшився на 7,84 бали, що вказує на чітку позитивну динаміку. Психологічно це проявляється у зниженні рівня пригніченості, безнадійності, внутрішнього спустошення, емоційного виснаження та песимістичних уявлень про майбутнє.

Стандартне відхилення за шкалою Бека змінилася всього на 0,21 у повторному дослідженні, що вказує на збереження стабільної варіативності показників між учасниками. Попри зниження середнього рівня депресивної симптоматики, індивідуальні відмінності залишилися вираженими. Таким чином, програма сприяла загальному зменшенню депресивних проявів, але не усунула різницю між військовослужбовцями з різним ступенем їх вираженості, оскільки глибинні особистісно-смыслові процеси змінюються поступово [73].

Кількісна динаміка змін за шкалою депресії Бека після реалізації програми відображена на рисунку 3.3.

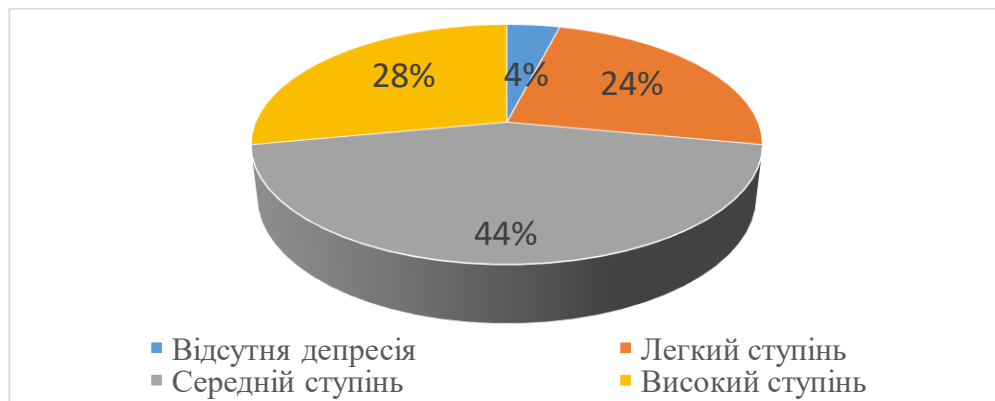


Рис. 3.3 Результати шкали депресії Бека після апробації програми

Реактивна тривожність. Після впровадження програми показник знизився на 10,56 балів, що свідчить про виражену позитивну динаміку: зменшення ситуативної тривоги, послаблення відчуття загрози, зниження емоційного перенапруження та покращення саморегуляції в умовах стресу.

Стандартне відхилення також скоротилося на 1,17, що вказує на більш однорідний емоційний стан групи. Це підтверджує, що програма [34] сприяла загальній емоційній стабілізації та зменшенню інтенсивних тривожних реакцій.

Кількісні зміни рівня реактивної тривожності за шкалою Спілберга після

реалізації програми відображено на рисунку 3.4.

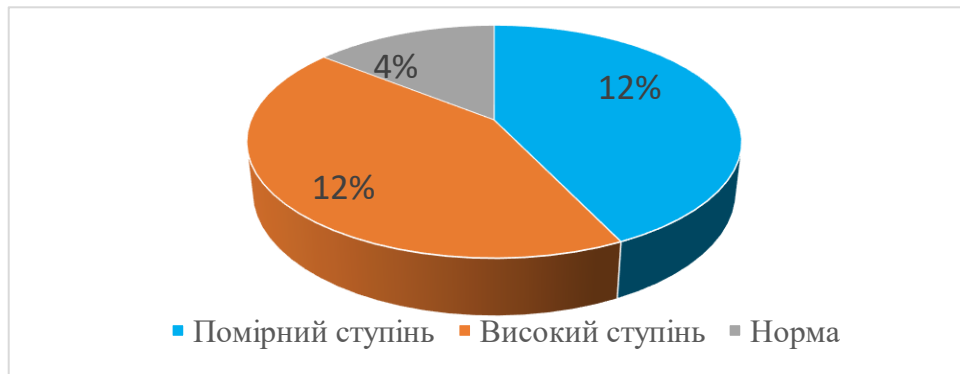


Рис. 3.4 Результати шкали Спілберга (PT) після апробації програми

Особистісна тривожність. У повторному вимірюванні середній рівень особистісної тривожності зменшився на 5,12 бали, що свідчить про позитивну, хоча й менш виражену динаміку порівняно з реактивною тривожністю. З психологічної точки зору це означає послаблення хронічної настороженості, зниження внутрішньої напруги та менш виражену схильність до тривожного сприйняття подій [42].

Стандартне відхилення також скоротилося на 0,97, що вказує на зменшення варіативності показників у групі та більшу однорідність результатів після впровадження програми. Це підтверджує її вплив не лише на ситуативні стани, а й на глибші механізми тривожного реагування. Водночас менш інтенсивне зниження особистісної тривожності є закономірним, оскільки ця характеристика змінюється повільніше, ніж актуальний емоційний стан.

Зміни показників особистісної тривожності за шкалою Спілберга після впровадження програми подано на рисунку 3.5.

