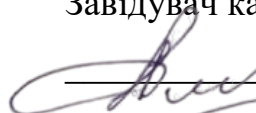


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра Психології

«Допущений до захисту»

Завідувач кафедри

 Карсканова С. В.

«_10_» _12_____ 2025 р.

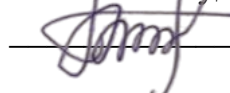
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття рівня вищої освіти «магістр»

зі спеціальності 053 «Психологія»

**на тему «ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ
ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ»**

Виконав: студент(ка) групи 6555з

 Пінякова А.І.

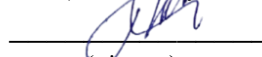
(підпис)

Керівник роботи:

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри психології

(посада, науковий ступень вчене звання)

 Чугуєва І.Є.

(підпис)

Миколаїв 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Гарант освітньої програми

Литвиненко І.С.

(підпис)

«_05_» _____9__ 2025 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

студентки Пінякової Аліни Іванівни

1. Тема роботи: Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події.

Керівник роботи: кандидат психологічних наук, доцент Чугуєва І.Є.

Затверджено наказом ректора № 967-уч від «5» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи: «1» грудня 2025 року.

3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова та навчально-методична література з психології, праці вітчизняних та зарубіжних науковців, результати власного емпіричного дослідження, матеріали психодіагностичних методик.

4. Перелік питань, що належать до розробки(найменування розділів): Теоретичні засади проблеми психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події. Емпіричне дослідження психологічного стану осіб, які пережили травматичні події. Формувальний експеримент: програма розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу.

5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді у форматі Canva загальною кількістю 12 слайдів, з висвітленням таких питань:

актуальність, об'єкт, предмет, мета і завдання дослідження (2 слайди);

методи та вибірка емпіричного дослідження (1 слайд);

сновні теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди);

результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (графіки, діаграми, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів);

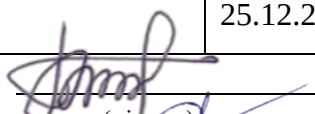
висновки дослідження (1 слайд).

7. Дата видачі завдання: «5» вересня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.09.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.09.2025	
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	10.09.2025-15.09.2025	
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.09.2025-30.09.2025.	
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).	30.09.2025-10.10.2025	
6.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.10.2025 - 31.10.2025	
7.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формульальний експеримент).	31.10.2025-10.11.2025	
8.	Написання Розділу 3. Подання на перевірку	10.11.2025-22.11.2025	
9.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність	22.11.2025-25.11.2025	
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25.11.2025-28.11.2025	
11.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	28.11.2025-01.12.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	01.12.2025-08.12.2025	
13.	Захист роботи	15.12.2025-25.12.2025	

Студент


 (підпис)

Пінякова А.І.

Керівник роботи

Чугуєва І.Є.

АНОТАЦІЯ

Пінякова А.І. «Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події». Кваліфікаційна робота зі спеціальності 053 «Психологія», освітньої програми «Психологія». Миколаїв: Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, 2025. 87 сторінок.

Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичний досвід є вагомим знаряддям, яке допомагає не просто пережити травматичні події, а й зменшити їх негативні ефекти, покращити психоемоційний стан, запобігти розвитку психічних розладів, відновити особистісні ресурси, знайти опори для подальшого особистісного розвитку і навіть посттравматичного зростання. Об'єкт дослідження – психологічні особливості переживання людиною травматичних подій. Предмет дослідження – психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події. Мета дослідження полягає у вивченні психологічних особливостей переживання людиною травматичних подій та форм і засобів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події.

Для розв'язання поставлених у роботі завдань та доведення достовірності результатів дослідження були застосовані *теоретичні методи*: методи аналізу й узагальнення наукової літератури з проблематики дослідження; *емпіричні методи*: «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін); «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин); «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко); «Шкала депресії» (П.М. Балашова).

Експериментальна база дослідження: бенефіціари Миколаївської обласної організації Червоного Хреста України. *Вибірка дослідження* складає 30 осіб, серед них 27 жінок та 3 чоловіки; віковий ценз від 28 до 76 років.

Ключові слова: психологічна травма, травматичні події, психологічна підтримка, травматичний досвід.

ANNOTATION

Piniakova A. I. Psychological support for people who have experienced traumatic events. Qualification work in the specialty 053 "Psychology", educational program "Psychology". Mykolaiv: NUK im. adm. Makarov. 86 pages.

Psychological support for people who have experienced traumatic experiences is a powerful tool that helps not only to survive traumatic events, but also to reduce their negative effects, improve psycho-emotional state, prevent the development of mental disorders, restore personal resources, to find support for further personal development and even post-traumatic growth. The object of research is the psychological features of a person's experience of traumatic events. The subject of the study is psychological support for people who have experienced traumatic events. The purpose of the study is to study the psychological characteristics of a person's experience of traumatic events and the forms and means of psychological support for people who have experienced traumatic events. To solve the tasks set in the work and prove the reliability of the research results, theoretical methods were applied: methods of analysis and generalization of scientific literature on the research topic; empirical methods: "Scale for assessing the level of situational (reactive) and personal anxiety" (Ch.D. Spilberg, Yu.L. Khanin); "Determination of neuropsychiatric tension" (T.A. Nemchin); "Express diagnostics of the tendency to unmotivated anxiety" (V.V. Boyko); "Depression scale" (P.M. Balashova). Experimental base of the study: beneficiaries of the Mykolaiv Regional Organization of the Red Cross of Ukraine. The study sample consists of 30 people, including 27 women and 3 men; age range from 28 to 76 years.

Keywords: psychological trauma, traumatic events, psychological support, traumatic experience.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ	10
1.1. Теоретичні підходи до вивчення проблеми переживання травматичних подій.....	10
1.2. Психологічні особливості осіб, які пережили травматичні події .	16
1.3. Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події....	22
Висновки до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ.....	29
2.1. Опис проведення експериментального дослідження	29
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження	43
Висновки до другого розділу.....	53
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ:ПРОГРАМА РОЗВИТКУ НАВИЧОК КОНСТРУКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ	55
3.1. Опис програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу	55
3.2. Аналіз результатів впровадження програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу.....	62
3.3. Результати застосування програми.....	71
Висновки до третього розділу	74
ВИСНОВКИ	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Від початку повномасштабного вторгнення росії на територію України багато людей пережили і продовжують переживати травматичні події. Ракетні атаки, руйнування, загибель, поранення, втрати, насильство тощо, все це є тими складовими, які утворюють простір травматичного досвіду українців. Нажаль цей простір не зменшується, а навпаки, зростає.

Особливості психологічних станів у осіб, які пережили травматичні події в період військових конфліктів, є актуальною темою для українського суспільства, оскільки вони суттєво впливають на всі сфери життя людей, вони мають тривалі й пролонговані, найчастіше негативні ефекти, відбиваються майже в усіх соціальних практиках та викликають наслідки, що впливають і впливатимуть на життя як окремої людини, так і всього суспільства в цілому.

Пережиті травматичні події зазвичай завдають шкоди психологічному стану людей, навіть можуть призводити до психічних розладів, наприклад до посттравматичного стресового розладу, тривожного розладу, депресії, можуть погіршувати адаптацію людини, викликати появу негативних психоемоційних станів та психологічних комплексів.

До факторів, які сприяють цьому, належать такі складові травматичних подій як: втрати, загроза життю, здоров'ю, честі й гідності, руйнація усталених систем життя, не можливість впоратися з цими подіями звичайними способами, зміст травматичних подій виходить за межі звичайного життєвого досвіду людини.

Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичний досвід є вагомим знаряддям, яке допомагає не просто пережити травматичні події, а й зменшити їх негативні ефекти, покращити психоемоційний стан, запобігти розвитку психічних розладів, відновити особистісні ресурси, знайти опори для подальшого особистісного розвитку і навіть посттравматичного зростання.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості переживання людиною

травматичних подій.

Предмет дослідження – психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події.

Мета дослідження полягає у вивченні психологічних особливостей переживання людиною травматичних подій та форм і засобів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події.

Для досягнення мети були визначені наступні **завдання**:

- 1) здійснити теоретичний аналіз проблеми переживання людиною травматичних подій;
- 2) здійснити теоретичний пошук форм і засобів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події;
- 3) емпірично дослідити психологічні особливості осіб, які пережили травматичні події;
- 4) розробити програму психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події та перевірити її ефективність.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених у роботі завдань та доведення достовірності результатів дослідження були застосовані *теоретичні методи*: методи аналізу й узагальнення наукової літератури з проблематики дослідження; *емпіричні методи*: «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін); «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин); «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко); «Шкала депресії» (П.М. Балашова).

В роботі використовувались методи *математичної статистики* (критерій Пірсона та U–критерій Манна–Уїтні), *комп'ютерної обробки* результатів (програма SPSS).

Експериментальна база дослідження: бенефіціари Миколаївської обласної організації Червоного Хреста України. *Вибірка дослідження* складає 30 осіб, серед них 27 жінок та 3 чоловіки; віковий ценз від 28 до 76 років.

Наукова новизна дослідження полягає у поглибленні знань про психологічні особливості осіб, які пережили травматичні події та практичні засоби психологічної допомоги таким особам.

Практична значущість полягає у розробці програми психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події. Запропонована програма, спираючись на результати дослідження має враховувати особливості психологічних станів осіб, що пережили травматичні події.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи магістра. Основні ідеї та результати дослідження висвітлені в у 1 статті в «Гуманітарному віснику НУК» м. Миколаїв, Україна.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел. Основний текст кваліфікаційної роботи викладено на 72 сторінках комп'ютерного тексту та містить 14 таблиць, 10 рисунків. Список використаних джерел включає 58 найменувань українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

1.1. Теоретичні підходи до вивчення проблеми переживання травматичних подій

Проблема психологічної травми та її впливу на особистість набула особливої актуальності у сучасній психологічній науці, що зумовлено як зростанням кількості травматичних подій у світі, так і поглибленням розуміння механізмів психічного реагування на екстремальні ситуації. Особливо гостро ця проблематика постає в Україні в контексті воєнних дій, що потребує системного теоретичного осмислення феномену психологічної травми з різних наукових перспектив.

У сучасній психологічній науці відсутнє єдине загальноприйняте визначення психологічної травми, що відображає складність і багатовимірність цього феномену. Етимологічно термін «травма» походить від грецького слова «trauma», що означає «рана», і первинно використовувався виключно в медичному контексті. Проте з кінця XIX століття цей термін почав застосовуватися для опису психологічних пошкоджень, що виникають внаслідок впливу екстремальних подій [8], [26].

Ключовою характеристикою травматичної події є те, що вона перевищує звичайні адаптаційні можливості людської психіки. У психологічній літературі це явище описується через поняття «алгоритму травматичної конверсії» – мимовільно сформованої і зафіксованої в регулюючій системі фізіології організму програми запуску і відтворення послідовних нейропсихофізіологічних процесів щодо трансформації негативної інформації в неприємні переживання та посттравматичні стресові розлади [26].

