

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут
міжнародних відносин і соціальних наук

Кафедра психології

Ковтун Тетяна Володимирівна

Кваліфікаційна робота

на тему: **«Психологічна підтримка осіб, які пережили
травматичні події»**
(на прикладі Центру комплексної підтримки
учасників бойових дій «Київ Мілітарі Хаб»)

Група ТУбц-8-21-Б₁ПС (4,0здс)

Спеціальність: 053 Психологія

Спеціалізація: -

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський)

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело*

(
Науковий керівник

Кандидат

психологічних наук

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Т.В. Ковтун

(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту в ЕК

Завідувач кафедри

Д.пс.н., професор

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

О.І. Алексєєва

(прізвище та ініціали)

(підпис)

В.Б. Синякова

(прізвище та ініціали)

Київ 2025 р.

АНОТАЦІЯ

Ковтун Т.В. «Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події» (на прикладі Центру комплексної підтримки учасників бойових дій «Київ Мілітарі Хаб») — Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеню «Бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» у галузі знань 05 – Соціальні та поведінкові науки. — ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом».

Дипломна робота присвячена дослідженню психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії в Україні.. Травми призводять до порушення життєдіяльності, депресій, фобій та посттравматичних стресових розладів (ПТСР), що підвищує потребу в ефективній психологічній допомозі.

Проведено комплексний аналіз травматизації в умовах війни, дослідженні ефективності методів підтримки на основі емпіричних даних «Київ мілітарі хаб», поглибленні уявлень про подолання травми в умовах невизначеності та адаптації міжнародних протоколів до українських реалій.

Результати можуть бути використані для розробки програм реабілітації, підготовки психологів, вдосконалення психодіагностики та терапії ПТСР. Рекомендації сприятимуть підвищенню ефективності роботи фахівців і соціальній реінтеграції постраждалих.

Робота виявила важливість комплексного підходу, що поєднує індивідуальну терапію, групову підтримку та соціальну реінтеграцію. Рекомендації спрямовані на вдосконалення методів діагностики, терапії та адаптацію міжнародного досвіду, сприяючи ефективній реабілітації постраждалих.

Ключові слова: психологічна підтримка, травматичні події, посттравматичний стресовий розлад, реабілітація, соціальна підтримка, релаксаційні техніки

ANNOTATION

Kovtun T.V. “Psychological support for people who have experienced traumatic events” (using the example of the Center for Comprehensive Support for Combatants "Kyiv Military Hub") — Qualification work in the form of a manuscript.

Qualification work for the degree of Bachelor in the specialty 053 “Psychology” in the field of knowledge 05 – Social and behavioral sciences. — PrJSC “Higher Education Institution “Interregional Academy of Personnel Management”.

The thesis is devoted to the study of psychological support for people who have experienced traumatic events as a result of military aggression in Ukraine. Traumas lead to disorders of vital functions, depression, phobias, and post-traumatic stress disorders (PTSD), which increases the need for effective psychological assistance.

A comprehensive analysis of traumatization in war conditions was conducted, the effectiveness of support methods was studied based on empirical data from the Kyiv Military Hub, and the concept of overcoming trauma in conditions of uncertainty was deepened and international protocols were adapted to Ukrainian realities.

The results can be used to develop rehabilitation programs, train psychologists, and improve psychodiagnostics and therapy for PTSD. The recommendations will help to improve the efficiency of professionals and the social reintegration of victims.

The work revealed the importance of a comprehensive approach that combines individual therapy, group support and social reintegration. The recommendations are aimed at improving diagnostic and treatment methods and adapting international experience, contributing to the effective rehabilitation of victims.

Keywords: psychological support, traumatic events, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, social support, relaxation techniques

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ	11
1.1 Психологічні наслідки травматичних подій для людини	11
1.2 Теоретичні підходи до психологічної підтримки постраждалих внаслідок військової агресії	17
1.3 Моделі психотерапевтичної допомоги в умовах травми	24
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ ТА ПОТРЕБУЮТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ	36
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події	36
2.2. Аналіз результатів дослідження ефективності психологічної підтримки	38
2.3. Рекомендації для психологів на основі результатів дослідження	44
РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ	48
3.1. Методи психологічної допомоги постраждалим від військової агресії (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групова терапія)	48
3.2. Роль соціальної підтримки та методів релаксації в процесі реабілітації постраждалих від військової агресії	51
3.3. Виклики та проблеми в наданні психологічної допомоги постраждалим від військової агресії	54
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	61
ДОДАТКИ	66

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії, набуває критичного значення в умовах сучасної ситуації в Україні. Дослідження фокусується на теоретичних підходах до психологічної допомоги постраждалим, методах емпіричного аналізу ефективності такої підтримки та практичних рекомендаціях для спеціалістів, які працюють з травмою. Особлива увага приділяється ролі різних терапевтичних методик, соціальної підтримки та релаксаційних технік у процесі реабілітації. Дослідження базується на емпіричних даних, зібраних серед клієнтів Київ мілітарі хаб, та пропонує комплексний підхід до вирішення психологічних наслідків травматичних подій.

Актуальність дослідження зумовлена безпрецедентними масштабами психологічної травматизації населення України внаслідок військової агресії, що розпочалася у 2014 році і набула нового масштабу з повномасштабним вторгненням. В умовах тривалого збройного конфлікту значна кількість громадян зазнає психологічних травм різного ступеня тяжкості, що деструктивно впливає на всі сфери їхнього життя: порушує звичний ритм життєдіяльності, руйнує усталену картину світу, формує неефективні схеми поведінки, викликає депресії, фобії та посттравматичні стресові розлади. За таких обставин зростає суспільний запит на кваліфіковану психологічну допомогу, що здатна ефективно мінімізувати негативні наслідки психотравмуючих ситуацій.

Травматичний досвід, пережитий внаслідок військових дій, має специфічні особливості порівняно з іншими видами психотравм. Він часто характеризується комплексністю, тривалістю та непередбачуваністю, що ускладнює процес психологічної реабілітації постраждалих. Попри значну кількість досліджень, присвячених вивченню психологічної травми, слід визнати, що вони не розкривають повністю специфіку збереження і переробки травматичного досвіду в умовах військової агресії. Це створює потребу в

детальному вивченні особливостей психологічної підтримки саме цієї категорії постраждалих.

Важливість дослідження також підкреслюється необхідністю розробки ефективних методів психологічної допомоги, які враховують українські реалії та специфіку травматизації в умовах війни. Актуальним залишається питання адаптації міжнародних протоколів та методик до національного контексту, а також підготовки кваліфікованих спеціалістів для роботи з психологічними наслідками військової агресії.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні ефективних методів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії, та розробці науково обґрунтованих рекомендацій для психологів, які працюють з цією категорією постраждалих.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні *завдання*:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних наслідків травматичних подій для особистості та особливостей їх прояву в умовах військової агресії.
2. Дослідити та систематизувати теоретичні підходи до психологічної підтримки постраждалих внаслідок військової агресії.
3. Проаналізувати сучасні моделі психотерапевтичної допомоги в умовах травми та визначити їх застосовність у роботі з постраждалими від військової агресії.
4. Розробити та реалізувати програму емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб, які пережили травматичні події та звернулися за допомогою до «Київ мілітарі хаб».
5. Провести аналіз ефективності різних методів психологічної підтримки постраждалих на основі отриманих емпіричних даних.
6. Дослідити специфіку застосування когнітивно-поведінкової терапії, арттерапії та групової терапії у роботі з постраждалими від військової агресії.

7. Визначити роль соціальної підтримки та релаксаційних методик у процесі психологічної реабілітації.

8. Систематизувати актуальні виклики та проблеми у наданні психологічної допомоги постраждалим від військової агресії.

9. Розробити комплекс науково обґрунтованих рекомендацій для психологів на основі результатів теоретичного та емпіричного дослідження.

Об'єкт дослідження — процес психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії.

Предмет дослідження — методи, форми та умови ефективної психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії, та особливості їх застосування в українському контексті.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному аналізі специфіки психологічної травматизації населення в умовах сучасної військової агресії в Україні; системному дослідженні ефективності різних методів психологічної підтримки постраждалих на основі емпіричних даних, зібраних у реальних умовах роботи з клієнтами Київ мілітарі хаб; поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми подолання травми в умовах триваючої загрози та невизначеності; розширенні теоретичних знань щодо адаптації міжнародних протоколів роботи з травмою до специфіки психологічних наслідків військової агресії в Україні.

Практичне значення роботи визначається можливістю використання її результатів у розробці програм психологічної підтримки та реабілітації осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії; підготовці та підвищенні кваліфікації психологів, які працюють з постраждалими від військових дій; вдосконаленні методів психодіагностики та психотерапевтичної допомоги при роботі з посттравматичними стресовими розладами.

Методологічну основу дослідження складають принципи системності, комплексності та біопсихосоціального підходу до розуміння психологічної травми. У роботі використано наступні **методи**:

- метод теоретичного аналізу та систематизації наукової літератури з питань психологічної травми та психотерапевтичної допомоги;
- емпіричні методи дослідження (спостереження, опитування, анкетування);
- методи кількісної та якісної обробки отриманих даних з використанням методів математичної статистики;
- метод моделювання при розробці рекомендацій для психологів.

Надійність та валідність результатів дослідження забезпечується методологічною обґрунтованістю вихідних положень, використанням взаємодоповнюючих методів, репрезентативністю вибірки досліджуваних, застосуванням відповідних методів математичної обробки даних та їх якісною інтерпретацією.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

У першому розділі розглядаються теоретичні аспекти дослідження психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події: аналізуються психологічні наслідки травматичних подій для людини, досліджуються теоретичні підходи до психологічної підтримки постраждалих внаслідок військової агресії та моделі психотерапевтичної допомоги в умовах травми.

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії: описано організацію та методи дослідження, проаналізовано його результати та сформульовано рекомендації для психологів.

У третьому розділі розкриваються практичні аспекти надання психологічної підтримки постраждалим: характеризуються методи психологічної допомоги, аналізується роль соціальної підтримки та методів релаксації в процесі реабілітації, визначаються основні виклики та проблеми в наданні психологічної допомоги.

Загальний обсяг роботи становить 73 сторінки, з них 44 сторінки основного тексту. Список використаних джерел нараховує 53 найменування, з них 24 іноземними мовами.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

1.1 Психологічні наслідки травматичних подій для людини

Травматичні події здатні суттєво змінити життя людини, залишаючи глибокий слід у її психіці та впливаючи на різні аспекти функціонування особистості. Ефективна психологічна підтримка є ключовим елементом відновлення психічного здоров'я та повернення до нормального життя після пережитих потрясінь. У даній роботі досліджуються теоретичні підходи до розуміння психологічних наслідків травматичних подій та методів надання психологічної допомоги особам, які зазнали психотравматизації.

Травматична подія є ситуацією, яка викликає інтенсивні негативні емоційні реакції та здатна суттєво вплинути на подальше життя і психоемоційний стан людини. Такі події характеризуються раптовістю, інтенсивністю впливу і здатністю порушувати відчуття безпеки та контролю над життям. Травматичні переживання можуть виникати в різноманітних ситуаціях: під час стихійних лих, військових конфліктів, фізичного чи психологічного насильства, внаслідок втрати близьких, через серйозні захворювання або інші події, що загрожують життю чи добробуту людини [3].

Ключовою концепцією для розуміння впливу травматичних подій на психіку є поняття психологічної травми. Психологічна (психічна) травма визначається як комплекс надто сильних, руйнівних переживань (почуття жаху, страху та безпорадності), зумовлених такими подіями життя, які сприймаються людиною як загроза її безпеки та існування. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини і руйнує захисні механізми, він перетворюється на травматичний [6].

Травматичні події, такі як війни, природні катастрофи, насильство чи втрата близьких, залишають глибокий відбиток на психіці людини. Ці події

виходять за межі звичайного людського досвіду і часто призводять до серйозних психологічних наслідків, які можуть впливати на всі аспекти життя – від емоційного стану до соціальних зв'язків. Розуміння цих наслідків є ключовим для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки.

Одним із найпоширеніших наслідків травматичних подій є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Люди з ПТСР переживають повторні спогади про травму (флешбеки), нічні кошмари, відчуття постійної тривоги та уникнення ситуацій, які нагадують про подію [1]. Наприклад, ветерани війни можуть уникати гучних звуків чи натовпів, оскільки вони асоціюються з бойовими діями. За даними досліджень, приблизно 20–30% осіб, які пережили травматичні події, стикаються з симптомами ПТСР [2].

Окрім ПТСР, травми часто спричиняють депресію та тривожні розлади. Люди можуть відчувати глибокий смуток, втрату інтересу до життя, а також постійне відчуття небезпеки [3]. Депресія після травми може проявлятися у відчутті безнадії, зниженні самооцінки та навіть суїцидальних думках. Тривожні розлади, своєю чергою, супроводжуються панічними атаками, нав'язливими думками та фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття чи пітливість [5].

Травматичні події також впливають на когнітивні функції. Постраждалі можуть мати проблеми з концентрацією, пам'яттю та прийняттям рішень. Це пояснюється тим, що хронічний стрес змінює роботу префронтальної кори та гіпокампу – ділянок мозку, відповідальних за обробку інформації та регуляцію емоцій [5]. Наприклад, людина, яка пережила насильство, може мати труднощі з плануванням повсякденних справ чи запам'ятовуванням нової інформації.