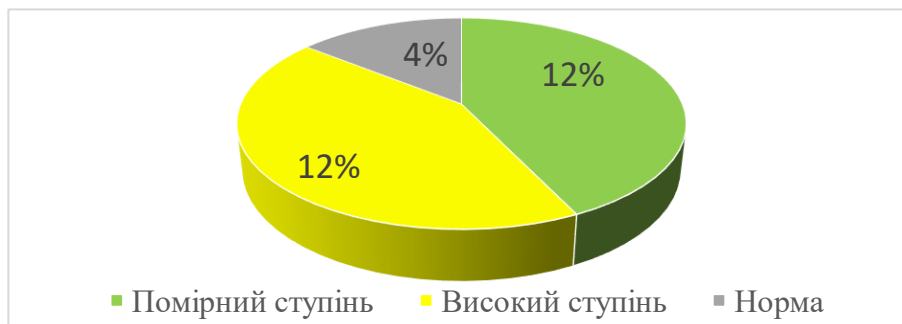


Рис. 3.5 Результати шкали Спілберга (OT) після апробації програми

Кореляційний аналіз результатів повторного дослідження [19]

З метою уточнення структури взаємозв'язків між ключовими психологічними показниками після апробації програми було повторно проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена для пар змінних: ПТСР – особистісна тривожність, ПТСР – депресія, ПТСР – травматичний стрес, а також депресія – особистісна тривожність. Показник ПТСР визначався за Міссісіпською шкалою, тоді як рівень травматичного стресу оцінювався за опитувальником І. О. Котеньова. (див. табл. 3.2) [32]

Таблиця 3.2.

Кореляційні зв'язки між показниками повторного дослідження

Показники	Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ)	Ймовірність випадковості зв'язків (p)
ПТСР – депресія	0,78	$p < 0,001$
ПТСР – особистісна тривожність	0,36	$p = 0,074$
Депресія – особистісна тривожність	0,16	$p = 0,437$
ПТСР – травматичний стрес	0,85	$p < 0,001$

ПТСР і особистісна тривожність. У повторному дослідженні коефіцієнт майже не змінився ($\rho_s = 0,36$; $p = 0,074$), що свідчить про збереження помірного прямого зв'язку на рівні статистичної тенденції.

ПТСР і депресія. У повторному дослідженні зберігається сильний прямий кореляційний зв'язок ($\rho_s = 0,780$; $p < 0,001$), хоча його інтенсивність дещо зменшилася порівняно з первинним вимірюванням [27].

ПТСР і травматичний стрес. У повторному дослідженні коефіцієнт кореляції зменшився до $\rho_s = 0,780$ ($p < 0,001$), однак залишився сильним і статистично значущим. Це свідчить, що взаємозв'язок між ПТСР і травматичним стресом після апробації програми зберігається.

Депресія і особистісна тривожність. Кореляція між депресією і особистісною тривожністю у повторному дослідженні виявилася на рівні

слабкої прямої тенденції.

Порівняння первинного і повторного досліджень показує, що після апробації програми загальна кореляційна структура зберігається, однак окремі зв'язки змінюють свою інтенсивність. У психологічному плані це означає, що апробація програми найбільш відчутно вплинула на ті ланки психічного стану, які безпосередньо пов'язані з переживанням травми та її емоційними наслідками, тоді як більш глибокі особистісні характеристики виявилися менш чутливими до змін [26].

Порівняльний аналіз результатів первинної та повторної психодіагностики виявив позитивні зміни за всіма ключовими показниками, окресленими в гіпотезі. Після впровадження психокорекційної програми спостерігається зниження рівня посттравматичних проявів (за Міссісіпською шкалою), травматичного стресу (за методикою І. О. Котеньова), депресивних симптомів (за шкалою А. Т. Бека), а також особистісної тривожності.

Отримані результати свідчать про зменшення емоційного дистресу, послаблення психічної напруги та часткову стабілізацію психологічного стану військовослужбовців, які зазнали втрати [28]. Таким чином, психокорекційний вплив продемонстрував ефективність і підтвердив гіпотезу щодо зниження рівнів ПТСР, стресу, депресії та особистісної тривожності.

3.2. Рекомендації для практичних психологів з ефективності психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі втрати

Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали досвіду втрати полягають у врахуванні специфіки переживання травми втрати військовими, їх особистого досвіду, психоемоційного стану, особистісних характеристик та своєрідності їхньої поведінки [42].

Насамперед слід враховувати специфіку самої травми втрати. Переживання втрати у військовому контексті має специфічний характер і суттєво відрізняється від цивільного, оскільки відбувається в умовах постійної

небезпеки, фізичного та сенсорного перевантаження, хронічного виснаження й обмежених можливостей для емоційного вираження та прощання. Загалом травма втрати у військових має багатовимірний характер і поєднує прояви горя, посттравматичних реакцій, емоційної дизрегуляції, змін ідентичності та порушень соціального функціонування (див. підрозділ 1.2) [70].

Важливим орієнтиром у побудові психологічної допомоги виступає психоемоційний стан військовослужбовця. Переживання втрати в умовах бойових дій часто супроводжується внутрішньою напругою, порушенням сну, нав'язливими спогадами, підвищеною пильністю, униканням, дратівливістю, тривогою, депресивними проявами та труднощами регуляції емоцій. Водночас ці симптоми можуть бути приховані за зовнішньою зібраністю та функціональністю, що створює ілюзію стабільності.

У зв'язку з цим психолог має враховувати не лише зміст вербалізованих переживань, а й непрямі прояви стану: зміни інтонації, виснаження, відчуженість, труднощі концентрації, надмірний самоконтроль або імпульсивність. Особливої уваги потребують випадки поєднання горя з посттравматичними симптомами. За наявності флешбеків, гіперзбудження, уникання, агресії чи провини психологічна допомога повинна одночасно забезпечувати підтримку в переживанні втрати та цілеспрямоване зниження посттравматичного дистресу [11].