Важливо розрізняти психологічну травму та стрес. Як зазначає Туриніна О. Л., якщо стрес сприяє пристосуванню людини до мінливих умов,

то травматичний стрес виснажує її адаптаційні можливості. Стрес можна метафорично порівняти з вм'ятиною від удару на гнучкій поверхні, що згодом розправляється і набирає попередньої форми, тоді як травма – це вм'ятина на металі, яка залишається назавжди [26].

Поступове розширення уявлень про природу травматичного досвіду сприяло формуванню різних теоретичних підходів, покликаних пояснити механізми його виникнення та впливу на психіку. Одним із перших напрямів, що намагався систематизувати феномен психологічної травми, стала психоаналітична традиція започаткована З. Фройдом. Вона стала одним із перших систематичних підходів до вивчення психологічної травми. У своїй роботі «Дослідження істерії» Фройд писав: «травматичний вплив може мати будь-яка подія, яка викликає болісне почуття страху, сорому, душевного болю» [9].

Центральною ідеєю психоаналітичного розуміння травми є концепція прориву захисного бар'єру Его. Фройд розглядав травму як подію, що перевершує можливості психічного апарату до переробки афектів, внаслідок чого неперероблені емоції витісняються у несвідоме, де продовжують чинити патогенний вплив на психіку. Фройд вважав, що пам'ять про травматичну подію існує як патогенне ядро всередині декількох шарів патогенного психічного матеріалу різної резистентності [9].

Важливим відкриттям Фройда було те, що травматичні переживання сягають корінням раннього дитинства. У цей період формуються примітивні стратегії психічного виживання – примітивні, оскільки для дитини ще не доступний широкий діапазон гнучкіших реагувань. Дитячі травми закріплюють ці механізми відповіді на травмувальний чинник на все життя, тому і в дорослому віці людина вдається до примітивних захистів [9].

Когнітивно-поведінковий підхід до розуміння та лікування травми посідає провідне місце у сучасній психотерапевтичній практиці завдяки доказовій базі ефективності. Центральна ідея когнітивно-поведінкового

підходу (КПТ) полягає в тому, що наші почуття та поведінка залежать від наших думок, оцінок та переконань [14].

Аарон Бек, один із засновників когнітивної терапії, розробив модель, згідно з якою після травматичної події у людини формуються дисфункціональні переконання про себе, світ і майбутнє. Ці переконання призводять до викривленої інтерпретації подій та виникнення негативних емоційних станів [31].

Една Фоа розробила теорію емоційної обробки травми, яка пояснює механізми виникнення та підтримання посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згідно з цією теорією, ПТСР виникає внаслідок порушення інтеграції травматичної пам'яті. Ключову роль у підтриманні симптоматики відіграє поведінка уникнення – людина намагається уникати всього, що нагадує про травму, що перешкоджає природній переробці травматичного досвіду [29].

В основі травмофокусованої КПТ лежить нейробіологічна модель травми, відповідно до якої під час переживання травматичної події відбувається низка змін у функціонуванні мозку, через які травматичний досвід у повній мірі не інтегрується в наративну пам'ять, а відтак продовжує впливати на життя людини [26], [40], [42].

За даними сучасних систематичних оглядів 2023–2025 років, найбільш ефективними методами психологічної допомоги при ПТСР залишаються травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та метод десенсибілізації і репроцесуалізації травми за допомогою рухів очей (EMDR). Обидва підходи демонструють доведену результативність у рандомізованих клінічних випробуваннях і включені до міжнародних клінічних протоколів як терапії першої лінії для роботи з посттравматичними реакціями [35], [43], [53].

Гуманістично-екзистенційний напрям у психології розглядає травму не лише як пошкодження психіки, а й як екзистенційний виклик, що порушує фундаментальні основи людського буття. Карл Роджерс розглядав травму як порушення конгруентності – відповідності між реальним досвідом людини та

її Я-концепцією. Травматична подія руйнує цілісність особистості, призводить до втрати аутентичності та здатності до самоактуалізації [18], [41].

Віктор Франкл, засновник логотерапії, сам переживши жахи концентраційних таборів, запропонував екзистенційний погляд на травму. Згідно з його концепцією, найважливішим у подоланні травматичного досвіду є пошук сенсу у пережитому. Франкл стверджував, що людина здатна зберегти свою внутрішню свободу навіть у найжахливіших умовах, і саме здатність знаходити сенс у стражданні робить можливим психологічне виживання та зростання [26], [41], [53].

Нейробіологічний підхід дозволяє глибше пояснити механізми формування травматичного досвіду, оскільки переживання екстремальних подій пов'язані не лише з психологічними реакціями, а й зі специфічними змінами в роботі мозкових структур. До ключових елементів лімбічної системи, що беруть участь у кодуванні та відтворенні травматичних спогадів, належать амігдала, гіпокамп і префронтальна кора [18], [41], [42]. Детальніше описано в табл. 1.1. Їх взаємодія визначає характер емоційного реагування, ступінь стресової чутливості та здатність до саморегуляції.

Таблиця 1.1.

Нейрофізіологічні механізми травматичного реагування

Структура мозку	Основні функції	Роль у травматичному реагуванні
Амігдала	Емоційна обробка; формування реакції страху	Гіперактивація під час травматичних подій; інтенсивне емоційне реагування; закріплення емоційної складової травматичного спогаду
Гіпокамп	Контекстуальна та темпоральна організація пам'яті	Дисфункція через дію гормонів стресу; порушена здатність точно кодувати контекст події; фрагментарність спогадів [Клімчук, 2020]
Префронтальна кора	Емоційна регуляція; контроль поведінки; когнітивна оцінка ситуацій	Знижена активність при ПТСР; труднощі з контролем емоцій; ослаблена здатність гальмувати реакції амігдали

Подані дані демонструють, що дисбаланс між активністю амігдали, функціонуванням гіпокампа та регуляторними можливостями префронтальної кори є центральним нейрофізіологічним механізмом травматичного реагування. Надмірна активація емоційних центрів у поєднанні зі зниженням когнітивного контролю створює умови для закріплення травматичних спогадів, підвищеної чутливості до тригерів та порушення емоційної регуляції, що пояснює стійкість посттравматичних симптомів [42], [41], [18].

Сучасна практика психоемоційної підтримки дедалі більше спирається на травмо-інформований підхід, що розглядає травму як багатовимірний системний феномен, який впливає на емоційне, когнітивне й фізіологічне функціонування людини. У цій парадигмі акцент зміщується з питання «Що з вами не так?» на «Що з вами сталося?», що дозволяє глибше зрозуміти природу реакцій людини на стрес та екстремальні події [20]. Одним із ключових компонентів такого підходу є усвідомлення нейрофізіологічних механізмів, які лежать в основі переживання травми. Зокрема, робота професіонала передбачає знання того, як взаємодія амігдали, гіпокампа та префронтальної кори визначає характер емоційного реагування, рівень гіпервозбудження та здатність до емоційної регуляції [8], [26], [18].

Розуміння механізмів травматичного реагування є ключовим для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги. На когнітивному рівні травма призводить до руйнування базових припущень про світ. Ронні Янофф-Булман описала три фундаментальні переконання, які порушуються внаслідок травми: віра в доброзичливість світу, віра в осмисленість світу та віра у власну цінність і гідність [41], [30], [50].

На емоційному рівні спостерігається широкий спектр реакцій. Емоційне заціпеніння є захисним механізмом, що дозволяє справитися з надто інтенсивними переживаннями. Афективна дисрегуляція проявляється у нездатності модулювати інтенсивність емоційних реакцій. Дисоціативні реакції представляють особливий інтерес. Деперсоналізація – відчуття

нереальності власного «Я», дереалізація – сприйняття навколишнього світу як нереального, дисоціативна амнезія – нездатність пригадати важливі аспекти травматичної події. Ці механізми є адаптивними в момент травми, але їх пролонгація може заважати інтеграції досвіду [16], [21], [34].

Розуміння різних типів травматичних подій є важливим для диференційованого підходу до психологічної допомоги. За часовим критерієм розрізняють гостру травму (одноразову, короткострокову), хронічну травму (тривалу або повторювану) та комплексну травму (множинні, різноманітні травматичні переживання) [26], [8], [18].

За джерелом травматизації виділяють

- міжособистісну травму (спричинену діями інших людей)
- неособистісну травму (спричинену природними катастрофами, нещасними випадками).

Міжособистісна травма часто є найбільш руйнівною для психіки, оскільки порушує базову довіру до людей [9], [13], [33]. Специфічні види травм, особливо релевантні для України, включають бойову травму (пов'язану з участю у бойових діях), травму переміщення (вимушену зміну місця проживання) та колективну травму (досвід, що переживається спільнотою або цілим народом) [50], [51], [30].

Дослідження посттравматичної адаптації показують: реакції на екстремальні події коливаються від дезадаптації до позитивних змін. На одному полюсі – посттравматичний стресовий розлад. У DSM-5 він описаний через нав'язливі спогади, уникання, зміни в емоціях і мисленні та підвищену збудливість. Це свідчить про порушення обробки травматичного досвіду. ПТСР часто йде разом із депресією, тривогою та залежностями, що ускладнює одужання [9], [50], [21].

На іншому полюсі – посттравматичне зростання, поняття, яке запропонували Р. Тедескі та Л. Калхун. Воно проявляється як поява нових можливостей, глибші стосунки з людьми, відчуття власної сили, духовне

зростання та більше цінування життя. На розвиток зростання впливають підтримка оточення, здатність до рефлексії, гнучке мислення та активні стратегії подолання. Якщо цих ресурсів бракує, людина може залишитися в зоні дезадаптивних наслідків [1], [4], [14].

Узагальнення цих даних дає підстави розглядати посттравматичні реакції не як одновимірний наслідок стресу, а як процес, у якому поєднуються вразливість і потенціал розвитку. Така перспектива логічно веде до аналізу тих психологічних характеристик, що формують індивідуальну траєкторію від дезадаптації до можливого зростання [7], [28], [30].

1.2. Психологічні особливості осіб, які пережили травматичні події

Переживання травматичної події залишає глибокий слід у всіх сферах функціонування особистості. Травма впливає не лише на емоційний стан, а й на когнітивні процеси, фізіологічні реакції, поведінкові патерни та особистісну організацію в цілому. Розуміння цих психологічних особливостей є критично важливим для надання адекватної психологічної підтримки та розробки ефективних інтервенцій [3], [8], [33].

Усвідомлення того, як саме травматичний досвід змінює психіку, дозволяє цілісно побачити структуру порушень, що виникають після екстремальних подій. Одним із перших рівнів, на якому проявляється вплив травми, стає емоційна сфера, оскільки саме емоційні реакції найшвидше відображають інтенсивність пережитого досвіду. Емоційна сфера осіб, які пережили травматичні події, характеризується широким спектром інтенсивних та часто суперечливих переживань. Страх, тривога, гнів, депресія, почуття провини – це звичайні реакції на травму детальніше розкрито в табл. 1.2. [2], [21], [16]. Однак їх інтенсивність та тривалість можуть значно варіювати залежно від індивідуальних особливостей та характеру травматичної події.

Таблиця 1.2.