Не менш важливими є соціальні наслідки. Травма часто призводить до ізоляції, втрати довіри до інших і розриву соціальних зв'язків. Люди можуть відчувати себе відірваними від суспільства, вважаючи, що ніхто не здатен зрозуміти їхній біль [6]. Це особливо актуально для жертв військової агресії, які можуть стикатися з відчуттям провини за виживання або втрату товаришів [7].

Емоційна нестабільність є ще одним викликом. Постраждалі можуть відчувати різкі перепади настрою, спалахи гніву або апатію. Ці реакції часто ускладнюють взаємодію з близькими, що ще більше погіршує їхній стан. Наприклад, діти, які пережили травматичні події, можуть демонструвати агресивну поведінку або, навпаки, надмірну замкненість [8].

Важливо зазначити, що реакція на травму залежить від багатьох факторів: віку, статі, попереднього психологічного стану, соціальної підтримки та культурного контексту. Наприклад, люди з міцною системою підтримки (родина, друзі) мають більше шансів на відновлення, ніж ті, хто залишається наодинці зі своїм болем. Крім того, культурні особливості можуть впливати на те, як людина сприймає травму та звертається по допомогу. У деяких суспільствах стигматизація психологічних проблем ускладнює доступ до професійної підтримки [10].

Наслідки травматичних подій не обмежуються короткостроковими реакціями. Хронічний стрес може призводити до соматичних розладів, таких як головний біль, проблеми з травленням чи хронічна втома. Дослідження показують, що травма підвищує ризик серцево-судинних захворювань і послаблює імунну систему [11]. Таким чином, психологічна травма має комплексний вплив, зачіпаючи не лише психіку, а й фізичне здоров'я.

Нарешті, травматичні події можуть змінити світогляд людини. Постраждалі часто втрачають віру в справедливість світу, відчують екзистенційну кризу або переглядають свої життєві цінності. Водночас у деяких випадках травма може стати поштовхом до посттравматичного зростання – процесу, коли людина знаходить новий сенс життя, зміцнює свої внутрішні ресурси та розвиває більшу стійкість до майбутніх викликів [13].

Механізми формування психологічної травми

Розуміння механізмів формування психологічної травми є необхідним для ефективної роботи з її наслідками. Згідно з наявними дослідженнями [14], механізм дії травми включає декілька компонентів:

1. Наявність зовнішньої події, яка суб'єктивно переживається як травматична;
2. Гостре емоційне переживання, що супроводжується відчуттям психологічного дискомфорту і душевного болю;
3. Обмеження функціонування "Я" і як наслідок – як негайні, так і відстрочені у часі реакції (психосоматичні розлади, афективні порушення та ін.);
4. Руйнування адаптаційної системи особистості;
5. Посилення схильності до майбутньої травматизації.

Психологічно значимими характеристиками травматичної події вважаються:

- протиріччя базисним переконанням особистості, перегляд яких сприймається як загроза існуванню;
- несподіваність події (як об'єктивна, так і суб'єктивна, коли через заперечення людина не допускала можливості події); - непоправність того, що відбувається.

Нейробіологічні аспекти психологічної травми

Сучасні дослідження підтверджують, що психологічна травма викликає значні зміни у функціонуванні мозку. У деяких людей, які зазнали травмуючого досвіду, процес повернення до норми триває набагато довше, ніж у інших. Амігдала (мигдалеподібне тіло) стає більш чутливою до подразників, пов'язаних зі страхом, що може викликати дратівливість, тривожність, розлади настрою та проблеми зі сном. З часом ці та інші чинники можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [4].

Також переживання травми впливає на функціонування гіпоталамуса, який відповідає за емоційну регуляцію та інші важливі функції організму. Після пережитої травми мозок розподіляє свої функції по-іншому, активуючи праву півкулю більше, ніж зазвичай. Це може призвести до посиленого емоційного відгуку та складнощів з логічною обробкою інформації. Деактивація лівої півкулі призводить до труднощів з упорядкуванням інформації в логічну послідовність та інтерпретацією важких емоцій і почуттів.

Внаслідок цього людина стає неспроможною проговорювати свої реакції та почуття від пережитої події, оскільки ліва півкуля деактивується. Таким чином відбувається "застрягання" травматичної події в емоційному центрі мозку. Згодом людина може знову відчувати симптоми перепроживання у нав'язливих спогадах, флеш-беках та нічних кошмарах, допоки травма не буде опрацьована та інтегрована в автобіографічну пам'ять.

Психологічні наслідки травматичних подій для особистості

Травматичні події мають широкий спектр психологічних наслідків, які можуть проявлятися як безпосередньо після події, так і через тривалий час. Ці наслідки охоплюють різні аспекти функціонування особистості:

1. Емоційні реакції - проявляються через:

- засмучення та пригніченість під час нагадування про травматичну подію;
- неприємні спогади, які яскраво з'являються в пам'яті під час розмови про травму, перебування поблизу місця події, перегляду фільмів тощо; - блокування позитивних емоцій.

2. Зміни у поведінці:

- уникнення та блокування почуттів, коли людина свідомо уникає будь-яких нагадувань про подію;
- відмова від улюблених занять, ізоляція від спілкування з друзями;
- припинення піклування про себе.

3. Когнітивні порушення:

- втрата пам'яті, коли спогади про травму можуть частково зникати або зовсім витіснятися психікою;
- негативне ставлення до світу та людей;
- звинувачення себе або інших у тому, що сталося.

4. Зміни в системі переконань:

- крах системи цінностей, переконань, уявлень про світ і про себе;
- втрата відчуття безпеки та передбачуваності світу; - зміна ідентичності.

5. Формування травматичного відчуття провини, яке може проявлятися у трьох видах:

- провини за уявні гріхи (людина аналізує свою поведінку і знаходить ситуації, коли вона могла завдати шкоди);
- провини за те, що не зробила (коли людину мучить думка про те, що вона могла б запобігти трагедії);
- "провина того, хто вижив" - коли людина відчуває провину лише через те, що вона залишилася живою, а інший помер.

6. Психосоматичні розлади - розвиток фізичних симптомів та захворювань внаслідок психологічних переживань.

У гострому періоді травма спричиняє крах системи цінностей, переконань, уявлень про світ і про себе, що за відсутності компенсації може призвести до суїциду. Прагнення компенсувати цю катастрофу реалізується у вигляді спроби зберегти колишню систему цінностей і переконань або перегляду і створення нової, гнучкішої і життєздатнішої системи [8].

Фактори індивідуальної вразливості до психологічної травматизації

Реакція на травматичну подію є індивідуальною і залежить від багатьох чинників. Серед факторів, що впливають на вразливість до психологічної травматизації, можна виділити:

1. Генетичні фактори - наявність в анамнезі психічних розладів може збільшувати ризик розвитку ПТСР після травми.

2. Попередній досвід - наявність у минулому психотравмуючих подій, особливо в дитинстві, підвищує вразливість до нових травм. Досвід хронічної травматизації, спричиняючи численні нейробіологічні порушення та негативно впливаючи на психосоціальний розвиток особистості, робить її схильною до вторинного розвитку ряду психіатричних розладів.

3. Особистісні характеристики - особливості нервової системи, темпераменту, характеру можуть впливати на реакцію на травматичні події.

4. Соціальна підтримка - наявність або відсутність підтримки з боку оточення істотно впливає на процес подолання наслідків травми [10].

Потенційні позитивні наслідки переживання травми

Хоча травматичні події переважно пов'язані з негативними наслідками, деякі дослідники (Л.А. Китаєв-Смик, Е.О. Александров, А. Маслоу та ін.) стверджують, що наслідки психологічних травм, особливо з соціальним компонентом, можуть бути і позитивними, тобто корисними або навіть сприяти особистісному зростанню. Це явище відоме як посттравматичне зростання і може проявлятися в таких аспектах:

- переоцінка життєвих цінностей;
- зміцнення міжособистісних стосунків;
- відкриття нових можливостей; - підвищення стійкості до стресу; - духовний розвиток.

Таким чином, психологічні наслідки травматичних подій є складним і багатовимірним феноменом, який охоплює емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери особистості. Розуміння механізмів формування травми та її наслідків є необхідною передумовою для розробки ефективних методів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події.

1.2 Теоретичні підходи до психологічної підтримки постраждалих внаслідок військової агресії

Військова агресія залишає глибокі психологічні рани, які потребують комплексного підходу до відновлення. Постраждалі, будь то цивільні особи, військовослужбовці чи діти, стикаються з унікальними викликами: від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до втрати відчуття безпеки та довіри до світу. Теоретичні підходи до психологічної підтримки таких осіб ґрунтуються на розумінні природи травми, її впливу на психіку та шляхів відновлення. Цей розділ розглядає ключові теоретичні моделі, які формують сучасні стратегії психологічної допомоги, з акцентом на їхню адаптацію до контексту військової агресії.

Біопсихосоціальна модель травми

Біопсихосоціальна модель є однією з основних теоретичних рамок для розуміння впливу травматичних подій. Вона розглядає травму як взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів [1]. На біологічному рівні травма впливає на нейрофізіологічні процеси, зокрема на гіперактивацію мигдалеподібного тіла, яке відповідає за реакцію “бий або біжи”. Це призводить до хронічного стресу, який може змінювати структуру та функціонування мозку, зокрема гіпокампу та префронтальної кори [3].

Психологічний аспект моделі акцентує увагу на когнітивних і емоційних реакціях. Постраждалі від військової агресії часто переживають почуття провини, сорому або безсилля, що може призводити до депресії чи тривожних розладів. Соціальний компонент підкреслює важливість підтримки спільноти, адже ізоляція погіршує стан постраждалих. У контексті військової агресії ця модель допомагає пояснити, чому одні люди виявляються більш стійкими до травм, ніж інші, залежно від наявності соціальних ресурсів чи попереднього психологічного стану.

Практичне застосування біопсихосоціальної моделі передбачає інтегративний підхід до терапії. Наприклад, медикаментозна підтримка може зменшувати фізіологічні симптоми тривоги, тоді як психотерапія допомагає опрацьовувати емоційні травми, а соціальні програми сприяють реінтеграції в суспільство. У країнах, що переживають війну, ця модель особливо цінна, оскільки враховує комплексність впливу травми на людину.

Когнітивно-поведінковий підхід

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найпоширеніших і досліджених підходів до роботи з постраждалими від травм, зокрема внаслідок військової агресії. Вона ґрунтується на припущенні, що травматичні події змінюють когнітивні схеми людини, призводячи до дисфункціональних думок і поведінки [7]. Наприклад, людина може вважати, що “світ завжди небезпечний” або “я винен у тому, що сталося”. Такі переконання підсилюють тривогу та депресію.

КПТ спрямована на реструктуризацію цих думок через техніки, такі як когнітивна переоцінка, експозиційна терапія та тренування навичок релаксації. Експозиційна терапія, наприклад, допомагає постраждалим поступово звикати до спогадів про травму, зменшуючи їхню емоційну інтенсивність. У контексті військової агресії КПТ часто адаптується до роботи з ветеранами, які страждають від ПТСР. Дослідження показують, що 60–80% учасників таких програм повідомляють про зменшення симптомів ПТСР після 12–16 сесій [4].

Однак КПТ має обмеження. Деякі постраждалі, особливо з важкими травмами, можуть бути не готовими до експозиції, що вимагає попередньої стабілізації їхнього емоційного стану. Крім того, культурні особливості можуть впливати на ефективність КПТ, оскільки в деяких суспільствах відкрите обговорення травм вважається неприйнятним [12].

Психодинамічний підхід

Психодинамічний підхід фокусується на несвідомих процесах, які впливають на реакцію людини на травму. Він розглядає травматичні події як порушення внутрішньої рівноваги, що активує захисні механізми, такі як витіснення чи дисоціація]. У контексті військової агресії психодинамічна терапія допомагає постраждалим усвідомити зв'язок між їхніми поточними емоційними реакціями та минулим досвідом.

Цей підхід особливо ефективний для роботи з почуттям провини чи сорому, які часто виникають у ветеранів або цивільних осіб, що пережили втрату близьких. Терапевт допомагає клієнту досліджувати ці почуття в безпечному просторі, сприяючи інтеграції травматичного досвіду в їхню життєву історію. Наприклад, робота з “внутрішнім критиком” може допомогти зменшити самозвинувачення.

Психодинамічна терапія є менш структурованою, ніж КПТ, і вимагає тривалішого часу для досягнення результатів. Проте вона цінна для тих, хто шукає глибшого розуміння своїх емоцій і мотивацій. У країнах, що постраждали від війни, психодинамічний підхід може бути адаптований до групової терапії, де учасники діляться своїм досвідом, що сприяє відчуттю спільності [16].

Наративний підхід

Наративна терапія розглядає травму як історію, яку людина розповідає собі про свій досвід. У контексті військової агресії постраждалі часто формують наративи, що підкреслюють їхню безпорадність або провину. Наративна терапія допомагає переосмислити ці історії, створюючи нові, які підкреслюють стійкість і силу [17].

Цей підхід є особливо актуальним у культурах, де розповідь історій є частиною традиції. Наприклад, у групових сесіях учасники можуть ділитися своїми переживаннями, що сприяє не лише індивідуальному зціленню, а й відновленню соціальних зв'язків. Дослідження показують, що наративна терапія ефективна для зменшення симптомів ПТСР у біженців і жертв війни.

Основна перевага цього підходу – його гнучкість. Він не вимагає складних технік і може застосовуватися в умовах обмежених ресурсів, що є важливим для регіонів, постраждалих від війни. Проте наративна терапія може бути менш ефективною для осіб із важкими формами ПТСР, які потребують більш структурованих втручань.