Ефективність психологічної допомоги значною мірою залежить від урахування індивідуального досвіду військовослужбовця та його особистісно-психологічних особливостей [64]. Навіть подібна за зовнішніми проявами втрата може набувати різного психологічного змісту та реакцій залежно від близькості стосунків із загиблим, обставин смерті, можливості попроситися, попереднього бойового та травматичного досвіду, сімейних стосунків, рівня психологічної стійкості, типу емоційної регуляції, способів реагування на стрес і системи переконань. Тому психологічна допомога повинна ґрунтуватися на всебічному аналізі індивідуального переживання, що

передбачає виявлення центрального психотравмуючого досвіду, осмислення значень, які людина надає втраті, а також визначення провідних захисних механізмів і наявних особистісних ресурсів [27].

Практичним психологам дуже важливо також розуміти психологічні правила, яких змушені дотримуватися військовослужбовці. Це дозволить врахувати можливі наслідки цих правил на клієнта та його поведінку, та підвищити ефективність психологічної допомоги [52].

Перше правило – **жодних почуттів та емоцій**. Все, що не допомагає вижити та виконати бойове завдання, військові повинні відкидати.

Друге правило – **зупинка в умовах невизначеності або хаосу**. У ситуаціях, коли події стають незрозумілими чи виходять за межі звичного, необхідно припинити будь-які дії, завмерти та перейти до уважного сприймання навколишнього середовища.

Третє правило – **реагуй, коли тобі щось загрожує**. В зоні бойових дій ніколи думати, а потрібно реагувати (стріляти) на все, що загрожує – кожен несподіваний звук чи рух.

Четверте правило – **нікому та нічому не довіряй**. Навіть, якщо хтось пропонує тобі їжу, ти зупиняєшся і шукаєш відповіді на питання: чи довкола безпечно? чи ця їжа безпечна? чи в цьому немає пастки?

П'яте правило – **плануй завжди заздалегідь**. Де б ти не знаходився, ти складаєш план відходу: куди йти, де заховатись [52].

Шосте правило – **довіряй тільки перевіреним друзям**. Вся довіра ґрунтується лише на особистому досвіді, а не зі слів інших.

Ці правила зумовлюють поступове емоційне виснаження, зниження здатності до емпатії, послаблення емоційних реакцій, відчуження від власних переживань, перебування в стані постійної напруги та гіперпильності. Також вони визначають фундаментальний етап у роботі з військовослужбовцями, без якого неможливо розраховувати на успіх та ефективність психологічної допомоги. Йдеться про встановлення довірчих, психотерапевтичних стосунків

з клієнтом.

У роботі з військовослужбовцями встановлення рапорту є тривалим і ресурсозатратним процесом. Зазвичай для цього потрібно кілька зустрічей (приблизно 4–6), однак такі витрати часу є виправданими, адже ефективність подальшої психологічної допомоги безпосередньо залежить від рівня довіри між фахівцем та клієнтом [70].

Ефективність психологічного консультування військовослужбовців значною мірою визначається і здатністю фахівця обрати адекватні форми та методи роботи з урахуванням специфіки переживання втрати.

Сучасна психологічна практика налічує велику кількість підходів і шкіл, що застосовуються у різних країнах. Водночас спеціалізованих «військових» технологій психологічної допомоги не існує, що зумовлює необхідність використання науково обґрунтованих підходів до роботи з травмою втрати. До них належать когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, тілесно-орієнтовані методи, арттерапія, експозиційна терапія та окремі техніки нейролінгвістичного програмування [68].

Важливо також на початковому етапі взаємодії сформулювати реалістичні очікування клієнта, підкреслюючи, що психологічна допомога не передбачає «швидких рішень», а є процесом поступових змін і активної внутрішньої роботи.

Окрім цього, спілкування з учасниками бойових дій має свої табу, які слід враховувати. Не рекомендується психологу примушувати клієнта розповідати про війну; зупиняти його, коли говорить; оцінювати чи засуджувати почуте; використовувати фрази типу «Війна – це пекло», «Так, я розумію»; давати рекомендації без згоди клієнта; порівнювати досвід клієнта з власним досвідом; придушувати переживання клієнта [11].

Таким чином, враховуючи все вище сказане, узагальнені рекомендації для психологів можна сформулювати наступним чином.

**Узагальнені рекомендації для практичних психологів з
ефективності психологічної допомоги військовослужбовцям при травмі
втрати**

- Психологічну допомогу військовослужбовцям при травмі втрати слід будувати з урахуванням того, що їхнє горювання відбувається в умовах бойового стресу, хронічного виснаження, небезпеки та обмежених можливостей для емоційного вираження.
- У роботі важливо враховувати не лише озвучені переживання, а й непрямі індикатори психоемоційного стану: виснаження, відчуженість, зміни інтонації, труднощі концентрації, надмірний самоконтроль або імпульсивність.
- У випадках поєднання горювання з посттравматичною симптоматикою допомога має одночасно підтримувати проживання втрати і знижувати посттравматичний дистрес.
- Ефективність психологічної допомоги значною мірою залежить від урахування індивідуального досвіду військовослужбовця, його особистісних особливостей, попереднього травматичного досвіду, рівня стресостійкості та актуального життєвого контексту.
- Психологу доцільно враховувати, що емоційна стриманість, настороженість, труднощі довіри чи жорсткість реагування часто є не опором допомозі, а наслідком бойової адаптації.
- Обов'язковою умовою ефективної роботи є поступове формування терапевтичного альянсу, оскільки довіра у взаємодії з військовослужбовцем нерідко вибудовується повільно й потребує кількох зустрічей.
- Доцільно використовувати науково обґрунтовані методи психологічної допомоги, зокрема КПТ, EMDR, тілесно-орієнтовані підходи, арттерапію та експозиційні техніки, добираючи їх відповідно до стану й запиту клієнта.