Емоційні реакції осіб, які пережили травматичні події

Емоція	Характеристика	Типові прояви
Провина	Виникає після травми як реакція на власні дії або сам факт виживання; може бути реалістичною або ірраціональною («провина вижившого»)	Самозвинувачення; думки про відповідальність за подію; переживання за тих, хто не вижив; відчуття морального тягаря
Сором	Пов'язаний із приниженням, втратою гідності, відчуттям безпорадності під час травми	Переконавання у власній «нездатності» діяти; самозвинувачення без підстав; переживання приниження; уникання соціальних контактів
Гнів	Інтенсивна емоційна реакція, спрямована на винуватців, обставини, інших людей або на себе	Дратівливість; спалахи гніву; підвищена конфліктність; почуття несправедливості; труднощі у взаємодії з оточенням
Емоційне оніміння	Захисний механізм емоційного «відключення», що блокує як негативні, так і позитивні почуття	Відстороненість; зниження здатності відчувати емоції; «порожнеча», відчуття відірваності від життя; труднощі із переживанням радості

Узагальнення основних емоційних реакцій демонструє, що травма порушує цілісний емоційний баланс, формуючи як надмірні негативні переживання, так і емоційне приглушення. Провина, сором, гнів і емоційне оніміння по-різному впливають на здатність людини регулювати свій стан, однак усі вони можуть значно ускладнювати процес відновлення та значний вплив на когнітивні процеси, потребуючи цілеспрямованої психологічної підтримки та чутливого терапевтичного підходу [3], [10], [38].

Травматичний досвід має потужний вплив на те, як ми мислимо. Когнітивна сфера зазнає суттєвих змін, що проявляється в порушеннях сприйняття, уваги, мислення та пам'яті [2], [21], [29]. Узагальнення основних когнітивних змін свідчить, що травматичний досвід суттєво порушує цілісність пізнавальних процесів, формуючи як стійкі негативні переконання, так і специфічні викривлення мислення. Когнітивні порушення при ПТСР охоплюють не лише негативні очікування, катастрофізацію та нав'язливі спогади, але й дисоціативну амнезію, коли людина забуває важливі аспекти травматичної події [9], [26], [50]. Парадоксально, що при цьому окремі

фрагменти травматичних спогадів можуть бути надзвичайно яскравими, детальними, але водночас фрагментованими та нестабільними [21], [29], [41]. Когнітивні викривлення, включно з трансформацією й частковим заміщенням спогадів, а також появою флешбеків підкреслюють глибину впливу травми на роботу пам'яті та мислення, що вимагає чутливих і науково обґрунтованих підходів до психологічної підтримки [3], [8], [33].

Таблиця 1.3.

Когнітивні зміни у осіб, які пережили травматичні події

Когнітивний симптом	Характеристика	Типові прояви
Негативні переконання про себе та світ	Формуються внаслідок руйнування базових припущень; характеризуються стійкими негативними очікуваннями щодо себе, інших та світу	Переконання, що світ небезпечний; відчуття власної безпорадності; втрата довіри до людей; оцінка себе як слабкого або нездатного
Катастрофізація	Когнітивна тенденція до перебільшення загроз і негативних наслідків; спотворення оцінки ситуації	Інтерпретація будь-якої загрози як катастрофи; самозвинувачення або звинувачення інших; постійні песимістичні очікування
Нав'язливі (інтрузивні) спогади	Мимовільне, емоційно забарвлене відтворення травматичних образів	Флешбеки; неконтрольовані спогади; переживання події «ніби знову відбувається»; інтенсивні емоційні реакції
Порушення уваги та пам'яті	Когнітивні труднощі, пов'язані з гіпервозбудженням і перевантаженням нервової системи	Зниження концентрації; труднощі із запам'ятовуванням; порушення сну; зниження здатності фокусуватися та відтворювати інформацію

Поведінкові реакції людей, які зазнали травматичного досвіду, формуються як характерні моделі, що слугують засобами запобігання повторному травматичному впливу або механізмами опрацювання надмірно інтенсивних переживань, а типовими їх проявами є:

- **Уникання тригерів** є центральною поведінковою характеристикою посттравматичного стану. Намагання уникати думок або розмов про травматичну подію, уникання місць, видів діяльності або людей, які нагадують про травматичну подію призводить до прогресивного звуження

життєвого простору [18], [22], [27]. Люди з ПТСР часто намагаються викинути з голови спогади, не думати та не говорити про це докладно [21], [39], [40]. Уникнення думок, почуттів і діяльності, пов'язаних з подією, тенденція усіляким чином уникати стимулів, пов'язаних із дією травми стає домінуючою стратегією поведінки.

- **Ризикована поведінка** може виникати як спроба «відчути себе живим», подолати емоційне оніміння або як саморуйнівна тенденція. Безрозсудна чи саморуйнівна поведінка, надмірне вживання алкоголю або занадто швидке водіння можуть бути проявами такої поведінки [21], [39], [40].
- **Суїцидальні думки** є серйозним ризиком при посттравматичному стресовому розладі. ПТСР може підштовхнути до думок про суїцид [ПТСР, 2025]. Відчай, безнадійність, втрата сенсу життя можуть призводити до суїцидальної ідеї, що потребує негайної професійної допомоги [9], [33], [50]
- **Залежні тенденції** часто розвиваються як спроба «заглушити» болючі переживання. Невпевненість через страх, схильність до антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркотизація) є типовими проявами. ПТСР може змусити шукати полегшення в алкоголі та медикаментах. Залежність від психоактивних речовин часто коморбідна з ПТСР і ускладнює перебіг розладу, та впливає на фізичний стан [3], [8], [38].

Травматичний досвід «записується» не лише в психіці, а й у тілі. Соматичні прояви є невід'ємною частиною посттравматичного стану і можуть значно знижувати якість життя більш детально зазначено в табл. 1.4.

Таблиця 1.4.

Фізіологічні прояви у осіб, які пережили травматичні події

Прояв	Характеристика	Типові симптоми
Порушення сну	Один із найпоширеніших фізіологічних наслідків травми; пов'язаний із підвищеною збудженістю та порушенням регуляції циклу сну	Важкість засинання; часті пробудження; чутливість до шуму; безсоння; тривожні сни й кошмари, пов'язані або не пов'язані з травмою

Продовження табл. 1.4.

Соматичні болі	Фізичні відчуття без органічної причини, що відображають «тілесну пам'ять» травми	Головні болі; болі в шлунку; м'язова напруга; фізіологічні реакції на тригери, що нагадують травматичну подію
Хронічна напруга	Стан постійного м'язового та нервового перенапруження, характерний для тривалих посттравматичних реакцій	М'язова скутість; підвищений тонус; хронічна втома; дратівливість; депресивні стани; головні болі
Гіперзбудження	Постійний фізіологічний стан підвищеної готовності до загрози; порушення роботи системи самозбереження після травми	Надмірна пильність; посилена реакція переляку; легка лякливність; гнів; дратівливість; надмірна пильність

Фізіологічні прояви демонструють, що травматичний досвід впливає не лише на емоційний чи когнітивний стан людини, а й глибоко вкорінюється в тілесних реакціях, формуючи стійкі порушення сну, соматичні болі, хронічну напругу та гіперзбудження. Ці симптоми відображають тривале перебування організму у стані підвищеної тривоги та виснаження, що суттєво ускладнює процес адаптації та відновлення [9], [26], [39]. Фізіологічний компонент травми є невід'ємною складовою посттравматичного стану і при відсутності належної підтримки може призводити до глибинних змін в особистісній організації, що впливає на ідентичність, самосприйняття та ставлення до себе [18], [41], [50].

На цьому тлі психологічні наслідки постають як продовження фізіологічного виснаження, оскільки порушення у тілесній сфері неминуче позначаються на тому, як людина сприймає себе та взаємодіє зі світом. Тривалий стрес підриває стабільність Я-концепції, спричинюючи зниження самооцінки, формування почуття провини й сорому та появу переконань про власну нікчемність. Паралельно посилюється внутрішня фрагментація: виникає відчуття нецілісності, дистанціювання від власних емоцій і досвіду, що нерідко супроводжується дисоціативними проявами. Порушення довіри стає прямим наслідком цього розладу внутрішньої інтегрованості – людина віддаляється від близьких, уникає стосунків і занурюється у соціальну

ізоляцію. На додачу виникає відчуття безпорадності та втрата сенсу, які закріплюють екзистенційну нестабільність і роблять подальше відновлення значно складнішим [9], [26], [41].

Переживання травматичних подій істотно залежить від вікових особливостей, адже на різних етапах розвитку людина має різні психологічні ресурси, способи реагування та рівень стійкості, приклади наведені в табл. 1.5.

Таблиця 1.5.

Вікові особливості реакцій на травматичні події

Вікова група	Характеристика реагування	Типові прояви
Діти молодшого віку	Реакції проявляються через поведінку та ігрову діяльність; часто виникає регрес	Регресивна поведінка (смоктання пальця, енурез); повторювальні ігри на тему травми; постійне «програвання» подій
Підлітки	Емоції проявляються через ризиковану або саморуйнівну поведінку; близькі до дорослих симптоми ПТСР	Самоушкодження; алкоголізація та вживання наркотиків; імпульсивність; симптоми, подібні до дорослих
Дорослі	Повний спектр посттравматичних симптомів при частковому усвідомленні зв'язку з травмою	Флешбеки; уникання тригерів; соціальна ізоляція; усвідомлення необхідності допомоги
Люди старшого віку	Травма накладається на вікові зміни та соматичні хвороби, що ускладнює діагностику	Посилення хронічних симптомів; зниження стійкості через проблеми зі здоров'ям; менший ризик ПТСР за відсутності супутніх захворювань

Представлені дані показують, що реакції на травматичні події значно змінюються залежно від вікового етапу розвитку, визначаючи як форму проявів, так і потреби у психологічній підтримці [8], [15], [23].

Психологічні особливості людей, які пережили травматичні події, охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні зміни, що формують складний і багаторівневий посттравматичний стан [9], [26], [18]. Реакції на травму не є однорідними: вони залежать від віку, попереднього досвіду, індивідуальних ресурсів та контексту самої події, визначаючи різну глибину та тривалість посттравматичних проявів. Розуміння цих психологічних особливостей створює основу для розробки адекватних

стратегій психологічної підтримки та психотерапевтичних інтервенцій, що враховують багатовимірність впливу травми на особистість та необхідність комплексного підходу до відновлення [3], [7], [33].

1.3. Психологічна підтримка осіб, які пережили травматичні події

Надання психологічної підтримки особам, які пережили травматичні події, є складним та багатогранним процесом, що вимагає від фахівців не лише професійних знань та навичок, а й глибокого розуміння механізмів травматичного реагування, дотримання етичних принципів та системного підходу до організації допомоги. Ефективна психологічна підтримка має ґрунтуватися на доказових методах, враховувати індивідуальні особливості постраждалих та будуватися поетапно – від кризової інтервенції до інтеграції травматичного досвіду.

Сучасна психологічна допомога особам, які пережили травматичні події, базується на принципах травмаінформованого підходу, який визнає широкий спектр наслідків травми та спрямований на надання підтримки з урахуванням можливих наслідків травматичних подій [8], [26], [50].

