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

Кафедра психології

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ІСАЮК НАТАЛІЇ ЙОСИПІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«__» _____ 2026 р.

Науковий керівник:
Павлюк М.М.,
доктор психологічних наук,
доцент,
професор кафедри психології

Рецензент:
Воробйова О.В.,
Доктор філософії в психології,
Старший викладач кафедри
юридичної психології НАВС

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

М.М.Павлюк

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

Д.В. Бур’ян

підпис	ініціали, прізвище

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

Кафедра психології

спеціальність ***Психологія***
курс ІІ *(магістратура)*

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра
Ісаюк Наталії Йосипівни

Тема роботи: **«Особливості переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту»**

Цільова установка: Психологічні служби, кризові та реабілітаційні центри, соціальні й волонтерські організації, що здійснюють психологічну підтримку осіб, які пережили травматичний досвід в умовах воєнного конфлікту;

Вихідні дані: матеріали наукової та навчально-методичної літератури з проблеми психологічної травми, монографії, наукові статті, навчальні посібники, методичні рекомендації, ресурси мережі Інтернет, а також результати емпіричного дослідження.

Перелік графічного матеріалу: 6 табл., 3 рис.

Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

	Консультант (Прізвище, ініціали)	**Дата, підпис**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Вступ	Павлюк М.М.		
Розділ 1	Павлюк М.М.		
Розділ 2	Павлюк М.М.		
Розділ 3	Павлюк М.М.		
Висновки	Павлюк М.М.		

Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи дослідження психологічної травми

Розділ 2. Емпіричне дослідження переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту

Розділ 3. Психологічні стратегії подолання травматичного досвіду

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

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

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Павлюк М.М.)

Завдання прийняв до виконання
здобувач _____ (Ісаюк Н.Й.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 66 с. основного тексту, 6 табл., 3 рис., 83 джерела, 4 додатка.

Об'єкт дослідження: процес переживання психологічної травми особистістю в умовах воєнного конфлікту.

Предмет дослідження: особливості прояву та взаємозв'язок симптомів психологічної травми, депресивної симптоматики та стратегій подолання стресу у осіб, які пережили воєнні події.

Мета дослідження полягає у: виявленні особливостей переживання психологічної травми у осіб, які зазнали впливу воєнного конфлікту, та визначенні взаємозв'язку між рівнем посттравматичного стресу, депресивної симптоматики та копінг-стратегіями.

Гіпотеза дослідження: полягає в припущенні, що рівень проявів психологічної травми та депресивної симптоматики у осіб, які пережили воєнні події, пов'язаний зі стратегіями подолання стресу та рівнем соціальної підтримки.

Методи дослідження:

- **теоретичні**: аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми психологічної травми;
- **емпіричні**: психодіагностичні методики PCL-5, BDI-II, SACS Лазаруса для оцінки симптомів посттравматичного стресу, депресії та копінг-стратегій;
- **математико-статистичні**: описова статистика, кореляційний аналіз, методи аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА, ВОЄННИЙ КОНФЛІКТ, ПТСР, ДЕПРЕСІЯ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, АДАПТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА

PSYCHOLOGICAL TRAUMA, WAR CONFLICT, PTSD, DEPRESSION, COPING STRATEGIES, ADAPTATION, SOCIAL SUPPORT

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ 10

1.1. Поняття психологічної травми та її класифікація 10

1.2. Теоретичні підходи до вивчення травматичного досвіду 18

1.3. Особливості переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту 24

Висновки до першого розділу 30

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ 32

2.1. Організація та методи дослідження 32

2.2. Характеристика вибірки 35

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів 38

Висновки до другого розділу 43

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ 45

3.1. Копінг-стратегії та механізми адаптації особистості 45

3.2. Роль соціальної підтримки у переживанні психотравми 48

3.3. Перспективи психологічної допомоги постраждалим у воєнних умовах 51

Висновки до третього розділу 62

ВИСНОВКИ 64

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 67

ДОДАТКИ 78

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена суттєвим зростанням психотравматичного навантаження на населення України в умовах тривалого воєнного конфлікту. Збройна агресія, вимушена міграція, постійна загроза життю, втрата близьких та руйнування звичних соціальних опор формують специфічний травматичний досвід, який має пролонгований вплив на психічне функціонування особистості. У таких умовах зростає поширеність симптомів посттравматичного стресового розладу, депресивних станів, тривожних розладів та труднощів психологічної адаптації.

Сучасні дослідження свідчать, що психологічна травма в умовах війни не обмежується гострими реакціями на екстремальні події, а набуває комплексного характеру, поєднуючи емоційні, когнітивні та поведінкові порушення. Водночас значна частина осіб демонструє різний рівень психологічної стійкості, що зумовлює необхідність вивчення не лише симптомів травматизації, а й стратегій подолання стресу, які використовуються у процесі адаптації.

Актуальність дослідження визначається потребою комплексного аналізу переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту з урахуванням взаємозв’язку між проявами посттравматичного стресу, депресивної симптоматики та копінг-стратегій. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти індивідуальні механізми адаптації та чинники ризику формування стійких психоемоційних порушень.

Наукова новизна роботи полягає в емпіричному аналізі взаємозв’язку між симптомами психологічної травми, депресії та стратегіями подолання стресу у представників різних соціальних груп, які зазнали впливу воєнного конфлікту. У дослідженні застосовано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяє здійснити багатовимірну оцінку психічного стану респондентів та особливостей їх психологічної адаптації.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності психологів кризових центрів, реабілітаційних програм, волонтерських і соціальних організацій. Результати роботи можуть слугувати основою для розробки рекомендацій щодо психологічної підтримки осіб, які пережили травматичний досвід в умовах воєнного конфлікту.

Об'єкт дослідження — процес переживання психологічної травми особистістю.

Предмет дослідження — особливості прояву та взаємозв'язку симптомів психологічної травми, депресії та стратегій подолання стресу в умовах воєнного конфлікту.

Мета дослідження — виявити особливості переживання психологічної травми в осіб, які зазнали впливу воєнного конфлікту, та визначити взаємозв'язок між рівнем посттравматичного стресу, депресивної симптоматики та копінг-стратегіями.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до вивчення психологічної травми.
2. Охарактеризувати особливості переживання травматичного досвіду в умовах воєнного конфлікту.
3. Обґрунтувати та описати методи емпіричного дослідження.
4. Визначити рівень проявів ПТСР, депресивних симптомів та стратегій подолання стресу у вибірці досліджуваних.
5. Проаналізувати взаємозв'язки між травматичними проявами та адаптивними механізмами.
6. Сформулювати висновки та визначити практичні рекомендації щодо підтримки осіб, які пережили воєнну травму.

Методи дослідження. У роботі застосовано теоретичні, емпіричні та статистичні методи дослідження, зокрема аналіз і узагальнення наукових

джерел, психодіагностичні методики PCL-5, BDI-II, SACS Лазаруса, а також методи статистичної обробки результатів.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох змістовних розділів, висновків та списку використаних джерел. Список використаних джерел налічує 83 найменування. Загальний обсяг роботи становить 66 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Поняття психологічної травми та її класифікація

Психологічна травма в межах цього дослідження концептуалізується як інтенсивне внутрішнє дестабілізаційне утворення, що формується внаслідок зіткнення суб'єкта з екстремальною, загрозливою або критично дестабілізуючою подією. Подібний вплив спричинює раптове конструювання уявлення про довкілля як про середовище з високою мірою агресивності та непередбачуваності, у межах якого усталені структури стабільності, опертя та особистісної безпеки зазнають руйнування. Психічна система опиняється перед феноменом, що виходить за межі звичного досвіду та доступних адаптаційних механізмів, ускладнюючи процес відновлення внутрішньої регуляції та збереження психоемоційної цілісності [10].

Подія подібного типу інтегрується у життєвий досвід суб'єкта настільки стрімко й інтенсивно, що формується відчуття когнітивної та емоційної нездатності її осмислити, прийняти чи подолати автономним шляхом. Такий досвід перевищує наявні психічні ресурси індивіда, провокуючи стан тотальної безпорадності та підвищеної вразливості. У роботі акцентується, що психологічну травму недоцільно редукувати до інтенсивного стресу чи ситуативної неприємності; це комплексний психоемоційний конструкт, який утворює специфічну «глибинну внутрішню деструкцію», що зберігає пролонгований вплив, маніфестуючись у когнітивних, поведінкових та афективних змінах, трансформаціях міжособистісних взаємодій і модифікації структури самосприйняття [6].

Порушується відчуття базової безпеки — первинної довіри до навколишнього середовища, яка забезпечує підтримання внутрішньої регулятивної стабільності. Індивід утрачає переживання захищеності та контроль над власною життєвою траєкторією, що становить один із

найтравматичніших сегментів переживаного досвіду. Саме тому психологічна травма має пролонгований і значний вплив, оскільки модифікує способи інтерпретації суб'єктом власної ідентичності, оточення та глобальної картини світу [10].

Психологічна травма не обмежується ситуаціями прямої загрози життю чи фізичній цілісності. Її генераторами можуть виступати й події, які не мають характеру «летальної небезпеки», проте істотно порушують звичний ритм існування, дестабілізують емоційну сферу або руйнують глибинні внутрішні референти. Це можуть бути ситуації, що зачіпають самооцінкові структури, почуття гідності, соціальний статус, значущі міжособистісні зв'язки або фундаментальні ціннісні орієнтації [73].

Важливо зазначити, що травматичний потенціал події визначається не її об'єктивними характеристиками, а специфікою індивідуального переживання. Ідентичний життєвий епізод може спричиняти кардинально відмінні наслідки для різних суб'єктів: те, що для однієї особи набуває деструктивного змісту й формує тривалий емоційний дефіцит, для іншої може залишитися лише складною, але не травматичною ситуацією. Таким чином, у центрі феноменології травми перебуває не зовнішній стимул, а внутрішня інтерпретація, суб'єктивна оцінка та смислова реконструкція події, а також спектр емоційних реакцій, які вона генерує [10].

Механізм формування психологічної травми має суттєву аналогію з механізмом фізичного ушкодження, що зазвичай не усвідомлюється на інтуїтивному рівні. Під час тілесного ураження порушується структурна цілісність організму, активується больовий сигнал, а система регуляції негайно ініціює захисно-компенсаторні процеси: локалізацію пошкодження, зупинку кровотечі, запобігання подальшому руйнуванню та поступове відновлення. У психічній сфері відбуваються паралельні за змістом процеси, проте їхній характер є нефізичним: ушкодження залишаються прихованими, а біль набуває емоційно-афективної природи [59].

Одним із ключових захисних механізмів, що активується в умовах психічної перенапруги, є витіснення — природна спроба психіки відмежувати або дистанціювати травматичний матеріал, аби він не домінував у внутрішньому просторі особистості. За концепцією Дж. Герман (2015), суб'єкт може навіть не усвідомлювати, що певні спогади, образи чи емоції були переміщені у латентні шари свідомості. На перший погляд таке відсторонення створює ілюзію полегшення: інтенсивність болісних переживань зменшується, вони ніби втрачають свою гостроту. Однак витіснений емоційний матеріал не зникає; він трансформується, модифікує форми прояву й продовжує впливати на психічну динаміку. Неможливість інтеграції травматичного досвіду спричиняє накопичення внутрішнього напруження, яке з часом набуває зовнішніх поведінкових або афективних форм реалізації [10; 19].

Саме тому психологічна травма нерідко проявляється з часовою відстрочкою. Суб'єкт може певний період зберігати видиму стабільність, ніби подія не справила значного впливу. Проте через дні, місяці або навіть роки можуть з'являтися неочікувані симптоматичні реакції. До них належать раптові епізоди інтенсивного страху без очевидного тригера, нав'язливі тривожні думки, стійке психофізіологічне напруження, а також афективна лабільність або імпульсивні спалахи гніву, що важко піддаються контролю [19].

Непереробленний травматичний досвід маніфестує себе не лише на когнітивно-афективному рівні, а й через соматичні прояви, які розглядаються як одна з показових характеристик психологічної травми. За умов, коли психічна система не здатна інтегрувати надмірне психоемоційне навантаження, частина цього напруження знаходить відображення у тілесних реакціях. У таких випадках соматичні симптоми можуть виникати як наслідок тривалої психофізіологічної дисрегуляції та збереження стану внутрішньої напруги, навіть за відсутності актуальної загрози, відображаючи глибинний психологічний дистрес суб'єкта [19].

Одним із поширених соматичних проявів психологічної травми є цефалгії, які можуть виникати спонтанно, мати пульсативний або тягнучий характер і зберігатися від кількох годин до декількох діб. У літературі такі симптоми пов’язують із хронічним станом внутрішньої напруги, підвищеної пильності та постійної психофізіологічної мобілізації. Міофасціальні спазми — зокрема в ділянці шиї, спини та плечового поясу — також розглядаються як типові супутники травматичного досвіду. М’язові структури можуть залишатися гіпертонізованими навіть у стані відносного спокою, оскільки тіло продовжує реагувати відповідно до патерну «готовності до захисту» за відсутності актуальної загрози [19].

Зміни у функціонуванні серцево-судинної системи — від тахікардії до короткочасних аритмічних епізодів — можуть супроводжуватися суб’єктивним переживанням небезпеки. У фахових рекомендаціях зазначається, що подібні реакції пов’язані з дисрегуляцією нервової системи, яка не повернулася до стану гомеостатичної рівноваги та продовжує функціонувати у режимі підвищеної готовності. Аналогічні механізми описуються і у порушеннях роботи травної системи: біль, нудота та розлади травлення можуть виникати як соматичні прояви травматичного досвіду в умовах хронічного напруження й гормональної дискоординації [19].

Порушення сну також розглядаються як поширений прояв неінтегрованого травматичного досвіду. Суб’єкт може зіштовхуватися з труднощами засинання, частими нічними пробудженнями, поверхневим або фрагментованим сном, що не забезпечує повноцінного відновлення. Подібні прояви пов’язуються з тривалою активацією нервової системи та збереженням стану психофізіологічної готовності, за якого організм продовжує функціонувати у режимі підвищеної напруги навіть у фазі сну [19].

Окремої уваги потребують такі психофізіологічні феномени, як тілесне тремтіння та панічні атаки. Тілесне тремтіння розглядається як реакція нервової системи на надмірне психоемоційне напруження та може виконувати функцію часткового вивільнення акумульованого стресу. Панічні атаки

являють собою раптові афективні епізоди інтенсивного страху, що супроводжуються відчуттям втрати контролю та суб'єктивним переживанням загрози для життя навіть за відсутності реальної фізичної небезпеки. Інтенсивність таких переживань часто ускладнює їх самостійне подолання та потребує професійної психологічної допомоги [19].

Класифікація психологічних травм у наведеному матеріалі розглядається як багаторівнева структурна система, що дозволяє систематизувати різноманітні форми травматичного досвіду та чинники, які визначають його інтенсивність, тривалість і характер проявів. Психологічна травма не є уніфікованим феноменом, а представлена низкою форм, що відрізняються за джерелами виникнення, особливостями перебігу та впливом на індивідуальну психічну динаміку. У зв'язку з цим класифікаційний підхід використовується для впорядкування наявних у науковій літературі уявлень про психологічну травму (див. табл. 1.1) [73].

Таблиця 1.1

Класифікація психологічних травм за різними підходами

Критерій класифікації	Типи травм	Характеристика	Приклади / особливості
За силою та тривалістю впливу	Гостра (шокова)	Раптова подія, сильний емоційний вплив, психіка не встигає адаптуватися	Аварія, напад, стихійне лихо
	Короткочасна, але значуща	Подія не загрожує життю, але глибоко зачіпає емоції	Приниження, зрада, розрив стосунків, втрата соціального статусу
	Хронічна	Довготривале або повторюване травмуюче впливання, поступове виснаження психіки	Постійні знущання, домашнє насильство, воєнні дії
За змістом травмуючої події	Екзистенціальна	Загроза життю, контакт з насильством або катастрофою	Війна, катастрофи, серйозні травми
	Травма втрати	Переживання смерті близьких, руйнування значущих сфер життя	Смерть, розрив стосунків, втрата роботи

Продовження таблиці 1.1

	Травма прив'язаності	Брак любові або відкидання у важливих стосунках	Емоційна холодність, дитячі травми
	Травма системних стосунків	Порушення сімейних або соціальних кордонів	Інцест, насильство в родині
За джерелом впливу	Людська	Травма, спричинена іншими людьми	Насильство, тортури, зрада, війна
	Природна/ техногенна	Травма від подій, що не залежать від людей	Землетруси, аварії, стихійні лиха
За комплексністю	Гостра	Одноразова подія з сильним впливом	Аварія, напад
	Хронічна	Довготривалий негативний досвід	Постійне насильство
	Комплексна	Поєднання кількох форм, часто повторюваних	Полон, тривалі війни, катування
За способом переживання психікою	Психологічний біль	Глибокий внутрішній біль, активує захисні механізми	Тривога, депресія, емоційне виснаження
	Емоційне потрясіння	Подія перевищує можливості психіки «переварити»	Шок, ступор, дезорієнтація
	Соматизація	Внутрішній біль проявляється фізично	Головні болі, спазми, проблеми з травленням
	Нав'язливе повторення	Події активують травму знову, навіть без повторення ситуації	Флешбеки, панічні атаки, повторювані страхи

Один із ключових підходів до класифікації психологічних травм ґрунтується на інтенсивності та тривалості впливу травматичної події. У межах цього підходу виокремлюють, зокрема, гостру, або шокову травму, що виникає раптово та супроводжується надзвичайно потужним емоційним впливом, за якого психіка не встигає адаптуватися до події. Прикладами таких ситуацій можуть бути транспортні інциденти, насильницькі напади, стихійні катаклізми чи інші різкі та небезпечні зміни життєвої траєкторії (див. табл. 1.1) [73].