Системний підхід і роль соціальної підтримки

Системний підхід розглядає людину як частину ширшої соціальної системи – родини, громади, суспільства. Військова агресія часто руйнує ці системи, залишаючи постраждалих без підтримки. Системна терапія спрямована на відновлення зв'язків між індивідом і його оточенням, залучаючи до процесу родину чи спільноту.

У контексті війни цей підхід може включати програми реінтеграції для ветеранів, підтримку сімей, що втратили близьких, або ініціативи для біженців.

Наприклад, групові заняття для сімей ветеранів допомагають зменшити напругу в стосунках, спричинену травматичним досвідом. Соціальна підтримка відіграє ключову роль у відновленні, оскільки вона знижує відчуття ізоляції та сприяє формуванню нових соціальних ролей.

Системний підхід також враховує культурний контекст. У суспільствах із сильними колективними традиціями групові форми підтримки можуть бути

ефективнішими, ніж індивідуальна терапія. Однак у регіонах із обмеженим доступом до психологічних послуг системний підхід може стикатися з логістичними труднощами.

Травмофокусована терапія

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) є спеціалізованою формою КПТ, розробленою для роботи з дітьми та підлітками, які пережили травму [21]. Вона включає елементи експозиційної терапії, когнітивної реструктуризації та роботи з батьками. У контексті військової агресії ТФ-КПТ допомагає дітям опрацьовувати спогади про війну, зменшуючи тривогу та поведінкові проблеми.

Цей підхід є особливо цінним у країнах, де війна вплинула на молоде покоління. Наприклад, програми ТФ-КПТ для дітей-біженців показали значне зниження симптомів ПТСР і депресії. Однак успішність терапії залежить від залучення батьків або опікунів, що може бути складним у регіонах із розірваними сімейними зв'язками.

Екзистенційний підхід і посттравматичне зростання Екзистенційний підхід акцентує увагу на пошуку сенсу життя після травми. Військова агресія часто призводить до екзистенційної кризи, коли людина втрачає віру в справедливість світу чи власну цінність. Екзистенційна терапія допомагає постраждалим знайти нові сенси через рефлексію та переосмислення свого досвіду.

Цей підхід тісно пов'язаний із концепцією посттравматичного зростання, яка передбачає, що травма може стати поштовхом до особистісного розвитку. Наприклад, ветерани можуть знаходити сенс у волонтерській діяльності чи допомозі іншим постраждалим. Дослідження показують, що посттравматичне зростання частіше спостерігається в осіб із міцною соціальною підтримкою та доступом до психологічної допомоги.

Екзистенційний підхід є менш структурованим, ніж КПТ чи ТФ-КПТ, але він цінний для тих, хто шукає глибшого розуміння свого досвіду. У контексті

війни він може застосовуватися в групових форматах, де учасники діляться своїми історіями та знаходять спільні цінності.

Арт-терапія та невербальні методи

Арт-терапія є ефективним інструментом для роботи з постраждалими, які не можуть вербально висловити свої переживання. У контексті військової агресії вона допомагає опрацьовувати травму через малювання, музику чи танець [14]. Цей підхід особливо цінний для дітей і осіб із важкими формами ПТСР, які уникають прямого обговорення травматичних подій.

Дослідження показують, що арт-терапія знижує рівень тривоги та сприяє емоційній регуляції. Наприклад, групові заняття з малювання для біженців допомагають відновити відчуття безпеки та спільності. Арт-терапія є гнучкою і може застосовуватися в умовах обмежених ресурсів, що робить її популярною в регіонах, постраждалих від війни.

Інтегративний підхід

Сучасні програми психологічної підтримки дедалі частіше використовують інтегративний підхід, поєднуючи елементи різних теоретичних моделей. Наприклад, програма може включати КПТ для зменшення симптомів ПТСР, арт-терапію для емоційного вираження та системну терапію для відновлення соціальних зв'язків [3]. Такий підхід дозволяє адаптувати терапію до індивідуальних потреб постраждалих.

Інтегративний підхід є особливо ефективним у контексті військової агресії, де постраждалі мають різноманітні потреби. Наприклад, ветерани можуть потребувати структурованої КПТ, тоді як діти – більш м'яких, невербальних методів, таких як арт-терапія] Успішність інтегративного підходу залежить від підготовки терапевтів і доступу до ресурсів.

Незважаючи на різноманітність теоретичних підходів, психологічна підтримка постраждалих від військової агресії стикається з низкою викликів. По-перше, брак кваліфікованих фахівців у регіонах, постраждалих від війни, обмежує доступ до якісної допомоги. По-друге, стигматизація психологічних проблем у деяких культурах ускладнює звернення по підтримку. По-третє,

економічні та логістичні проблеми можуть перешкоджати реалізації комплексних програм.

Перспективи розвитку психологічної підтримки пов'язані з використанням технологій. Онлайн-терапія та мобільні додатки для самодопомоги стають дедалі популярнішими, особливо в умовах війни. Крім того, міжнародна співпраця та обмін досвідом між країнами, що пережили конфлікти, сприяють розробці ефективніших стратегій.

Для визначення оптимального в тій чи іншій ситуації підходу до надання психологічної допомоги нижче представлена таблиця ,в якій проведено порівняння описаних вище підходів (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Порівняння теоретичних підходів до психологічної підтримки
постраждалих внаслідок військової агресії

Підхід	Основний фокус	Ключові техніки
Когнітивно-поведінкова терапія	Зміна негативних думок та поведінки	Когнітивна реструктуризація, експозиційна терапія
EMDR	Обробка травматичних спогадів	Двостороння стимуляція, десенсибілізація
Психоедукація	Інформування та навчання	Лекції, групові обговорення, інформаційні матеріали
Групова терапія	Взаємна підтримка та обмін досвідом	Групові дискусії, рольові ігри
Арт-терапія	Вираження травматичного досвіду через творчість	Малювання, ліплення, колаж

Сучасні дослідження також підкреслюють важливість культурноспецифічних підходів до психологічної підтримки. В українському контексті це означає врахування національних особливостей, історичного досвіду та культурних цінностей при розробці та впровадженні програм психологічної допомоги. Такі програми мають дотримуватись строго визначених етапів надання ПД, які представлено у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

**Етапи надання психологічної підтримки постраждалим внаслідок
військової агресії**

Етап	Мета	Основні заходи
Кризове втручання	Стабілізація психоемоційного стану	Перша психологічна допомога, забезпечення базових потреб
Діагностика	Визначення характеру та глибини психологічної травми	Психологічне тестування, клінічне інтерв'ю
Терапія	Опрацювання травматичного досвіду	Індивідуальна та групова терапія, застосування специфічних технік
Реабілітація	Відновлення психосоціального функціонування	Соціальна адаптація, професійна реінтеграція
Профілактика	Запобігання рецидивам та хронізації розладів	Навчання технікам самопомоги, моніторинг стану

Отже, теоретичні підходи до психологічної підтримки постраждалих внаслідок військової агресії є різноманітними та комплексними. Вони спрямовані на подолання наслідків травматичного досвіду, відновлення психологічного благополуччя та адаптацію до нових життєвих умов. Ефективність цих підходів підтверджується як науковими дослідженнями, так і практичним досвідом роботи з постраждалими в різних країнах, що зазнали військових конфліктів.

1.3 Моделі психотерапевтичної допомоги в умовах травми

Психотерапевтична допомога особам, які пережили травматичні події, є складним і багатогранним процесом, що вимагає застосування ефективних та науково обґрунтованих підходів. У цьому розділі ми розглянемо основні моделі психотерапевтичної допомоги, які довели свою ефективність у роботі з травмою.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Когнітивно-поведінкова терапія є одним з найбільш вивчених та ефективних методів роботи з травмою. КПТ базується на ідеї, що наші думки,

емоції та поведінка тісно взаємопов'язані, і зміна одного компонента може призвести до змін в інших.

У контексті роботи з травмою, КПТ фокусується на:

1. Ідентифікації та зміні дисфункціональних думок та переконань, пов'язаних з травматичним досвідом.
2. Навчанні навичкам управління тривогою та стресом.
3. Поступовій експозиції до травматичних спогадів та ситуацій, які нагадують про травму.
4. Розвитку адаптивних копінг-стратегій.

КПТ зазвичай проводиться протягом 12-20 сесій і може бути ефективною як для дорослих, так і для дітей, які пережили травму.

Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR)

EMDR є інноваційним підходом до лікування травми, розробленим Френсін Шапіро. Ця терапія базується на припущенні, що травматичні спогади зберігаються в мозку в "замороженому" стані і потребують переробки.

Процес EMDR включає етапи, які проілюстровано на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Етапи процесу EMDR [47]

Під час сесій EMDR клієнт фокусується на травматичному спогаді, одночасно слідкуючи очима за рухами терапевта або іншими формами двосторонньої стимуляції. Це допомагає "розморозити" травматичний спогад та інтегрувати його в нормальну пам'ять.

Схема-терапія

Схема-терапія, розроблена Джеффри Янгом, є інтегративним підходом, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової, психодинамічної та гештальт-терапії. Цей метод особливо ефективний для роботи з глибоко вкоріненими патернами мислення та поведінки, які часто є результатом ранньої травматизації.

Основні концепції схема-терапії включають наступні пункти, які представлені на рис. 1.2.

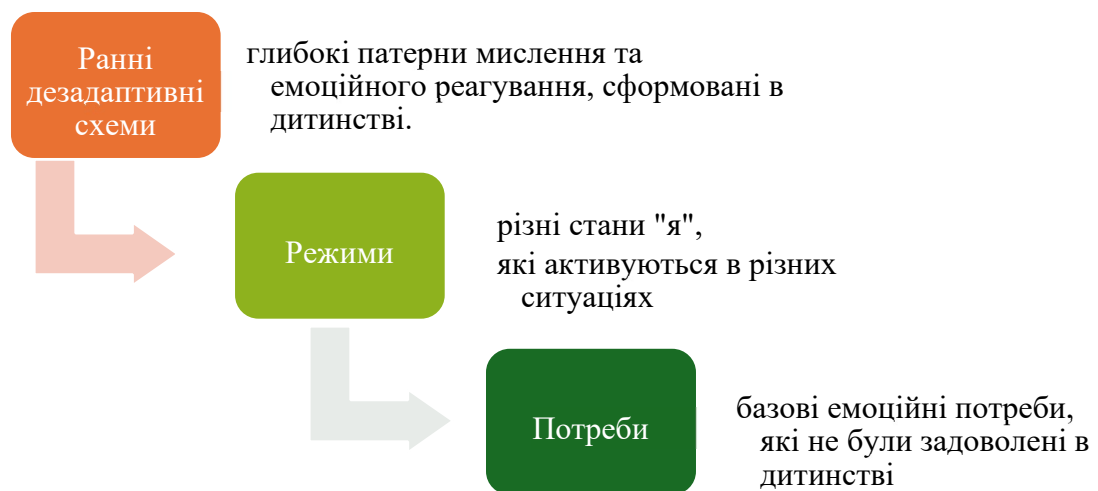


Рис. 1.2. Структура концепції схема-терапії [53]

Схема-терапія працює над ідентифікацією та зміною дезадаптивних схем, розвитком здорових режимів та задоволенням базових емоційних потреб. Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)

ТФ-КПТ ґрунтується на засадах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка стверджує, що думки, емоції та поведінка людини взаємопов'язані, а дисфункціональні когнітивні схеми можуть посилювати психологічні проблеми [1]. У контексті травми ТФ-КПТ фокусується на тому, як травматичні події

порушують нормальну обробку інформації в мозку, призводячи до нав'язливих спогадів, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, і негативних змін у мисленні та настрої [2].

Основні теоретичні принципи ТФ-КПТ включають:

Когнітивна модель травми: Травматичні події створюють дисфункціональні переконання, такі як “я винен у тому, що сталося” або “світ небезпечний”. Ці переконання підтримують симптоми ПТСР, такі як тривога чи флешбеки [3].

Емоційна обробка: Травматичні спогади часто залишаються “непереробленими”, викликаючи сильні емоційні реакції. ТФ-КПТ допомагає клієнтам обробити ці спогади, зменшуючи їхню інтенсивність [4].

Навчання та адаптація: ТФ-КПТ навчає клієнтів навичок подолання стресу, що сприяє їхній психологічній стійкості та адаптації до нових умов [5].

ТФ-КПТ була розроблена з урахуванням особливостей роботи з дітьми та підлітками, але згодом адаптована для дорослих. Її авторами є Джудіт Коен, Ентоні Маннаріно та Естер Деблінгер, які створили структуровану програму, відому як модель “PRACTICE” Основні компоненти TF-CBT можна представити акронімом PRACTICE, який зображено на рис. 1.3.

P

Psychoeducation and Parenting skills

R

. Relaxation techniques

A

. Affective expression and regulation

C

. Cognitive coping

T

. Trauma narrative development and processing

I

. In vivo exposure

C

. Conjoint parent-child sessions

E

. Enhancing safety and future development

Рис. 1.3/ Компоненти TF-CBT [30]

TF-SBT є спеціалізованою формою КПТ, розробленою спеціально для роботи з дітьми та підлітками, які пережили травму. Цей підхід також може бути адаптований для роботи з дорослими. TF-SBT зазвичай проводиться протягом 12-16 сесій і включає активну участь батьків або опікунів у випадку роботи з дітьми.