- На початку роботи важливо формувати реалістичні очікування щодо допомоги, пояснюючи, що відновлення після травми втрати є поступовим процесом, а не швидким усуненням симптомів.
- У взаємодії з військовослужбовцями психологу необхідно дотримуватися комунікативної обережності, уникати фраз, запитань та оцінних суджень, які можуть знецінювати бойовий досвід, посилювати недовіру, провину чи внутрішню напругу.

ВИСНОВКИ

Резюмуючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що поставленої мети було досягнуто, а саме – вивчено психологічні особливості переживання травми втрати у військовослужбовців та обґрунтовано напрями їх психологічної допомоги. У ході дослідження було підтверджено, що травма втрати у військових є складним багатовимірним феноменом, який формується в умовах бойових дій та поєднує прояви горя, посттравматичного і травматичного стресу, тривожності, депресивних переживань, емоційного виснаження, почуття провини та труднощів адаптації.

У процесі емпіричного дослідження нами було виявлено та підтверджено статистичні зв'язки між показниками таких дослідних змінних:

- між показниками посттравматичних реакцій і депресії існує сильний статистично значущий прямий зв'язок;
- між показниками посттравматичних реакцій і травматичного стресу існує сильний статистично значущий прямий зв'язок;
- між показниками посттравматичних реакцій і реактивної тривожності виявлено статистично значущий прямий зв'язок;
- між показниками посттравматичних реакцій і особистісної тривожності простежується пряма залежність на рівні статистичної тенденції.

На основі підтвердження зазначених зв'язків та результатів описового статистичного аналізу нам вдалося підтвердити гіпотезу дослідження про те, що психокорекційний вплив дозволить знизити рівень посттравматичного стресового розладу, стресу, депресії та особистісної тривожності у військовослужбовців, які пережили травму втрати.

Водночас, нам вдалося встановити, що

- переживання втрати військовослужбовцями має специфічний характер порівняно з цивільним контекстом, оскільки відбувається в

умовах постійної загрози життю, повторюваності втрат, дефіциту часу на проживання горя та обмежених можливостей соціальної підтримки;

- травма втрати у військових часто набуває форми відкладеного горювання, що ускладнює її психологічне опрацювання;
- втрата у бойових умовах нерідко поєднується з моральною травмою, почуттям провини вцілілого, емоційним онімінням, порушенням довіри та кризою особистісної ідентичності;
- наслідки травми втрати охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову, міжособистісну та екзистенційну сфери психічного функціонування військовослужбовця.

Таким чином, у теоретичній частині роботи було з'ясовано, що проблема втрати і горя загалом достатньо висвітлена у психологічній науці, однак особливості переживання саме травми втрати військовослужбовцями в умовах бойових дій та практичні підходи до надання їм системної психологічної допомоги залишаються недостатньо розробленими. Теоретичний аналіз дозволив обґрунтувати, що у військовому контексті втрата набуває особливої психотравмувальної сили, оскільки поєднується з бойовим стресом, загрозою життю, неможливістю повноцінного прощання та необхідністю продовжувати функціонування в екстремальних умовах.

У зв'язку з цим емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення інтенсивності посттравматичних і травматичних проявів, депресії та тривожності у військовослужбовців, які пережили втрату. Отримані результати поглибили розуміння психологічної структури травми втрати у цієї категорії осіб і підтвердили, що її перебіг визначається сукупною дією кількох взаємопов'язаних чинників, а отже потребує багаторівневої психологічної допомоги.

На основі теоретичних положень і результатів емпіричного дослідження було розроблено програму психологічної допомоги військовослужбовцям при

травмі втрати «Шлях відновлення», спрямовану на зниження інтенсивності посттравматичної симптоматики, тривожних і депресивних проявів, опрацювання почуття провини, відновлення психологічної рівноваги, життєстійкості та здатності до подальшої адаптації. Апробація програми засвідчила її практичну ефективність. Після впровадження програми середній показник за Міссісіпською шкалою ПТСР знизився на 10,2 бали, за опитувальником Котеньова – на 24,0 бали, за шкалою депресії Бека – на 7,84 бали, рівень реактивної тривожності – на 10,56 бали, а особистісної тривожності – на 5,12 бали.

Отже, результати дослідження розширили і поглибили наукове розуміння психологічних особливостей переживання травми втрати військовослужбовцями, а також підтвердили доцільність розроблення спеціалізованих програм допомоги для цієї категорії осіб.

Обмеженням даного дослідження може виступати специфіка досліджуваної групи, пов'язана з пережитим бойовим досвідом і втратою, яка зумовлює високу індивідуальну варіативність психологічних проявів.

Подальші дослідження можуть бути спрямовані на розширення вибірки, вивчення віддалених наслідків травми втрати, порівняння особливостей переживання різних видів втрат у військовому середовищі, а також на поглиблене вивчення ефективності окремих методів психологічної допомоги та довготривалих результатів психокорекційних програм.