Поряд із гострими травматичними подіями виокремлюють короткочасні, але психологічно значущі травматичні впливи. Йдеться про ситуації, які не створюють безпосередньої загрози життю, однак здатні глибоко порушувати внутрішню емоційну структуру суб'єкта, зокрема

приниження, зраду, розірвання міжособистісних зв’язків, втрату соціального статусу або суттєвих життєвих перспектив. Хоча такі події можуть мати обмежену тривалість, вони часто залишають відчутний слід у психіці, трансформуючи самооцінкові конструкції, смислові переконання та здатність до формування довірчих стосунків (див. табл. 1.1) [61].

На відміну від короткочасних травматичних впливів, хронічні психологічні травми формуються внаслідок тривалого або повторюваного негативного досвіду. До них належать систематичні знущання, домашнє насильство, стійкі принизливі взаємодії, тривале перебування в небезпечних або деградуючих умовах, а також участь у воєнних діях чи перебування в полоні. За таких умов психічна система зазнає поступового виснаження, а травматичний вплив проникає в глибинні рівні особистісної організації, модифікуючи когнітивні схеми, поведінкові патерни, емоційні реакції та спосіб інтерпретації соціальної реальності (див. табл. 1.1) [6].

Ще одним способом систематизації психологічних травм є їх умовне розмежування за змістом травмувального впливу. У наукових і прикладних дослідженнях описуються різні типи травматичного досвіду залежно від того, яку саме сферу життєдіяльності він порушує. Так, у літературі виокремлюються травми, пов’язані з реальною загрозою життю та фізичній цілісності, переживанням втрати значущих осіб або життєвих опор, а також порушенням базових потреб у прив’язаності та емоційній безпеці. Подібне розмежування дає змогу глибше осмислити специфіку травматичного переживання та його вплив на психічне функціонування особистості (див. табл. 1.1) [10].

Важливим є також розмежування психологічних травм за джерелом психотравмувального впливу. У цьому контексті зазвичай виокремлюють події, спричинені діями інших людей, а також події природного чи техногенного походження. Травматичний досвід, пов’язаний із людською агресією — насильством, тортурами, приниженнями, воєнними діями або зрадою, часто супроводжується глибокими порушеннями базового відчуття

довіри до міжособистісного та соціального середовища. У таких випадках джерело травми пов’язується з руйнуванням значущих стосунків і соціальних опор, що зумовлює специфіку подальшого психічного реагування суб’єкта (див. табл. 1.1) [10].

Психологічна травма може проявлятися у різних формах залежно від способу її переживання психікою. В одних випадках травматичний досвід супроводжується інтенсивним психічним болем, що активує захисні механізми, в інших — афективним потрясінням, яке перевищує можливості суб’єкта інтегрувати подію у власний життєвий досвід. Досить поширеним є також феномен соматизації, за якого внутрішній психологічний дистрес знаходить вираження у тілесних реакціях. Окремо виділяється явище нав’язливого повторення, коли подібні ситуації або внутрішні сигнали актуалізують травматичний досвід і спричиняють його повторне переживання навіть за відсутності безпосередніх зовнішніх тригерів (див. табл. 1.1) [19].

Узагальнюючи викладений матеріал, можна зазначити, що психологічна травма не зводиться до інтенсивного стресу чи суб’єктивно неприємної події, а постає як феномен, що перевищує наявні можливості психіки реагувати звичними способами. Травматичний досвід пов’язаний із порушенням відчуття безпеки, формуванням глибинного психологічного болю та може проявлятися не лише у сфері емоційних і поведінкових реакцій, а й на соматичному рівні [59].

Запропоновані у підрозділі класифікаційні підходи дають змогу окреслити багатовимірність і структурну складність психологічної травми, яка варіюється за тривалістю, змістом, інтенсивністю, джерелом виникнення та способом переживання. Особливо складними для подолання є травматичні події, зумовлені діями інших людей — насильством, приниженням, тортурами або перебуванням у полоні, — оскільки вони поєднують інтенсивний психічний біль із порушенням базової довіри до міжособистісного та соціального середовища.

Подані класифікації дають змогу системно описати різні виміри психологічної травми, однак вони не вичерпують розуміння її психологічної природи. Механізми переживання, інтеграції та довготривалих наслідків травматичного досвіду можуть суттєво відрізнятися залежно від теоретичної перспективи, у межах якої вони розглядаються. Саме тому подальший аналіз потребує звернення до основних теоретичних підходів, що пояснюють феномен травматичного досвіду та особливості його впливу на психічне функціонування особистості.

1.2. Теоретичні підходи до вивчення травматичного досвіду

Теоретичні концепції, спрямовані на дослідження травматичного досвіду, охоплюють широкий спектр наукових підходів, у межах яких психологічна травма розглядається як багатокомпонентний феномен, що поєднує зовнішні події, внутрішні психічні процеси та індивідуальні характеристики суб’єкта. У проаналізованих наукових джерелах травматичний досвід не редукується до самого факту події — визначальним є спосіб її переживання, інтерпретації та подальшої інтеграції у особистісну історію індивіда [9].

У зв’язку з цим у психологічній науці виокремлюється кілька базових теоретичних підходів, які по-різному пояснюють природу психологічної травми та механізми її впливу на психічне функціонування особистості, акцентуючи увагу або на зовнішніх психотравмувальних чинниках, або на внутрішніх процесах переживання та адаптації [9].

Перший теоретичний підхід трактує психологічну травму як інтенсивний зовнішній психічний імпульс, тобто подію чи ситуацію, сила впливу яких є настільки значною, що психічна система не встигає здійснити їх повноцінне опрацювання. У цьому контексті травма постає не як результат внутрішнього конфлікту або суб’єктивного переживання, а як об’єктивний

детермінувальний чинник, що діє ззовні та призводить до дезорганізації усталеного психічного функціонування індивіда (див. табл. 1.2) [54].

Таблиця 1.2

Основні теоретичні підходи до психологічної травми

Підхід	Основна ідея	Джерело/фокус	Механізм травми	Наслідки	Можливості подолання
Об'єктивний (зовнішній) підхід	Травма як наслідок надмірного за інтенсивністю зовнішнього впливу, який перевищує можливості психічної переробки.	Екстремальні події (катастрофи, насильство, бойові дії).	Надмірність, раптовість та інтенсивність впливу → дезорганізація психічного функціонування.	Гострі стресові реакції; підвищена тривожність; порушення сну; можливе формування ПТСР та інших розладів.	Психологічна допомога; відновлення регуляції; підтримка; психотерапія.
Суб'єктивний (внутрішній) підхід	Травматичний ефект визначається способом переживання, смисловою інтерпретацією та попереднім досвідом.	Переконання, інтерпретаційні схеми, ресурси, попередні травми, цінності.	Суб'єктивна оцінка загрози у поєднанні з індивідуальною вразливістю та ресурсами → різні наслідки за однакової події.	Тривога, провина, страх, втрата контролю, стійкі негативні переживання.	Психотерапія, переосмислення, розвиток ресурсів, відновлення відчуття контролю.
Психодинамічні та травмафокусовані підходи (Герман).	Травма пов'язана з порушенням інтеграції досвіду; пережите зберігається у фрагментованій	Неінтегрований досвід, афективні/сенсорні компоненти пам'яті, саморегуляція, безпека і стабілізація.	Фрагментація пам'яті та порушення саморегуляції → мимовільна актуалізація реакцій,	Дезадаптивні реакції, порушення регуляції афекту, труднощі у стосунках, підвищена вразливість.	Поетапна травмафокусована психотерапія; безпечний контекст; інтеграція досвіду; відновлення

Продовження таблиці 1.2

	формі та може актуалізуватися поза свідомим контролем.		повторювані патерни у взаємодії.		саморегуляції.
Гомеостатичний підхід	Психіка прагне стабільності; травма порушує внутрішній баланс.	Організм і психіка як системи.	Порушення рівноваги → мобілізація захисних механізмів (заперечення, уникання тощо).	Тривалі стресові реакції; напруга; труднощі відновлення рівноваги.	Відновлення гомеостазу через підтримку, безпечний досвід, психотерапію.
Мультидисциплінарний підхід	Травма — комплексне явище: біологічне, психологічне, соціальне.	Біопсихосоціальна перспектива; стрес, криза, копінг, соціальна підтримка.	Взаємодія події, ресурсів та контексту підтримки.	Варіативні стресові реакції, залежні від тривалості/інтенсивності та ресурсів.	Комплексна допомога: індивідуальні ресурси + підтримка + психотерапія.

Джерело: [2; 9; 36; 42; 48; 54; 67].

Аналіз представлених теоретичних підходів засвідчує, що кожен із них акцентує увагу на окремих аспектах психологічної травми. Психодинамічні концепції зосереджуються передусім на внутрішніх конфліктах, несвідомих процесах і ранніх об’єктних відносинах, тоді як когнітивно-поведінкові підходи розглядають травматичний досвід крізь призму дисфункційних переконань, умовних реакцій та поведінкових патернів. Гуманістичні й екзистенційні концепції, своєю чергою, акцентують увагу на втраті сенсу, порушенні автентичності та екзистенційних підвалинах переживання травми. [42; 9].

Водночас жоден із зазначених підходів не охоплює феномен психологічної травми в повному обсязі. Зосередженість окремих теоретичних моделей лише на внутрішніх психічних процесах, когнітивних структурах або смислових вимірах залишає поза увагою тілесні, афективні та нейрофізіологічні компоненти травматичного досвіду, що обмежує можливості його цілісного розуміння. [42; 9; 48].

Таким чином, сучасне розуміння психологічної травми ґрунтується на необхідності інтегративного підходу, який дозволяє поєднати різні теоретичні перспективи та врахувати багаторівневу природу травматичного досвіду. Саме така інтеграція створює підґрунтя для подальшого аналізу механізмів переживання та подолання травми, що буде розглянуто в наступних підрозділах роботи [48].

Такий підхід спирається на уявлення про те, що кожна особа володіє унікальною системою значущих переживань і специфічним життєвим досвідом, які формують індивідуальні смисли, внутрішні конфлікти та попередній досвід психічної вразливості, що детермінують її реакції на стресогенні події. Характер переживання психотравмувальної ситуації залежить від комплексу чинників, зокрема попереднього досвіду, індивідуальних ресурсів, рівня психологічної стійкості, сформованості регуляторних механізмів та системи цінностей, а також від ступеня психічної готовності до зустрічі з відповідним викликом (див. табл. 1.2) [36; 48; 42].

Цей підхід корелює з когнітивними та гуманістичними традиціями психологічної науки, які акцентують роль переконань, інтерпретаційних схем та очікувань суб’єкта. Саме вони визначають, чи буде подія сприйнята як деструктивна та загрозлива, чи як складний, але потенційно подоланний досвід. Принципово важливим у межах цього підходу є усвідомлення того, що травматичний ефект події залежить від того, які саме психічні функції було порушено та яким був їхній суб’єктивний статус для індивіда: чи зачеплено його потребу у безпеці, довірі, любові, самоповазі або у відчутті контролю над власним життям (див. табл. 1.2) [36].

Окреме та концептуально значуще місце у вивченні травматичного досвіду посідають сучасні психодинамічні та травмафокусовані підходи, у межах яких психологічна травма розглядається не лише як інтенсивний зовнішній вплив, а як переживання, що виявляється психічно неінтегрованим. За таких умов травматичний досвід не включається у цілісну систему особистісного досвіду, а зберігається у фрагментованій формі, порушуючи внутрішню узгодженість психічних процесів [9; 67].

Згідно з сучасними концепціями травми, травматичні події можуть фіксуватися у пам’яті у вигляді неінтегрованих афективних та сенсорних компонентів, що не піддаються повній вербалізації та усвідомленню. Такі переживання зберігають здатність актуалізуватися поза межами свідомого контролю, впливаючи на емоційний стан, поведінкові реакції та міжособистісну взаємодію суб’єкта (див. табл. 1.2) [67].

Особлива увага в межах цих підходів приділяється травматичному досвіду, що формується у ранньому дитинстві, оскільки в цей період психічні структури ще не є достатньо зрілими для опрацювання інтенсивних емоційних вражень. Травматичні події, пережиті на ранніх етапах розвитку, можуть призводити до тривалих порушень регуляції афектів, почуття безпеки та цілісності Я, що зумовлює їхній пролонгований вплив на подальший психічний розвиток особистості (див. табл. 1.2), [82; 36].

У межах сучасних травмафокусованих підходів деструктивний характер травматичного досвіду пов’язується не лише зі змістом події, а й з порушенням процесів її психічної інтеграції. Коли інтенсивність переживання перевищує адаптаційні можливості психічної системи, травматичний досвід не включається у цілісну структуру автобіографічної пам’яті, а зберігається у фрагментованій формі. Такі неінтегровані переживання можуть актуалізуватися у вигляді емоційних або тілесних реакцій, що не мають усвідомлюваного зв’язку з первинною травмувальною подією, проте продовжують впливати на внутрішній стан індивіда (див. табл. 1.2) [67].

Наслідком збереження травматичного досвіду у фрагментованій формі може ставати схильність до повторного відтворення травматичних сценаріїв у поведінці та міжособистісних взаємодіях. Такі повторювані патерни не є результатом усвідомленого вибору, а відображають труднощі психічної саморегуляції та інтеграції пережитого досвіду. Повторна актуалізація травматичних реакцій у різних життєвих ситуаціях підтримує тривалу психологічну вразливість суб'єкта та ускладнює формування стабільних і безпечних міжособистісних зв'язків (див. табл. 1.2) [36; 48].

З позицій сучасних травмафокусованих підходів відновлення розглядається як процес поступової інтеграції травматичного досвіду та відновлення здатності до саморегуляції. У межах такого бачення акцент робиться на створенні умов, за яких пережитий досвід може бути осмислений і включений у цілісну систему життєвої історії особистості, що сприяє зменшенню дезадаптивних проявів і підвищенню психологічної стійкості (див. табл. 1.2) [67].

У сучасних теоріях травми значущим вважається гомеостатичний підхід, у межах якого психіка концептуалізується аналогічно до біологічного організму, що прагне стабільності. Травматичні події порушують внутрішню рівновагу психічної системи, провокуючи мобілізацію різних захисних механізмів — витіснення, заперечення, агресивні реакції, уникання. У такому контексті акцент робиться не лише на самій травмуючій події, а й на процесах відновлення порушеної психічного гомеостазу (див. табл. 1.2) [42; 36].

Сучасна психологія розглядає травматичний досвід через мультидисциплінарні перспективи, включно з психологією стресу, психологією екстремальних ситуацій, теорією фрустрації, концепцією кризових станів та моделями копінгової поведінки. Такий підхід дозволяє трактувати травму як комплексний феномен, що включає біологічні, психологічні та соціальні компоненти (див. табл. 1.2) [42; 54; 2]

Теоретичні концепції дослідження травматичного досвіду охоплюють різні аспекти цього явища: від зовнішніх умов і подій до глибинних внутрішніх

переживань. Вони демонструють, що психологічна травма — це не лише шокуючий стимул, а складний процес взаємодії індивіда зі своїм життєвим досвідом. Розуміння цих підходів дозволяє пояснити, чому одна й та сама подія може стати нестерпною для одного суб'єкта та подоланою для іншого, підкреслюючи важливість індивідуалізованого підходу в психологічній допомозі.

Таким чином, травматичний досвід постає як багатовимірне явище, що не може бути пояснене виключно силою зовнішнього стресора чи лише суб'єктивними переживаннями. Сумарний аналіз різних теоретичних підходів демонструє, що психологічна травма формується на перетині зовнішньої події, особистісних смислів, суб'єктивних інтерпретацій та глибинних психічних процесів, які не завжди усвідомлюються.