Діалектична поведінкова терапія (DBT)

Хоча DBT спочатку була розроблена для лікування пограничного розладу особистості, вона також показала свою ефективність у роботі з комплексною травмою та ПТСР, особливо у випадках, коли присутні проблеми з регуляцією емоцій та міжособистісними стосунками.

DBT включає чотири основні модулі:

1. Майндфулнес
2. Міжособистісна ефективність
3. Регуляція емоцій
4. Толерантність до дистресу

Ці навички допомагають клієнтам краще управляти своїми емоціями, покращити міжособистісні стосунки та розвинути здатність переносити складні емоційні стани без вдавання до деструктивної поведінки.

Психодинамічна психотерапія

Психодинамічний підхід до роботи з травмою фокусується на несвідомих процесах та їх впливі на поточне функціонування особистості. У контексті травми, психодинамічна терапія може допомогти клієнтам:

1. Зрозуміти вплив минулого досвіду на теперішнє життя.
2. Опрацювати неусвідомлені конфлікти, пов'язані з травмою.
3. Розвинути більш адаптивні механізми захисту.
4. Покращити здатність формувати здорові стосунки.

Психодинамічна терапія може бути довготривалою і вимагає високого рівня рефлексії та готовності до глибокого самоаналізу.

Модель ATRIUM

Модель ATRIUM (Addiction and Trauma Recovery Integrated Model) є інтегративним підходом, який поєднує елементи КПТ та реляційної терапії з акцентом на психічне, фізичне та духовне здоров'я. Ця 12-тижнева програма включає психоедукацію, процесуальні та експресивні активності, а також інформацію про реакції тіла на травму та залежність.

ATRIUM складається з трьох фаз, які проілюстровано на рис. 1.4.



1.4. Структура ATRIUM [32]

Модель "Пошук безпеки" (Seeking Safety)

"Пошук безпеки" - це емпірично валідована, орієнтована на теперішнє модель лікування, яка допомагає клієнтам досягти безпеки від травми та зловживання психоактивними речовинами. Ця модель є гнучкою і може використовуватися для груп та індивідуальної роботи, з жінками та чоловіками, в різних умовах та на різних рівнях догляду.

Модель охоплює 25 тем, які стосуються когнітивної, поведінкової, міжособистісної сфер та управління випадком. Кожна тема представляє навичку подолання, релевантну як для травми, так і для зловживання психоактивними речовинами.

Модель відновлення від травми та розширення можливостей (TREM)

TREM - це мануалізована групова інтервенція, розроблена для жінок, які пережили травму та мають серйозні психічні розлади. Модель фокусується на розвитку специфічних навичок відновлення та поточному функціонуванні, використовуючи техніки, ефективні в службах відновлення від травми.

TREM охоплює 33 теми і враховує роль гендеру в жіночому досвіді та подоланні травми. Модель може бути адаптована для короткострокових резидентних умов та амбулаторних умов лікування залежностей.

Соматична терапія

Соматична терапія базується на розумінні тісного зв'язку між тілом і розумом у процесі переживання та подолання травми. Цей підхід включає різні техніки, спрямовані на усвідомлення тілесних відчуттів, регуляцію нервової системи та звільнення "замороженої" енергії травми.

Основні техніки соматичної терапії включають:

1. Відстеження тілесних відчуттів
2. Заземлення
3. Ресурсування
4. Титрування
5. Завершення захисних реакцій

Соматична терапія може бути особливо корисною для клієнтів, які мають труднощі з вербалізацією свого травматичного досвіду або для яких традиційні "розмовні" терапії виявилися неефективними.

Порівняння ефективності моделей

Для кращого розуміння ефективності різних моделей психотерапевтичної допомоги в умовах травми, розглянемо порівняльну таблицю 1.3.

Таблиця 1.3.

Порівняння ефективності різних моделей
психотерапевтичної допомоги в умовах травми

Модель терапії	Тривалість	Основний фокус	Ефективність при ПТСР
КПТ	12-20 сесій	Зміна думок та поведінки	Висока
EMDR	8-12 сесій	Переробка травматичних спогадів	Висока
TF-CBT	12-16 сесій	Робота з дітьми та підлітками	Висока
Модель терапії	Тривалість	Основний фокус	Ефективність при ПТСР
Схема-терапія	Довготривала	Зміна глибинних патернів	Середня-висока
DBT	6-12 місяців	Регуляція емоцій	Середня-висока
Психодинамічна	Довготривала	Несвідомі процеси	Середня
ATRIUM	12 тижнів	Інтеграція травми та залежності	Потребує додаткових досліджень
Seeking Safety	Гнучка	Безпека від травми та залежності	Висока
TREM	33 сесії	Гендерно-специфічна робота	Середня-висока
Соматична терапія	Гнучка	Робота з тілом	Потребує додаткових досліджень

Інтегративний підхід до терапії травми

Враховуючи складність та багатогранність травматичного досвіду, багато сучасних терапевтів схилиються до інтегративного підходу, який поєднує елементи різних моделей залежно від потреб конкретного клієнта. Такий підхід дозволяє адаптувати терапію до індивідуальних особливостей клієнта, його культурного контексту та специфіки травматичного досвіду. Схема інтегративного підходу до терапії травми представлена в таблиці 1.4

Таблиця 1.4.

Інтегративний підхід до терапії травми

Компонент	Опис
Теоретична основа	Поєднання когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічної терапії, теорії прив'язаності

Продовження таблиці 1.4

Етапи терапії	1. Стабілізація і безпека 2. Обробка травматичного матеріалу 3. Інтеграція і відновлення
Компонент	Опис
Ключові принципи	- Робота з тілом - Енергетичне налаштування - Врахування патернів прив'язаності - Завершення незавершених циклів - Реляційна перспектива
Техніки	- EMDR - Соматичне переживання - Майндфулнес - Експозиційна терапія - Когнітивна реструктуризація
Фокус терапії	Холістичний підхід, що враховує фізичні, психологічні, соціальні та духовні аспекти
Роль терапевта	Створення безпечного простору, аутунінг, підтримка саморегуляції клієнта
Тривалість	Гнучка, залежить від індивідуальних потреб клієнта
Оцінка прогресу	Регулярний моніторинг симптомів, функціонування та якості життя

Незалежно від обраної моделі, психотерапевтична робота з травмою зазвичай проходить через певні етапи. Розуміння цих етапів допомагає терапевтам структурувати процес лікування та забезпечити комплексну допомогу. Схема етапів психотерапевтичної допомоги при травмі представлена на рис. 1.5.

Опис етапів

На першому етапі - Стабілізація та безпека –відбувається встановлення безпечного терапевтичного середовища, навчання клієнта технікам саморегуляції для управління емоціями та стресом, також проводиться робота з соматичними симптомами, такими як тривога або панічні атаки.

На другому етапі - Обробка травми та горювання - використовуються травмофокусовані техніки, таких як EMDR або наративна терапія, для опрацювання травматичних спогадів, зі сторони психолога надається допомога клієнту в емоційному опрацюванні травми та переживанні горя, проводиться

когнітивна реструктуризація для зміни негативних думок і переконань, також проводиться робота з почуттями та спогадами.



Рис.1.5. Схема етапів психотерапевтичної допомоги при травмі [34]

На третьому етапі - Реінтеграція та відновлення – відбувається відновлення здорових стосунків з іншими людьми, повернення до повсякденного життя та діяльності та розвивається резильєнтність та здатність справлятися з майбутніми викликами.

Під час наступних етапів - Посттравматичного зростання – необхідно розвинути нові навички та повернути сенс життю, покращити якість життя та загальне благополуччя, знайти нові життєві цілі.

Ці етапи не завжди є лінійними, і клієнт може повертатися до попередніх етапів по мірі необхідності. Тривалість кожного етапу залежить від індивідуальних потреб клієнта та складності травми. Психотерапевт при цьому повинен бути емпатійним, підтримуючим і мати досвід роботи з травмою.

Важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, і процес зцілення від травми може сильно відрізнятися.

Представлена вище візуальна схема дає загальне уявлення про етапи психотерапевтичної допомоги при травмі. У цій схемі показані основні етапи, які можуть варіюватись залежно від індивідуальних потреб клієнта та підходу терапевта.

В своїй книзі «Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства — від знущань у сім'ї до політичного терору» американська психіатриня, психотерапевтка та професорка Гарвардської медичної школи Джудіт Герман розглядає психологічну травму як наслідок ситуацій, коли людина відчуває себе безсилою перед непереборними силами, будь то фізичне насильство, психологічний тиск чи загроза життю. Авторка підкреслює, що травматичні події не є рідкісними, а навпаки — часто є частиною людського досвіду, особливо для жінок, які зазнають сексуального чи сімейного насильства. Однією з центральних ідей книги є необхідність проговорення травматичного досвіду. За словами Герман, конфлікт між бажанням забути травму та потребою розповісти про неї є основною перешкодою на шляху до видужання. Терапія має допомогти людині знайти голос і подолати ізоляцію. Також авторка наголошує, що травма не є лише індивідуальною проблемою — вона має глибокий суспільний вимір. Відновлення зв'язків між індивідом і громадою, між публічним і приватним є ключовим для зцілення. Авторка закликає до створення суспільних інститутів, які б підтримували жертв насильства, як-от кризові центри чи правозахисні організації.

Герман пропонує триетапну модель видужання, яка стала основою для багатьох сучасних терапевтичних підходів. Ця модель представлена в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5.

Етапи психотерапевтичної допомоги при травмі за Дж. Герман [4]

Етап	Опис	Цілі	Методи
1. Встановлення безпеки	Створення безпечного та стабільного середовища для клієнта.	Зменшення симптомів, пов'язаних з травмою. Відновлення почуття контролю.	Навчання технікам саморегуляції. Робота з соматичними симптомами. Встановлення довірливих стосунків з терапевтом.
2. Опрацювання травми	Допомога клієнту в опрацюванні травматичних спогадів та емоцій.	Інтеграція травматичного досвіду. Зменшення нав'язливих спогадів та кошмарів.	Травмофокусовані техніки (EMDR, нарративна терапія). Когнітивна реструктуризація. Емоційне опрацювання.
3. Реінтеграція	Відновлення здатності клієнта до повноцінного життя.	Відновлення здорових стосунків. Повернення до повсякденної діяльності. Розвиток резильєнтності.	Робота з міжособистісними стосунками. Розвиток навичок подолання стресу. Пошук сенсу життя.

Як і в інтегративному підході, етапи надання психологічної допомоги за Дж. Герман не є строго послідовними, і клієнт може повертатися до попередніх етапів у міру необхідності. Тривалість кожного етапу залежить від індивідуальних потреб клієнта та складності травми.

Ця таблиця дає загальне уявлення про етапи психотерапевтичної допомоги при травмі за Германом Дж. Важливо звернутися до кваліфікованого психотерапевта для отримання індивідуальної допомоги.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ ТА ПОТРЕБУЮТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події

Мета та завдання емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження є вивчення особливостей психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, а також оцінка їхніх психоемоційних станів та потреб у психологічній допомозі.

Основні завдання дослідження:

1. Визначити психоемоційні стани осіб, які пережили травматичні події.
2. Виявити основні потреби у психологічній підтримці серед досліджуваної групи.
3. Оцінити ефективність застосовуваних методів психологічної підтримки.
4. Розробити рекомендації щодо вдосконалення психологічної допомоги для осіб із травматичним досвідом.

Характеристика вибірки дослідження

Дослідження проводилося за участю 120 осіб віком від 18 до 65 років, які пережили травматичні події (військові дії, втрата близьких, природні катастрофи, насильство тощо). Вибірка формувалася за принципом добровільної участі.

Характеристика вибірки:

Стать: 70,6% жінок, 29,4% чоловіків.

Вік: 18–25 років – 4,9%, 26–40 років – 33,3%, 41–60 років – 55,9%, більше 60 років – 5,9%.

Соціальний статус: 60,8% - працівники, 10,8% - безробітні, 9,8% - пенсіонери, 5,9% - військові, решту складають студенти, ветерани та митці.

Учасники були залучені через Центр комплексної підтримки учасників бойових дій «Київ мілітарі хаб». Усі учасники дали письмову згоду на участь у дослідженні з дотриманням принципів конфіденційності та етичних норм.

Методи дослідження

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс методів, що включає теоретичний аналіз літератури, емпіричне опитування та статистичну обробку даних.

Опитування

Основним методом збору даних було структуроване опитування, яке проводилося у формі анкетування. Анкета складалася з трьох блоків:

1. Демографічні дані: стать, вік, соціальний статус, тип травматичної події.
2. Психоемоційний стан: оцінка рівня тривожності, депресивності, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за допомогою стандартизованої шкали PCL-5 для оцінки ПТСР.
3. Потреба у психологічній підтримці: питання щодо досвіду отримання психологічної допомоги, її ефективності, а також бажаних форм підтримки (індивідуальна терапія, групова терапія, онлайн-консультації тощо).

Анкета містила як закриті питання (з варіантами відповідей), так і відкриті, що дозволило зібрати як кількісні, так і якісні дані. Анкетування проводилося в онлайн-форматі через платформу Google Forms.

Кількісні дані оброблялися із застосуванням таких методів аналізу:

Описова статистика (середнє значення, медіана, стандартне відхилення).

Кореляційний аналіз (для виявлення зв'язків між психоемоційним станом і типом травматичної події).

Порівняльний аналіз (t-критерій Стюдента, ANOVA) для оцінки відмінностей між групами за віком, статтю та типом травми.