За результатами та висновками проведеного дослідження можемо сформулювати загальну практичну рекомендацію: психологічна допомога військовослужбовцям при травмі втрати має будуватися на засадах поетапності, обережності, професійної чутливості, довіри й комплексного впливу на емоційну, когнітивну, поведінкову та смислову сфери особистості. Лише за таких умов вона може бути справді ефективною, безпечною та відновлювальною для військовослужбовця, який пережив втрату.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Організація і забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців: навч. посіб. – Київ, 2017. – 134 с.
2. Атаманчук Н. М. Кризова психологія : конспект лекцій : навч. посіб. для студентів спеціальності 053 «Психологія» денної та заочної форм підготовки / уклад. Н. М. Атаманчук. – Полтава: ПНПУ ім. В. Г. Короленка, 2023. – 142 с.
3. Бабелюк О. В., Гоцуляк Н. Є. Психологія травмуючих ситуацій : навч.-метод. посіб. – Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня “Рута”», 2021. – 110 с.
4. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. – Київ : Талком, 2016. – 246 с.
5. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології: навч. посіб. / Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2020. – 272 с.
6. Бондаренко Н. В., Галицький В. П. Різноманітність реакцій на травматичні події. – Український психологічний журнал. – 2022. – Т. 4, № 1. – С. 28–37.
7. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. – Хмельницький: Вид-во «Поліграфіст», 2018. – 372 с.
8. Бріер Д., Скотт К. Основи травмо-фокусованої психотерапії / пер. з англ. Ю. Ясницької. – Львів: Свічадо, 2015. – 448 с.
9. ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. А. Цвіри. – Харків: Vivat, 2022. – 624 с.
10. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали ІХ Міжнар. наук.-практ. конф., 25–26 жовт. 2024 р. / за ред. І. В. Данилюка, Т. М. Траверсе. – Київ : Ліра-К, 2024. – 370 с.
11. Власенко І. А., Вінник Н. Д. Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція, подолання. – Теорія і практика сучасної психології. –

2019. – № 3. – С. 33–37.
12. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми: практ. посіб. – Вид. 2-ге, випр. та доповн. – Київ : Золоті ворота, 2016. – 202 с.
 13. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. – Юридична психологія. – 2022. – № 1 (30). – С. 22–28.
 14. Гончаренко Н. А., Іванов М. І. Сучасні методики лікування ПТСР: ефективність і перспективи. – Український психотерапевтичний журнал. – 2012. – Т. 7, № 3. – С. 100–112.
 15. Денисенко Т., Іванова Ю. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. – Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2016. – Т. 5, № 1. – С. 43–52.
 16. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. / О. М. Кокун, В. В. Клочков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – Київ: Центр учбової літератури, 2023. – 146 с.
 17. Інструкція. Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в бойових (екстремальних) умовах / Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. – Київ: Центр учбової літератури, 2023. – 44 с.
 18. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії : навч.-метод. посіб. – Ч. 1. – Львів: ЛьвДУВС, 2020. – 232 с.
 19. Климчук В. О. Математичні методи у психології: навч. посіб. для студент. психологічних спеціальностей. – Київ: Освіта України, 2009. – 288 с.
 20. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 125 с.
 21. Ковалик Т., Чоботарь В., Гуковський О. Посібник самодопомоги / ред. В.

- Загорський. – Чернівці : ГО «Справа Кольпінга в Україні», 2021. – 24 с.
22. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. – Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. – 301 с.
 23. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій: метод. посіб. – Київ; Одеса: Фенікс, 2022. – 88 с.
 24. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. – Київ : ТОВ «7БЦ», 2023. – 148 с.
 25. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. – Харків: ФОП Бровін О. В., 2018. – 488с
 26. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. – Харків : НА НГУ, 2021. – 75 с.
 27. Кузьо О. Основи психологічної практики : навч. посіб. – Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. – 124 с.
 28. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. / за ред. М. І. Мушкевич. – Вид. 3-тє. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с.
 29. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – Київ: КНТ, 2023. – 168 с.
 30. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. – Т. 1 / заг. ред. Н. Пророк. – Київ, 2018. – 208 с.
 31. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. – Т. 2 / заг. ред. Л. Царенко. – Київ, 2018. – 240 с.
 32. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. – Т. 3 / заг. ред. Л. Гридковець. – Київ, 2018. – 236 с.
 33. Панграцці А. Допоможи мені сказати прощай. – Львів : УКУ, 2016.

34. Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультавання : навч. посіб. / за заг. ред. В. Г. Панка, І. М. Зварича. – Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. – 384 с.
35. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах : навч.-метод. посіб. / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко. – Львів : АСВ, 2014. – 140 с.
36. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях : навч.-практ. посіб. / за заг. ред. О. А. Моргунова ; О. І. Федоренко та ін. ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків : ХНУВС, 2022. – 84 с.
37. Практикум з індивідуального психологічного консультавання військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей : навч.-метод. посіб. / С. М. Хоружий, Н. С. Лозінська, І. О. Пішко, В. О. Олійник, М. В. Сириця. – Київ : Центр учбової літератури, 2023. – 90 с.
38. Практикум із групової психокорекції : підручник / С. Д. Максименко, О. О. Прокоф'єва, О. В. Царькова, О. В. Кочкурова. – Мелітополь : Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», 2015. – 414 с.
39. Практичний курс військової психології: навч. посіб. – Ч. 2. – Київ: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, 2013. – 172 с.
40. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності : посібник / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько ; за заг. ред. І. І. Приходька. – Харків : НА НГУ, 2018. – 40 с.
41. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. / О. М. Кокун, В. М. Мороз, Н. С. Лозінська, І. О. Пішко. – Київ : КНТ, 2023. – 302 с.
42. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення: метод. посіб. – Київ : Центр учбової літератури, 2023. – 283 с.

43. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання за спеціальністю 053 «Психологія» / О. Г. Романовський, А. І. Черкашин, Л. М. Грень та ін. – Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. – 356 с.
44. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. – Київ: Кондор, 2005. – 276 с.
45. Романчук О. КПТ: робота з втратою : слайди навчального курсу УІКПТ. – [б. м.]: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2016.
46. Савенкова І. І. Клінічна психологія : навч. посіб. – Херсон : ООО «Айлант», 2018. – 302 с.
47. Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 9–10 квіт. 2018 р. / редкол.: В. Л. Погребна, Н. В. Островська, І. Ю. Тонкіх та ін. – Дніпро: ЛІРА, 2018. – 582 с.
48. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / кол. авт. ; за заг. ред. В. Осьодла. – Вид. 2-ге, доповн. – Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. – 484 с.
49. Теорія та практика психологічної допомоги військовим ТрО та членам їхніх сімей : навч. посіб. / за наук. ред. Л. А. Опанасенко. – Миколаїв : Іліон, 2023. – 172 с.
50. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія : навч. посіб. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 155 с.
51. Я повернувся : психологічний poradник / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України ; Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко, О. В. Еверт. – Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 20 с.
52. Ягупов В. В. Військова психологія: методологія, теорія та практика: підручник. – Київ : Psychobook, 2023. – 517 с.
53. Bonanno G. A. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. – American

- Psychologist. – 2004. – Vol. 59, no. 1. – P. 20–28.
54. Foa E. B., Hembree E. A., Rothbaum B. O. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. – New York : Oxford University Press, 2019. – 204 p.
 55. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. – New York : Basic Books, 2015. – 336 p.
 56. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. – NG116. – London : NICE, 2018. – 72 p. – Rev. 2025.
 57. Neimeyer R. A. Techniques of Grief Therapy. – [S. l. : s. n., n. d.].
 58. Platyniuk O. B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. – Journal of Education, Health and Sport. – 2020. – Vol. 10, no. 12. – P. 359–364.
 59. Prykhodko I., Matsehora Y., Kolesnichenko O. Psychological First Aid for Military Personnel in Combat Operations: The Ukrainian Model. – Military Behavioral Health. – 2021. – Vol. 9, no. 3. – P. 289–296. – DOI: <https://doi.org/10.1080/21635781.2020.1864530>
 60. Rost C., Munker-Kramer E. EMDR nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen: EEI – EMDR Early Intervention // Rost C. EMDR zwischen Struktur und Kreativität. – 2016. – S. 170–200.
 61. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с. – URL: https://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf (дата звернення: 21.04.2026).
 62. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. – Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. – 2023. – № 3. – С. 7–12. – DOI: <https://doi.org/10.32782/psyvisnyk/2023.3.1> (дата звернення: 21.04.2026).

63. Босс П. Втрата, травма та резильєнтність. Терапевтична робота з невизначеною втратою. – [б. м.], 2024. – 215 с. – URL: https://psyaid.center/category/books/#flipbook-df_17529/158/ (дата звернення: 21.04.2026).
64. Войтович М. В. Психологічні особливості горювання. – Актуальні проблеми психології. – 2019. – Т. 5, вип. 19. – С. 10–23. – URL: https://lib.iitta.gov.ua/721340/1/Voitovich_M_V_2019_Psychological_features_of_the_grief_proc-1-14.pdf (дата звернення: 21.04.2026).
65. Герасименко Л. О. Розлади адаптації та реакції на стрес. – НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2022. – Вип. 9–10 (137). – С. 18–20. – URL: <http://surl.li/ohlvtq> (дата звернення: 21.04.2026).
66. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. – Український медичний часопис. – 2019. – 22 лип. – URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 21.04.2026).
67. Каряка І. В., Фартушна С. Психологічні чинники виникнення депресії у військовослужбовців. – Вісник Національного університету оборони України. – 2019. – Вип. 3 (53). – С. 70–76. – URL: <https://dspace.nau.edu.ua/handle/NAU/40957> (дата звернення: 21.04.2026).
68. Королович О. В. Феноменологія горювання військових в контексті посттравматичного зростання. – Габітус. – 2025. – Вип. 74. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.74.40> (дата звернення: 21.04.2026).
69. Коструба Н. С. Психічне здоров'я військовослужбовців. – Психологічні перспективи. – 2023. – № 41. – URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/22626/1/Психологічні_перспективи_№%2b41_2023-120-132.pdf (дата звернення: 21.04.2026).
70. Медведєва О. В. Психологічні особливості переживання горя під час воєнних дій. – Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах

- воєнного стану : зб. наук. праць Харківського національного університету внутрішніх справ. – Харків, 2022. – С. 205–207. – URL: <http://surl.li/xadirq> (дата звернення: 21.04.2026).
71. Мирончак К. В. Вплив переживання втрати на самоефективність військових. – Проблеми політичної психології. – 2017. – Вип. 6. – С. 133–141. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pppr_2017_6_13 (дата звернення: 21.04.2026).
72. Мирончак К. В. Етапи переживання втрати як орієнтир для соціально-психологічного супроводу особистості. – Scientific Studios on Social and Political Psychology. – 2021. – Вип. 48 (51). – С. 68–75. – DOI: 10.33120/sssppj.vi48(51).239. – URL: <http://surl.li/txphxu> (дата звернення: 21.04.2026).
73. Неймаєр Р. А. Терапія горя / пер. та адапт. В. Зливков, С. Лукомська. – Київ, 2021. – 259 с. – URL: <http://surl.li/gichg> (дата звернення: 21.04.2026).
74. Панок В. Г., Предко В. В. Посткризовий розвиток: психологічні аспекти допомоги військовим. – Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. – 2024. – Т. 35 (74), № 3. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.3/04> (дата звернення: 21.04.2026).
75. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медико-психологічної, психіатричної допомоги: зб. напрацювань і адаптованих матеріалів з досвіду діяльності Гарячої лінії кризової підтримки Українського ветеранського фонду / О. В. Лашко та ін. – 2023. – 38 с. – URL: <https://veteranfund.com.ua/doc/putivnik.pdf> (дата звернення: 21.04.2026).
76. Синякова В. Особливості психологічного супроводу військовослужбовців після повернення. – Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2025. – Вип. 23. – С. 153–159. – DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2025.23.18> (дата звернення: 21.04.2026).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