Комплексний підхід дозволяє пояснити, чому однотипні події призводять до різних наслідків у різних осіб, а також чому в одних випадках травматичний досвід інтегрується швидко, а в інших — трансформується у тривалі порушення, що впливають на життєву динаміку. Сучасні теоретичні концепції підкреслюють, що вирішальне значення має не лише сама подія, а й психічні ресурси, соціальна підтримка та механізми адаптації суб'єкта у момент екстремальної ситуації. Саме тому дослідження травматичного досвіду потребує індивідуального підходу, глибокого аналізу внутрішнього світу особистості та врахування взаємодії соціальних, біологічних і психологічних факторів, що визначають можливість відновлення, психічного зростання та повернення до емоційної рівноваги.

1.3. Особливості переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту

Особливості переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту зумовлені тим, що війна формує постійно загрозливе, нестабільне та непередбачуване середовище, у якому індивід змушений функціонувати

щоденно. В умовах бойових дій суб’єкт практично позбавлений можливості відчути себе у безпеці навіть на короткий проміжок часу, оскільки будь-який зовнішній стимул — звук, новина чи рух може сприйматися як сигнал потенційної небезпеки. Раптові обстріли, руйнування інфраструктури, втрата близьких, необхідність ухвалювати життєво важливі рішення в умовах підвищеного стресу, досвід укриття, евакуації або порятунку життя формують стан хронічного психічного напруження. За таких обставин травматичного значення набувають не лише окремі події, а й постійне очікування небезпеки, коли передчуття загрози стає стабільним фоном повсякденного існування та поступово виснажує адаптаційні ресурси психіки [1; 30].

В умовах війни психіка перебуває під постійним навантаженням, практично не маючи можливості для відпочинку та відновлення. Безперервні сирени, обстріли та постійна загроза життю не дозволяють нервовій системі зафіксувати момент завершення небезпеки. Кожне нове потрясіння нашаровується на попереднє, посилюючи дезорганізацію психічних процесів і поглиблюючи травматичний стан замість його корекції [14; 28].

Психологічна травма в умовах воєнного конфлікту формується не лише внаслідок окремої події, що перевищує адаптаційні ресурси особистості, а й у результаті тривалого перебування у стані загрозливої невизначеності. За відсутності чітких меж між «небезпекою» та «безпекою» психічна система втрачає можливість завершення стресової реакції, що ускладнює процеси емоційної регуляції та відновлення. У таких умовах дезорганізація психічного функціонування проявляється не лише у вигляді інтенсивних афективних реакцій або їх притуплення, а й у порушенні когнітивної цілісності досвіду, фрагментації сприйняття та зниженні ефективності звичних стратегій подолання [4; 28].

Отже, в умовах воєнного конфлікту психологічна травма не зводиться лише до афективної реакції на окрему загрозливу подію, а постає як стійке порушення відчуття стабільності, що зумовлює системні зміни у мисленні, сприйнятті світу та самооцінці особистості. За таких обставин індивід

поступово трансформує способи інтерпретації реальності, сприймаючи її крізь призму постійної загрози, вразливості та невпевненості. Наслідки бойових дій і життя в умовах війни характеризуються значною тривалістю та охоплюють різні рівні психічного функціонування, формуючи стійкий психологічний слід, який не зникає одразу навіть після усунення безпосередньої небезпеки [30; 33].

Найбільш деструктивними для психіки є переживання, пов'язані з полоном, катуваннями та систематичним приниженням, оскільки в таких умовах індивід зазнає глибокого порушення базового відчуття контролю над власним існуванням. Повна залежність від волі інших осіб, неможливість самозахисту, невизначеність щодо подальших подій і постійне очікування болю чи приниження формують стан всеохопної безпорадності. У дослідженнях психологічних наслідків воєнного насильства підкреслюється, що цей стан виходить за межі страху або фізичного страждання та призводить до руйнування внутрішньої цілісності особистості, порушення почуття гідності й базового відчуття безпеки, що зумовлює тривалі й тяжкі психологічні наслідки [4; 28].

Поряд із тілесним болем зазнає руйнування й основа людської гідності, оскільки полонені перебувають у постійному контакті з жорстокістю, знеціненням, погрозами та приниженнями [4; 5].

Деякі форми насильства характеризуються такою інтенсивністю та дегуманізуючим впливом, що перевищують здатність психіки інтегрувати пережитий досвід. Зіткнення з подібними подіями може призводити до втрати відчуття власної цінності, зниження почуття гідності та базового відчуття безпеки, а також до руйнування здатності розраховувати на підтримку й емпатію з боку оточення. У таких умовах самооцінка стає надзвичайно вразливою та може зазнавати суттєвого зниження, оскільки систематичні приниження й насильницький контроль підривають психологічну стійкість [4; 28; 76].

На психологічному рівні формується стійкий внутрішній страх, який може зберігатися навіть після звільнення, підтримуючи стан хронічної напруженості та підвищеної настороженості [14; 76].

Спогади про пережите можуть проявлятися у формі флешбеків, які виникають раптово та характеризуються високою інтенсивністю, створюючи суб'єктивне відчуття повторного переживання травматичної ситуації. Порушення сну часто набувають хронічного характеру, оскільки саме в нічний час актуалізуються травматичні образи й емоційні реакції, що ускладнює процес відновлення. До типових фізіологічних проявів належать прискорене серцебиття, тремтіння, різкі коливання емоційного стану та підвищена настороженість, що свідчить про тривалий вплив надмірно інтенсивного травматичного досвіду, який не зникає одразу після звільнення [3].

Окрім внутрішніх змін, травматичний досвід війни суттєво впливає й на соціальне функціонування особистості. На соціальному рівні він може спричиняти ізоляцію та істотно ускладнювати відновлення взаємодії з оточенням. Після пережитих травматичних подій індивід нерідко стикається з труднощами у поверненні до сімейного життя, підтриманні близьких стосунків та інтеграції у соціальні спільноти, переживаючи відчуття відчуженості й невідповідності колишнім соціальним ролям. У таких умовах часто актуалізуються почуття провини, сорому або страх бути незрозумілим іншими, що додатково ускладнює соціальну адаптацію [58; 30].

На духовному рівні переживання полону нерідко супроводжується глибокою кризою смислів, що проявляється у руйнуванні віри у справедливість, гуманність та впорядкованість світу. Індивід починає піддавати сумніву власні цінності, базові переконання та, в окремих випадках, сам сенс життя. Особливо деструктивним є поєднання інтенсивного фізичного болю з тривалим психологічним тиском, спрямованим на підрив внутрішньої цілісності особистості. Систематичні приниження, залякування, маніпуляції страхом створюють стан тотальної залежності, що істотно поглиблює травматичний вплив пережитого [76; 32].

Повернення у відносно безпечніші умови нерідко створює уявлення про завершення травматичного досвіду, коли зовнішня загроза зникає, а життя начебто має повернутися до звичного ритму. Проте для осіб, які пережили війну, полон або інші екстремальні ситуації, внутрішня психічна реальність часто залишається дестабілізованою. Психологічна травма не зникає разом із припиненням небезпеки, а продовжує впливати на емоційний стан, поведінку та самосприйняття, актуалізуючись у несподівані моменти. За Романчуком (2012), саме період після повернення до умов відносної безпеки нерідко супроводжується посиленням травматичних проявів, оскільки психіка отримує можливість “реагувати” на пережите, що раніше утримувалося в умовах виживання [14; 30; 59].

Після звільнення або повернення у відносно безпечні умови травматичний досвід часто актуалізується з новою інтенсивністю. Індивід може раптово втрачати відчуття внутрішньої стабільності через флешбеки, що супроводжуються тілесними та емоційними реакціями, подібними до переживань у момент реальної загрози. Порушення сну, зокрема нічні кошмари, фрагментація відпочинку, підвищена пильність і хронічна напруга ускладнюють відновлення психічної рівноваги. Уникання стимулів і ситуацій, пов’язаних із травматичним досвідом, з одного боку, виконує захисну функцію, а з іншого — звужує життєву активність та обмежує можливість переживання позитивних емоцій, що свідчить про виснаження психічних ресурсів [78; 14].

Війна впливає не лише на внутрішній світ особистості, а й на здатність до соціальної взаємодії. Повернення до мирного середовища часто супроводжується відчуттям соціальної відчуженості: колишні стосунки здаються віддаленими, а процес інтеграції в спільноту — проблематичним. Індивід може переконатися, що його переживання незрозумілі оточуючим, що зменшує мотивацію ділитися досвідом [58; 30].

Нові соціальні контакти часто сприймаються як потенційне джерело ризику. Людина проявляє підвищену обережність, утримується від надмірної

відкритості та уникає інтимного спілкування через страх повторної психологічної травматизації або очікування нерозуміння з боку оточення. Самотність нерідко виступає як захисна стратегія, що дозволяє зберігати психологічну дистанцію, однак водночас позбавляє індивіда соціальної підтримки та емоційного тепла [76; 78].

Сучасні наукові підходи підкреслюють, що джерелом психологічної травми є не лише зовнішні події чи безпосередня загроза, а й внутрішні психічні процеси особистості. Пам’ять здатна багаторазово активувати травматичні переживання, іноді з інтенсивністю, що не поступається первинному досвіду. Для осіб, які пережили бойові дії, полон або тривале перебування в умовах загрози, характерним є відчуття інтеграції травми у структуру внутрішнього досвіду. Навіть після зникнення зовнішньої небезпеки психіка продовжує відтворювати її через спогади, образи та соматичні реакції [4].

Переживання психологічної травми у воєнних умовах має більш глибокий, складний і тривалий характер порівняно з типовими життєвими стресовими ситуаціями. Травматичний досвід інтегрується у повсякденну реальність особистості, переплітається з новими подіями та поступово формує стійкі когнітивні, емоційні й поведінкові патерни реагування [14; 30].

Таким чином, особливості переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту характеризуються багатовимірністю та тривалим впливом загрозливих подій на психіку особистості. Війна руйнує базове відчуття безпеки, перевищує адаптаційні можливості психічної системи та призводить до змін у ставленні людини до себе, навколишнього світу й соціального оточення. Пережитий травматичний досвід відображається на емоційній сфері, поведінкових реакціях, соціальних зв’язках і фізіологічному функціонуванні, трансформуючи внутрішню структуру особистості та зумовлюючи довготривалі наслідки. Особливо вираженого і стійкого характеру ці зміни набувають у осіб, які пережили полон або інші екстремальні обставини воєнного часу.

Висновки до першого розділу

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз феномену психологічної травми як складного багатовимірного явища, що формується у взаємодії зовнішніх подій, внутрішніх психічних процесів та індивідуальних характеристик суб'єкта. Показано, що психологічна травма не зводиться виключно до інтенсивності стресогенного впливу, а визначається способом його переживання, суб'єктивної інтерпретації та можливостями подальшої інтеграції травматичного досвіду у структуру особистісного функціонування.

Аналіз наукових підходів засвідчив, що об'єктивний (зовнішній) підхід акцентує увагу на надмірній силі психотравмувального чинника, який перевищує адаптаційні можливості психічної системи та призводить до її дезорганізації. Водночас суб'єктивний (внутрішній) підхід підкреслює вирішальну роль індивідуального досвіду, смислових інтерпретацій, рівня психологічної стійкості та наявних ресурсів у формуванні травматичних наслідків.

Сучасні психодинамічні та травмафокусовані підходи розглядають психологічну травму як результат порушення процесів психічної інтеграції, за якого травматичний досвід зберігається у фрагментованій формі та може актуалізуватися поза межами свідомого контролю. Такий неінтегрований досвід здатний впливати на емоційну регуляцію, поведінкові реакції та міжособистісні взаємодії, підтримуючи стан підвищеної психологічної вразливості. Процес відновлення в межах цих підходів пов'язується з поетапною інтеграцією травматичних переживань у безпечному психотерапевтичному контексті.

Гомеостатичний підхід доповнює зазначені концепції, розглядаючи психіку як систему, що прагне до стабільності та рівноваги. Травматичні події в цьому контексті порушують внутрішній баланс, активуючи захисні механізми та стресові реакції, а процес подолання травми пов'язується з поступовим відновленням психічної рівноваги. Мультидисциплінарні моделі,

у свою чергу, інтегрують біологічні, психологічні та соціальні чинники, дозволяючи розглядати травматичний досвід у ширшому контексті життєвої ситуації та доступних ресурсів підтримки.

Узагальнення теоретичних підходів дозволяє зробити висновок, що психологічна травма формується на перетині об’єктивних характеристик події, суб’єктивних смислів та особливостей психічної регуляції індивіда. Саме ця взаємодія зумовлює варіативність травматичних наслідків та визначає можливості подолання пережитого досвіду. Отримані теоретичні положення створюють концептуальне підґрунтя для подальшого аналізу психологічних проявів травматичного досвіду та обґрунтовують необхідність індивідуалізованого підходу у психологічній допомозі.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

2.1. Організація та методи дослідження

Організація та методи дослідження були спрямовані на комплексне вивчення психічного стану учасників, а також на виявлення характеру травматичних переживань і способів їх подолання. Дослідження передбачало застосування кількох методичних підходів, що дали змогу оцінити різні аспекти психологічного функціонування респондентів з урахуванням специфіки стресового впливу воєнних дій.

У дослідженні для оцінки проявів посттравматичного стресового розладу застосовувалася шкала PCL-5 — стандартизований інструмент оцінювання симптомів ПТСР, розроблений відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Використання цієї шкали дало змогу систематизовано оцінити інтенсивність основних симптомів посттравматичного стресу. PCL-5 охоплює такі компоненти симптоматики, як нав’язливі спогади про травматичну подію, нічні кошмари та флешбеки, уникання стимулів, пов’язаних із травмою, підвищену тривожність і збудливість, емоційну відчуженість та порушення концентрації уваги [79; 80].

Застосування шкали PCL-5 дало змогу здійснити кількісну оцінку інтенсивності окремих симптомів посттравматичного стресового розладу та створити підґрунтя для порівняння показників між учасниками дослідження. Це дозволило виокремити осіб із підвищеним ризиком розвитку ПТСР, а також проаналізувати індивідуальні відмінності у структурі симптоматики, зокрема переважання нав’язливих спогадів, уникальної поведінки або гіперзбудливості. Окрім цього, результати, отримані за шкалою PCL-5, можуть бути використані для відстеження динаміки психічного стану в часі, що є важливим в умовах тривалого або повторного психотравмуючого впливу воєнного конфлікту. Таким чином, застосування цієї методики забезпечує

об’єктивну основу для оцінки тяжкості травматичних переживань і подальшого психологічного аналізу [79; 80].

Для комплексної оцінки психічного стану учасників дослідження, окрім симптомів посттравматичного стресового розладу, визначався рівень депресивних проявів. З цією метою застосовувалася шкала депресії Бека (BDI-II), яка є стандартизованим інструментом психологічної діагностики депресії. Методика дає змогу оцінити основні прояви депресивного стану, зокрема пригніченість, зниження життєвої активності, апатію, зменшення мотивації та інтересу до звичних видів діяльності, а також такі емоційні стани, як почуття провини, безнадійності, безпорадності, суму та внутрішньої тривоги [81].

Поєднане використання шкали депресії Бека (BDI-II) та шкали PCL-5 дало змогу здійснити кількісну оцінку депресивних проявів і проаналізувати їхній взаємозв’язок із симптомами посттравматичного стресового розладу. Це створило підґрунтя для виявлення особливостей взаємодії депресивної симптоматики та симптомів ПТСР, а також для оцінки впливу психотравматичних переживань на загальний емоційний стан особистості. Такий підхід забезпечує комплексний аналіз психологічних наслідків пережитого стресу в умовах воєнного конфлікту [81].

Для аналізу стратегій подолання стресу, що виникає в умовах воєнного конфлікту, у дослідженні застосовувалася методика SACS Лазаруса. Використання цього інструменту дало змогу визначити переважні способи реагування респондентів на стресові ситуації та виявити індивідуальні особливості їхніх копінг-стратегій. Методика SACS дозволила проаналізувати орієнтацію учасників на активне подолання проблеми, уникання або відсторонення від стресової ситуації, а також на емоційне регулювання власних переживань в умовах психотравматичного впливу [26].

Аналіз результатів за методикою SACS дозволив не лише зафіксувати наявність певних копінг-стратегій, а й проаналізувати використання внутрішніх ресурсів та механізмів психологічної адаптації в умовах кризового та травмуючого впливу. Застосування цього підходу дало змогу простежити

взаємозв’язок між обраними стратегіями подолання стресу та проявами психологічної травми, зокрема симптомами посттравматичного стресового розладу й депресії. Таким чином, використання методики SACS забезпечило можливість комплексної оцінки психоемоційного стану респондентів та особливостей їхніх адаптаційних механізмів у складних життєвих обставинах [26].

Організація дослідження була побудована таким чином, щоб кожен етап логічно доповнював попередній і забезпечував цілісне уявлення про психічний стан учасників. На підготовчому етапі здійснювався відбір респондентів, їх ознайомлення з метою та завданнями дослідження, а також пояснювалися порядок проведення й особливості застосовуваних методик. У процесі роботи особлива увага приділялася дотриманню принципів конфіденційності, анонімності та забезпеченню психологічного комфорту учасників. Також перевірялося усвідомлення респондентами умов участі в дослідженні та способів використання отриманих даних.