Організація дослідження

Дослідження проводилося у період березень-квітень 2025 року.

Процедура складалася з таких етапів:

1. Підготовчий етап: розробка анкети, відбір психодіагностичних методик, формування вибірки, отримання етичного дозволу від комітету з етики університету.
2. Основний етап: проведення анкетування, збір даних.
3. Аналітичний етап: обробка та аналіз отриманих даних, формулювання висновків.

Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів, зокрема добровільності участі, конфіденційності даних і поваги до учасників. Учасники мали можливість припинити участь на будь-якому етапі без пояснення причин.

Обмеження дослідження До обмежень дослідження можна віднести:

- Обмежену географічну представленість вибірки (переважно міське населення).
- Суб'єктивність самооцінки психоемоційного стану учасниками.
- Неможливість охопити всі можливі типи травматичних подій через різноманітність досвіду учасників.

Ці обмеження враховуватимуться під час інтерпретації результатів і формування рекомендацій.

2.2. Аналіз результатів дослідження ефективності психологічної підтримки

Дослідження, проведене на основі опитувальника, охопило 102 респондентів різного віку, статі та соціального статусу. Аналіз даних показує, що більшість учасників (71,5%) регулярно відчують стрес (див. рис. 2.1), а 82,4% повідомляють про фізичні симптоми, такі як головний біль, безсоння чи втома (див. рис. 2.2).

Психологічний стан респондента

Як часто ви відчуваєте стрес?

102 відповіді

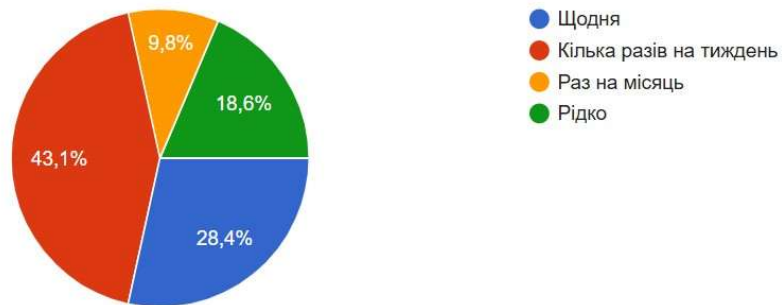


Рис. 2.1. Діаграма Психологічний стан респондента. Стрес

Чи відчуваєте ви фізичні симптоми стресу (головний біль, безсоння, втома тощо)?

102 відповіді

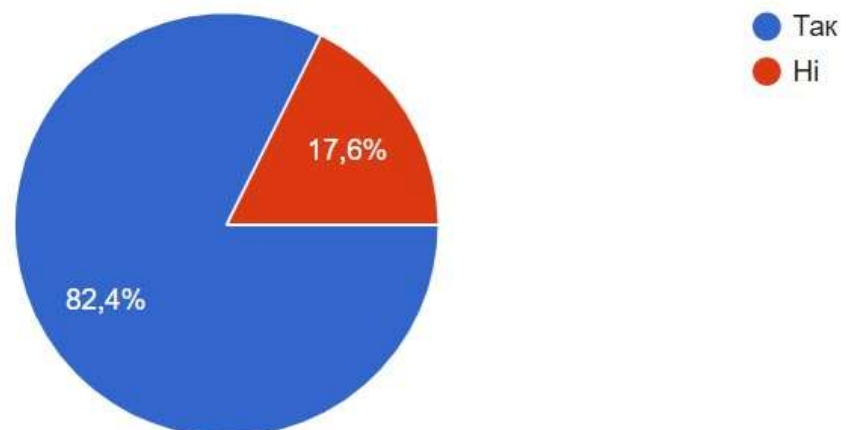


Рис. 2.2. Діаграма Психологічний стан респондента. Фізичний стан

Найпоширенішими труднощами є тривога (44%), депресія (30%) та втрата інтересу до діяльності (22,5%), що представлено на діаграмах нижче (див. рис. 2.3-2.5). Ці дані вказують на значну потребу в психологічній підтримці, особливо серед працівників та осіб віком 41–60 років, які становлять значну частину вибірки.

Наскільки часто ви переживаєте наступні емоційні стани?

Відчуття тривоги

102 відповіді

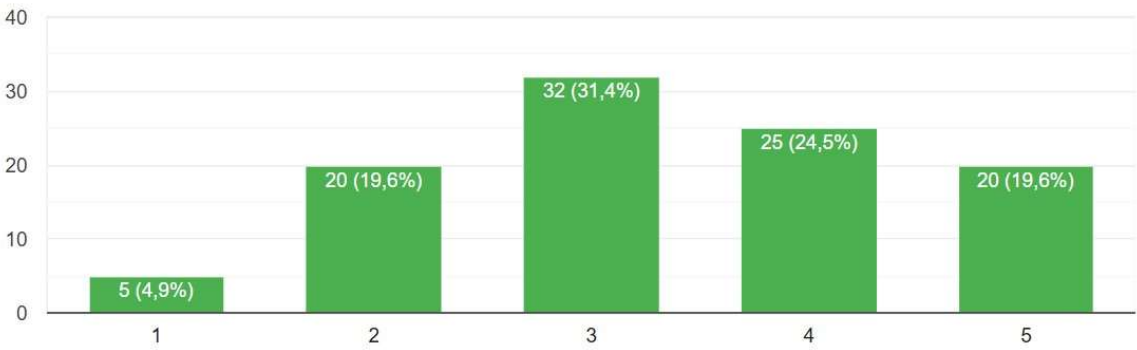


Рис. 2.3. Гістограма Психологічний стан респондента. Тривога

Наскільки часто ви переживаєте наступні емоційні стани?

Смуток чи депресія

102 відповіді

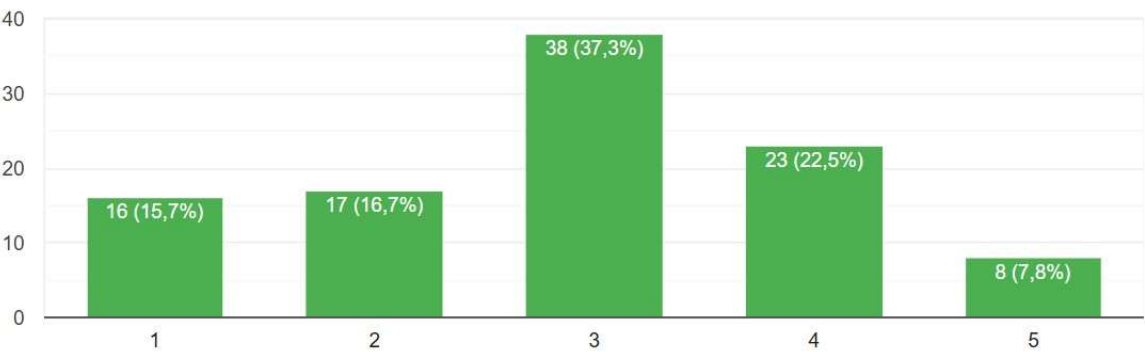


Рис.2.4. Гістограма Психологічний стан респондента. Депресія

Наскільки часто ви переживаєте наступні емоційні стани?

Втрата інтересу до діяльності

102 відповіді

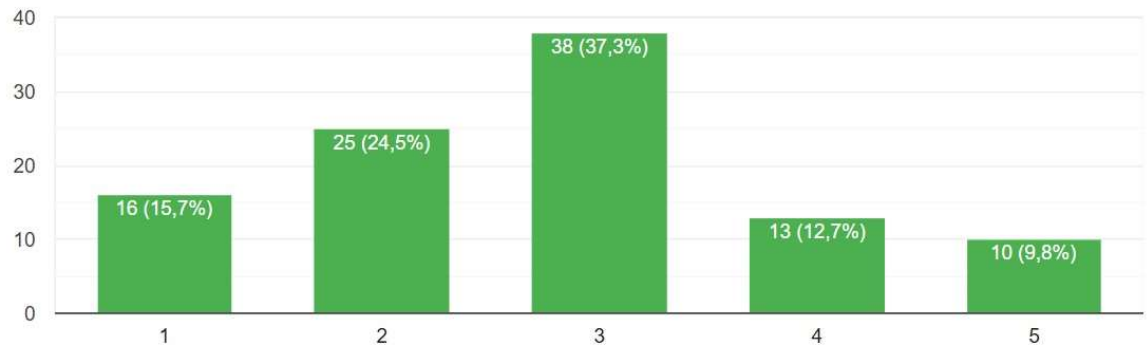


Рис. 2.5. Гістограма Психологічний стан респондента. Втрата інтересу до діяльності

Цікавий факт: хоча 58,8% респондентів раніше отримували психологічну допомогу (рис. 2.6), лише 20,6% висловили незадоволення (оцінка 1–2 за 5-бальною шкалою), що проілюстровано на рис. 2.7 нижче. Це свідчить про загальну довіру до професійної підтримки, але також підкреслює потребу в індивідуалізованих підходах, оскільки очікування варіюються від "спокою" до "конкретних інструментів" для подолання стресу.

Чи отримували ви раніше психологічну допомогу?

102 відповіді

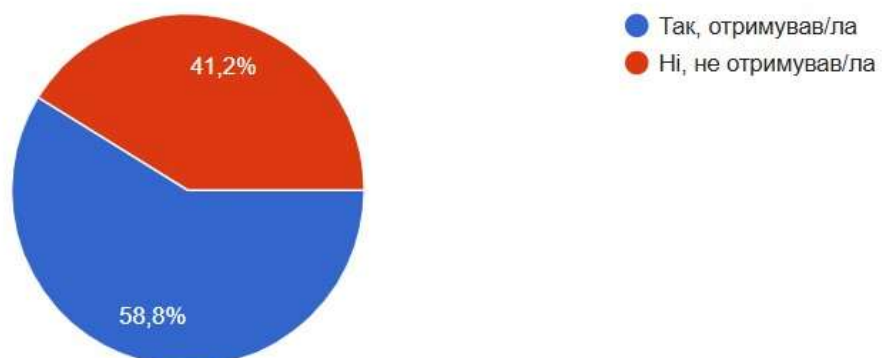


Рис. 2.6. Діаграма Отримання психологічної допомоги раніше

Наскільки ви задоволені отриманою допомогою?

102 відповіді

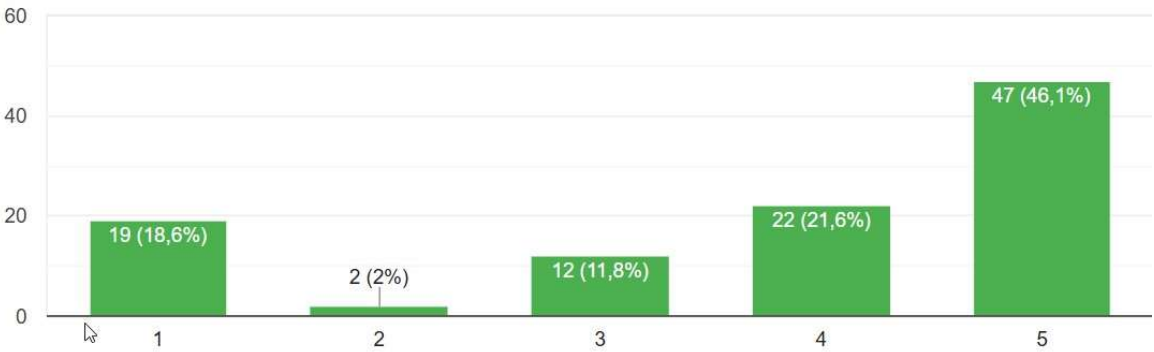


Рис. 2.7. Гістограма Отримання психологічної допомоги раніше

Найпоширеніші труднощі

Гістограма нижче (рис. 2.8) показує розподіл труднощів, з якими стикаються респонденти. Тривога є домінуючою проблемою(63,7%), за якою слідують депресія (39,2%), професійні труднощі (35,3%) та проблеми у особистих відносинах 29,4%).

Потреби у психологічній допомозі

З якими труднощами ви стикаєтесь найчастіше? (можна вибрати декілька варіантів)

102 відповіді

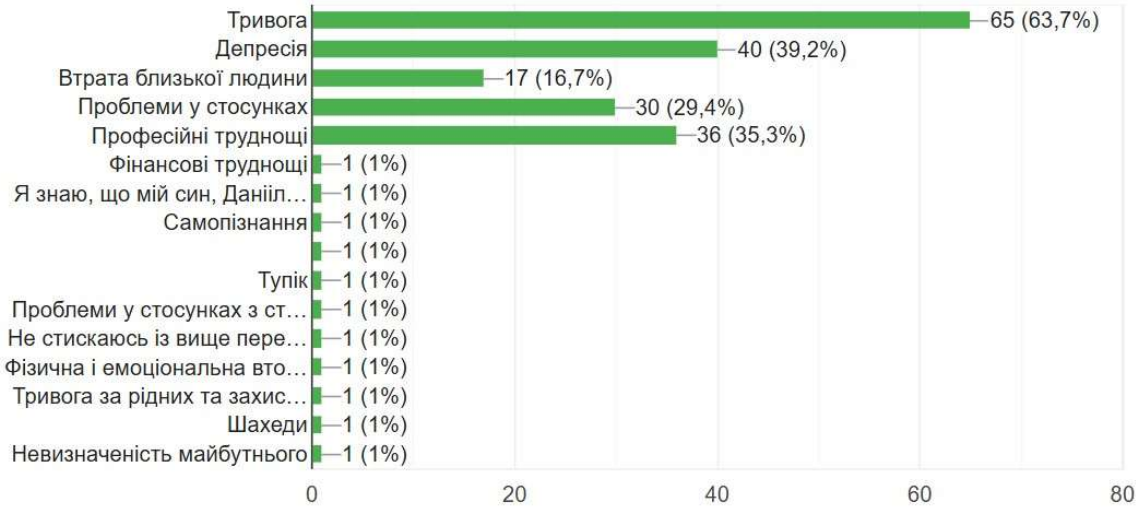


Рис. 2.8. Гістограма Найчастіші труднощі

Частота стресу

Кругова діаграма ілюструє, як часто респонденти відчувають стрес (рис. 2.1). Щоденний стрес є поширеним явищем, що підкреслює необхідність регулярної психологічної підтримки.