**Середнє арифметичне та стандартне відхилення за результатами
Міссісіпської шкали ПТСР (військовий варіант)**

№ з/п	Респондент	Сума балів	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення
1	Респондент 1	133	122,2	17,41885951
2	Респондент 2	112		17,42
3	Респондент 3	148		
4	Респондент 4	135		
5	Респондент 5	115		
6	Респондент 6	113		
7	Респондент 7	148		
8	Респондент 8	126		
9	Респондент 9	103		
10	Респондент 10	130		
11	Респондент 11	113		
12	Респондент 12	120		
13	Респондент 13	130		
14	Респондент 14	130		
15	Респондент 15	90		
16	Респондент 16	80		
17	Респондент 17	110		
18	Респондент 18	142		
19	Респондент 19	100		
20	Респондент 20	147		
21	Респондент 21	133		
22	Респондент 22	115		
23	Респондент 23	121		
24	Респондент 24	130		
25	Респондент 25	131		

ДОДАТОК Б

**Середнє арифметичне та стандартне відхилення за результатами
опитувальника травматичного стресу Котеньова**

№ з/п	Респондент	Сума балів	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення
1	Респондент 1	140	109,52	31,5080942
2	Респондент 2	120		31,51
3	Респондент 3	130		
4	Респондент 4	160		
5	Респондент 5	83		
6	Респондент 6	81		
7	Респондент 7	162		
8	Респондент 8	88		
9	Респондент 9	70		
10	Респондент 10	90		
11	Респондент 11	81		
12	Респондент 12	90		
13	Респондент 13	140		
14	Респондент 14	130		
15	Респондент 15	65		
16	Респондент 16	60		
17	Респондент 17	78		
18	Респондент 18	160		
19	Респондент 19	89		
20	Респондент 20	120		
21	Респондент 21	125		
22	Респондент 22	100		
23	Респондент 23	100		
24	Респондент 24	133		
25	Респондент 25	143		

ДОДАТОК В

**Середнє арифметичне та стандартне відхилення за результатами
шкали депресії А. Бека**

№ з/п	Респондент	Сума балів	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення
1	Респондент 1	16	25,36	11,58619869
2	Респондент 2	20		11,59
3	Респондент 3	45		
4	Респондент 4	25		
5	Респондент 5	22		
6	Респондент 6	17		
7	Респондент 7	50		
8	Респондент 8	18		
9	Респондент 9	14		
10	Респондент 10	16		
11	Респондент 11	17		
12	Респондент 12	22		
13	Респондент 13	35		
14	Респондент 14	37		
15	Респондент 15	14		
16	Респондент 16	12		
17	Респондент 17	15		
18	Респондент 18	42		
19	Респондент 19	15		
20	Респондент 20	47		
21	Респондент 21	33		
22	Респондент 22	19		
23	Респондент 23	21		
24	Респондент 24	30		
25	Респондент 25	32		

ДОДАТОК Г

**Середнє арифметичне та стандартне відхилення за результатами
шкали тривожності Спілберга - Ханіна**

Реактивна тривожність

№ з/п	Респондент	Сума балів реактивної тривожності	Середнє арифметичне РТ	Стандартне відхилення РТ
1	Респондент 1	58	58,92	8,37615664
2	Респондент 2	57		8,38
3	Респондент 3	64		
4	Респондент 4	69		
5	Респондент 5	57		
6	Респондент 6	60		
7	Респондент 7	80		
8	Респондент 8	67		
9	Респондент 9	57		
10	Респондент 10	64		
11	Респондент 11	49		
12	Респондент 12	56		
13	Респондент 13	62		
14	Респондент 14	55		
15	Респондент 15	45		
16	Респондент 16	57		
17	Респондент 17	52		
18	Респондент 18	58		
19	Респондент 19	57		
20	Респондент 20	52		
21	Респондент 21	75		
22	Респондент 22	55		
23	Респондент 23	66		
24	Респондент 24	43		
25	Респондент 25	58		

ДОДАТОК Г

**Середнє арифметичне та стандартне відхилення за результатами
шкали тривожності Спілберга - Ханіна**

Особистісна тривожність

№ з/п	Респондент	Сума балів особистісної тривожності	Середнє арифметичне ОТ	Стандартне відхилення ОТ
1	Респондент 1	64	50,56	6,702487101
2	Респондент 2	47		6,7
3	Респондент 3	54		
4	Респондент 4	62		
5	Респондент 5	49		
6	Респондент 6	44		
7	Респондент 7	62		
8	Респондент 8	52		
9	Респондент 9	51		
10	Респондент 10	52		
11	Респондент 11	55		
12	Респондент 12	46		
13	Респондент 13	52		
14	Респондент 14	44		
15	Респондент 15	37		
16	Респондент 16	50		
17	Респондент 17	51		
18	Респондент 18	47		
19	Респондент 19	47		
20	Респондент 20	45		
21	Респондент 21	64		
22	Респондент 22	46		
23	Респондент 23	47		
24	Респондент 24	46		
25	Респондент 25	50		

ДОДАТОК Д

Техніки психологічної програми «Шлях відновлення»

Алгоритм виконання дихання по квадрату. Сядьте рівно, спершись на спинку стільця, поставте стопи на підлогу, за бажанням заплющіть очі. Зробіть повільний вдих через ніс, рахуючи до трьох. Затримайте дихання на той самий рахунок, потім повільно видихніть через рот і знову зробіть паузу – кожен етап однакової тривалості.