Наступний етап дослідження був зосереджений на діагностиці психоемоційного стану учасників і передбачав застосування стандартизованих психологічних опитувальників. Використання шкали PCL-5 дало змогу визначити наявність та ступінь вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, тоді як шкала депресії Бека (BDI-II) застосовувалася для оцінки рівня депресивних проявів. Опитувальник SACS Лазаруса використовувався для аналізу переважних стратегій реагування на стресові ситуації та особливостей подолання стресу. Опитування проводилося в умовах, що забезпечували психологічний комфорт учасників, що дало змогу зафіксувати їхній актуальний психоемоційний стан.

Завершальний етап дослідження мав аналітичний характер і був спрямований на обробку та інтерпретацію зібраних даних. На цьому етапі результати дослідження перевірялися, систематизувалися та зіставлялися між собою з метою виявлення взаємозв’язків між основними психологічними показниками. Аналіз охоплював вивчення співвідношення між симптомами

посттравматичного стресового розладу, рівнем депресивних проявів та обраними стратегіями подолання стресу. Також здійснювалося порівняння показників між учасниками дослідження, що дало змогу виокремити групи з різним рівнем психологічної вразливості та особливостями адаптаційних механізмів.

Організація дослідження передбачала відбір учасників відповідно до критерію безпосереднього переживання воєнного конфлікту або тісного контакту з його наслідками. Процедура збору даних здійснювалася в умовах дотримання етичних стандартів, із забезпеченням конфіденційності та психологічної безпеки респондентів. З метою підвищення надійності отриманих результатів застосовувалася комбінована методологія, що поєднувала кількісні показники, отримані за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик, та елементи якісного аналізу індивідуальних описів переживань і стратегій подолання стресу.

Загалом обрана організація та методи дослідження дали змогу здійснити комплексну оцінку переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту, визначити рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу та депресивних проявів, а також проаналізувати особливості стратегій подолання стресу. Такий підхід створив методичне підґрунтя для подальшого аналізу факторів психологічної адаптації осіб у кризових умовах.

2.2. Характеристика вибірки

Вибірка дослідження формувалася з урахуванням мети та завдань роботи, оскільки її характеристики безпосередньо впливають на валідність і інтерпретацію отриманих результатів. Загальна кількість учасників становила 50 осіб, кожен із яких мав досвід безпосереднього переживання воєнних подій або тісного контакту з їхніми наслідками в повсякденному житті. Такий підхід був обумовлений специфікою досліджуваної проблематики, що стосується

переживання стресу та психологічної травматизації в умовах воєнного конфлікту.

До вибірки увійшли учасники різного віку — від молодих дорослих до осіб старшого віку, а також з різним соціальним і професійним статусом. Це дало змогу охопити ширший спектр життєвих умов і досвідів, які потенційно можуть впливати на особливості переживання травматичних подій, та врахувати індивідуальні відмінності респондентів.

Особлива увага приділялася психологічній готовності учасників до участі в дослідженні та можливості проходження опитування без загрози для їхнього емоційного стану. Перед початком дослідження перевірялося усвідомлення респондентами змісту та умов участі, зокрема можливих емоційних реакцій на запитання, пов’язані з пережитим травматичним досвідом. У процесі збору даних створювалися умови, спрямовані на забезпечення психологічного комфорту та відчуття безпеки учасників під час роботи з чутливою тематикою [40].

Гендерна та вікова різноманітність вибірки створювала додаткові можливості для аналізу особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, рівня депресивних проявів і стратегій подолання стресу серед учасників дослідження. Така структура вибірки дала змогу розглянути можливі відмінності у реагуванні на стресові та травматичні події залежно від віку та статі респондентів.

Перед початком дослідження всі учасники проходили інструктаж, під час якого їм пояснювали мету дослідження, порядок заповнення опитувальників і умови використання отриманих даних. Це сприяло підвищенню точності відповідей і забезпечувало більш надійну основу для подальшого аналізу зібраних емпіричних даних.

Для оцінки психологічного стану респондентів у дослідженні застосовувалися стандартизовані психодіагностичні методики: шкала PCL-5 для визначення симптомів посттравматичного стресового розладу, шкала депресії Бека (BDI-II) для оцінки рівня депресивних проявів та методика SACS

Лазаруса для вивчення стратегій подолання стресових ситуацій. Застосування комплексу зазначених методик дало змогу здійснити кількісну оцінку психотравматичних проявів і проаналізувати особливості використання адаптивних ресурсів та механізмів подолання стресу серед учасників дослідження.

Ретельний добір учасників та дотримання етичних норм дали змогу сформувати вибірку, що відповідала методичним вимогам дослідження та забезпечувала можливість вивчення переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту. Участь 50 осіб із різним індивідуальним досвідом створила умови для аналізу особливостей психоемоційного реагування на тривалий стрес, небезпеку та невизначеність. Досвід учасників охоплював різні форми зіткнення з воєнними подіями, зокрема перебування в зоні бойових дій, вимушену евакуацію або тривале проживання в умовах загрози обстрілів, що дозволило врахувати різноманітність контекстів травматичного досвіду.

Аналіз зібраних даних створив можливості для подальшого виявлення особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу та депресивних станів у різних категорій учасників. Структура вибірки дозволяла врахувати такі змінні, як вік, стать, життєві умови та попередній досвід, що могло мати значення для індивідуальних відмінностей у психоемоційному реагуванні. Різноманітність вибірки також створювала підґрунтя для аналізу відмінностей у переважних стратегіях подолання стресу, зокрема орієнтації на активне вирішення проблем, емоційне уникнення або звернення по соціальну підтримку.

Структура вибірки та зібрані емпіричні дані створювали можливості для подальшого аналізу факторів, які потенційно можуть бути пов’язані з рівнем психологічної стійкості або ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу й депресивних проявів. До таких факторів могли належати інтенсивність пережитих травматичних подій, наявність або відсутність соціальної підтримки, індивідуальні психологічні особливості та попередній

досвід подолання стресових ситуацій. Урахування зазначених аспектів забезпечувало підґрунтя для аналізу індивідуальних відмінностей у реагуванні на травматичний досвід і ролі внутрішніх ресурсів у процесі психологічної адаптації.

Комплексний характер організації дослідження та сформована вибірка створювали методичне підґрунтя для подальшого аналізу отриманих емпіричних даних і формулювання науково обґрунтованих висновків. Зібрані дані потенційно можуть бути використані для аналізу напрямів психологічної підтримки осіб, які зазнали психотравматичного впливу в умовах воєнного конфлікту. Такий підхід підкреслює можливість практичного застосування результатів дослідження у сфері психологічної допомоги та реабілітації постраждалих.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Аналіз та інтерпретація отриманих результатів здійснювалися на основі даних, зібраних за допомогою трьох стандартизованих психодіагностичних методик: шкали PCL-5, шкали депресії Бека (BDI-II) та методики SACS Лазаруса. Отримані результати дали змогу визначити рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу та депресивних проявів серед учасників дослідження, а також проаналізувати особливості стратегій подолання стресу й взаємозв’язок між психоемоційними станами та адаптивними механізмами.

Результати, отримані за шкалою PCL-5, засвідчили наявність симптомів посттравматичного стресового розладу різного ступеня вираженості у значної частини вибірки. Високий рівень симптомів ПТСР було зафіксовано у 18 осіб (36%), що свідчить про виражений психотравматичний вплив воєнних подій. Помірний рівень симптоматики спостерігався у 15 осіб (30%) і проявлявся у вигляді періодичних нав’язливих спогадів, підвищеної тривожності та часткового уникання стресових тригерів.

Низький рівень симптомів посттравматичного стресового розладу було виявлено у 17 осіб (34%), які за результатами опитування демонстрували відносно кращу психологічну адаптацію або меншу інтенсивність психотравматичного впливу. Детальний аналіз результатів за шкалою PCL-5 дозволив не лише визначити розподіл учасників за рівнями вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, а й окреслити поширеність окремих симптомів у межах вибірки. Зокрема, найбільш часто серед респондентів відзначалися повторювані спогади про травматичні події (55%), труднощі з концентрацією уваги (48%) та підвищена емоційна збудливість (44%), що відображено на рис. 2.1.

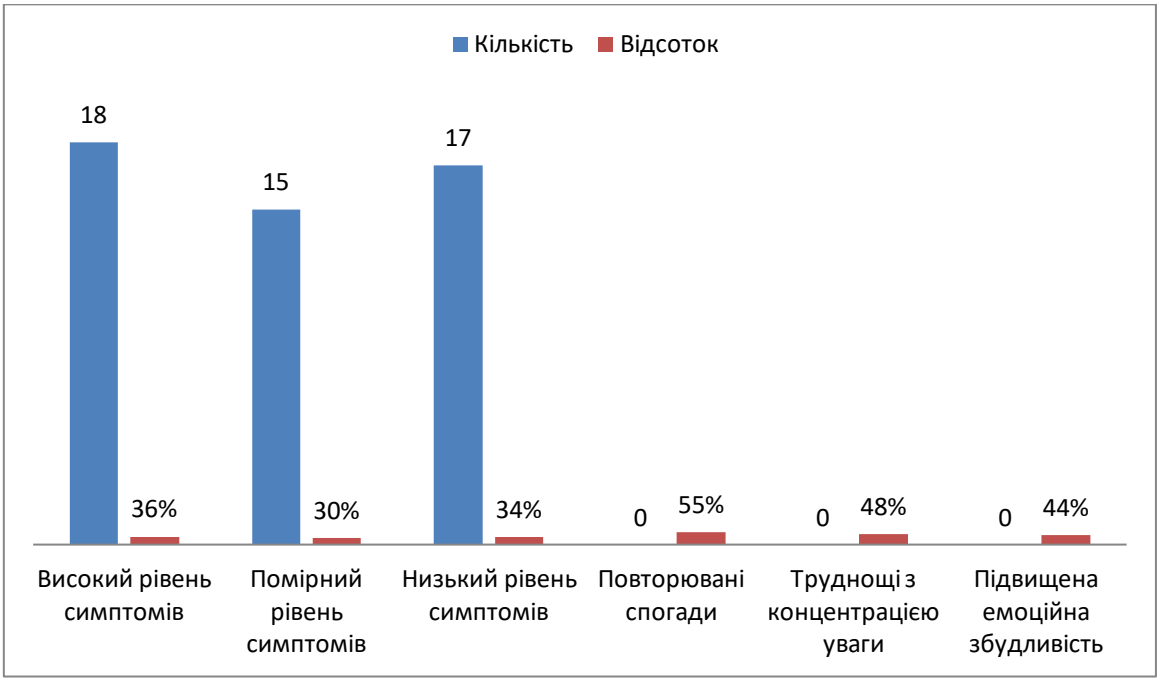


Рисунок 2.1. Розподіл учасників за рівнями симптомів ПТСР та поширеність окремих симптомів за шкалою PCL-5

Щодо депресивних проявів, результати за шкалою BDI-II показали, що 20 учасників (40%) мали високий рівень депресії, який проявлявся у вираженому сумі, почутті безнадійності та зниженні життєвої активності. Помірний рівень депресивних симптомів було виявлено у 17 осіб (34%), тоді як низький рівень депресії спостерігався у 13 осіб (26%). Аналіз співвідношення показників посттравматичного стресового розладу та депресивних проявів засвідчив, що серед учасників із високим рівнем

симптомів ПТСР 80% мали також високий або помірний рівень депресії, що вказує на взаємопов'язаність психотравматичних проявів і емоційного стану. Отримані результати свідчать про те, що інтенсивний психотравматичний досвід у воєнних умовах часто супроводжується депресивними проявами та може впливати на загальну психологічну стійкість особистості (див. рис. 2.2) [75].

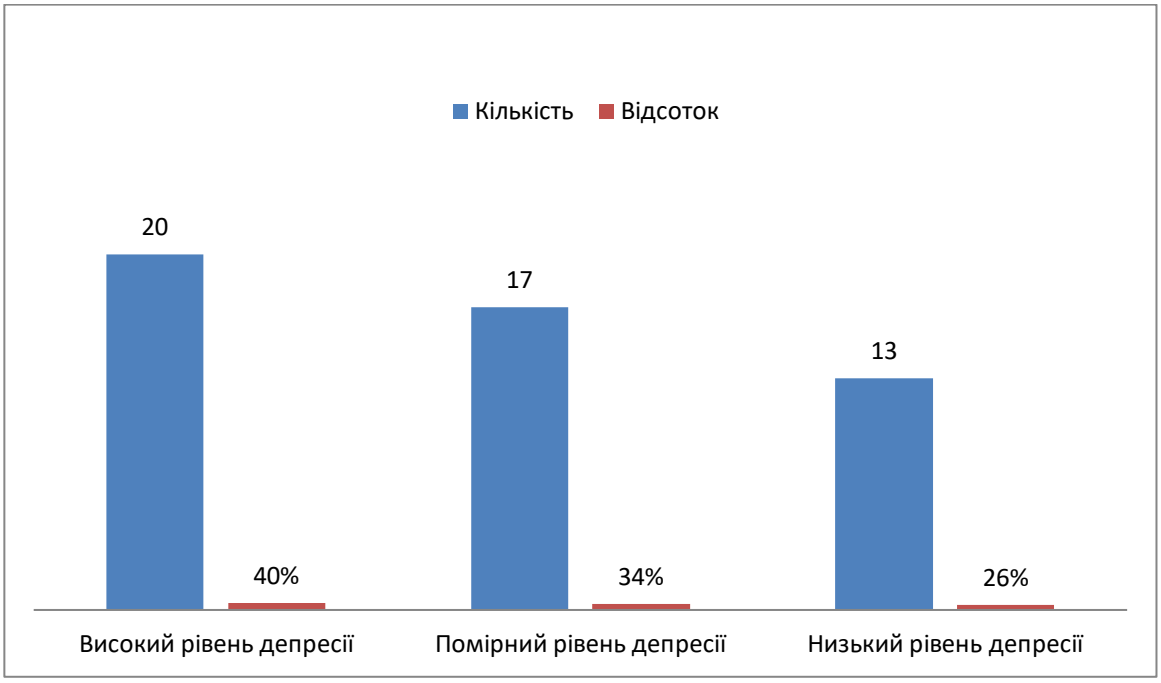


Рисунок 2.2. Розподіл учасників за рівнями депресивних проявів за шкалою BDI-II

Аналіз результатів за методикою SACS Лазаруса показав, що у вибірці найбільш поширеними стратегіями подолання стресу були активне протистояння проблемі (42% учасників) та емоційне регулювання (38%), тоді як уникання складних ситуацій застосовували 20% респондентів. Серед осіб із високим рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу та депресивних проявів частіше спостерігалося поєднання емоційного регулювання з униканням стресових факторів, що вказує на особливості реагування на психотравматичний вплив у цієї групи. Водночас учасники з низьким рівнем симптомів ПТСР частіше демонстрували орієнтацію на активні способи подолання стресу, що було пов'язано з більш адаптивними

формами психоемоційного реагування (див. рис. 2.3).



Рисунок 2.3. Розподіл стратегій подолання стресу за методикою SACS Лазаруса

Також детальне зіставлення результатів за шкалами PCL-5, BDI-II та методикою SACS Лазаруса дозволило окреслити певні особливості взаємодії між вираженістю психотравматичних проявів і способами подолання стресу. Зокрема, серед 18 осіб із високим рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу 12 учасників (66,7%) продемонстрували схильність до уникання стресових ситуацій, а 9 осіб (50%) — орієнтацію на емоційне регулювання. Водночас лише 4 учасники (22%) із цієї групи застосовували активні стратегії протистояння проблемі. Отримані дані вказують на специфіку копінг-поведінки осіб із високою вираженістю психотравматичних симптомів та дозволяють розглядати поєднання уникання й емоційного регулювання як характерну особливість реагування цієї групи (див. табл. 2.1) [29; 41].

Таблиця 2.1

Розподіл стратегій подолання стресу та рівня депресивних проявів у групах з різним рівнем симптомів ПТСР

Рівень ПТСР	Кількість учасників	Активне протистояння проблемі	Емоційне регулювання	Уникання складних ситуацій	Частка осіб з високим/помірним рівнем депресії в групі
Високий	18	4 (22%)	9 (50%)	12 (66,7%)	16 (80%)
Помірний	15	7 (46,7%)	5 (33,3%)	3 (20%)	–
Низький	17	11 (64,7%)	5 (29,4%)	1 (6%)	–

У групі з помірним рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу (15 осіб) спостерігалася більш збалансована структура стратегій подолання стресу. Активні способи протистояння проблемі використовували 7 учасників (46,7%), емоційне регулювання — 5 осіб (33,3%), тоді як уникання стресових ситуацій було зафіксоване у 3 учасників (20%). Такий розподіл стратегій свідчить про наявність варіативності у способах реагування на стрес у цієї групи та може бути пов’язаний із помірною вираженістю психотравматичних проявів (див. табл. 2.1).