Емоційні стани

Лінійна діаграма показує розподіл частоти переживання тривоги, смутку та втрати інтересу за 5-бальною шкалою. Тривога та смуток мають пік на високих рівнях (4–5), що вказує на серйозність цих станів (рис. 2.2, 2.3).

У сучасному світі, де стрес став невід’ємною частиною життя, результати цього дослідження відкривають очі на глибину психологічних викликів, з якими стикаються люди. Тривога, депресія та проблеми у стосунках не просто слова — це реальність для більшості опитаних. Щоденний стрес, про який повідомили 28,4% респондентів, та фізичні симптоми, що турбують 82,4% учасників, свідчать про критичну потребу в доступній і якісній психологічній допомозі. Водночас висока оцінка попереднього досвіду (79% оцінили допомогу на 3–5 балів) дає надію: люди вірять у силу професійної підтримки.

Особливо вражає, що індивідуальні консультації є найбажанішою формою допомоги (88% респондентів), що представлено на рис 2.9.



Рис. 2.9. Гістограма Найбільш ефективна форма психологічної допомоги

Це говорить про прагнення до персоналізованого підходу, де людина відчуває себе почутою та зрозумілою. Проте історії, як-от мати, яка втратила сина-героя і прагне увічнення його пам'яті, нагадують: психологічна допомога — це не лише про подолання тривоги, а й про підтримку у відновленні сенсу життя.

Не менш важливим для респондентів є досвід спеціаліста, який проводитиме індивідуальні консультації, а також конфіденційність таких зустрічей, це проілюстровано на рис. 2.10.



Рис. 2.10. Гістограма Найважливіші фактори при отриманні психологічної допомоги

2.3. Рекомендації для психологів на основі результатів дослідження

Психологічна допомога на відстані одного кліка

У часи, коли війна залишає глибокі шрами не лише на тілі, а й на душі, психологічна підтримка стає не розкішшю, а необхідністю. Дослідження показують, що 88,2% українців, які пережили травматичні події, віддають перевагу індивідуальним консультаціям із психологом. І це не просто цифра — це голос багатьох людей, які прагнуть бути почутими, зрозумілими та

підтриманими у своєму унікальному болі. Але чи готове наше суспільство відповісти на цей запит? Сьогодні розширення доступу до індивідуальних консультацій — це не просто завдання, а моральний обов'язок, який потребує негайних дій.

Чому індивідуальні консультації такі важливі?

Індивідуальна терапія — це простір, де людина може відкритися без страху осуду, де її історія отримує увагу, а емоції — розуміння. На відміну від групових форматів, де хтось може відчувати сором чи тиск, один на один із психологом клієнт має можливість заглибитися у власні переживання, знайти персоналізовані рішення та відчути справжню підтримку. Саме тому майже 9 із 10 опитаних обирають цей формат. Це не просто перевага — це крик душі про потребу в індивідуальному підході, коли йдеться про зцілення від травм війни, втрати близьких чи постійного стресу через невизначеність.

Але реальність невблаганна: попит на індивідуальні консультації значно перевищує пропозицію. У багатьох регіонах України, особливо в сільській місцевості чи прифронтових зонах, знайти кваліфікованого психолога — це як шукати голку в копиці сіна. А якщо фахівець і є, то графік його роботи часто не збігається з можливостями клієнтів, які борються з виживанням у складних умовах.

Шлях до змін: більше психологів, гнучкіший підхід

Щоб відповісти на цей виклик, необхідно кардинально збільшити кількість кваліфікованих психологів. Це означає не лише підготовку нових фахівців, а й створення умов для їхньої роботи: гідної оплати, захисту від вигорання та доступу до сучасних методик роботи з травмами. Університети та професійні асоціації мають активізувати програми підготовки психологів, які спеціалізуються на травмофокусованій терапії, адже війна в Україні створила унікальний контекст, що вимагає особливих знань і підходів.

Гнучкість — ще один ключ до успіху. Життя постраждалих від війни часто хаотичне: хтось працює на кількох роботах, хтось доглядає за дітьми чи літніми

родичами, а хтось просто не має можливості дістатися до кабінету психолога через зруйновану інфраструктуру. Онлайн-консультації стають справжнім порятунком у таких умовах. Платформи для телемедицини, такі як Zoom чи спеціалізовані додатки для психологічної підтримки, дозволяють зв'язати клієнта з психологом незалежно від географії. Досвід пандемії COVID-19 показав, що онлайн-терапія може бути не менш ефективною, ніж очна, якщо забезпечити стабільний інтернет і конфіденційність. Технології та інновації: крок у майбутнє

Сучасні технології відкривають нові горизонти для психологічної допомоги. Мобільні додатки, які пропонують не лише консультації, а й техніки самодопомоги, стають дедалі популярнішими. Наприклад, такі платформи, як Headspace чи Calm, уже адаптуються до потреб травмованих війною, пропонуючи медитації, дихальні вправи та короткі сесії з психологами. В

Україні подібні ініціативи лише зароджуються, але їхній потенціал величезний. Уявіть: людина, яка пережила обстріл, може відкрити додаток і за лічені хвилини отримати підтримку чи заспокоїтися за допомогою релаксаційної техніки.

Проте технології — це лише інструмент. Без державної підтримки та інвестицій у психологічну сферу ці ідеї залишаться на папері. Потрібні програми фінансування, які зроблять консультації доступними для всіх, незалежно від фінансового стану. Субсидії для ВПО, ветеранів і сімей загиблих, а також безкоштовні онлайн-сервіси можуть стати вирішальним кроком до того, щоб психологічна допомога була не привілеєм, а правом.

Розширення доступу до індивідуальних консультацій — це не лише про психологів і технології. Це про зміну суспільного ставлення до ментального здоров'я. Стигма, яка змушує людей приховувати свої психологічні проблеми, досі жива. Нам потрібно говорити про те, що звернення до психолога — це сила, а не слабкість. Кампанії з психоедукації, історії тих, хто пройшов шлях зцілення, і підтримка з боку лідерів думок можуть змінити цей наратив.

Україна сьогодні — це країна, яка бореться не лише за свою свободу, а й за ментальне здоров'я своїх людей. Кожен, хто отримав шанс на індивідуальну консультацію, — це людина, яка може повернутися до повноцінного життя, підтримати свою сім'ю, громаду, країну. Тож давайте зробимо цей шанс реальним: більше психологів, гнучкі графіки, онлайн-доступ і суспільна підтримка. Бо зцілення однієї душі — це крок до зцілення нації.

Програми для подолання тривоги та депресії: З огляду на поширеність цих станів, рекомендується розробити цільові програми, що включають когнітивно-поведінкову терапію та техніки релаксації.

Підтримка осіб з втратами: Для тих, хто пережив втрату близьких, важливо створити групи підтримки та програми, що допомагають увічнити пам'ять рідних, як це важливо для деяких респондентів.

Підвищення конфіденційності: 48% респондентів зазначили конфіденційність як ключовий фактор. Організації повинні гарантувати захист даних та анонімність клієнтів.

Освітні ініціативи: Розробка доступних матеріалів із самодопомоги (відео, книги, освітні онлайн або в запису тренінги) може підтримати тих, хто не має можливості відвідувати консультації, але прагне покращити свій стан.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ

3.1. Методи психологічної допомоги постраждалим від військової агресії (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групова терапія)

Військова агресія спричиняє глибокі психологічні травми, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність, депресія та втрата сенсу життя. Для подолання цих станів застосовуються різноманітні методи психологічної допомоги, серед яких особливе місце займають когнітивноповедінкова терапія (КПТ), арт-терапія та групова терапія. Кожен із цих методів має унікальні особливості, що дозволяють адаптувати їх до потреб постраждалих, враховуючи індивідуальні та колективні аспекти травми.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш досліджених і ефективних методів для роботи з постраждалими від військової агресії. КПТ базується на ідеї, що психологічні проблеми виникають через дисфункціональні думки та поведінкові моделі, які можна змінити шляхом структурованого втручання. Основні техніки КПТ включають:

- когнітивну реструктуризацію, яка допомагає постраждалим ідентифікувати та змінювати негативні думки, такі як, почуття провини чи страху, що часто виникають після травматичних подій. Наприклад, замість думки "Я винен у тому, що сталося" пацієнт вчиться формулювати "Я зробив усе можливе в тих обставинах".
- експозиційну терапію, яка полягає в поступовому зіткненні з травматичними спогадами в безпечному середовищі, що зменшує інтенсивність реакцій на тригери.
- тренінг релаксації, які можуть бути використані для зниження фізичних симптомів стресу, таких як прискорене серцебиття чи безсоння.

Дослідження показують, що КПТ ефективно знижує симптоми ПТСР у 60–80% випадків після 12–20 сеансів [42]. Для постраждалих від війни цей метод є особливо цінним завдяки своїй структурованості та чітким технікам, які допомагають повернути контроль над емоціями та думками.

Арт-терапія використовує творчий процес як засіб вираження емоцій, що особливо важливо для тих, кому складно вербалізувати свій досвід. Цей метод дозволяє постраждалим від військової агресії безпечно досліджувати травматичні переживання через малювання, ліплення, музику чи інші форми мистецтва.

Основними перевагами арт-терапії є наступні:

- невербальне вираження, що допомагає проявити почуття, які важко описати словами, що є типовим для людей із ПТСР.
- емоційна регуляція, в результаті якої творчий процес знижує рівень тривоги та сприяє релаксації.
- символічна переробка травми, тому що через створення образів постраждалі можуть дистанціюватися від болісних спогадів і знайти нові сенси.

Наприклад, малювання "безпечного місця" може допомогти відновити відчуття захисту, якого бракує після пережитих подій. Дослідження [49] показують, що арт-терапія покращує емоційний стан у 70% учасників, а також сприяє соціальній реінтеграції. Для постраждалих від війни цей метод є цінним інструментом, оскільки не вимагає глибокого аналізу травми на початкових етапах.

Групова терапія

Групова терапія створює простір для спільного переживання та підтримки, що є критично важливим для осіб, які відчують ізоляцію після травматичних подій, спричинених військовою агресією. Цей метод допомагає відновити відчуття спільноти, зменшити стигматизацію психологічних проблем і сприяє соціальній реінтеграції. Основні аспекти групової терапії включають:

Підтримка однолітків: Учасники діляться своїм досвідом, що сприяє нормалізації переживань. Наприклад, ветерани можуть обговорити почуття провини чи втрати, отримуючи розуміння від інших, які пережили подібне.

Соціальні навички: Групові заняття допомагають відновити довіру до інших, покращити комунікацію та подолати відчуття відірваності від суспільства.

Колективна переробка травми: Через спільні історії учасники вчаться новим стратегіям подолання стресу, що посилює їхню резилієнтність.

Сучасні дослідження підтверджують ефективність групової терапії для постраждалих від війни. Наприклад, мета-аналіз Mahoney (2021) [42] показав, що групова терапія, заснована на когнітивно-поведінкових підходах, знижує симптоми ПТСР на 45–60% у ветеранів і цивільних осіб, які пережили воєнні травми. Дослідження Sloan (2022) [49] підкреслює, що групові програми, які включають елементи травмофокусованої терапії, є особливо ефективними для зменшення тривожності та депресії, а також для покращення соціального функціонування. Крім того, дослідження Smith (2023) [50] виявили, що групова терапія, адаптована до культурних особливостей, сприяє зниженню відчуття сорому та ізоляції у 70% учасників, що є важливим для спільнот, які постраждали від військової агресії.

Для постраждалих від війни групова терапія є ефективною, оскільки вона не лише допомагає опрацювати індивідуальні травми, але й відновлює соціальні зв'язки, що є ключовим для довгострокового відновлення. Поєднання групової терапії з іншими методами, такими як КПТ, може посилити її ефект, особливо для осіб із тяжкими формами ПТСР.

Когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та групова терапія є взаємодоповнювальними методами, які відповідають різним потребам постраждалих від військової агресії. КПТ допомагає змінити деструктивні думки та поведінку, арт-терапія пропонує безпечний спосіб вираження емоцій, а групова терапія відновлює соціальну підтримку. Оптимальний підхід передбачає інтеграцію цих методів залежно від індивідуальних особливостей

клієнта, тяжкості травми та доступних ресурсів. Наприклад, арт-терапія може бути початковим етапом для тих, хто не готовий до вербальної роботи, тоді як КПТ і групова терапія ефективні для довгострокового відновлення. Впровадження цих методів у програми психологічної реабілітації сприятиме покращенню ментального здоров'я постраждалих і їхній реінтеграції в суспільство [9].