Повторюйте цикл 3–5 хвилин. Тривалість фаз можна адаптувати (наприклад, до 4 рахунків або під ритм пульсу), головне – зберігати рівномірність. У разі дискомфорту змініть темп на більш зручний.

Алгоритм виконання вправи «Ходьба». Під час виконання цієї вправи необхідно повільно ходити, зосереджуючи увагу на відчуттях у стопах під час кожного кроку. Важливо усвідомлено переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу, розслабити плечі, вільно дихати та не напружувати коліна.

Зверніть увагу на свої відчуття: чи з'являється кращий контакт із землею, відчуття стабільності, безпеки та розслаблення. Спочатку така ходьба може видаватися незвичною, що пов'язано з втратою природної тілесної чутливості під впливом сучасного способу життя.

Алгоритм виконання техніки «Подушка безпеки». Для виконання вправи потрібно взяти аркуш паперу та зобразити на ньому власні «подушки безпеки» – усе, що забезпечує відчуття підтримки та стабільності (житло, робота, фінанси, близькі люди тощо). Кількість таких «подушок» не обмежена. Їх можна розташовувати довільно, поєднувати між собою та позначати різними кольорами. Важливо підписати кожен елемент і уявити себе на кожній із цих «подушок».

Під час виконання вправи слід звертати увагу на власні емоції, вибір кольорів, кількість і розташування елементів. Це допомагає краще усвідомити власні ресурси.

Основні етапи техніки переписування травматичного образу

Асоціація («тут і зараз»). Клієнт згадує травматичну ситуацію, фокусуючись на тілесних відчуттях, звуках та образах.

Лінія часу (пошук витоків). Людина рухається в минуле, щоб знайти найперший момент (імпринт), схожий на цю ситуацію.

Дисоціація (позиція спостерігача). Клієнт виходить зі свого тіла і дивиться на подію з боку, щоб зменшити емоційну напругу.

Аналіз та ресурсування (що бракувало). Визначення, які ресурси (спокій, сила, підтримка) були потрібні тодішньому "Я", щоб впоратися.

Переписування сценарію (в уяві). Уявно повертаючись у минуле, клієнт "впроваджує" ці ресурси, змінюючи свої дії, слова та емоції, щоб ситуація завершилася безпечно.

Інтеграція та перевірка. Клієнт перевіряє свій стан у "тут і зараз" після зміни образу, спостерігаючи за зникненням негативних емоцій.

Техніка десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR) передбачає відтворення пацієнтом травматичного досвіду (зокрема втрати побратима) із фокусом на пов'язаних емоціях і негативних переконаннях («Я безпорадний», «Я нічого не контролюю»). Далі спогад подається у стислому вигляді, пацієнт концентрується на відповідних думках і тілесних відчуттях, одночасно виконуючи саккадичні рухи очей, слідкуючи за рухом пальця терапевта.

Після серії рухів здійснюється коротке відволікання та переорієнтація уваги на тілесні реакції й адаптивні переконання («Я зробив усе можливе», «Це вже в минулому»). Стан оцінюється за шкалою суб'єктивного дистресу (SUD),

після чого за потреби коригується зміст уявної сцени. Процедура повторюється до зниження рівня дистресу до 1–2 балів.

Алгоритм виконання техніки «Безпечне місце». Сядьте зручно. Заплющте очі. Зосередьте увагу на своєму тілі та розслабте його. Зробіть глибокий вдих носом і продовжений видих ротом (3 рази).

Спробуйте у своїй уяві відтворити те місце, яке у вас асоціюється з безпекою та комфортом. Те місце, де вам було спокійно, тепло, затишно. Це може бути реальний спогад або щось уявне і фантастичне. Коротка пауза.

Що ви відчуваєте в цьому місці? Чуєте? Бачите? Уявіть/згадайте все якомога детальніше. Побудьте там. Вберіть у себе спокій, комфорт, позитивні переживання та емоції, які пов'язані із цим місцем. Ви наповнені теплом та підтримкою. Ви – у безпеці. Всі ці відчуття добра, спокою та комфорту є з вами. Коротка пауза.

На рахунок «5» ви розплющте очі та відчуєте себе у безпеці та наповненими спокоєм, теплом та підтримкою. 1, 2, 3, 4, 5.

Як ви тепер почуваетесь? Чи можемо продовжувати?

ДОДАТОК Е**Приклад індивідуального плану відновлення**

1. Щоденна самопідтримка. Щодня вранці та ввечері виконую дихальну вправу протягом 5 хвилин, стежу за режимом сну, харчування та по можливості підтримую помірну фізичну активність.

2. Дії при погіршенні емоційного стану. Якщо посилюються тривога, напруження, нав'язливі спогади або дратівливість, використовую техніку заземлення, вправу «безпечне місце» або коротку тілесну вправу на зниження напруги.

3. Соціальна підтримка. У складному стані не залишаюся в ізоляції, а звертаюся до людини, якій довіряю: побратима, члена родини, психолога або іншого значущого для мене дорослого.

4. Ознаки, що потребують додаткової допомоги. Якщо протягом тривалого часу посилюються безсоння, провина, пригнічення, агресивність, небажання жити або повна втрата сил, звертаюся по професійну психологічну чи психотерапевтичну допомогу.

5. Мої ресурси відновлення. Моїми основними ресурсами є підтримка близьких, молитва або внутрішнє звернення до значущих цінностей, спокійна музика, прогулянки, спогади про тих, хто давав мені силу, та навички саморегуляції, здобуті під час програми.

6. Мій найближчий крок. Після завершення програми я продовжую щоденно застосовувати щонайменше одну техніку самопомоги та свідомо підтримувати контакт із людьми, які допомагають мені триматися.