Серед учасників із низьким рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу та депресивних проявів (17 осіб) переважали активні стратегії подолання стресу. Зокрема, 11 осіб (64,7%) орієнтувалися на активне протистояння проблемі, а 5 учасників (29,4%) застосовували емоційне регулювання. Уникання як основна стратегія реагування на стрес було виявлено лише в 1 особи (6%). Такий розподіл стратегій відображає особливості копінг-поведінки учасників із нижчим рівнем психотравматичної симптоматики та асоціюється з більш адаптивними формами психоемоційного реагування (див. табл. 2.1).

Аналіз співвідношення симптомів депресії та посттравматичного стресового розладу засвідчив їх часте поєднання у межах вибірки. Зокрема, серед 20 учасників із високим рівнем депресивних проявів 16 осіб (80%) мали

одночасно високий або помірний рівень симптомів ПТСР. Отримані дані вказують на тенденцію до співіснування депресивної та психотравматичної симптоматики, що відображено в табл. 2.1.

Зіставлення результатів за шкалами PCL-5, BDI-II та методикою SACS Лазаруса дозволило простежити зв'язок між рівнем вираженості психотравматичних і депресивних проявів та особливостями стратегій подолання стресу. Учасники з вищим рівнем симптоматики частіше демонстрували орієнтацію на уникання та емоційне регулювання, тоді як при нижчому рівні ПТСР і депресії переважали активні способи реагування на стресові ситуації. Отримані емпіричні результати узгоджуються з теоретичними положеннями, викладеними в розділі 1, відповідно до яких хронічна травматизація та порушення базового відчуття безпеки супроводжуються виснаженням адаптаційних ресурсів особистості, зростанням депресивної симптоматики та переважанням менш адаптивних копінг-стратегій.

Висновки до другого розділу

Другий розділ магістерської роботи був присвячений емпіричному дослідженню переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту та включав опис організації дослідження, характеристики вибірки й аналіз отриманих результатів.

У ході дослідження було встановлено, що значна частина учасників демонструє симптоми посттравматичного стресового розладу різного ступеня вираженості — від низького до високого рівня. Найбільш поширеними проявами психотравматичної симптоматики виявилися нав'язливі спогади, труднощі з концентрацією уваги та підвищена емоційна збудливість, що свідчить про істотний психоемоційний вплив воєнних подій.

Аналіз депресивних проявів показав, що високий і помірний рівні депресії характерні для значної частини вибірки. Було виявлено тісний

взаємозв’язок між симптомами посттравматичного стресового розладу та депресивними проявами, що підтверджує комплексний характер психоемоційних порушень у осіб, які пережили воєнний стрес.

Дослідження стратегій подолання стресу дозволило встановити, що при нижчому рівні психотравматичної симптоматики переважають активні та більш адаптивні стратегії реагування. Натомість високий рівень симптомів ПТСР і депресії частіше поєднується з орієнтацією на уникання та емоційне регулювання, що асоціюється з менш ефективною психоемоційною адаптацією.

Отримані результати свідчать про важливу роль стратегій подолання стресу у збереженні психологічної стабільності та адаптації особистості в умовах воєнного конфлікту. Другий розділ створює емпіричне підґрунтя для подальшого теоретичного узагальнення та аналізу психологічних чинників подолання травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

3.1. Копінг-стратегії та механізми адаптації особистості

У межах цього емпіричного дослідження копінг-стратегії та механізми адаптації особистості в умовах переживання травматичного досвіду постають як сукупність внутрішніх психологічних процесів і зовнішніх поведінкових реакцій, спрямованих на зниження деструктивного впливу стресу в контексті тривалого воєнного навантаження. Йдеться не про окремі способи реагування, а про цілісну систему емоційних, когнітивних і поведінкових механізмів, які забезпечують збереження психологічної рівноваги, підтримання функціональності та відчуття контролю над життєвою ситуацією в умовах надмірного навантаження. У ситуаціях війни та психотравматичних подій значення копінг-стратегій суттєво зростає, оскільки людина стикається не лише зі стресом, а з переживаннями, що загрожують базовому відчуттю безпеки та внутрішній цілісності. У цьому контексті копінг може розглядатися як ключовий ресурс психологічної адаптації, який визначає здатність особистості зберігати психічне здоров’я в екстремальних умовах [53].

На основі інтегрованого аналізу даних, отриманих за допомогою методик PCL-5, BDI-II та SACS, було простежено особливості подолання травматичного досвіду респондентами дослідження (n = 50). Зазначені методики відображають взаємопов’язані аспекти психічного стану: вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу, рівень депресивної симптоматики та характер домінуючих копінг-стратегій. У сукупності це дозволяє сформувати цілісне уявлення про адаптаційні процеси, задіяні в умовах психотравми, а також визначити ефективність використовуваних стратегій подолання.

Отримані результати свідчать, що переважна більшість респондентів перебуває у стані підвищеного психологічного напруження, що є закономірним у контексті воєнного конфлікту. Подібні результати щодо поєднання підвищеного психологічного напруження та потенціалу посттравматичного зростання в умовах війни зафіксовані й у вибірках цивільних, зокрема студентської молоді, що підтверджує загальну тенденцію адаптаційних процесів у невоєнних групах населення [13]. За шкалою PCL-5 значна частина опитаних демонструє середній або високий рівень симптомів ПТСР, зокрема нав'язливі спогади, емоційну гіперзбудженість та схильність до уникання травматичних стимулів. Показники за шкалою BDI-II вказують на наявність депресивних проявів різного ступеня інтенсивності, які супроводжуються виснаженням, зниженням мотивації та почуттям безнадійності. Такі психоемоційні стани в умовах тривалого воєнного стресу зумовлюють звернення до різних копінг-механізмів, зокрема менш адаптивних, і в межах даного дослідження розглядаються як прояви адаптаційного напруження, а не як підстава для клінічної діагностики.

Аналіз результатів за методикою SACS показав, що близько третини респондентів (34–36 %) переважно використовують активні копінг-стратегії, які включають раціональне розв'язання проблем, пошук інформації, планування дій та звернення по соціальну підтримку. У цієї групи спостерігаються відносно нижчі показники як посттравматичної, так і депресивної симптоматики, що свідчить про адаптивний потенціал конструктивних форм подолання стресу. Активний копінг сприяє збереженню відчуття суб'єктивного контролю та залученості у власне життя навіть за умов високої невизначеності [25; 72]. Аналогічні зв'язки між активними формами подолання, збереженням суб'єктивного контролю та елементами посттравматичного зростання описані також у дослідженнях військовослужбовців, що свідчить про універсальність цих механізмів у різних групах, залучених до воєнного досвіду [50].

Водночас значна частина вибірки (40–45 %) демонструє схильність до стратегій уникання. Вони проявляються у прагненні дистанціюватися від травматичних переживань, обмежувати контакти з тригерами, уникати розмов про війну або переключатися на діяльність, не пов’язану з актуальними подіями. Хоча такі стратегії можуть забезпечувати тимчасове зниження емоційної напруги, у межах досліджуваної вибірки та отриманих емпіричних даних вони корелюють із вищими показниками ПТСР і депресії. Саме в цій групі зафіксовано найбільш виражені психоемоційні порушення, що підтверджує дезадаптивний характер уникання [68].

Емоційно орієнтовані стратегії подолання використовує приблизно 20–25 % респондентів. Вони спрямовані на регуляцію внутрішніх переживань шляхом емоційного відреагування, самозаспокоєння, пошуку підтримки або самозвинувачення. Частина цих способів може виконувати адаптивну функцію, зокрема у випадках вербалізації емоцій чи отримання підтримки від близьких. Водночас надмірна фіксація на негативних переживаннях асоціюється з поглибленням депресивної симптоматики та зниженням загального рівня психологічної стійкості [25; 20].

Таким чином, результати дослідження засвідчують диференційований вплив копінг-стратегій на процес адаптації до травматичних умов. Найбільш ефективними виявилися активні форми подолання, які пов’язані зі зниженням інтенсивності симптомів ПТСР, депресії та підвищенням емоційної стабільності. Стратегії уникання, навпаки, асоціюються з більш вираженими проявами психологічної дезадаптації. Водночас наявність посттравматичних симптомів не виключає можливості посттравматичного зростання, оскільки ці процеси можуть співіснувати й перебувати в динамічній взаємодії, що відповідає сучасним уявленням про недихотомічний характер адаптації до травми [34]. Емоційно орієнтовані копінг-стратегії посідають проміжне місце, виконуючи допоміжну роль у регуляції емоційного стану, однак не завжди запобігаючи хронізації симптомів. У цьому контексті диференційований

вплив копінг-стратегій може розглядатися як один із психологічних механізмів, що створюють передумови для посттравматичного зростання, яке формується не попри травму, а в процесі її подолання [24].

Отже, копінг-стратегії відіграють ключову роль у процесі адаптації особистості до психотравматичних умов. Усвідомлення домінуючих способів подолання стресу дає змогу визначити пріоритетні напрями психологічної допомоги, спрямованої на посилення адаптивних механізмів і поступову трансформацію дезадаптивних стратегій у більш конструктивні. В умовах тривалого воєнного конфлікту це набуває особливої актуальності, оскільки психологічна витривалість є важливим чинником збереження психічного здоров'я та відновлення.

3.2. Роль соціальної підтримки у переживанні психотравми

У контексті виявлених у попередньому підрозділі відмінностей у виборі копінг-стратегій особливого значення набуває аналіз зовнішніх ресурсів адаптації, зокрема соціальної підтримки, яка може посилювати або, навпаки, обмежувати ефективність подолання психотравматичного досвіду [22; 66]. В умовах хронічної загрози, втрат і тривалої невизначеності внутрішні психологічні ресурси особистості поступово виснажуються, у зв'язку з чим значущість соціального оточення як стабілізуючого чинника істотно зростає [18; 71]. Соціальна підтримка у цьому контексті не лише доповнює індивідуальні копінг-ресурси, а й виконує захисну функцію, зменшуючи інтенсивність дезадаптивних реакцій на стрес [22].

Соціальна підтримка може реалізовуватися у формі емоційної участі близьких, можливості вербалізації переживань у безпечному міжособистісному просторі, отримання практичної допомоги, а також через професійний психологічний або соціальний супровід. Такі взаємодії сприяють відновленню базового відчуття безпеки, знижують рівень внутрішньої

напруги та підтримують відчуття залученості й прийняття, що є особливо важливим у ситуаціях, коли зовнішній світ переживається як нестабільний і загрозливий.

У межах проведеного емпіричного дослідження (n = 50) було проаналізовано зв'язок між суб'єктивно переживаним рівнем соціальної підтримки та інтенсивністю посттравматичних і депресивних симптомів. Результати, отримані за методикою PCL-5, свідчать про те, що респонденти зі стабільним соціальним оточенням демонстрували нижчий рівень посттравматичної симптоматики [37; 62]. У цій групі рідше фіксувалися нав'язливі спогади, знижувався рівень емоційної гіперзбудженості та спостерігалася краща здатність до регуляції реакцій на травматичні стимули. Натомість учасники з недостатнім рівнем соціальної підтримки частіше виявляли підвищене психоемоційне напруження, схильність до уникання та труднощі з емоційною саморегуляцією.

Кількісний аналіз даних за шкалою PCL-5 засвідчив чітку тенденцію до зниження інтенсивності основних кластерів симптомів ПТСР у респондентів з високим рівнем соціальної підтримки (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Вплив соціальної підтримки на прояви симптомів ПТСР за PCL-5

Рівень соціальної підтримки	Інтенсивність повторюваних спогадів	Емоційна гіперзбудливість	Уникання травматичних ситуацій
Високий / стабільний	на 30–35% нижче	на 25% нижче	на 20–30% нижче
Низький / слабка підтримка	підвищена на 30%	підвищена на 35–40%	істотно вища

Менш виражена емоційна гіперзбудженість у групі зі стабільними соціальними зв'язками може свідчити про менше виснаження нервової системи та кращу здатність до відновлення після стресових впливів. Зниження рівня уникання у цій групі вказує на більшу готовність інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію без його повного витіснення,

що розглядається як більш адаптивна траєкторія психологічного реагування [17; 43].

Аналіз результатів за шкалою депресії Бека (BDI-II) також підтвердив значущу роль соціальної підтримки у збереженні психічного благополуччя. Респонденти, які повідомляли про стабільну підтримку з боку соціального оточення, демонстрували нижчий рівень депресивних проявів, зокрема рідше відзначали зниження мотивації, втрату інтересу до повсякденної діяльності та почуття безнадійності [39; 44].

Кількісні показники депресивної симптоматики залежно від рівня соціальної підтримки подано в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Вплив соціальної підтримки на рівень депресивних симптомів за BDI-II

Рівень соціальної підтримки	Зниження депресивних симптомів	Здатність бачити перспективу майбутнього	Переживання провини	Емоційне виснаження / внутрішня спустошеність	Зниження мотивації
Високий / стабільний	на 30–40% нижче	близько 70% учасників	30–35%	значно рідше	майже вдвічі рідше
Низький / слабка підтримка	не зафіксовано зниження	близько 40%	60%	частіше	частіше

Отримані результати свідчать про те, що соціальні зв’язки виконують стабілізуючу функцію, зменшуючи ризик поглиблення депресивних проявів і підтримуючи суб’єктивне відчуття перспективи майбутнього навіть за умов тривалого воєнного стресу [51].

Дані методики SACS доповнюють зазначені закономірності, демонструючи зв’язок між рівнем соціальної підтримки та вибором стратегій подолання стресу. На відміну від попереднього підрозділу, де аналізувався зв’язок копінг-стратегій із психоемоційним станом, у цьому блоці увага зосереджена на ролі соціальної підтримки як чинника, що опосередковує вибір способів подолання стресу [8; 21]. Респонденти зі стабільним соціальним оточенням частіше застосовували проблемно-орієнтовані та активні копінг-

стратегії, тоді як у групі з низьким рівнем підтримки переважали уникання та пасивні форми реагування.

Розподіл копінг-стратегій залежно від рівня соціальної підтримки подано в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Вплив рівня соціальної підтримки на вибір стратегій подолання стресу (за методикою SACS Лазаруса)

Рівень соціальної підтримки	Проблемно-орієнтовані стратегії	Емоційне регулювання / активні копінг-стратегії	Уникання / неадаптивні стратегії
Високий	68–72%	переважають	на 30–35% менше, ніж у групі без підтримки
Низький / відсутня	не домінують	не домінують	55–60%

У цьому контексті соціальний супровід постає як системна форма підтримки, що поєднує психологічні та соціальні інтервенції та забезпечує безперервність допомоги в умовах воєнного стресу [64].

Таким чином, результати емпіричного дослідження засвідчують, що соціальна підтримка є багатовимірним ресурсом психологічної адаптації, який впливає на інтенсивність посттравматичних і депресивних симптомів, а також опосередковує вибір копінг-стратегій. Її наявність сприяє зниженню психоемоційного напруження, підтримує адаптивні форми реагування та створює умови для більш стабільного переживання психотравматичного досвіду в умовах тривалого воєнного конфлікту.

3.3. Перспективи психологічної допомоги постраждалим у воєнних умовах

Результати аналізу ролі соціальної підтримки та копінг-стратегій, представлені у попередньому підрозділі, дозволяють окреслити основні перспективи розвитку психологічної допомоги постраждалим у воєнних

умовах. Перспективи психологічної допомоги постраждалим у воєнних умовах тісно пов’язані з розумінням того, що переживання психологічної травми — це не миттєва реакція, а довготривалий процес, який впливає на всі сфери життя людини. Травматичний досвід порушує відчуття безпеки, стабільності та контроль над власним життям, у зв’язку з чим ефективна психологічна підтримка зазвичай набуває послідовного, багаторівневого та тривалого характеру. На основі результатів дослідження, отриманих за методиками PCL-5, BDI-II та SACS, стає зрозуміло, що психічний стан людей у воєнний період дуже чутливий до наявності або відсутності емоційної й професійної підтримки. Ті, хто має можливість звернутися до фахівців, поділитися переживаннями з близькими чи отримати мінімальний психологічний супровід, демонструють значно нижчий рівень симптомів ПТСР, рідше мають виражені депресивні прояви та активніше використовують конструктивні стратегії подолання. Це свідчить про те, що подальший розвиток системи допомоги може розглядатися як такий, що ґрунтується на доступності ресурсів і можливості для кожної людини знайти власний канал підтримки [56; 69].