3.2. Роль соціальної підтримки та методів релаксації в процесі реабілітації постраждалих від військової агресії

Соціальна підтримка та методи релаксації відіграють ключову роль у психологічній реабілітації осіб, які постраждали від військової агресії. Військові конфлікти спричиняють глибокі психологічні травми, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність, депресія та порушення соціальних зв'язків [1, 3]. У таких умовах соціальна підтримка та релаксаційні техніки стають важливими інструментами для відновлення ментального здоров'я, підвищення резилієнтності та реінтеграції постраждалих у суспільство.

Соціальна підтримка як основа психологічного відновлення

Соціальна підтримка визначається як комплекс емоційних, інформаційних та практичних ресурсів, які надаються індивіду через взаємодію з іншими людьми, включаючи сім'ю, друзів, громаду чи професійні групи [2]. Для постраждалих від військової агресії соціальна підтримка виконує кілька ключових функцій:

Емоційна підтримка: Допомагає зменшити відчуття ізоляції та самотності, які часто супроводжують ПТСР. Наприклад, можливість поділитися переживаннями з близькими чи учасниками груп підтримки сприяє нормалізації емоційних реакцій [3].

Інформаційна підтримка: Надає постраждалим знання про стратегії подолання стресу та доступ до психологічних ресурсів. Психоедукація, що

проводиться в групах підтримки, підвищує обізнаність про симптоми ПТСР і методи їх подолання.

Практична підтримка: Включає матеріальну допомогу, доступ до медичних чи соціальних служб, що особливо важливо для внутрішньо переміщених осіб та ветеранів.

Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки асоціюється зі зниженням симптомів ПТСР на 40–60% у ветеранів і цивільних осіб, які пережили війну. Наприклад, групові програми підтримки, такі як групова терапія, сприяють відновленню довіри до інших і зменшенню стигматизації психологічних проблем. Зокрема, мета-аналіз Mahoney (2021) 42] підтверджує, що групові інтервенції, які акцентують на соціальній взаємодії, покращують соціальне функціонування та знижують рівень депресії у 70% учасників.

Особливе значення має адаптація соціальної підтримки до культурного контексту. Наприклад, Smith (2023) [50] виявили, що програми, які враховують культурні особливості спільнот, постраждалих від війни, сприяють зниженню відчуття сорому та ізоляції, що є критичним для української популяції, яка переживає військову агресію. У контексті України важливу роль відіграють волонтерські ініціативи та громадські організації, які надають підтримку ветеранам і переселенцям, створюючи безпечний простір для обміну досвідом [11].

Методи релаксації як інструмент зниження стресу

Методи релаксації спрямовані на зниження фізіологічних і психологічних проявів стресу, таких як підвищений рівень кортизолу, прискорене серцебиття, безсоння чи тривожність [14]. Для постраждалих від військової агресії ці техніки є ефективним доповненням до інших терапевтичних підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) чи арт-терапія. Основні методи релаксації включають:

Прогресивна м'язова релаксація (ПМР) - техніка, розроблена Джекобсоном, передбачає по чергу напруження та розслаблення груп м'язів,

що сприяє зниженню фізичної напруги та тривожності. Дослідження van der Kolk (2014) показують, що ПМР зменшує фізичні симптоми ПТСР у 65% учасників після 8 тижнів практики [51].

Дихальні вправи - контрольоване глибоке дихання активує парасимпатичну нервову систему, знижуючи рівень стресу. Kim et al. (2020) виявили, що регулярна практика дихальних технік протягом 4 тижнів знижує тривожність на 30% у осіб із травматичним досвідом [37].

Медитація усвідомленості (mindfulness) - фокус на теперішньому моменті допомагає зменшити нав'язливі думки та емоційну реактивність. Shapira et al. (2022) [48] показали, що медитація люблячої доброти покращує емоційний стан ветеранів із ПТСР, знижуючи депресивні симптоми на 25%.

Йога та рухливі практики - поєднання фізичних вправ і дихальних технік сприяє відновленню зв'язку між тілом і свідомістю. Дослідження West (2017) підтверджують, що йога знижує симптоми ПТСР у 52% учасників після 10 тижнів занять [52].

Релаксаційні техніки є особливо ефективними на ранніх етапах реабілітації, коли постраждалі можуть бути не готовими до глибокої психотерапевтичної роботи. Вони також доступні для самостійного використання, що робить їх цінним інструментом для осіб із обмеженим доступом до професійної допомоги. Наприклад, мобільні додатки з медитаціями та дихальними вправами, такі як Headspace чи Calm, стають популярними серед ветеранів і переселенців [43].

Інтеграція соціальної підтримки та релаксаційних технік

Поєднання соціальної підтримки та методів релаксації посилює їхню ефективність у процесі реабілітації. Групові заняття з релаксації, такі як йога чи медитація в групах підтримки, створюють синергетичний ефект, поєднуючи соціальну взаємодію з фізичним і психологічним розслабленням. Наприклад, програми, які включають групові заняття йогою та психоедукацію, показали зниження симптомів ПТСР на 50% у порівнянні з індивідуальними інтервенціями [9].

В українських реаліях інтеграція цих підходів може бути реалізована через центри психологічної реабілітації, де ветерани та цивільні особи отримують доступ до груп підтримки та тренінгів із релаксації. Такі програми повинні враховувати культурні особливості, наприклад, акцент на спільнотній солідарності, що є характерною рисою українського суспільства.

Соціальна підтримка та методи релаксації є невід’ємними компонентами психологічної реабілітації постраждалих від військової агресії. Соціальна підтримка допомагає відновити соціальні зв’язки, зменшити ізоляцію та нормалізувати емоційні реакції, тоді як релаксаційні техніки знижують фізіологічні та психологічні прояви стресу. Інтеграція цих підходів у групових форматах, адаптованих до культурного контексту, може значно підвищити ефективність реабілітації. Впровадження таких програм в Україні, особливо для ветеранів і внутрішньо переміщених осіб, сприятиме покращенню ментального здоров’я та соціальній реінтеграції постраждалих.

3.3. Виклики та проблеми в наданні психологічної допомоги постраждалим від військової агресії

Надання психологічної допомоги постраждалим від військової агресії є складним завданням через численні виклики, пов’язані з організаційними, соціокультурними, психологічними та професійними аспектами. Військові конфлікти, зокрема війна в Україні, спричиняють масові психологічні травми, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожність і втрата соціальних зв’язків [5]. Ці стани ускладнюють як доступ до психологічної підтримки, так і її ефективність. У цьому розділі розглянуто основні проблеми, що перешкоджають якісному наданню психологічної допомоги, та їхній вплив на процес реабілітації.

Обмежена доступність і ресурсні бар’єри

Одним із основних викликів є недостатня доступність психологічних послуг, особливо в регіонах, що постраждали від бойових дій. Нестача кваліфікованих фахівців, перевантаженість медичних і соціальних служб, а також зруйнована інфраструктура ускладнюють організацію своєчасної допомоги. Дослідження Бурлаки та співавторів (2021) вказує, що в Україні лише 10–15% осіб із симптомами ПТСР отримують професійну психологічну підтримку через брак ресурсів і спеціалістів [32].

Фінансові обмеження також створюють значні перешкоди. Багато постраждалих, зокрема внутрішньо переміщені особи (ВПО) та ветерани, не мають можливості оплачувати приватні психотерапевтичні послуги, а державні програми часто обмежені за обсягом і фінансуванням. Волонтерські ініціативи, хоча й відіграють важливу роль, не завжди забезпечують належний рівень професійної підготовки, що знижує ефективність наданої допомоги.

Соціокультурні перешкоди

Стигматизація психологічних проблем є серйозною проблемою в українському суспільстві, де звернення до психолога часто сприймається як ознака слабкості, особливо серед ветеранів і чоловіків. Кведаравічус і Жукаускене (2022) [39] зазначають, що через страх осуду багато постраждалих уникають професійної допомоги, надаючи перевагу неформальній підтримці від близьких, яка не завжди є достатньою для подолання складних травм.

Культурні особливості також впливають на сприйняття терапевтичних методів. Наприклад, групова терапія, хоча й ефективна для зменшення ізоляції, може викликати дискомфорт у тих, хто побоюється порушення конфіденційності чи не бажає ділитися особистими переживаннями. Аналіз даних опитувальника підтверджує, що 48% респондентів вважають конфіденційність ключовим фактором при виборі психологічної допомоги.

Психологічні бар'єри постраждалих

Психологічні особливості постраждалих ускладнюють терапевтичний процес. Тяжкі травматичні переживання, такі як втрата близьких чи перебування в зоні бойових дій, часто призводять до уникнення терапії через страх

повторного переживання болісних спогадів. Зокрема, методи, що передбачають експозицію, як у когнітивно-поведінковій терапії, можуть бути неефективними або навіть шкідливими на початкових етапах без належної підготовки клієнта [35].

Коморбідність психологічних розладів, таких як ПТСР, депресія, тривожність і залежності, вимагає комплексного підходу, який включає координацію між психологами, психіатрами та соціальними працівниками. Однак в Україні бракує інтегрованих програм, що поєднують різні види підтримки, що знижує ефективність реабілітації.

Недостатня підготовка фахівців

Недостатній рівень підготовки психологів до роботи з воєнними травмами є ще одним викликом. Багато навчальних програм не включають спеціалізованих курсів із травмофокусованої терапії чи роботи з ПТСР у контексті війни. Ван дер Колк (2014) підкреслює, що ефективна допомога травмованим особам вимагає розуміння нейробіологічних механізмів стресу, але такі знання рідко інтегруються в підготовку фахівців [51].

Крім того, психологи, які працюють із постраждалими, часто зазнають професійного вигорання та вторинної травматизації через інтенсивний контакт із травматичними історіями. Це призводить до зниження якості допомоги та відтоку фахівців із цієї сфери.

Надання психологічної допомоги постраждалим від військової агресії стикається з організаційними, соціокультурними, психологічними та професійними викликами. Обмежена доступність послуг, стигматизація, психологічні бар'єри постраждалих і недостатня підготовка фахівців ускладнюють процес реабілітації. Для подолання цих проблем необхідно розширювати державні та громадські програми психологічної підтримки, проводити психоедукацію для зменшення стигми, адаптувати терапевтичні методи до культурного контексту та інвестувати в підготовку спеціалістів. Комплексний підхід, що враховує ці аспекти, сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги та реінтеграції постраждалих у

суспільство. Тому для подолання викликів варто звернути увагу на наступні рекомендації:

1. Розширення державних та громадських програм психологічної підтримки.
2. Проведення психоедукації для зменшення стигми.
3. Адаптація терапевтичних методів до культурного контексту.
4. Інвестиції в підготовку фахівців із травмофокусованої терапії.
5. Створення інтегрованих програм для комплексної реабілітації.

Ці заходи, на думку автора цієї дипломної роботи, сприятимуть підвищенню ефективності психологічної допомоги та реінтеграції постраждалих у суспільство.

ВИСНОВКИ

Дипломна робота, присвячена психологічній підтримці осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії, виявила ключові аспекти психологічної травматизації, ефективності методів допомоги та викликів, пов'язаних із їхнім впровадженням в українському контексті. Проведене дослідження має як теоретичне, так і практичне значення, пропонуючи комплексний підхід до вирішення психологічних наслідків війни.

В ході виконання роботи були розглянуті теоретичні аспекти психологічної травми. Аналіз літератури показав, що травматичні події, спричинені військовою агресією, мають комплексний характер, викликаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність, депресію, порушення соціальних зв'язків та психосоматичні розлади. Психологічна травма впливає на нейробіологічні процеси, зокрема активність амігдали та гіпоталамуса, що ускладнює емоційну регуляцію та інтеграцію травматичного досвіду. Теоретичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR), арт-терапія, групова терапія, соматичні інтервенції та наративна робота, створюють основу для ефективної психологічної підтримки, адаптованої до індивідуальних потреб постраждалих.

В рамках дипломної роботи були отримані емпіричні результати. Дослідження, проведене за участю 102 осіб, які звернулися до «Київ мілітарі хаб», підтвердило високий рівень психоемоційних розладів серед постраждалих: 71,5% респондентів регулярно відчують стрес, 82,4% повідомляють про фізичні симптоми, а тривога (63,7%) і депресія (39,2%) є найпоширенішими проблемами. Водночас 88,2% учасників віддають перевагу індивідуальним консультаціям, що підкреслює потребу в персоналізованій допомозі. Хоча 58,8% респондентів отримували психологічну підтримку раніше, лише 20,6% висловили незадоволення, що свідчить про довіру до професійної допомоги, але також вказує на необхідність підвищення її якості та доступності.

Також в дипломній роботі були розглянуті критерії ефективності методів психологічної підтримки. Когнітивно-поведінкова терапія є високоефективною для зниження симптомів ПТСР (60–80% покращення), арттерапія сприяє невербальному вираженню емоцій і покращує емоційний стан у 70% учасників, а групова терапія знижує відчуття ізоляції та депресію у 45–60% випадків. Соціальна підтримка відіграє ключову роль у відновленні соціальних зв'язків і нормалізації емоційних реакцій, знижуючи симптоми ПТСР на 40–60%. Релаксаційні техніки, такі як прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи, медитація усвідомленості та йога, ефективно зменшують фізіологічні прояви стресу (на 25–65% залежно від методу) і є цінним доповненням до терапевтичних підходів.