Безпечність є фундаментальним принципом роботи з травмою. Принципи травматичної інформованої практики включають сприяння безпеці: створення безпечного фізичного та емоційного середовища, де задовольняються основні потреби, діють заходи безпеки, а відповіді постачальників є послідовними, передбачуваними та поважними [9], [18], [33]. Побудова відчуття безпеки в роботі з людьми, які пережили травматичні події, потребує опори на ключові принципи психологічної підтримки, детальніше розкрито в табл. 1.6.. Саме дотримання цих принципів створює умови для стабілізації, відновлення контролю та формування довірливого терапевтичного простору [3], [7], [38].

Табл. 1.6.

Основні принципи психологічної підтримки

Принцип	Суть принципу	Практичне значення
Стабілізація	Передує глибинній роботі з травматичними спогадами; спрямована на відновлення емоційної рівноваги	Навчання технік самозаспокоєння та заземлення; формування базового відчуття безпеки
Недирективність	Психолог не нав'язує клієнту власні рішення, а підтримує його природний процес зцілення	Клієнт визначає темп і зміст роботи; створення безпечного терапевтичного простору
Емпатія та співчуття	Визнання адаптивної природи реакцій клієнта та щире розуміння його стану	Формування довіри; підтримка безоцінного ставлення; створення терапевтичного контакту
Повага до автономії	Визнання права клієнта на власні рішення та контроль над процесом	Відновлення відчуття суб'єктності; зменшення наслідків втрати контролю, пов'язаної з травмою

Систематизація основних принципів психологічної підтримки показує, що створення безпечного терапевтичного простору є базовою умовою для подальшої роботи з травматичним досвідом. Дотримання принципів формує фундамент, на якому можна вибудовувати більш цілеспрямовані інтервенції та поступово переходити до глибших методів опрацювання травми [8], [26], [3].

Сучасна практика психологічної підтримки осіб після травми ґрунтується на доказових методах, ефективність яких підтверджена численними дослідженнями.

Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) та її різновиди вважаються терапією першої лінії при ПТСР у дорослих [Рекомендації лікування ПТСР, 2024], а провідні клінічні настанови рекомендують застосування ТФ-КПТ, тривалої експозиції та когнітивної терапії як методів із доведеною ефективністю [29], [34], [43]. Цей підхід охоплює психоосвіту щодо реакцій на травму, техніки регуляції збудження та подолання флешбеків, планування безпеки, структуровану роботу з травматичними спогадами, опрацювання емоцій та когнітивну

реструктуризацію значень, пов'язаних із травматичною подією, що допомагає зменшити уникання та поступово інтегрувати досвід [40], [31], [17].

Десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR), розроблена Франсін Шапіро наприкінці 1980-х років, є комплексним багатокomпонентним психотерапевтичним підходом, який поряд із ТФ-КПТ рекомендований як втручання першої лінії при лікуванні ПТСР. Метод включає низку послідовних етапів: збирання анамнезу та оцінювання, проведення десенсибілізації, формування й укріплення позитивних когніцій, перевірку залишкових реакцій на травматичний матеріал, завершення сеансу та подальшу повторну оцінку. Основною метою EMDR є зниження рівня дистресу та формування більш адаптивних переконань, пов'язаних із травматичним досвідом [35], [37], [53].

На цьому фундаменті вибудовується система практичних інструментів, що використовуються на різних етапах допомоги після травматичних подій, такі як:

- ***Кризове консультування*** застосовується у перші години та дні після травматичної події для стабілізації стану, зниження гострого дистресу та запобігання розвитку більш тяжких розладів [15], [20], [32].
- ***Стабілізаційні інтервенції*** включають техніки «безпечне місце», «заземлення», дихальні вправи, які допомагають людині відновити відчуття контролю та зменшити гостре збудження [26], [34], [37].
- ***Тілесно-орієнтовані практики*** враховують той факт, що травматичний досвід «записується» у тілі, і робота з тілесними відчуттями може бути ефективним способом опрацювання травми [18], [41], [50]
- ***Арттерапевтичні та ігрові методи*** особливо ефективні при роботі з дітьми, оскільки дозволяють опрацьовувати травматичний досвід у безпечній, невербальній формі. Розігрування травматичної події під час гри притаманно дітям дошкільного та молодшого шкільного віку [33], [8], [12].

Застосування наведених методів створює основу для подальшої, більш структурованої роботи з травматичним досвідом, оскільки саме вони формують необхідний рівень безпеки, емоційної врівноваженості та ресурсності. Це, у свою чергу, відкриває можливість переходу до поетапного процесу психологічної допомоги, узагальненого в табл. 1.7., структура якого відображає природну динаміку зцілення та адаптації після травматичної події [30], [41], [50].

Таблиця 1.7.

Етапи психологічної допомоги особам після травми

Етап	Суть етапу	Основні завдання
Кризова інтервенція (перші години/дні)	Забезпечення базової безпеки та стабілізація гострого стану	Психологічна перша допомога; захист від подальшої травматизації; нормалізація реакцій; задоволення базових потреб
Стабілізація	Відновлення емоційної рівноваги та базових функцій організму	Регуляція емоцій; зменшення гіперактивації; відновлення сну й харчування; навчання технік самозаспокоєння
Реконструкція	Опрацювання та інтеграція травматичних спогадів	Робота з травматичним досвідом; застосування ТФ-КПТ та EMDR; формування адаптивних інтерпретацій
Інтеграція	Повернення до соціального та рольового функціонування	Відновлення життєвих ролей; повернення до роботи чи навчання; переосмислення та формування нового сенсу життя

Відновлення після травми формується не лише в межах терапевтичного кабінету, а й у ширшому соціальному середовищі, де важливу роль відіграють родина, громада та системи психосоціальної підтримки. Родина забезпечує емоційну опору, допомогу у повсякденному житті та створює відчуття безпеки, тоді як громада сприяє прийняттю, зменшенню стигматизації та розвитку мереж взаємодопомоги, зокрема через групи підтримки чи групову терапію. Таким чином, відновлення вибудовується не лише через зменшення симптомів, а передусім через підсилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів,

активацію сильних сторін та розвиток підтримуючих факторів, які створюють умови для посттравматичного зростання [7], [30], [33].

Працювати з травмою означає дотримуватися високих стандартів професійної компетентності та етичної відповідальності, особливо коли йдеться про допомогу дітям, які пережили травматичні події. Важливим є неухильне дотримання меж компетентності: фахівець має чітко усвідомлювати, які втручання може здійснювати самостійно, а коли необхідно залучати інших спеціалістів або направляти клієнта до фахівців вищої кваліфікації. Одним із ключових принципів є уникнення ретравматизації, що потребує надзвичайної обережності у виборі методів, темпу терапевтичної роботи та чутливості до можливих тригерів [26], [9], [53].

Робота з травмою є емоційно напруженою та може спричиняти вторинну травматизацію або професійне вигорання фахівця. Тому регулярна супервізія, професійна підтримка від колег, а також використання технік самодопомоги є необхідними умовами збереження психологічної стійкості спеціаліста та підтримання високої якості допомоги [8], [23], [24]. Турбота про власне психічне здоров'я не лише підвищує ефективність роботи, а й забезпечує здатність фахівця залишатися стабільним ресурсом у взаємодії з постраждалими.

Висновки до першого розділу

У теоретичній частині дослідження здійснено огляд феномену психологічної травми, її механізмів, проявів та особливостей впливу на різні сфери функціонування особистості. Аналіз сучасних наукових підходів дав змогу розглядати травматичний досвід як багатовимірний психобіологічний процес, у якому поєднуються емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні порушення. Показано, що в умовах воєнного конфлікту травматичні події набувають масового характеру, а їх психологічні наслідки стосуються

широких груп населення, що визначає актуальність розробки ефективних методів підтримки.

Розкриття поняття психологічної травми в межах психоаналітичного, когнітивно-поведінкового, гуманістично-екзистенційного та нейробіологічного підходів дало змогу простежити еволюцію уявлень про природу травматичного реагування. Підкреслено, що травма порушує цілісність Я-концепції, спричиняє дисфункціональні переконання щодо себе та світу, змінює механізми емоційної регуляції та впливає на функціонування основних структур мозку, зокрема амігдали, гіпокампа та префронтальної кори. Ці механізми визначають стійкість посттравматичних симптомів і пояснюють типову коморбідність тривожних, депресивних і стресових розладів.

Окрему увагу приділено аналізу психологічних особливостей осіб, які пережили травматичні події. Показано, що травма спричиняє характерні зміни в емоційній сфері (тривога, страх, провина, емоційне оніміння), когнітивних процесах (катастрофізація, нав'язливі спогади, дисоціація), поведінкових реакціях (уникання, ризикована поведінка, залежні тенденції) та фізіологічному функціонуванні (гіпервозбудження, порушення сну, соматичні прояви). Виявлено, що такі зміни формують складний посттравматичний стан, який проявляється неоднорідно залежно від віку, рівня ресурсів і контексту переживання подій.

Проаналізовано провідні підходи до психологічної підтримки осіб після травми. Травма-інформований підхід, травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія та EMDR визначені як найбільш доказові та ефективні методи роботи з посттравматичними розладами. Встановлено, що ключовими елементами допомоги є забезпечення безпеки, стабілізація, формування навичок емоційної регуляції, робота з дисфункціональними переконаннями, впорядкування травматичної пам'яті, а також активізація соціальних ресурсів та підтримки. Наголошено на важливості супервізії й дотримання меж

компетентності фахівця, зокрема в роботі з дітьми та особами, що перебувають у стані високої вразливості.

Таким чином, проведений теоретичний аналіз дозволив сформулювати цілісне уявлення про психологічну травму як складний феномен, що охоплює різні рівні функціонування особистості та потребує комплексних і науково обґрунтованих підходів до підтримки. Узагальнення теоретичних положень стало підґрунтям для вибору методів емпіричного дослідження та обґрунтування розробки програми розвитку конструктивних копінг-стратегій у посттравматичному контексті, що безпосередньо пов'язує отримані теоретичні висновки з подальшими розділами роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

2.1. Опис проведення експериментального дослідження

Емпіричний етап дослідження був спрямований на реалізацію загальної мети роботи, що полягає у вивченні психологічних особливостей переживання людиною травматичних подій та форм і засобів психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події. Проведення експериментального дослідження зумовлене необхідністю отримання об'єктивних даних про психологічний стан осіб, які пережили травматичні події в умовах воєнного конфлікту, що є критично важливим для розробки науково обґрунтованої програми психологічної підтримки.

Метою емпіричного етапу стало виявлення специфічних психологічних особливостей осіб, які пережили травматичні події, зокрема визначення рівнів тривожності, нервово-психічної напруги, схильності до немотивованої тривожності та депресивних проявів як ключових маркерів посттравматичного стану. Такий підхід дозволяє не лише діагностувати наявність психологічних порушень, а й встановити їхню вираженість, взаємозв'язки між різними компонентами психологічного стану та визначити пріоритетні напрями психологічної допомоги.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання емпіричного етапу:

1. Дослідити рівень ситуативної та особистісної тривожності у осіб, які пережили травматичні події, з метою виявлення як гострих реакцій на стресові ситуації, так і стійких особистісних характеристик тривожного реагування.