Розбудова системи раннього втручання передбачає створення таких умов, у яких людина отримує підтримку не тоді, коли її стан уже суттєво погіршився, а буквально в перші години чи дні після травматичної події. Йдеться про те, щоб фахівці могли швидко оцінити, як саме організм і психіка реагують на пережите, які ознаки свідчать про гострий стрес, а які — про ризик подальшого розвитку розладів, пов’язаних із тривалим напруженням. Результати аналізу свідчать, що ефективність раннього втручання пов’язана з наявністю у психологів, кризових консультантів та військових фахівців валідних методик первинної діагностики, що дозволяють не лише описати стан людини, а й зрозуміти, які саме форми підтримки їй потрібні вже зараз [57; 55]. Раннє втручання працює як своєрідний «місток», який допомагає людині перейти від гострої реакції на подію до стану більшої внутрішньої стійкості. Якщо підтримка надходить вчасно, симптоми, які могли б перерости

у затяжні, здебільшого зменшуються або стабілізуються. Це також дає змогу уникнути ситуації, коли людина довго залишається сам-на-сам із панікою, дезорієнтацією чи надмірним напруженням, що згодом лише поглиблює її [83].

Крім того, раннє втручання створює більше можливостей для швидшої адаптації: людина отримує пояснення своїх реакцій, поради щодо регуляції емоцій, рекомендації щодо відновлення сну, харчування та повсякденного ритму. Усе це зменшує відчуття неконтрольованості ситуації й повертає відчуття опори. Таким чином, своєчасна допомога часто є тим чинником, який визначає, чи зможе людина поступово повернутися до відносного емоційного врівноваження, чи її стан почне переходити у більш тривалий і виснажливий процес [16].

Окремої уваги потребує створення надійних, постійних і доступних каналів соціальної підтримки, оскільки саме вони часто стають ключовим фактором у тому, як людина переживає наслідки стресу та травматичних подій. Коли поруч є ті, хто може вислухати, зрозуміти, прийняти та підтримати, психіка отримує відчуття опори, яке допомагає зменшити інтенсивність негативних переживань. Дослідження й практичний досвід показують, що люди, які мають поруч значущих для себе близьких або членів спільноти, набагато рідше стикаються з тяжкими проявами посттравматичного стресу. Їхній емоційний стан загалом стабільніший, рівень депресивних симптомів помітно нижчий, а реакції на стрес — конструктивніші. Соціальна підтримка працює як своєрідний «емоційний буфер»: вона пом’якшує вплив травматичних подій, допомагає людині не замикатися у власному болю та дає можливість побачити, що вона не сама у своєму переживанні. У цьому контексті соціальна підтримка виступає не додатковим, а системоутворювальним чинником психологічного відновлення [65; 23].

Отримані результати та узагальнення попереднього підрозділу дають підстави розглядати створення регулярних і доступних середовищ підтримки як один із ключових чинників стабілізації стану постраждалих, зокрема через

включення їх у спільноти взаємодопомоги та цільові програми для різних груп населення [38; 77]. Це можуть бути групи взаємодопомоги, спеціальні програми для родин військовослужбовців, зустрічі для переселенців, ініціативи, спрямовані на підтримку ветеранів чи людей, які повернулися з полону. Такі спільноти відіграють не лише терапевтичну роль, а й сприяють соціальній інтеграції — допомагають людині знову відчути зв'язок із суспільством, повернутися до звичного життя та попри травматичний досвід знайти місце, де її розуміють і підтримують. У моменти, коли внутрішній світ здається зруйнованим, саме людська взаємодія може стати тим чинником, який допомагає повільно, але впевнено рухатися до відновлення [38; 77].

У ширшому сенсі розвиток психологічної допомоги має спиратися на створення цілісної, узгодженої системи, де співпрацюватимуть фахівці з різних сфер — психологи, медики, соціальні працівники, волонтери, освітяни. Така взаємодія дозволить враховувати багатогранність людського досвіду й забезпечувати підтримку на всіх рівнях — від емоційного та соціального до медичного й освітнього. Комплексний підхід допомагає не лише реагувати на вже проявлені проблеми, коли наслідки травми стали серйозними та заважають повсякденному життю, а й запобігати їхньому розвитку. Це означає, що психологічна допомога має бути не тимчасовою або екстреною, а доступною постійно, включати профілактичні заходи, програми розвитку психологічної стійкості, навчання механізмам самодопомоги та навичкам адаптації [15; 69].

Такий підхід формує середовище, у якому людина не залишається сам-на-сам зі своїм болем і має можливість отримати допомогу на будь-якому етапі свого шляху — від перших проявів стресу до довготривалої терапії, якщо вона необхідна. У результаті суспільство стає більш згуртованим, стійким і здатним підтримувати одне одного в умовах тривалої нестабільності, що є надзвичайно важливим у час війни та після неї [46; 47].

Важливою перспективою розвитку психологічної допомоги є глибша інтеграція різних психотерапевтичних підходів, які вже зарекомендували себе

як дієві інструменти у роботі з травмою. Вибір цих підходів зумовлений їхньою доказовою ефективністю у роботі з наслідками психотравми та можливістю адаптації до умов воєнного стресу. Кожен із цих методів по-своєму допомагає людині впоратися з наслідками пережитого, і їхнє поєднання дає можливість створювати індивідуальні програми допомоги, максимально наближені до потреб конкретної особи. Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на те, щоб людина навчилася розуміти, як її думки впливають на емоційні реакції та поведінку. Після сильних потрясінь у свідомості часто формуються переконання на кшталт «я нічого не контролюю», «світ небезпечний», «я не заслуговую на нормальне життя», і саме робота з такими установками є ключовою. Завдяки цьому підходу людина поступово вчиться відрізняти реальну загрозу від уявної, зменшує силу нав'язливих спогадів, перестає звинувачувати себе у тому, на що не могла вплинути, і повертає здатність реагувати на події більш спокійно та раціонально [11; 70].

Не менш значущими у роботі з наслідками психотравми є сучасні психотерапевтичні підходи, спрямовані на опрацювання травматичних спогадів та зниження їх емоційної інтенсивності. Такі методи орієнтовані на поступову інтеграцію пережитого досвіду, зменшення сили нав'язливих образів і стабілізацію психоемоційного стану. Їх застосування сприяє тому, що травматичні події перестають викликати різкі емоційні або психофізіологічні реакції, зокрема повторювані спогади, нічні жахи чи напруження у відповідь на тригери. У межах реабілітаційної психології подібні підходи розглядаються як ефективний інструмент допомоги особам, які пережили інтенсивний або тривалий травматичний вплив [31; 63].

Важливу роль у процесі психологічного відновлення відіграють практики психоемоційної саморегуляції, спрямовані на зниження тілесного напруження та відновлення відчуття внутрішньої рівноваги. Після пережитого інтенсивного стресу багато людей відчувають постійне напруження, втому, труднощі з розслабленням або зосередженням уваги. Використання дихальних

вправ, усвідомлення тілесних відчуттів, елементів м'якої рухової активності та інших простих регулятивних технік сприяє зменшенню рівня психоемоційного напруження і підвищенню відчуття контролю над власним станом. У практиці соціально-психологічної допомоги такі підходи розглядаються як важливий початковий етап підтримки осіб, які пережили тривалий страх, насильство або перебування у небезпечних умовах, та можуть слугувати основою для подальшого відновлення [55; 83].

Кризове консультування є особливо важливим у гострих психоемоційних станах, коли людині необхідна швидка емоційна стабілізація та зниження інтенсивності тривоги або шокових реакцій. Воно спрямоване на нормалізацію переживань, пояснення психічних реакцій на травматичну подію та формування відчуття хоча б мінімального контролю над ситуацією. Така допомога часто виконує перехідну функцію між безпосереднім переживанням травми та подальшою глибшою психотерапевтичною роботою, до якої людина може звернутися після відновлення відчуття відносної безпеки [45].

Воєнні умови висувають особливі вимоги до організації психологічної допомоги. Вона має бути гнучкою, доступною та здатною функціонувати в різних контекстах — як у великих містах зі відносно стабільною інфраструктурою, так і в невеликих населених пунктах поблизу лінії зіткнення або серед осіб, змушених постійно переміщуватися. Це обґрунтовує доцільність залучення фахівців не лише у стаціонарних центрах, а й у складі мобільних груп, із виїздом у громади, організацією тимчасових пунктів допомоги, а також функціонуванням гарячих ліній і кризових служб цілодобового реагування [27; 7].

Особливу роль сьогодні відіграють онлайн-консультації, оскільки багато людей перебувають у прифронтових районах, живуть у переміщенні або не мають можливості дістатися до спеціаліста через стан здоров'я, небезпеку чи відсутність транспорту. Дистанційні формати роблять допомогу значно ближчою й дозволяють підтримувати зв'язок навіть там, де фізична

присутність неможлива. Це не лише зменшує бар’єри та страх звернення, а й допомагає охопити набагато ширше коло постраждалих, забезпечуючи їх необхідною підтримкою у будь-який момент, коли вони готові її отримати [60].

Поширення психологічної обізнаності серед населення поступово формує таке середовище, у якому люди не соромляться власних емоційних реакцій. Коли особа розуміє, як виникає травматичний досвід, які тілесні та емоційні сигнали можуть супроводжувати стрес, і чому певні реакції з’являються автоматично, це зменшує внутрішню тривогу та допомагає спокійніше ставитися до власних переживань [52; 56].

Психопросвітницькі заходи створюють простір, де люди отримують знання про те, як піклуватися про свій емоційний стан у щоденному житті, як підтримати себе у перевантажені періоди та як розпізнати моменти, коли самостійних зусиль уже недостатньо [77; 69].

Завдяки цьому змінюється загальна культура ставлення до психічного благополуччя: зростає здатність помічати перші ознаки виснаження, обирати поведінкові стратегії, які допомагають знижувати напруження, та відмовлятися від звичок, що лише погіршують стан, наприклад, постійного уникання або емоційного «відключення». Така зміна у сприйнятті відкриває шлях для впровадження різноманітних тренінгів і практичних занять, де люди вчаться навичкам саморегуляції, відновлення внутрішнього ресурсу, впорядкування щоденного ритму, а також умінню підтримувати інших у кризових ситуаціях. У сукупності це формує середовище, у якому людина отримує не лише точкову допомогу, а стає частиною спільноти, здатної краще витримувати тривале напруження, зумовлене війною та її наслідками [27; 74].

Паралельно з розширенням психопросвіти дедалі більше значення набуває створення системи взаємодії між різними фахівцями, які беруть участь у підтримці постраждалих. Коли психологи, соціальні служби, медики та волонтерські організації працюють у єдиному напрямі, допомога

перетворюється на процес, у якому враховується не лише емоційний стан людини, а й її побутові, соціальні та фізичні потреби [77].

Така взаємодія дозволяє проводити супровід від самого початку — коли реакції можуть бути гострими, з різкими сплесками паніки, замішанням чи повною розгубленістю, — і до етапів тривалого відновлення, які потребують системної роботи з поверненням сил, відновленням сну, поступовою адаптацією до нових реалій і формуванням корисних життєвих звичок. У такій структурі фахівці не дублюють один одного, а доповнюють, створюючи для людини відчуття опори та безпеки. Це дозволяє будувати безперервний шлях від кризової реакції до стабілізації та поступового повернення до звичного життя, що особливо цінно в умовах тривалої війни, коли вплив стресових чинників не зникає, а часто лише накопичується [69].

Особливу увагу слід приділяти тому, що переживання травми впливає не лише на саму людину, а й на її родину. Емоційні, поведінкові та когнітивні наслідки травматичного досвіду можуть переноситися на партнерів, дітей та інших членів сім’ї, створюючи феномен вторинної травматизації. Діти, наприклад, можуть демонструвати підвищену тривожність, порушення сну або труднощі у навчанні, а партнери — відчувати постійну напругу, роздратованість або безпорадність. Врахування цих аспектів вимагає розробки спеціалізованих програм сімейної психотерапії, які дозволяють не лише підтримувати постраждалого, а й допомагають відновлювати функціонування всіх членів сім’ї. Такі програми можуть включати спільні консультації, тренінги з ефективної комунікації та конфліктології, навчання навичкам емоційної регуляції, а також індивідуальну роботу з кожним членом родини залежно від потреб [27; 60].

Комплексний підхід охоплює не лише роботу фахівців, а й створення широкої мережі людської підтримки, у якій постраждалі та їхні близькі можуть відчувати себе не ізольованими у власних переживаннях. Ідеться про простори, де люди мають змогу відкрито говорити про свій досвід, почути

інших і побачити, що їхні реакції мають багато спільного з тим, через що проходять інші [65].

Це можуть бути зустрічі невеликих груп, онлайн-спільноти чи локальні ініціативи на рівні громад, де учасники обмінюються власними історіями, підтримують одне одного порадою чи просто присутністю, а також отримують інформацію про те, куди можна звернутися за фаховою допомогою. Таке поєднання професійної допомоги та соціальної взаємодії створює для людини відчуття опори й певної стабільності, що особливо цінно у тривалих періодах напруження та непередбачуваності. Учасники цих мереж поступово формують середовище, де взаємна підтримка стає природною частиною повсякденного життя, і де навіть невеликі прояви уваги чи турботи допомагають людині відчути себе не сам на сам зі своїм болем [38; 65].

Коли до цього залучаються не лише окремі люди, а цілі родини, підтримка набуває ще глибшого виміру. Сімейно-орієнтований підхід дозволяє враховувати те, що травматичний досвід часто впливає не тільки на одну людину, а й на всіх, хто з нею живе поруч. У такій моделі фахівці допомагають сім’ям навчитися помічати ранні сигнали виснаження, будувати більш м’яке й уважне спілкування, розподіляти обов’язки так, щоб зменшувати напруження, а також знаходити способи відновлювати свій побутовий і емоційний ритм. Це істотно знижує ризик того, що реакції на стрес переростуть у тривалі порушення, сприятиме зниженню інтенсивності травматичних і депресивних переживань і допоможе родині поступово повернути відчуття внутрішнього порядку. У підсумку вибудовується система, у якій кожен член сім’ї отримує шанс на відновлення, а спільний досвід переживання труднощів перетворюється на ресурс для подальшої адаптації та зміцнення емоційної витримки [27; 74].

Загалом перспективи психологічної допомоги у воєнних умовах базуються на комплексному поєднанні різних аспектів підтримки, що охоплюють професійні втручання, соціальну підтримку, доступ до ресурсів і створення безпечного середовища для постраждалих. Професійні інтервенції

включають роботу кваліфікованих психологів, психотерапевтів, кризових консультантів, медиків і соціальних працівників, які взаємодіють узгоджено, щоб надати людям максимально ефективну допомогу [69; 56].

Соціальна підтримка розглядається як не менш важливий фактор, оскільки відчуття прийняття, розуміння та підтримки з боку близьких, колег чи волонтерів значно пом'якшує емоційний тиск, знижує рівень страху і тривоги, а також стимулює активне застосування конструктивних стратегій подолання стресу. Доступність ресурсів у вигляді онлайн-консультацій, кризових центрів, гарячих ліній та мобільних груп допомоги дозволяє максимально швидко реагувати на потреби постраждалих, навіть якщо вони перебувають у прифронтових зонах або мають обмежений фізичний доступ до фахівців [65; 27].

Створення безпечного середовища, у якому людина може відкрито говорити про власні переживання без страху осуду, є важливою умовою процесу психологічного відновлення, оскільки саме за таких обставин стає можливим опрацювання травматичних спогадів, відновлення внутрішньої рівноваги та формування нових адаптивних навичок [45; 56].

Результати дослідження, проведеного із застосуванням методик PCL-5, BDI-II та SACS, засвідчують зв'язок між наявністю професійної допомоги/емоційної підтримки/доступу до ресурсів і нижчими показниками симптомів ПТСР та депресії, а також більшою частотою використання конструктивних копінг-стратегій. У межах вибірки було встановлено, що особи, які отримують одночасно професійну допомогу, емоційну підтримку та мають доступ до ресурсів для самостійного опрацювання переживань, демонструють нижчий рівень симптомів ПТСР і депресії, краще справляються з емоційною напругою та частіше застосовують конструктивні копінг-стратегії. Отримані дані дозволяють припустити, що такий підхід сприяє не лише зменшенню проявів психологічного стресу в короткостроковій перспективі, а й формує підґрунтя для довготривалого психологічного

благополуччя, що є особливо актуальним в умовах тривалого воєнного конфлікту.

Крім того, комплексна допомога може сприяти формуванню більш стійких механізмів адаптації, які дозволяють постраждалим краще інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію, відновлювати соціальні зв'язки, підтримувати сімейні відносини та зберігати функціональність у повсякденному житті. Такий процес створює не лише умови для психологічної стабілізації конкретної особи, а й потенційно позитивно впливає на її соціальне оточення, що, у свою чергу, може посилювати стійкість громад, які зазнали наслідків воєнного конфлікту. Таким чином, поєднання професійних втручань, соціальної підтримки та доступних ресурсів розглядається як ефективна модель психологічної допомоги, спрямована на відновлення, збереження психічного здоров'я та підвищення адаптаційних можливостей населення в умовах тривалого воєнного стресу.