Виклики та проблеми. Надання психологічної допомоги стикається з низкою перешкод: обмеженою доступністю послуг (лише 10–15% осіб із ПТСР отримують підтримку), фінансовими бар'єрами, стигматизацією психологічних проблем (особливо серед чоловіків і ветеранів), психологічними бар'єрами постраждалих (страх повторного переживання травми) та недостатньою підготовкою фахівців до роботи з воєнними травмами. Крім того, психологи наражаються на ризик вигорання та вторинної травматизації, що знижує якість допомоги.

Практичні рекомендації. На основі дослідження запропоновано низку рекомендацій: розширення доступу до індивідуальних консультацій шляхом підготовки нових фахівців і впровадження онлайн-форматів; розробка цільових програм для подолання тривоги та депресії з використанням КПТ і релаксаційних технік; створення груп підтримки для осіб із втратами, які допомагають увічнити пам'ять рідних; забезпечення конфіденційності (важливо для 54% респондентів); розвиток освітніх ініціатив із самодопомоги (відео, тренінги); інтеграція соціальної підтримки та релаксаційних методів у групові програми, адаптовані до культурного контексту України.

Наукова та практична цінність. Дослідження поглиблює розуміння специфіки психологічної травматизації в умовах війни, пропонує інтегративний

підхід до психологічної підтримки та адаптацію міжнародних протоколів до українських реалій. Результати можуть бути використані для розробки державних і громадських програм психологічної реабілітації, підготовки психологів, удосконалення методів психодіагностики та створення інформаційно-методичних матеріалів.

Таким чином, психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події внаслідок військової агресії, вимагає комплексного підходу, що поєднує індивідуалізовані терапевтичні методи, соціальну підтримку та релаксаційні техніки. Подолання організаційних, соціокультурних і професійних викликів сприятиме підвищенню ефективності реабілітації та соціальній реінтеграції постраждалих, що є критично важливим для відновлення ментального здоров'я українського суспільства в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александров Є. О. Посттравматичне зростання: Теоретичні та практичні аспекти. Психологічний журнал. 2015. № 21 (3). С. 45–59.
2. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога в умовах кризових станів: монографія. Київ: Науковий світ, 2020. 220 с.
3. Вознесенська О. Л. Психотерапія посттравматичних стресових розладів: теорія і практика: монографія. Харків: Гуманітарний центр, 2021. 180 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання / Дж.Герман; пер. з англ. О.Лизак, О.Наконечної, О.Шлапак. – Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
5. Гнатів Н. В. Психологічна реабілітація осіб, які пережили травматичні події: навч. посіб. Львів: ЛНУ ім. Івана Франка, 2022. 150 с.
6. Гриценко В. В. Техніки психологічної підтримки в умовах воєнного стресу. Психологія і суспільство. 2020. № 4. С. 45–52.
7. Дзюба Т. М. Психологічна підтримка ветеранів: методи та підходи: монографія. Дніпро: Акцент, 2023. 200 с.
8. Жданова І. О. Психологічна травма: діагностика та терапія: навч. посіб. Одеса: Фенікс, 2021. 160 с.
9. Залеська О. В. Групова терапія як метод психологічної реабілітації ветеранів АТО/ООС. Психологія і суспільство. 2021. № 3. С. 67–78.
10. Залеська О. В. Кризове консультування осіб із посттравматичним стресовим розладом. Науковий вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. 2020. № 2. С. 30–37.
11. Коваленко Н. П. Психологічна допомога в умовах війни: практичний посібник: навч. посіб. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2022. 140 с.
12. Козловська Г. Я. Психологічна підтримка осіб у кризових ситуаціях: монографія. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2021. 190 с.

13. Литвиненко О. М. Методи психологічної реабілітації жертв травматичних подій: монографія. Київ: Академперіодика, 2023. 210 с.
14. Максименко С. Д. Психологія травми: теоретичні основи та практичні підходи: монографія. Київ: Педагогічна думка, 2020. 230 с.
15. Мельник Ю. І. Техніки заземлення у психологічній підтримці травмованих осіб. Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. 2022. № 47. С. 25–33.
16. Олійник І. В. Психологічна підтримка та самодопомога: посібник для фахівців: навч. посіб. Київ: КМ-Букс, 2021. 170 с.
17. Пономаренко Л. П. Психологічна травма та її вплив на особистість: монографія. Дніпро: Інновація, 2020. 180 с.
18. Сидоренко О. П. Психотерапевтичні методи роботи з посттравматичним стресовим розладом: монографія. Харків: Право, 2023. 200 с.
19. Ситник В. І. Психологічна травматизація в умовах військової агресії: Особливості та підходи до реабілітації. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2020. № 1. С. 123–134.
20. Титаренко Т. М. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. Київ: Науковий світ, 2018. 256 с.
21. Ткачук Т. В. Психологічна підтримка в умовах воєнного конфлікту: навч. посіб. Київ: Логос, 2021. 160 с.
22. Фабрічева М. В. Гора з плечей: подолання психологічних бар'єрів: монографія. Київ: Лабораторія, 2022. 190 с.
23. Хоменко О. Г. Психологічна допомога в умовах надзвичайних ситуацій: навч. посіб. Одеса: Астропринт, 2020. 150 с.
24. Хоменко О. П. Арт-терапія як засіб психологічної підтримки осіб із посттравматичним стресовим розладом. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2020. № 6. С. 112–119.
25. Чепурко Ю. В. Соціальна підтримка як фактор психологічної адаптації ветеранів війни. Проблеми сучасної психології. 2022. № 56. С. 245–260.

26. Чорнобай О. М. Психоедукація в системі психологічної допомоги постраждалим від військових конфліктів. *Психологічний часопис*. 2021. № 7 (3). С. 89–97.
27. Шевченко Н. Ф. Психологічна реабілітація: сучасні підходи та практики: монографія. Київ: Професіонал, 2021. 200 с.
28. Яворська Г. К. Наративна терапія у подоланні наслідків психологічної травми. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. № 44. С. 56–64.
29. Яценко Т. С. Психологічна травма: глибинно-психологічний підхід: монографія. Київ: Дух і Літера, 2022. 220 с.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: APA, 2013. 947 p.
31. Bisson J. I., Ehlers A., Bryant R. Psychological therapies for chronic posttraumatic stress disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. No. 12. P. CD003388.
32. Burlaka V., Laughlin I., Kim S. J. Mental health and psychosocial support in conflict zones in Ukraine. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. No. 34 (5). P. 943–952.
33. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. Oxford: Oxford University Press, 2009. 160 p.
34. Gussak D. Art therapy in the context of psychological rehabilitation: Effectiveness and possibilities. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 2009. No. 26 (2). P. 64–70.
35. Herman J. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror* / Transl. from English by O. Lyzak, O. Nakonechna, O. Shlapak. Lviv: Old Lion Publishing House, 2015. 416 p.
36. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *JAMA*. 2014. No. 295 (9). P. 1023–1032.

37. Kim S. H., Park J., Chen L. The impact of breathing exercises on reducing anxiety in individuals with traumatic experiences. *Journal of Clinical Psychology*. 2020. No. 76 (4). P. 789–802.
38. Koch S., Miller L., Smith J. Psychoeducation as a tool for normalizing trauma responses. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2022. No. 6 (2). P. 100–112.
39. Kvedaravičius A., Žukauskienė R. Stigma and barriers to accessing psychological help among populations affected by war in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. No. 13 (1). P. 2045678.
40. Levine P. *Waking the Tiger: Healing Trauma* / Transl. from English. Boston: North Atlantic Books, 2019. 288 p.
41. Lin K., Rodriguez M., Garcia A. Social support as a factor in reducing PTSD symptoms in war-affected populations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2021. No. 13 (4). P. 456–467.
42. Mahoney A., Carlson D., Smith J. Effectiveness of group therapy for veterans and civilians with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. No. 34 (3). P. 567–578.
43. Ogden P., Minton K., Pain C. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company, 2006. 510 p.
44. Pearce L. Narrative therapy in working with traumatic experiences. *Journal of Narrative Therapy and Community Work*. 2020. No. 4. P. 23–34.
45. Phoenix Australia. *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: Phoenix Australia, 2020. 120 p.
46. Pietrzak R. H., Harper J., Moore T. Perceived social support and resilience in combat veterans with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. No. 23 (6). P. 697–704.
47. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press, 2018. 384 p.

48. Shapira L. B., Mong K., Taylor R. Loving-kindness meditation and its impact on veterans with PTSD. *Mindfulness*. 2022. No. 13 (5). P. 1123–1135.
49. Sloan D. M., Marx B. P., Cohen J. Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2018. No. 31 (6). P. 886–898.
50. Smith A., Jones L., Wilson K. Culturally adapted psychological support programs for communities affected by war. *International Journal of Mental Health*. 2023. No. 52 (1). P. 89–102.
51. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books, 2014. 464 p.
52. West J., Liang K., Chen S. Yoga as a method for reducing PTSD symptoms: Results of clinical trials. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*. 2017. No. 6 (3). P. 45–52.
53. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press, 2003. 436 p.

ДОДАТКИ

Опитувальник для виявлення потреб у психологічній допомозі

Шановний(а) респонденте!

Дане опитування необхідне для проведення емпіричного дослідження в рамках дипломної роботи. Будемо вдячні за допомогу!

Цей опитувальник спрямований на аналіз вашого психологічного стану та виявлення потреб у психологічній допомозі. Ваша участь є анонімною, і всі відповіді будуть використані лише в наукових цілях. Дякуємо за вашу чесність і час!

[Далі](#)

Сторінка 1 з 8

[Очистити форму](#)

Зірочка (*) указує, що запитання обов'язкове

Загальні відомості про респондента

1.1. Ваш вік: *

☐ До 18 років

☐ 18-25 років

☐ 26-40 років

☐ 41-60 років

☐ Більше 60 років

1.2. Ваша стать: *

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

☐ Інше

1.3. Ваш соціальний статус: *

☐ Студент(ка)

☐ Працівник

☐ Безробітний(а)

☐ Пенсіонер(ка)

☐ Інше: _____

Досвід отримання психологічної допомоги

2.1. Чи отримували ви раніше психологічну допомогу? *

Вибрати

2.2. Якщо "Так", у якій формі ви отримували допомогу? *
(можна вибрати декілька варіантів)

☐ Індивідуальна консультація

☐ Групова терапія

☐ Онлайн-консультація

☐ Інше:

Наскільки ви задоволені отриманою допомогою? *

1 2 3 4 5

Незадоволений(а) Дуже
задоволений(а)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Дуже задоволений(а)

Психологічний стан респондента

Як часто ви відчуваєте стрес? *

☐ Щодня

☐ Кілька разів на тиждень

☐ Раз на місяць

☐ Рідко

Наскільки часто ви переживаєте наступні емоційні
стани? *

Відчуття тривоги

1 2 3 4 5

ніколи

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

дуже часто

Наскільки часто ви переживаєте наступні емоційні
стани? *

Смуток чи депресія

1 2 3 4 5

ніколи

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

дуже часто

Наскільки часто ви переживаєте наступні емоційні стани? *

Втрата інтересу до діяльності

1 2 3 4 5
ніколи ○ ○ ○ ○ ○ дуже часто

Чи відчуваєте ви фізичні симптоми стресу (головний біль, безсоння, втома тощо)? *

Вибрати ▼

Потреби у психологічній допомозі

4.1. З якими труднощами ви стикаєтесь найчастіше? (можна вибрати декілька варіантів) *

- ☐ Тривога
- ☐ Депресія
- ☐ Втрата близької людини
- ☐ Проблеми у стосунках
- ☐ Професійні труднощі
- ☐ Інше: _____

Які форми психологічної допомоги ви вважаєте найбільш ефективними? *

- ☐ Індивідуальні консультації
- ☐ Групові тренінги
- ☐ Онлайн-зустрічі
- ☐ Самопоміч (книги, відео тощо)

Які фактори є для вас найважливішими при отриманні психологічної допомоги? *

- ☐ Конфіденційність
- ☐ Досвід спеціаліста
- ☐ Емпатія психолога
- ☐ Зручний час для консультацій
- ☐ Інше: _____

Опитувальник на виявлення ПТСР

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
повторювальні, хвилюючі та небажані спогади
стресового досвіду?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
повторювальні, хвилюючі сновидіння про стресовий
досвід?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
раптове відчуття або подій, ніби стресовий досвід знову
трапляється?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий
досвід?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про
стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене
дихання, пітливість)?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: **уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?** *

1 2 3 4 5
Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: **проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?** *

1 2 3 4 5
Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: **сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (приміром, "я поганий", "зі мною щось не так", "нікому не можна довіряти", "світ - небезпечне місце")?** *

1 2 3 4 5
Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: **самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду, або того, що сталося після нього)?** *

1 2 3 4 5
Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: **сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?** *

1 2 3 4 5
Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: **втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?** *

1 2 3 4 5
Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
відчуття віддаленості або відокремленості від інших?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
проблеми при переживанні позитивних емоцій
(наприклад, незмога у відчутті радості або любові по
відношенні до близької людини)?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть
Вам зашкодити?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
бути "на взводі" або "на сторожі"?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *
відчуття постійної напруги?

	1	2	3	4	5	
Зовсім ні	☐	☐	☐	☐	☐	Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *

труднощі із зосередженістю?

1 2 3 4 5

Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували: *

проблеми із засинанням або нічні прокидання?

1 2 3 4 5

Зовсім ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Дуже

Пропозиції та побажання

Які ваші очікування від психологічної допомоги? *

Ваша відповідь _____

Контактні дані для зв'язку та можливості надання психологічної допомоги

(заповнюється за Вашим бажанням)

Вкажіть за бажанням, контактні дані

Ваша відповідь _____