2. Визначити ступінь вираженості нервово-психічної напруги як показника хронічного стресового навантаження та виснаження адаптаційних ресурсів організму.

3. Дослідити схильність до немотивованої тривожності як індикатор порушення емоційної саморегуляції та дезадаптивних реакцій на стресові фактори.

4. Виявити наявність та глибину депресивних проявів у осіб, які пережили травматичні події, що є важливим для оцінки тяжкості посттравматичного стану.

5. Порівняти отримані результати з нормативними показниками для визначення специфіки та вираженості посттравматичних реакцій у досліджуваній вибірці.

6. Обґрунтувати необхідність розробки та впровадження спеціалізованої програми психологічної підтримки на основі виявлених психологічних особливостей.

Очікується, що виявлені психологічні особливості будуть суттєво відрізнятися від нормативних показників та матимуть системний характер, що підтвердить необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки.

Формування вибірки для емпіричного дослідження здійснювалося з урахуванням специфіки досліджуваної проблеми та етичних принципів роботи з травмованими особами. Експериментальною базою дослідження виступили бенефіціари Миколаївської обласної організації Червоного Хреста України – неурядової організації, що надає різнопланову (в тому числі і психосоціальну) підтримку особам, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту.

Загальна вибірка дослідження склала 30 осіб віком від 28 до 76 років. За гендерним складом вибірка представлена 27 жінками (90%) та 3 чоловіками (10%), що відображає реальну статистику звернень за психологічною допомогою в умовах воєнного конфлікту, де жінки частіше шукають професійну психологічну підтримку. Така гендерна диспропорція характерна для більшості досліджень у сфері психологічної травматизації цивільного населення під час воєнних дій.

Критерії включення до вибірки:

1. Вік від 18 років – дієздатні особи, які можуть усвідомлено надавати інформовану згоду на участь у дослідженні.
2. Досвід переживання травматичної події, пов'язаної з воєнним конфліктом (обстріли, евакуація, втрата близьких, руйнування житла, загроза життю тощо), не менше одного місяця тому – для забезпечення можливості виявлення стійких посттравматичних реакцій.
3. Відсутність гострих психотичних станів або важких форм психічних розладів, що потребують психіатричного втручання.
4. Добровільна згода на участь у дослідженні після отримання повної інформації про його мету, процедуру та конфіденційність.

Специфіка дослідження в умовах воєнного конфлікту накладає певні обмеження на процедуру формування вибірки та проведення діагностики. Усі респонденти функціонують у ситуації хронічного стресу, викликаного постійною загрозою небезпеки та нестабільністю середовища, що формує підвищений фон емоційної напруги й може змінювати типові прояви психічних реакцій. Значна частина учасників має досвід повторюваних або тривалих травматичних подій, характерних для комплексної травматизації, що зумовлює більш інтенсивні та стійкі посттравматичні прояви, порівняно з одноразовою подією.

Обмежена доступність психологічної допомоги у воєнний період призводить до того, що багато людей звертаються за фаховою підтримкою із суттєвою часовою затримкою, коли симптоматика вже закріпилася та ускладнила процес відновлення. Додатковим чинником виступають соціально-економічні втрати – втрата житла, зміна місця проживання, втрата роботи чи матеріальна нестабільність, що підсилюють психологічний дистрес і впливають на загальну адаптаційну динаміку.

Усі зазначені обставини були включені в аналітичні рамки інтерпретації результатів, оскільки вони формують унікальний контекст переживання травми та визначають специфіку психоемоційних реакцій вибірки.

Дослідження психологічного стану осіб, які пережили травматичні події, потребує особливо ретельного дотримання етичних норм, оскільки навіть незначні порушення можуть призвести до повторного актуалізування травматичного досвіду та посилення психоемоційної вразливості учасників. Робота з цією групою вимагає високого рівня професійної підготовки, емоційної чутливості та здатності забезпечити психологічно безпечні умови перебігу всіх процедур.

Ключовим етичним принципом виступала добровільність участі. Кожен потенційний учасник отримував зрозумілу та повну інформацію про мету, зміст і тривалість дослідження, а також про можливі ризики, пов'язані з виконанням діагностичних завдань. Наголошувалося на праві відмови від участі або припинення участі без пояснень та будь-яких негативних наслідків. Усна й письмова інформована згода надавалася лише після того, як респонденти могли поставити всі важливі для них запитання та отримати вичерпні роз'яснення.

Запобігання ретравматизації становило пріоритет у процесі організації та проведення діагностики. З огляду на те, що звернення до травматичних переживань чи навіть опрацювання стандартизованих опитувальників може спричинити емоційне перевантаження, була впроваджена спеціальна система супроводу та підтримки. Перед початком роботи респонденти отримували інформацію про можливе тимчасове посилення негативних переживань, а також про доступність психологічної допомоги у разі виникнення складних емоційних реакцій. Це забезпечувало етичну обґрунтованість процедури та створювало умови для безпечної участі кожного респондента в дослідженні.

Організація емпіричного етапу вимагала системного забезпечення психологічної безпеки респондентів, тому протягом усього процесу дослідник

уважно відстежував емоційний стан учасників. У випадках появи ознак виснаження чи надмірної емоційної напруги діагностика призупинялася, надавалися паузи або повністю припинялася процедура. За появи гострого емоційного дистресу застосовувалися елементи кризового втручання: техніки стабілізації, дихальні вправи, вправи на заземлення, візуалізація «безпечного місця». Після завершення кожної діагностичної сесії проводилася коротка стабілізаційна бесіда, що дозволяла зменшити інтенсивність емоційних реакцій та забезпечити повернення до контрольованого стану.

Забезпечення психологічної безпеки передбачало також створення відповідного простору для проведення діагностики. Робота здійснювалася у тихих, комфортних приміщеннях, які гарантували приватність і мінімізували зовнішні подразники. Атмосфера прийняття, доброзичливості та безоцінності була ключовою умовою, оскільки сприяла зниженню напруження й формуванню відчуття захищеності. У взаємодії з респондентами дослідник дотримувався принципів емпатійного, уважного та поважного ставлення, що відповідає вимогам травмо-інформованої практики.

Для забезпечення компетентної й етичної роботи з особами, які мають досвід травматизації, дослідник попередньо пройшов спеціалізоване навчання з основ травмо-інформованого підходу. Крім того, учасникам було надано інформацію про можливість отримання додаткової психологічної допомоги у фахівців Червоного Хреста після завершення дослідження, що дозволяло підтримати безперервність психологічної опіки.

Дотримання конфіденційності здійснювалося відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» та професійних етичних стандартів психологічної діяльності. Кожному учаснику було присвоєно індивідуальний код, який використовувався для ідентифікації даних, що виключало можливість встановлення особи без доступу до спеціального ключа. Учасникам гарантувалося, що результати не будуть передаватися третім

особам та використовуватимуться виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Для комплексного вивчення психологічного стану осіб, які пережили травматичні події, було використано батарею взаємодоповнюючих психодіагностичних методик, добір яких здійснювався з урахуванням їх валідності, надійності та відповідності завданням дослідження. Застосовані інструменти дозволяють оцінити різні компоненти посттравматичного реагування – емоційні, когнітивні та фізіологічні – і таким чином сформувати цілісне уявлення про психоемоційний стан респондентів. Усі методики адаптовані та стандартизовані на українській вибірці, що забезпечує коректність інтерпретації даних у контексті сучасних соціально-психологічних умов.

Одним із ключових інструментів виступила ***Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності*** Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, яка належить до найбільш поширених і науково обґрунтованих методик у сфері діагностики тривожності. Вона була розроблена Чарльзом Спілбергером у 1970-х роках і пізніше адаптована Юрієм Ханіним, а згодом, апробована для використання в українському контексті.

Теоретичною основою методики є концепція диференціації тривожності як стану та як стійкої індивідуальної риси. ***Ситуативна тривожність*** розглядається як короткочасний емоційний стан, що супроводжується переживаннями напруження, тривоги, підвищеної вегетативної активації й виникає у відповідь на конкретну загрозову ситуацію. ***Особистісна тривожність*** відображає стабільну схильність сприймати широкий спектр життєвих подій як потенційно небезпечні та реагувати на них підвищеною тривожністю.

Методика містить дві субшкали по 20 тверджень у кожній. Субшкала ситуативної тривожності передбачає оцінку актуального стану («Зараз я

схвильований», «Мене турбують можливі невдачі»), а субшкала особистісної тривожності – оцінку загальної схильності до тривожних переживань («Я переживаю з приводу можливих труднощів», «Мене засмучують обставини, які заважають мені»). Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою. Опис шкал та інтерпретацію результатів представлена у табл. 2.1.

Табл. 2.1.

**Структура та інтерпретація показників тривожності за шкалами
Спілбергера–Ханіна**

Шкала	Діапазон балів	Рівень тривожності	Психологічна інтерпретація
Ситуативна тривожність	20–30	Низька	Витіснення емоцій або низька сенситивність до стресу
	31–44	Помірна	Адаптивна мобілізуюча реакція
	45 і більше	Висока	Гостре стресове реагування, емоційна перенапруга
Особистісна тривожність	20–30	Низька	Мінімізація загроз або знижене емоційне усвідомлення
	31–44	Помірна	Нормативний адаптивний рівень
	45 і більше	Висока	Стійкий тривожний патерн, підвищена вразливість до стресу

Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів з урахуванням прямих та зворотних тверджень. Діапазон кожної шкали становить від 20 до 80 балів. Низькі значення можуть відображати тенденцію до уникнення усвідомлення емоцій, помірні – бути природною частиною адаптації, а високі – свідчити про ризик формування невротичних і посттравматичних реакцій.

У роботі з особами, які пережили травматичні події, ця методика дає змогу виявити як гострі прояви ситуативної тривожності, так і стійкі тривожні патерни, що формуються внаслідок тривалого або повторюваного впливу травматичних подій. Саме диференціація цих двох компонентів є ключовою для подальшої побудови програми психологічної підтримки.

Методика «Визначення нервово-психічної напруги» (Т. А. Немчин)

застосовується для діагностики рівня нервово-психічної напруги як специфічного психоемоційного стану, що формується під впливом тривалого або інтенсивного стресу. Вона була розроблена у 1980-х роках на основі вивчення діяльності в екстремальних умовах та згодом адаптована до широкого спектра стресогенних життєвих ситуацій.

Теоретичною основою методики є уявлення про нервово-психічну напругу як неспецифічну реакцію організму на довготривале стресове навантаження, що супроводжується активацією нейроендокринних механізмів, підвищенням рівня кортизолу та адреналіну, появою соматичних і психологічних симптомів виснаження та зниження адаптаційних можливостей. На відміну від гострого стресу, який мобілізує ресурси організму, нервово-психічна напруга відображає процес поступового виснаження, зумовленого хронічністю стресу.