Підсумовуючи викладене, можна сказати, що ефективна психологічна допомога у воєнних умовах має поєднувати раннє втручання, довготривалу підтримку, розвиток професійних методів терапії та створення широкої мережі соціальної взаємодії. Ефективність такої допомоги пов'язується з її доступністю для кожної людини незалежно від місця перебування, стану здоров'я чи життєвих обставин, оскільки своєчасність і безперервність підтримки знижують ризики розвитку тяжких наслідків травми. Успішне відновлення значною мірою залежить від того, наскільки узгоджено працюють фахівці різних сфер і наскільки суспільство загалом готове підтримувати постраждалих, створюючи безпечне, чуйне й стабільне середовище. Усе це дозволяє стверджувати, що перспективи психологічної допомоги полягають не лише у вдосконаленні професійних підходів, а й у формуванні культури взаємної підтримки, яка допоможе людям вистояти під час війни та повернутися до повноцінного життя після її завершення.

Висновки до третього розділу

Психологічні стратегії подолання травматичного досвіду є багатовимірним та взаємопов'язаним процесом, у якому поєднуються внутрішні психологічні ресурси та зовнішні поведінкові реакції. Копінг-стратегії виступають як ключовий механізм адаптації особистості, дозволяючи зменшити негативний вплив стресових ситуацій, зберегти контроль над власним життям та підтримувати функціональну активність навіть у складних обставинах. Дослідження 50 учасників показало, що активні, проблемно-орієнтовані стратегії, які включають планування, пошук інформації та звернення по підтримку, є найбільш ефективними. Вони сприяють зниженню проявів ПТСР та депресії, а також забезпечують відчуття контролю над життєвими ситуаціями. Уникання травматичних переживань, навпаки, пов'язане з високим рівнем психологічної дезадаптації, а емоційно орієнтоване подолання виконує проміжну роль, частково допомагаючи відновлювати емоційну рівновагу, але не завжди запобігаючи поглибленню симптоматики.

Соціальна підтримка виступає критично важливим фактором у переживанні психотравми. Вона пом'якшує емоційне навантаження, знижує рівень ПТСР та депресивних проявів і сприяє використанню більш конструктивних копінг-стратегій. Учасники з високим рівнем соціальної підтримки демонструють зменшення нав'язливих спогадів на 30–35 %, емоційної гіперзбудливості на 25 %, а уникання травматичних тригерів — на 20–30 %. Водночас ті, хто відчуває недостатню підтримку, схильні до емоційного виснаження, підвищеної тривожності та деструктивних форм подолання стресу. Соціальна взаємодія створює відчуття значущості й належності, забезпечує стабілізацію емоційного стану та мотивує до активного опрацювання травматичного досвіду.

Перспективи психологічної допомоги у воєнних умовах ґрунтуються на комплексному, багаторівневому підході, який включає професійну підтримку

психологів, психотерапевтів та кризових консультантів, соціальну підтримку з боку близьких, доступ до ресурсів та створення безпечного середовища для вираження емоцій. Раннє втручання, мобільні та онлайн-консультації, психопросвіта та програми навчання навичкам саморегуляції сприяють зниженню ризику хронізації симптомів ПТСР і депресії, зміцнюють психологічну стійкість та допомагають інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію. Особливу увагу слід приділяти сімейним програмам та мережам взаємопідтримки, оскільки травма впливає не лише на постраждалого, а й на його оточення, формуючи ризик вторинної травматизації.

Загалом, результати дослідження підтверджують, що ефективна психологічна допомога в умовах воєнного конфлікту повинна бути комплексною, доступною та адаптивною, поєднувати професійне втручання з соціальною підтримкою, сприяти розвитку активних та конструктивних копінг-стратегій і забезпечувати довготривалу стабільність психічного стану. Такий підхід дозволяє не лише зменшити прояви посттравматичного стресу та депресії, а й формує стійкі механізми адаптації, підтримує соціальні зв’язки та зміцнює психологічну витривалість як окремої особистості, так і громади загалом.

ВИСНОВКИ

У сукупності результати теоретичного й емпіричного аналізу свідчать про складний характер переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту та наявність стійких взаємозв'язків між проявами посттравматичного стресу, депресивної симптоматики та стратегіями подолання стресу.

Теоретичний аналіз засвідчив, що психологічна травма є багатовимірним феноменом, який формується внаслідок взаємодії зовнішніх психотравмувальних подій та внутрішніх психологічних процесів. Різні теоретичні підходи — об'єктивний, суб'єктивний, психодинамічний, гомеостатичний та мультидисциплінарний — доповнюють один одного та дозволяють пояснити варіативність проявів травматичного досвіду. Визначальне значення у формуванні травми мають не лише інтенсивність і тривалість екстремальних подій, а й індивідуальні ресурси особистості, попередній досвід, рівень психологічної адаптації та наявність соціальної підтримки.

Аналіз особливостей переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту показав, що тривале перебування у ситуації небезпеки, невизначеності та втрати контролю створює умови для формування гострих, комплексних і хронічних форм травматизації. Руйнування базового відчуття безпеки, довіри та стабільності негативно впливає не лише на емоційний стан особистості, а й на її здатність до підтримання міжособистісних зв'язків та соціального функціонування.

Отримані емпіричні дані вказують на високу поширеність посттравматичної та депресивної симптоматики серед осіб, які перебувають в умовах воєнного конфлікту, серед яких найчастіше виявлялися нав'язливі спогади, підвищена тривожність, емоційне напруження, уникання травмувальних стимулів та порушення сну. Одночасно у вибірці були зафіксовані депресивні прояви різної інтенсивності, що свідчить про тісний

зв’язок між травматичним досвідом і зниженням емоційного тонусу та психічної витривалості.

Результати дослідження підтверджують наявність статистично значущого взаємозв’язку між рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу та депресивної симптоматики: у респондентів із високими показниками депресивної симптоматики спостерігався вищий рівень проявів посттравматичного стресу. Це підтверджує взаємне підсилення травматичних і депресивних проявів, що ускладнює процес психологічної адаптації та підвищує ризик тривалих психоемоційних порушень.

Результати аналізу копінг-стратегій свідчать про суттєвий вплив способів подолання стресу на інтенсивність травматичних і депресивних проявів. Особи, які використовують активні та усвідомлені стратегії подолання, демонструють нижчий рівень симптомів ПТСР і депресії та вищу психологічну стійкість. Натомість уникання, емоційне відсторонення та пригнічення емоцій корелюють із підвищеною вираженістю травматичних і депресивних симптомів.

Отримані результати підкреслюють ключову роль соціальної підтримки у процесі подолання психологічної травми. Наявність емоційної, інструментальної та інформаційної підтримки сприяє зниженню інтенсивності травматичних проявів, активізації адаптивних копінг-стратегій і відновленню відчуття стабільності в умовах часткової або повної втрати контролю над життєвими обставинами.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки комплексних програм психологічної допомоги особам, які пережили воєнну травму. Отримані результати свідчать, що ефективна психологічна підтримка характеризується довготривалістю, поєднанням індивідуальних і групових форм роботи та спрямованістю на стабілізацію емоційного стану, інтеграцію травматичного досвіду й відновлення соціальних зв’язків. Особливої уваги потребують особи з

досвідом полону, тортур або систематичного насильства, травматичний досвід яких є надзвичайно інтенсивним і вимагає спеціалізованого підходу.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що переживання психологічної травми в умовах воєнного конфлікту має складний, багаторівневий і тривалий характер, а ефективна психологічна допомога повинна враховувати взаємодію симптомів ПТСР, депресії та індивідуальних стратегій подолання стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року // *Ментальне здоров'я*. 2024. № 4. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-1

2. Атаманчук Н. М. Кризова психологія : конспект лекцій : навч. посіб. для студентів спеціальності 053 «Психологія» денної та заочної форм підготовки освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр, магістр / укл. Н. М. Атаманчук. – Полтава : ПНПУ ім. В. Г. Короленка, 2023. 142 с.

3. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : спец. 19.00.04 «Медична психологія». К., 2020. 45 с.

4. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. : Талком, 2016. 246 с.

5. Бондарев Г. В., Круть П.П. Основи військової психології: навч. посіб.; Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.

6. Бондарев Г. В. Психологічні наслідки травматичного досвіду. Харків : Право, 2018. 198 с.

7. Борисова О. О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні // Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 9–17. DOI: https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1

8. Вишньовський В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів // *ІІ Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки»*, 21–22 квітня 2022 р. – Т. : ФОП Паляниця В. А., 2022. – С. 3–5.

9. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи, Вип. 41. 2023. С. 55–73. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-vol

10. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництва Старого Лева, 2015. 416 с.

11. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії // *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології НАПН України [та ін.]. – К. : Міленіум, 2015. С. 26–35.

12. Горностай П. Травма жертви і травма агресора в міжгрупових конфліктах. Проблеми політичної психології, 10 (24). 2021. С. 114–133.

13. Готич В. О. Кількісні та якісні показники посттравматичного зростання студентів в умовах війни. Наукові записки. Серія: Психологія, (1). 2024. С. 55–59. DOI: https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-7

14. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад в розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. Т. 19, № 1. С. 216–219.

15. Дигун І. С. Соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. К., 2023. 218 с.

16. Єгорова О. Реабілітаційна психологія: курс лекцій. Навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рі вня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. Слов'янськ : Вид-во Б.І. Маторіна, 2018. 132 с.

17. Заверуха О. Я. Психологічна реабілітація особистості в умовах дії стресових факторів та її соціальна мобільність / Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія / за ред. Ю.А. Завацького та ін. К.: ПВТП «LAT&K» , 2023. 264 с. С. 112–135.

18. Іванова Н. Г. та ін. Збереження психічного здоров'я населення України в умовах війни : практ. посіб. / Н. Г. Іванова та ін. ; Національна академія Служби безпеки України, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. К. : НА СБУ ; НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, 2024.

19. Іллюк О. Психофізіологічні фактори трансформації травматичної інформації у посттравматичні стресові розлади та психологічного захисту // *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2020. С. 144–161.

20. Ісаюк Н. Й. Особливості взаємозв'язку симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії та копінг-стратегій у осіб, які пережили воєнний конфлікт // Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Вектори соціальної, організаційної та економічної психології» (м. Київ, 27 лютого 2026 р.). — К., 2026. — Тези (подано до друку).

21. Каменщук Т. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу // *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти*. Серія «Педагогіка. Психологія». – 2022. – № 1. – С. 21–27.

22. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод. рекомендації. – К. : Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. – 52 с.

23. Квітка Н. В. Системна психологічна допомога цивільному населенню дорослого віку, яке постраждало через наслідки війни : дис. … д-ра філос. за спец. 19.00.07 «Вікова та педагогічна психологія» (053 Психологія) / наук. керівник І. М. Шаповал ; Криворізький державний педагогічний університет. – Кривий Ріг, 2025. – 165 с. URL: http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/11714 (дата звернення: 08.01.2026)

24. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

25. Козицька І. В. Роль самооцінки особистості у виборі копінг-стратегій у стресових ситуаціях // *Український психологічний журнал*. 2017. № 3. С. 135–144.

26. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

27. Кокун О. М. та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. ; Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.

28. Колесніченко О.С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків: ФОП Бровін О. В., 2018. 488 с.

29. Кондратюк С. М., Сердечна Л. А. Теоретичне обґрунтування механізмів психологічного захисту особистості. *Зб. наук. праць ХІСТ Університету «Україна».* 2015. №11. С. 115–118.

30. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні // *Інвестиції: практика та досвід*. – 2016. – № 17. – С. 104–111.

31. Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей. Актуальні проблеми психології. Т. 3.: *Консультативна психологія і психотерапія.* Вип. 7. С. 120-127.

32. Лашин О. І. Особливості формування ПТСР в умовах сучасних воєнних конфліктів та організації заходів з їх профілактики та лікування // *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2019. Т. 19, № 4. С. 94–106.

33. Лукомська С. Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. Спецвип. 2022. С. 78–85. DOI: https://doi.org/10.30970/PS.2022.spec.11

34. Лушин П., Сухенко Ю. Посттравматичний стресовий розлад і посттравматичне зростання в діалектичній перспективі: наслідки для практики // *Східноєвропейський журнал психолінгвістики*. 2021. Т. 8, № 1. С. 57–69.

35. Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування : навч.-метод. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 100 с.

36. Максименко С. Д., Клименко В. В., Тостухов А. В. Психологічні механізми зародження, становлення та здійснення особистості. – К. : Вид-во Європ. ун-ту, 2010. – 151 с.

37. Максименко С. Д., Сердюк Л. З. Психологічна підтримка громадян України, постраждалих від анексії Криму та конфлікту на Сході України // *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. – 2019. – Т. 1. – № 1. – С. 1–3. DOI: https://doi.org/10.37472/2707-305X-2019-1-1-4-1

38. Максименко С. Д., Прокоф'єва О. О., Царькова О. В., Кочкурова О. В. Практикум із групової психокорекції : підручник. – Мелітополь : Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», 2015. – 414 с.

39. Ми пережили. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей : практ. посіб. / за наук. ред. Г. В. Циганенко. К., 2018. 100 с.

40. Михайлишин Г., Довга М. Методологічне дослідження психологічного стану українських сімей та їх соціального супроводу з початку повномасштабної війни на території України : метод. рек. / Г. Михайлишин, М. Довга ; Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. Івано-Франківськ : НАІР, 2023. 65 с. ISBN 978-617-8011-72-7.

41. Михальська Ю. А., Ренке С. О. Особливості механізмів психологічного захисту особистості. *Проблеми сучасної психології.* 2015. Вип. 30. С. 417–427.

42. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

43. Нежинська О. О. Психологічна допомога постраждалим від російської агресії на деокупованих територіях України в умовах війни [Електронний ресурс] // *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35(74), № 1. С. 67–73. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sntnvusp_2024_35(74)_1_14 (дата звернення: 07.01.2026).

44. Несенюк Н. Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога : довід. для фахівців і фахівчинь допоміж. професій соц. сфери, які працюють з внутрішньо переміщеними особами та постраждалим населенням / Н. Несенюк, Н. Чудаєва, О. Мурашкевич. К. : Рада Європи, 2022. 91 с.

45. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультування : навч. посіб. / за заг. ред. В. Г. Панка, І. М. Зварича. – Чернівці : Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. – 384 с.

46. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 3 / за заг. ред. Л. Гридковець ; колектив авт.: Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова [та ін.]. К., 2018. 236 с.

47. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 2 / за заг. ред. Л. Царенко. К. : ОБСЄ, 2018. 240 с.

48. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.

49. Особистість в умовах кризових викликів сучасності: Матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / За ред. Академіка НАПН України С.Д. Максименка. – К., 2016. – 629 с.

50. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи // *Український психологічний журнал*. 2017. № 1. С. 61–79.

51. Панґрацці А. Біль не триватиме вічно : взаємодопомога в жалобі за померлими та при інших втратах / А. Панґрацці ; пер. з італ. О. Якимець ; за ред. Р. Скакуна. 2-ге вид. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2024. 181 с. ISBN 978-617-7608-68-3.

52. Пилипенко Н. М. Психологічна допомога та підтримка постраждалим внаслідок війни в Україні. Вісник Національного університету оборони України, 6 (70). 2022. С. 142–148.

53. Пріб Г. А., Раєвська Я. М., Бегеза Л. Є. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій // *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. – 2022. – Т. 33 (72). – № 2. – С. 104–109. DOI: https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/17

54. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заоч. форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спец. 053 «Психологія» / О. Г. Романовський, А. І. Черкашин, Л. М. Грень [та ін.]. – Харків : Видавництво Іванченка І. С., 2022. – 356 с. ISBN 978-617-8059-50-7.

55. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. / за ред. С. Г. Уварової. – К. : ПВНЗ МГП, 2016. – 248 с.

56. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. / за наук. ред. Т. М. Титаренко. – К. : Міленіум, 2015. – 160 с.

57. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / за ред. Л. М. Кісарчук. – К. : ТОВ «Видавництво “Логос”», 2015. – 207 с.

58. Психологія поведінки на війні : практичний порадник : навч. посіб. / колектив авторів ; за заг. ред. В. І. Осьодла. К. : НУОУ, 2014. 125 с.

59. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews,* 2012. С. 30–37.

60. Сабліна Н. В. Психологічна допомога та робота психолога з військовими та їх родинами у дні війни : військова психологія : навч.-терапевт. посіб. / Н. В. Сабліна. Вінниця : Твори, 2023. 227 с.

61. Сандал О. С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Вип. 2. 2021. С. 49–62. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2021_2_8 (дата звернення: 08.01.2026)

62. Сердюк Л. З., Баранаускіне І. І., Володарська Н. Д. Особливості надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам внаслідок конфлікту на сході України // *Український психологічний журнал*. 2020. № 1. С. 176–187.