Цей стан є типовим для осіб, які пережили травматичні події, оскільки їхній досвід часто включає пролонговані стресові фактори: очікування повторної загрози, невизначеність, постійну небезпеку, втрату соціальних ресурсів. У результаті формується хронічна активація фізіологічних систем, що призводить до погіршення уваги, емоційної регуляції та поведінкової стабільності.

Методика містить 30 тверджень, що описують соматичні, емоційні й поведінкові прояви напруги. Респондент оцінює частоту переживання кожного симптому за 5-бальною шкалою: 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – іноді, 4 – часто, 5 – дуже часто або майже завжди.

Підрахунок здійснюється шляхом сумування балів, що дозволяє визначити інтегральний рівень напруги. Діапазон балів – від 30 до 150. Вищі значення відображають погіршення адаптації, виснаження ресурсів та

зростання ризику психосоматичних і психоемоційних розладів. У табл. 2.2. наведено інтерпретаційні критерії.

Табл. 2.2.

**Інтерпретація рівнів нервово-психічної напруги
за методикою Т. А. Немчин**

Показник	Діапазон балів	Рівень напруги	Психологічна інтерпретація
30–50	Низький	Відсутність або низька напруга	Стабільний ресурсний стан, достатні адаптаційні можливості
51–80	Помірний	Початкові ознаки виснаження	Потреба в психологічній підтримці, зниження стресостійкості
81–110	Високий	Виражена нервово-психічна напруга	Деадаптація, погіршення когнітивного та емоційного функціонування
111–150	Дуже високий	Критичний рівень напруги	Ризик соматичних і психічних розладів, потреба в комплексному втручанні

Методика «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В. В. Бойко) призначена для швидкої оцінки схильності особи до переживання тривоги, яка не має очевидних зовнішніх причин і розглядається як індикатор порушень емоційної саморегуляції. На відміну від інструментів, орієнтованих на вимірювання ситуативної чи особистісної тривожності, ця методика спрямована саме на виявлення безпредметної, дифузної тривоги, що характеризується відчуттям невизначеного занепокоєння, внутрішньої напруженості та передчуття небезпеки без чіткого усвідомлення її джерела.

Теоретично методика спирається на уявлення про немотивовану тривожність як «вільно плаваючу» форму тривоги, яка не прив'язана до конкретних тригерів. Такий тип тривожності вважається одним із найбільш дезадаптивних, оскільки людина не може ідентифікувати причину свого стану та не має можливості застосувати цілеспрямовані копінг-стратегії для його зниження. У контексті посттравматичних станів схильність до немотивованої тривожності набуває особливого значення: пережита травма може

трансформувати конкретний страх у фоновий стан небезпеки, що свідчить про поглиблені порушення емоційної регуляції та відчуття безпеки.

Методика включає 20 тверджень, що відображають характерні прояви безпредметної тривоги, зокрема: «Часто відчуваю тривогу без видимих причин», «Мене турбує передчуття неприємностей», «Відчуваю напруженість, навіть коли все гаразд», «Важко розслабитися». Респондент обирає один із трьох варіантів відповіді: «так» – 2 бали, «іноді» – 1 бал, «ні» – 0 балів.

Сумарний бал може варіювати від 0 до 40. Високі значення свідчать про генералізовану тривожність, що може потребувати психологічної або психотерапевтичної допомоги. У табл. 2.3. наведено інтерпретаційні критерії.

Табл. 2.3.

**Інтерпретація рівнів схильності до немотивованої тривожності
за методикою В. В. Бойка**

Показник	Діапазон балів	Рівень схильності	Психологічна інтерпретація
0–10	Низький	Низька схильність	Емоційна стабільність, ефективна саморегуляція, відсутність генералізованої тривоги
11–20	Помірний	Помірна схильність	Ситуативні прояви тривоги, що не порушують адаптацію
21–30	Високий	Висока схильність	Виражена генералізована тривожність, потреба у психологічній корекції
31–40	Дуже високий	Дуже висока схильність	Патологічний рівень тривоги, ризик тривожних розладів, потреба у психотерапевтичному втручанні

Методика «Шкала депресії» (П. М. Балашова) використовується для оцінки вираженості депресивних симптомів та виявлення як клінічних, так і субклінічних форм депресії. Методика була розроблена Петром Миколайовичем Балашовим у 1980-х роках для практичного застосування у психіатрії та медичній психології, що зумовило її спрямованість на комплексне охоплення емоційних, когнітивних, соматичних та поведінкових компонентів депресивного стану.

Теоретично шкала базується на клінічному розумінні депресії як багатовимірного розладу, що включає:

- афективні прояви (знижений настрій, почуття туги, ангедонія);
- когнітивні порушення (негативні думки, відчуття власної нікчемності, песимістичні очікування);
- мотиваційні зміни (зниження енергії, байдужість, апатія);
- соматичні симптоми (порушення сну, апетиту, втомлюваність);
- поведінкові ознаки (уникнення, соціальна ізоляція, зниження активності).

У посттравматичному контексті депресія є одним із найпоширеніших коморбідних розладів при ПТСР, і за різними даними її рівень сягає 50–70% серед осіб із травматичним досвідом. Травма порушує базові припущення про світ, формує втрату сенсу, безнадійність і безпорадність – ключові когнітивні передумови депресії.

Методика містить 30 тверджень, що відображають різні аспекти депресії. Респондент оцінює частоту проявів за 4-бальною шкалою: 0 – відсутній або дуже рідко, 1 – іноді, 2 – часто, 3 – постійно або майже постійно. Максимальний бал – 90. Вищі значення вказують на глибший рівень депресивних проявів і потребу в інтенсивнішій психологічній чи психіатричній допомозі. В табл. 2.4. наведено рівні інтерпретації.

Табл. 2.4.

Інтерпретація рівнів депресії за методикою П. М. Балашової

Показник	Діапазон балів	Рівень депресії	Психологічна інтерпретація
0–15	Відсутній / мінімальний	Мінімальна депресія	Нормальний емоційний стан, відсутність виражених депресивних симптомів
16–30	Легкий	Субклінічна депресія	Зниження якості життя, часткове порушення настрою, потреба у психологічній підтримці
31–50	Помірний	Помірна депресія	Клінічно значущі симптоми, необхідність психотерапії

51–70	Важкий	Важка депресія	Суттєве порушення функціонування, потреба в медикаментозному лікуванні
71–90	Дуже важкий	Дуже важка депресія	Високий ризик суїцидальних думок, необхідність інтенсивного лікування або госпіталізації

Застосований комплекс психодіагностичних методик забезпечив багатогранну оцінку психологічного стану осіб, які пережили травматичні події, охоплюючи ключові компоненти посттравматичного реагування: гостру та хронічну тривожність, нервово-психічну напругу як показник виснаження адаптаційних ресурсів, схильність до дезадаптивних форм тривожності та депресивні прояви різного ступеня вираженості. Узгоджене використання цих інструментів створює діагностично надійну основу для подальшої розробки програми психологічної підтримки та вибору найбільш ефективних напрямів психокорекційної роботи.

Процедура збору даних проводилася протягом жовтня – листопада 2024 року на базі Миколаївської обласної організації Товариства Червоного Хреста України. Організація забезпечила можливість використання окремого приміщення та здійснила інформування потенційних учасників щодо участі в оцінюванні психологічного стану осіб із травматичним досвідом.

Збір даних складався з кількох послідовних етапів. Діагностика мала індивідуальний характер, що зумовлювалося специфікою роботи з травмованими людьми. Персональний формат створював умови для встановлення довіри, забезпечував контроль за емоційним станом учасника, дозволяв упроваджувати паузи у разі підвищеної напруги та уникати ризику ретравматизації, властивого груповим формам роботи.

Емпірична робота здійснювалася у спеціально підготовленому кабінеті Червоного Хреста – тихому, ізольованому просторі зі зручними меблями, що відповідав вимогам психологічної безпеки. Приміщення було організоване так, щоб мінімізувати вплив сторонніх подразників: оптимальне освітлення, комфортна температура, відсутність зовнішнього шуму. Така організація

сприяла формуванню спокійної атмосфери та підвищувала якість діагностичної взаємодії.

Тривалість однієї діагностичної сесії становила від 60 до 90 хвилин залежно від індивідуального темпу та емоційного стану учасника. Сесія включала три послідовні частини: вступну бесіду тривалістю 10–15 хвилин для встановлення контакту та пояснення загальних принципів роботи; основний етап (40–60 хвилин), що передбачав заповнення психодіагностичних методик; завершальну бесіду тривалістю 10–15 хвилин, спрямовану на емоційну стабілізацію, обговорення переживань та підведення підсумків.

Регламентовані паузи були інтегровані у процедуру діагностики з метою запобігання перевтомі та емоційному перенапруженню учасників. Після заповнення кожної методики, що загалом тривало 15–20 хвилин, пропонувалася коротка перерва тривалістю 3–5 хвилин. Під час цих пауз респонденти мали можливість відпочити, випити води або виконати кілька нескладних вправ на релаксацію. Емоційний стан учасників уважно відстежувався дослідником, і за наявності ознак втоми чи підвищеної напруженості тривалість паузи могла бути збільшена.

Перед початком заповнення опитувальників учасники отримували детальний інструктаж. Дослідник пояснював значення кожної методики. Наголошувалося, що правильних чи неправильних відповідей не існує, важливо відповідати згідно власних відчуттів та внутрішніх переживань. Респонденти мали можливість ставити уточнювальні запитання на будь-якому етапі роботи.

У ситуаціях, коли в процесі діагностики в учасника проявлялося різке емоційне напруження, дискомфорт або активізація травматичних спогадів, діагностична процедура негайно зупинялася. Дослідник застосовував техніки емоційної стабілізації, зокрема вправи на заземлення (усвідомлення тілесних відчуттів, фокусування на зовнішніх об'єктах), контрольоване дихання у форматі циклу 4–7–8 та техніку візуалізації «безпечного місця». Такі

втручання дозволяли швидко знизити інтенсивність реакції та повернути людину до контрольованого емоційного стану.

Після завершення діагностичної процедури кожному учаснику надавався час для завершальної бесіди. У ході цієї розмови дослідник допомагав відновити емоційну рівновагу, відповідав на запитання, за потреби надавав рекомендації щодо подальших кроків. Учасники отримували інформацію про можливість звернення до психологів Червоного Хреста в разі необхідності додаткової підтримки. За запитом надавалася також інформація про інші доступні ресурси психологічної допомоги у місті Миколаєві.

Методи статистичної обробки даних базувалися на використанні комплексу математико-статистичних процедур, що відповідають характеру досліджуваних змінних та меті аналізу. Статистичний аналіз проводився у програмному середовищі SPSS. Для перевірки достовірності емпіричних даних та вибору коректних статистичних процедур застосовувався критерій Пірсона (χ^2), який дозволяє оцінити відповідність отриманих показників нормальному розподілу. Якщо значення χ^2 не перевищувало критичне при $p < 0,05$, визнавалася достатня відповідність нормальному закону, що давало підстави для застосування параметричних методів аналізу.

Для порівняння показників до і після впровадження програми психологічної підтримки використовувався U-критерій Манна–Уїтні. Цей непараметричний критерій є оптимальним у випадках, коли дані не відповідають нормальному розподілу або вибірка є відносно невеликою. Його застосування дозволяло визначити, чи є зміни статистично значущими та чи пов'язані вони з впливом програми.

Отже, представлений опис експериментального дослідження засвідчує системний і методологічно обґрунтований підхід до вивчення психологічного стану осіб, які пережили травматичні події. Чітка постановка мети, завдань і гіпотези забезпечує структурованість емпіричного етапу та можливість перевірки теоретичних положень. Формування вибірки з урахуванням

критеріїв включення та виключення дозволило отримати репрезентативну групу, що відображає особливості популяції осіб, постраждалих унаслідок воєнного конфлікту.

Дотримання етичних принципів та вимог психологічної безпеки створило умови для коректної взаємодії з учасниками, що є ключовим у роботі з травмованими людьми. Використаний психодіагностичний інструментарій, валідний і надійний для оцінки різних компонентів посттравматичного реагування, забезпечив комплексність отриманих даних. Детально описана процедура збору інформації враховує специфіку воєнних умов та дозволяє адекватно оцінити організаційні параметри діагностики.

Застосування статистичних методів, відповідних до типу даних і завдань аналізу, гарантує коректність обробки та інтерпретації результатів. Сукупність цих методологічних рішень створює підґрунтя для подальшого аналізу емпіричних показників, що буде представлено у наступному підрозділі.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічного стану осіб, які пережили травматичні події, проводилося з використанням батареї психодіагностичних методик, що дозволили всебічно оцінити різні аспекти посттравматичного реагування. Результати діагностики 30 респондентів були піддані кількісному та якісному аналізу, що дало можливість виявити специфічні психологічні особливості досліджуваної вибірки, визначити вираженість посттравматичних проявів та встановити взаємозв'язки між різними компонентами психологічного стану. Далі представлено детальний аналіз отриманих результатів за кожною методикою з подальшою інтеграцією даних для формування цілісної картини психологічного стану травмованих осіб.

Аналіз депресивних проявів у вибірці осіб, які пережили травматичні події, засвідчив помірну варіативність рівнів депресії (див. рис. 2.1). Результати, отримані за шкалою депресії П. М. Балашової, вказують на відсутність випадків важкої депресії, що можна розглядати як сприятливу прогностичну ознаку з огляду на збереження основних адаптаційних ресурсів у респондентів. У той самий час повної відсутності депресивної симптоматики не зафіксовано, що узгоджується з уявленнями про типову реакцію на травматичний досвід.

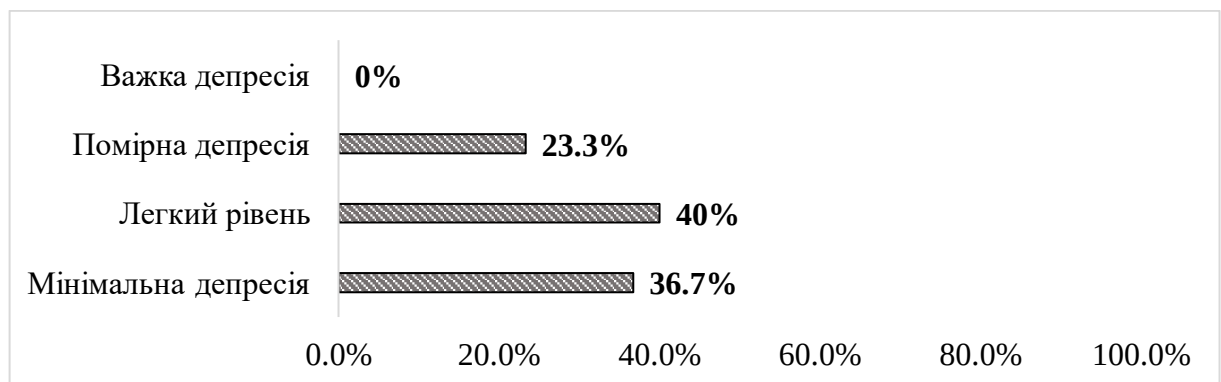


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнями депресії

Розподіл учасників за рівнями депресії має такий вигляд: мінімальна депресія встановлена у 11 осіб (36.7%), легкий рівень – у 12 респондентів (40.0%), помірний рівень – у 7 учасників (23.3%). Найчисельнішою є група з легкими депресивними проявами, що характеризуються субклінічним зниженням настрою, помірною ангедонією, епізодичними порушеннями сну й апетиту та загальним зниженням емоційного тону.

Група респондентів із мінімальними депресивними проявами (36.7%) вирізняється відносно стабільним емоційним станом, що може бути пов'язано з ефективним використанням копінг-стратегій, наявністю соціальної підтримки або дією психологічних захисних механізмів. Попри низьку вираженість депресивної симптоматики, у цієї групи можуть простежуватися інші форми посттравматичного реагування, зокрема підвищена тривожність чи соматизація.

Помірний рівень депресії, виявлений у 23.3% учасників, свідчить про клінічно значущу симптоматику, що потребує цілеспрямованої психотерапевтичної підтримки. Для цієї групи характерними є тривале зниження настрою, ангедонія, відчуття безнадійності, порушення сну, а також когнітивні труднощі, зокрема негативні автоматичні думки та ослаблення концентрації уваги. У контексті пережитої травми такі прояви можуть відображати глибше порушення цілісності життєвих смислів та емоційної регуляції.

Результати оцінювання ситуативної та особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна демонструють відмінності у характері тривожного реагування, що має важливе значення для розуміння специфіки посттравматичного стану респондентів і вибору ефективних напрямів психологічної підтримки.

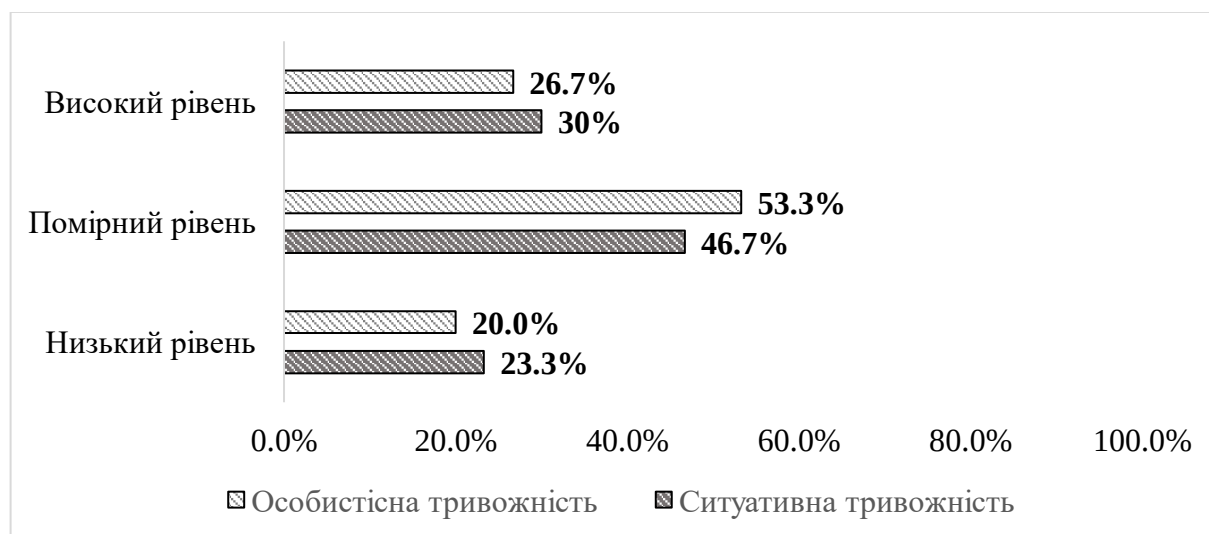


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за рівнями тривожності

Показники ситуативної тривожності, які відображають актуальний емоційний стан та інтенсивність реагування на стрес у момент обстеження (див. рис. 2.2), розподілилися наступним чином: низький рівень зафіксовано у 7 осіб (23.3%), помірний – у 14 респондентів (46.7%), високий – у 9 учасників (30.0%).

Найчисельнішою групою є респонденти з помірним рівнем ситуативної тривожності (46.7%). Такий рівень у контексті воєнної реальності може мати адаптивний характер, оскільки сприяє зосередженості, контролю ситуації та мобілізації ресурсів. Проте його тривале збереження створює ризик поступового переходу у хронічну тривожність, що супроводжується виснаженням психоемоційних механізмів регуляції.

Високий рівень ситуативної тривожності, властивий 30.0% учасників, свідчить про значне емоційне перенапруження, яке може проявлятися у вигляді підвищеної пильності, очікування загрози, труднощів концентрації та внутрішньої скутості. Подібні прояви є характерними для гіперактивації системи стресу та часто спостерігаються при посттравматичних станах, зокрема у контексті симптомів гіперпильності, притаманних ПТСР.

Низький рівень ситуативної тривожності відзначено у 23.3% респондентів. Такий показник може відображати ефективну емоційну регуляцію або наявність адаптивних стратегій подолання стресу. Разом з тим, з огляду на об'єктивно небезпечні умови воєнного середовища, низька тривожність у частини респондентів може бути пов'язана з дією психологічних захисних механізмів, зокрема емоційного притуплення або витіснення.

Особистісна тривожність як відносно стабільна індивідуальна характеристика продемонструвала дещо іншу картину у порівнянні з ситуативною тривожністю (див. рис. 2.2). Розподіл показників має такий вигляд: низький рівень зафіксовано у 6 респондентів (20.0%), помірний – у 16 осіб (53.3%), високий – у 8 учасників (26.7%).

Домінування помірного рівня особистісної тривожності (53.3%) свідчить про схильність значної частини вибірки інтерпретувати широкий спектр життєвих обставин як потенційно небезпечні. Такий тип реагування може бути як особистісно зумовленою характеристикою, яка існувала до травматичної події, так і наслідком хронічного стресового впливу. У другому

випадку тривалий контакт із травмуючими факторами може сприяти формуванню стійкого тривожного стилю реагування, змінюючи загальну систему оцінки загроз.

Високий рівень особистісної тривожності, притаманний 26.7% вибірки, свідчить про глибшу трансформацію особистісної структури під впливом травматичного досвіду. Для цієї групи характерною є постійна напруга, схильність до очікування небезпеки, підвищена сенситивність до негативних стимулів. Висока особистісна тривожність традиційно розглядається як фактор психологічного ризику, що підвищує ймовірність розвитку тривожних та депресивних розладів, а також соматичних проявів хронічного стресу.

Низькі показники особистісної тривожності, що спостерігаються у 20.0% респондентів, можуть свідчити як про наявність стійких адаптаційних механізмів, ефективних копінг-стратегій чи соціальної підтримки, так і про використання психологічних захисних механізмів, зокрема емоційного притуплення. Порівняння структури ситуативної та особистісної тривожності виявляє їхню подібність, що може вказувати на тенденцію трансформації гострих тривожних переживань у стійкі особистісні характеристики

Діагностика нервово-психічної напруги виявила тривожну картину, дані представлено на рис. 2.4.