63. Сіпко Л. О. Особливості використання методів психокорекції у роботі з психічною травмою // *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 588–599. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_30_51 (дата звернення: 07.01.2026)

64. Соціальний супровід військовослужбовців та членів їх сімей : практичні аспекти діяльності посадових осіб військових частин, територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки : метод. посіб. / О. В. Герасименко та ін. ; за заг. ред. В. Клочкова ; Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. К. : НДЦ ГПЗС України, 2023. 130 с.

65. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с. ISBN 978-966-189-483-8.

66. Соціальна та психологічна допомога у воєнний та післявоєнний період : монографія. Т. 1 / В. А. Гузенко ; за заг. ред. В. В. Корнещук ;

Національний університет «Одеська політехніка». Одеса : Бондаренко М. О., 2023. 233 с.

67. Стеблюк В. В., Проноза-Стеблюк К. В. Травма та травматерапія: Історія та сьогодення. Український вісник психоневрології. Т. 26, вип. 4 (97). 2018. С. 82–86.

68. Сулятицький І. В., Сайко Х. Я. Соціопсихологічні механізми подолання травматичного стресу військовослужбовцями. *Вісник Львівського університету.* Серія педагогічна. № 33, 2018. 14 с. DOI: http://dx.doi.org/10.30970/vpe.2018.33.9970

69. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. В. Осьодла. К. : НУОУ імені Івана Черняховського, 2020. 484 с. ISBN 978-617-7187-42-3.

70. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія. / за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : Видавничий дім «Слово», 2020. – 178 с.

71. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.

72. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

73. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К. : ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с.

74. Харченко, Є., Онуфрієва Л. Психологічна реабілітація учасників бойових дій з психічними розладами та травмами. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», (61). 2023. С. 51–73. DOI: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2023-61.51-73

75. Цибух Л. М., Пальчинська М. В., Хмель Н. Д. Вплив депресивного стану на виникнення психосоматичних порушень // *Ментальне здоров'я*. — 2024. — № 4. — С. 41–45. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-8

76. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. К. : Видавничий дім «Медкнига», 2023. 232 с.

77. Чорна В. В., Ангельська В. Ю., Гуменюк Н. І. Система міжгалузевої реабілітації: медико-психологічна, професійно-соціальна на всіх рівнях системи охорони здоров'я українців в умовах воєнного та післявоєнного періоду // *Ментальне здоров'я*. — 2025. — № 1. — С. 29–34. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-1.6

78. Чорна В. та ін. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців // *Молодий вчений*. 2023. № 12 (29). С. 28–39.

79. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR. 5th ed., text rev. – Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2022. – 991 p. ISBN 978-0-89042-576-3.

80. Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis // *European Journal of Psychotraumatology*. — 2013. — Vol. 4. — Article 20706. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706

81. Dozois D. J. A., Covin R. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) // *Comprehensive handbook of psychological assessment*. Vol. 2 : Personality assessment / ed. by M. J. Hilsenroth, D. L. Segal. – Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, 2004. – P. 50–69.

82. Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Grandison G., Garozi M., Latham E., Sinclair M., Ho G. W. K., McAnee G., Ford J. D., Hyland P. Adverse and benevolent childhood experiences in posttraumatic stress disorder (PTSD) and

complex PTSD (CPTSD): Implications for trauma-focused therapies // European Journal of Psychotraumatology. 2020. Vol. 11. № 1. Article ID 1793599. DOI: https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793599

83. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. – Geneva : World Health Organization, 2013. – 273 p. ISBN 978-92-4-150540-6.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) — PCL-5

Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) є стандартизованим інструментом самооцінювання, розробленим Національним центром з ПТСР (National Center for PTSD, США) відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Методика призначена для оцінювання наявності та інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу протягом останнього місяця.

Опитувальник містить 20 пунктів, кожен з яких відповідає основним кластерам симптомів ПТСР. Методика використовується для:

- кількісної оцінки вираженості симптомів;
- скринінгу можливих проявів ПТСР;
- моніторингу змін психічного стану у динаміці.

Заповнення опитувальника триває приблизно 5–10 хвилин. PCL-5 не є самостійним діагностичним інструментом і не замінює клінічного інтерв'ю або структурованого обстеження (наприклад, CAPS-5).

Інструкція для респондента

Нижче наведено перелік реакцій, які можуть виникати після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожне твердження та позначте, наскільки сильно зазначена проблема турбувала вас протягом останніх 30 днів.

Шкала оцінювання:

0 — зовсім ні

1 — трохи

2 — помірно

3 — відчутно

4 — дуже

Пункти опитувальника

1. Нав’язливі думки чи повторювані спогади про подію
2. Тривожні сновидіння, пов’язані з пережитим досвідом
3. Відчуття, ніби подія відбувається знову
4. Сильний емоційний дискомфорт через нагадування
5. Виражені фізіологічні реакції на нагадування
6. Уникання думок або почуттів, пов’язаних з подією
7. Уникання місць, людей або ситуацій-нагадувань
8. Труднощі з пригадуванням окремих аспектів події
9. Негативні переконання про себе, інших або світ
10. Самозвинувачення або звинувачення інших
11. Інтенсивні негативні емоції
12. Втрата інтересу до значущої діяльності
13. Відчуття емоційної віддаленості
14. Зниження здатності відчувати позитивні емоції
15. Дратівливість або спалахи гніву
16. Схильність до ризикованої поведінки
17. Постійна настороженість
18. Внутрішня напруга
19. Труднощі концентрації уваги
20. Порушення сну

Інтерпретація результатів

Кожне запитання оцінюється від 0 до 4 балів. Загальний бал коливається в межах 0–80.

Відповідність групам симптомів (DSM-5):

Критерій B (інтрузії): запитання 1–5

Критерій C (уникнення): запитання 6–7

Критерій D (негативні зміни у мисленні та настрої): запитання 8–14

Критерій E (надмірна реактивність): запитання 15–20

Ключові орієнтири для оцінки:

Поріг клінічної відповіді на лікування — зниження на 5 балів.

Клінічно значуще покращення — зниження на 10 балів.

Позитивний скринінг на ПТСР — 33 бали і більше (за умови, що була травматична подія).

ДОДАТОК Б

Опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса

Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса призначений для дослідження поведінкових і когнітивних способів подолання стресових ситуацій. Методика дозволяє оцінити індивідуальний профіль копінг-реакцій особистості.

Опитувальник містить вісім шкал:

Конфронтація - наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовність до ризику.

Дистанціювання - когнітивні зусилля на відділення від ситуації і зменшення її значущості.

Самоконтроль - зусилля з регулювання своїх почуттів і дій.

Пошук соціальної підтримки - зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.

Прийняття відповідальності - визнання своєї ролі в проблемі з супутньою темою її рішення.

Втеча-уникнення - уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблеми на відміну від дистанціювання від неї.

Планування рішення проблеми - довільні, проблемно-сфокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем.

Позитивна переоцінка - зусилля по створенню позитивного значення фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає також релігійний вимір.

Опитувальник

Інструкція

Згадайте складну або стресову ситуацію та оцініть, як часто ви використовували наведені способи реагування.

П.І.Б._____ вік___

Якщо я опинився в важкій ситуації, я…	Ніколи 0 балів	Рідко 1 бал	Іноді 2бали	Часто 3бали

1. Зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити				
2. Починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати: головне робити хоч щось.				
3. Намагався схилити вищих до того, щоб вони змінили свою думку.				
4. Говорив з іншими, щоб дізнатися більше про ситуацію.				
5. Критикував і докоряв себе.				
6. Намагався не спалювати за собою мости, лишаючи все, як воно є.				
7. Сподівався на диво.				
8. Упокорювався з долею: буває, що мені не щастить.				
9. Поводився, ніби нічого не сталося.				
10. Намагався не показувати своїх почуттів.				
11. Намагався побачити у ситуації і щось позитивне.				
12. Спав більше, ніж звичайно.				
13. Зривав свою досаду на тих, хто спричинив на мене проблеми.				
14. Шукав співчуття та розуміння у когось.				
15. У мене виникла потреба виразити себе творчо.				
16. Намагався забути все це.				
17. Звертався за допомогою до спеціалістів.				
18. Змінювався чи ріс як особистість у позитивний бік.				
19. Вибачався чи намагався все загладити.				
20. Складав план дій.				
21. Намагався дати якийсь вихід своїм почуттям.				
22. Розумів, що я викликав цю проблему.				
23. Набирався досвіду у цій ситуації.				
24. Говорив з будь-ким, хто міг конкретно допомогти в цій ситуація.				
25. Намагався покращити своє самопочуття їжею, випивкою, курінням чи ліками.				
26. Ризикував відчайдушно.				
27. Намагався діяти не надто поспішно, - довіряючись перший порив.				
28. Знаходив нову віру у щось.				
29. Знову відкривав собі щось важливе.				

30. Щось міняв так, що все налагоджувалося.				
31. Загалом уникав спілкування з людьми.				
32. Не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватись.				
33. Запитував поради у родича або у друга, якого поважав.				
34. Намагався, щоб інші не дізналися, як погано справи.				
35. Відмовлявся сприймати це дуже серйозно.				
36. Говорив із кимось про те, що я відчуваю.				
37. Стояв на своєму і боровся за те, що хотів.				
38. Зганяв це на інших людях.				
39. Користувався минулим досвідом - мені вже доводилося потрапляти у такі ситуації.				
40. Знав, що треба робити, і подвоїв свої зусилля, щоб усе налагодити.				
41. Відмовлявся вірити, що це справді сталося.				
42. Я давав собі обіцянку, що наступного разу все буде поіншому.				
43. Знаходив кілька інших способів вирішення проблеми.				
44. Намагався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інші справи.				
45. Щось змінював у собі.				
46. Хотів, щоб усе це якось утворилося чи скінчилося.				
47. Уявляв собі, фантазував, як усе це могло обернутися.				
48. Молився.				
49. Прокручував в умі, що мені сказати чи зробити.				
50. Думав про те, як би в даній ситуації діяла людина, якою я захоплююся, і намагався наслідувати її.				

Обробка і інтерпретація результатів. За допомогою «ключа» підраховується загальний бал за кожною шкалою (сума відповідей): «ніколи» - 0 балів; «Рідко» - 1 бал; «Іноді» - 2 бал; «Часто» - 3 бали. Підсумкова оцінка за шкалою - відсоток від максимально можливої.

Підраховується сума балів за кожною шкалою та визначається профіль копінг-стратегій. Позитивним вважається переважання середнього значення по субшкалам: 3-5, 7, 8 над субшкалами 1, 2, 6. Переважання адаптивних стратегій свідчить про вищий рівень психологічної стійкості.

«Ключ» і опис субшкал

- 1. *Конфронтативний копінг.* Наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовність до ризику. Пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37.
- 2. *Дистанціювання.* Когнітивні зусилля, спрямовані на віддалення від ситуації і зменшення її значущості. Пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35.
- 3. *Самоконтроль.* Зусилля з регулювання своїх почуттів і дій. Пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.
- 4. *Пошук соціальної підтримки.* Зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки. Пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36.
- 5. *Прийняття відповідальності.* Визнання своєї ролі у вирішенні проблеми; зусилля, спрямовані на її рішення. Пункти: 5, 19, 22, 42.
- 6. *Втеча-уникнення.* Уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до відходу або уникнення проблеми. Пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.
- 7. *Планування рішення проблеми.* Довільні проблемно фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем. Пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43.
- 8. *Позитивна переоцінка.* Зусилля по створенню позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає і релігійний вимір. Пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

ДОДАТОК В

Шкала депресії Бека (BDI-II)

Шкала депресії Бека (BDI-II) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, призначеним для оцінювання інтенсивності депресивних симптомів протягом останніх двох тижнів. Методика складається з 21 пункту, що охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви депресії.

Опитувальник дозволяє виявити ступінь депресивних переживань — від мінімальних проявів до тяжких форм. BDI-II широко застосовується у психологічній практиці, клінічних та наукових дослідженнях. Опитувальник не є діагностичним інструментом, проте дозволяє отримати інформативну оцінку емоційного стану респондента.

Інструкція для респондента

Перед вами перелік тверджень. У кожному пункті оберіть одне твердження, яке найбільш точно описує ваше самопочуття за останні два тижні, включно з сьогоднішнім днем.

Важливо не пропустити жодного пункту та обирати варіанти чесно й без надмірних роздумів — перша відповідь зазвичай є найточнішою.

Пункти опитувальника

1. Рівень суму та пригніченості.
2. Відчуття, що ви заслуговуєте на покарання.
3. Ставлення до майбутнього та очікування від нього.
4. Відчуття власної успішності чи невдачливості.
5. Оцінка себе, самоприйняття та впевненість у собі.
6. Здатність отримувати задоволення від улюблених занять.
7. Схильність до самокритики та звинувачення себе.
8. Вираженість почуття провини.
9. Наявність або відсутність думок про самогубство.
10. Рівень неспокою, збудження та внутрішньої напруги.

11. Частота плачу або бажання плакати.
12. Інтерес до людей і діяльності.
13. Схильність до дратівливості.
14. Здатність приймати рішення.
15. Зміни апетиту — зниження чи підвищення.
16. Відчуття власної цінності або нікчемності.
17. Здатність зосереджуватися та утримувати увагу.
18. Рівень енергії та сили виконувати справи.
19. Втомлюваність і її вплив на повсякденну діяльність.
20. Зміни у режимі та якості сну.
21. Інтерес до статевого життя.

Обробка та інтерпретація результатів

Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів. Загальний бал може становити від 0 до 63.

Інтерпретація:

- 0–13 балів — мінімальні депресивні прояви
- 14–19 балів — легка депресія
- 20–28 балів — помірна депресія
- 29–63 бали — виражена депресія

ДОДАТОК Г

Практичні рекомендації психологічної допомоги особам, які пережили психотравматичний досвід в умовах воєнного конфлікту

Практичні рекомендації розроблено на основі результатів емпіричного дослідження, що виявило взаємозв'язок між рівнем посттравматичного стресу, депресивної симптоматики та копінг-стратегій. Запропоновані техніки спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану, зниження інтенсивності травматичних проявів та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

1. Техніки стабілізації при високому рівні посттравматичного стресу

1.1. Техніка "Заземлення 5–4–3–2–1"

Спрямована на повернення уваги в теперішній момент. Клієнту пропонується назвати:

5 речей, які він бачить;

4 — які відчуває тілом;

3 — які чує;

2 — які відчуває на запах;

1 — яку може скуштувати.

Метод знижує рівень тривоги та інтенсивність флешбеків.

1.2. Діафрагмальне дихання

Повільний вдих через ніс (на 4 рахунки), затримка (2), видих через рот (на 6). Сприяє зниженню фізіологічного напруження та нормалізації роботи нервової системи.

1.3. Орієнтація в реальності

Проговарювання вголос: “Я тут, зараз безпечно, це не відбувається зі мною в даний момент”. Ефективно при дисоціативних станах і нав’язливих спогадах.

2. Робота з депресивною симптоматикою

2.1. Поведінкова активація

Поступове включення в щоденну активність навіть за відсутності мотивації. Рекомендується складати короткий список дій (2–3 на день) і виконувати їх незалежно від емоційного стану.

2.2. Техніка “Малих кроків”

Великі завдання розбиваються на мінімальні дії. Фокус переноситься з результату на процес, що знижує відчуття безсилля.

2.3. Виявлення автоматичних негативних думок

Фіксація думок типу “я не справлюсь”, “нічого не має сенсу” з подальшим їх раціональним переосмисленням.

3. Корекція неадаптивних копінг-стратегій (уникання)

3.1. Усвідомлення уникання

Клієнту пропонується відслідковувати ситуації, яких він уникає, та їх емоційне значення.

3.2. Поступове наближення до стресових стимулів

Контакт із тригерами здійснюється поступово, у безпечному середовищі, з підтримкою терапевта.

3.3. Розвиток активних стратегій подолання

Формування навичок вирішення проблем, прийняття рішень і відповідальності за власні дії.

4. Відновлення ресурсу та адаптаційного потенціалу

4.1. Тілесні практики

Легкі фізичні вправи, розтягування, робота з напругою в тілі. Сприяють відновленню контакту з тілом і зниженню рівня внутрішнього напруження.

4.2. Відновлення соціальних зв’язків

Підтримка контактів із близькими людьми, участь у групах підтримки. Соціальна взаємодія виступає важливим фактором стабілізації психічного стану.

4.3. Ресурсні практики

Фокусування на діяльностях, що приносять задоволення (музика, природа, творчість). Сприяють відновленню емоційного балансу.

Запропоновані техніки можуть бути використані в практичній діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців соціальної сфери для надання допомоги особам, які пережили психотравматичний досвід в умовах воєнного конфлікту. Їх застосування дозволяє знизити інтенсивність симптомів, підвищити рівень психологічної адаптації та сприяти відновленню внутрішньої стабільності особистості.