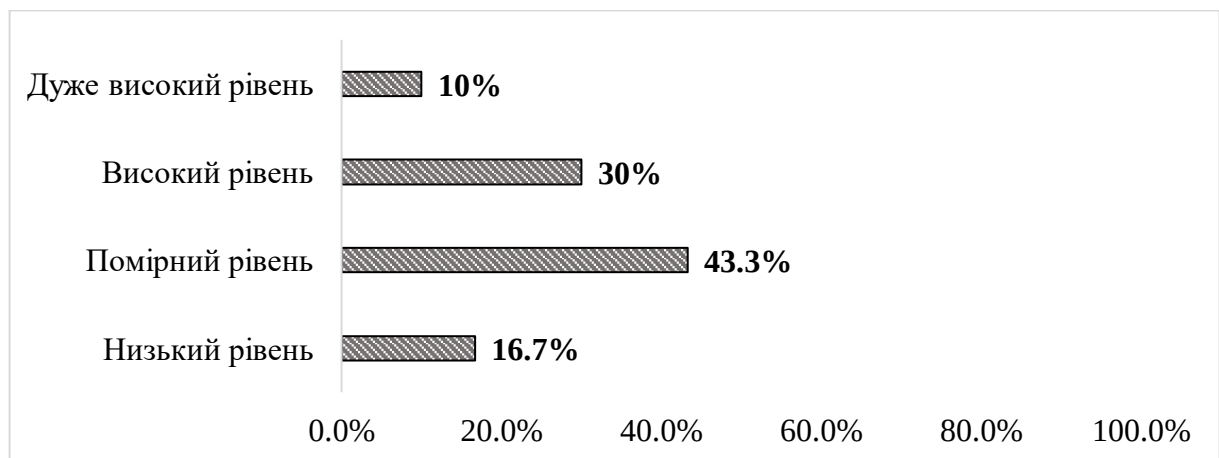


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за рівнями нервово-психічної напруги

Розподіл респондентів за рівнями нервово-психічної напруги засвідчує значну нерівномірність показників (див. рис. 2.4). Низький рівень напруги зафіксовано у 5 осіб (16.7%), помірний – у 13 респондентів (43.3%), високий – у 9 осіб (30.0%), тоді як дуже високий рівень продемонстрували 3 учасники (10.0%).

Невелика частка респондентів із низьким рівнем напруги (16.7%) та майже 40% вибірки, що перебувають у зонах високої та дуже високої напруги, вказують на суттєве виснаження адаптаційних ресурсів. Такий стан є характерним для тривалого впливу хронічного стресу та створює ризики подальшої психоемоційної дестабілізації.

Група з помірним рівнем напруги (43.3%) демонструє початкові прояви виснаження: епізодичні головні болі, знижену концентрацію уваги, нестійкість сну та відчуття внутрішньої напруженості. Ці симптоми свідчать про функціонування організму поблизу межі адаптаційних можливостей і потребують профілактичних втручань, щоб запобігти переходу до декомпенсації.

Високий рівень нервово-психічної напруги, притаманний 30% респондентів, відображає виражене зниження стійкості та наявність стійких соматичних, когнітивних і емоційних порушень. Для таких станів характерні труднощі концентрації, порушення пам'яті, підвищена емоційна реактивність, серцебиття, порушення роботи шлунково-кишкового тракту. Подібний рівень напруги потребує цілеспрямованих психокорекційних заходів.

Дуже високі показники нервово-психічної напруги (10.0%) свідчать про критичний рівень виснаження та виражену дезадаптацію. Такий стан є потенційним предиктором розвитку психосоматичних та афективних розладів і потребує комплексної психологічної допомоги.

Загальна структура напруги у вибірці узгоджується зі специфікою контексту: усі учасники мають досвід переживання травматичних подій унаслідок воєнного конфлікту та продовжують перебувати в умовах

підвищеної невизначеності й соціально-економічного тиску. Це формує підґрунтя для хронічного стресу та поступового виснаження психофізіологічних ресурсів, що закономірно відображається у зростанні рівнів нервово-психічної напруги.

Діагностика немотивованої тривожності як показника наявних складнощів у регуляції емоцій та схильності до тривожних реакцій продемонструвала розподіл, що свідчить про наявність підвищеної тривожності у помітної частини вибірки (див. рис. 2.5).

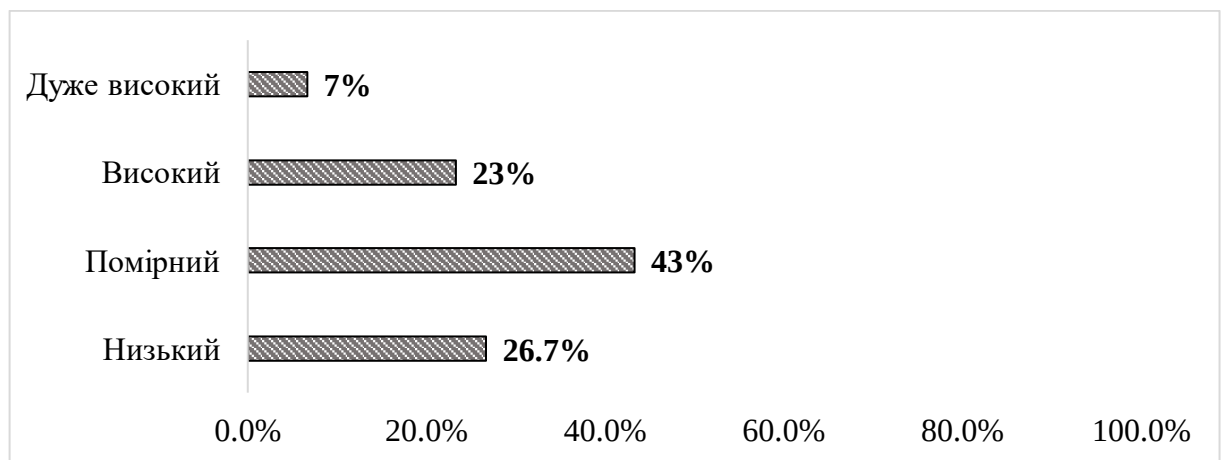


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за рівнями немотивованої тривожності

Розподіл показників немотивованої тривожності засвідчив певну неоднорідність емоційного стану учасників дослідження. Низький рівень зафіксовано у 8 осіб (26,7%), помірний – у 13 осіб (43,3%), високий – у 7 осіб (23,3%) та дуже високий – у 2 респондентів (6,7%).

Домінування помірної рівня (43,3%) вказує на періодичні прояви внутрішнього напруження та невизначеного занепокоєння, які не завжди мають конкретне ситуативне підґрунтя, проте впливають на емоційне благополуччя. У багатьох випадках подібний стан може бути результатом тривалого травматичного досвіду, коли почуття небезпеки перестає бути пов'язаним із конкретними тригерами та набуває дифузного характеру.

Високий рівень немотивованої тривожності (23,3%) свідчить про виражені труднощі емоційної саморегуляції. Такі респонденти зазвичай

відзначають постійний внутрішній неспокій, труднощі з розслабленням та схильність до хронічного очікування загрози.

Дуже високий рівень, зафіксований у 6,7% вибірки, наближається до клінічно значущих проявів тривожності та потенційно вказує на глибинні порушення емоційної регуляції, що потребують спеціалізованої психологічної допомоги. Лише 26,7% учасників демонструють низький рівень немотивованої тривожності, тобто збережену здатність до контролю емоцій та розмежування внутрішніх переживань і зовнішніх подій.

У цілому 30% респондентів (високий та дуже високий рівні разом) характеризуються вираженою схильністю до немотивованої тривожності. Це свідчить про наявність стійких дезадаптивних реакцій, що можуть ускладнювати перебіг посттравматичних станів і потребують цілеспрямованих психологічних інтервенцій.

Для виявлення інтегральних взаємозв'язків між окремими компонентами психологічного стану осіб, які пережили травматичні події, було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона. Попередня оцінка нормальності розподілу за критерієм Пірсона підтвердила відсутність статистично значущих відхилень ($p > 0,05$), що забезпечує коректність застосування параметричних методів. Узагальнені результати кореляційного аналізу подано в таблиці 2.5.

Табл. 2.5.

Кореляція показників психологічного стану (коефіцієнт Пірсона)

Показники	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Нервово-психічна напруга	Немотивована тривожність	Депресія
Ситуативна тривожність	—	0.72**	0.68**	0.61**	0.54*
Особистісна тривожність	0.72**	—	0.65**	0.74**	0.58**
Нервово-психічна напруга	0.68**	0.65**	—	0.59**	0.63**
Немотивована тривожність	0.61**	0.74**	0.59**	—	0.56**
Депресія	0.54*	0.58**	0.63**	0.56**	—
* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$					

Аналіз кореляційного зв'язку (табл. 2.2) засвідчив наявність статистично значущих позитивних взаємозв'язків між усіма досліджуваними показниками психологічного стану, що підтверджує системний характер посттравматичного реагування та взаємне підсилення компонентів психологічного дистресу. Усі виявлені зв'язки мають рівень значущості $p < 0,05$ або $p < 0,01$, що забезпечує їхню надійність і дозволяє інтерпретувати їх як закономірні, а не випадкові.

Найсильнішу кореляцію зафіксовано між особистісною та немотивованою тривожністю ($r = 0,74$; $p < 0,01$). Такий показник свідчить про тісний взаємозв'язок між схильністю до загальної тривожності та відчуттям занепокоєння без чітких зовнішніх причин. У цьому випадку немотивована тривожність може виступати як похідна від високої особистісної тривожності, або як її загострення під впливом стресових факторів.

Високу кореляцію також виявлено між особистісною та ситуативною тривожністю ($r = 0,72$; $p < 0,01$). Такий зв'язок узгоджується з уявленнями про те, що особистісна тривожність визначає інтенсивність ситуативної емоційної реакції. У посттравматичному контексті це може свідчити про трансформацію гострої тривоги у відносно стабільну особистісну характеристику.

Помірні, але статистично значущі зв'язки зафіксовано між ситуативною тривожністю та нервово-психічною напругою ($r = 0,68$; $p < 0,01$). Взаємозв'язок цих показників відображає біологічну єдність реакцій тривоги й фізіологічної активації: тривога підсилює напруження, а напруження, у свою чергу, посилює тривожні переживання.

Особистісна тривожність також має позитивний зв'язок із нервово-психічною напругою ($r = 0,65$; $p < 0,01$), що вказує на виснаження адаптаційних механізмів у осіб зі стійкою тенденцією до тривожного реагування. Хронічна тривога підтримує стан внутрішньої перенапруги, який з часом набуває характеру психофізіологічного виснаження.

Зв'язок між нервово-психічною напругою та депресією ($r = 0,63$; $p < 0,01$) демонструє, що виснаження адаптаційних ресурсів є суттєвим чинником ризику розвитку депресивної симптоматики. Надмірна фізіологічна активація, втома та почуття безпорадності створюють передумови для зниження настрою й мотивації – ключових проявів депресивного стану.

Кореляції депресії з тривожністю (ситуативною – $r = 0,54$; особистісною – $r = 0,58$; немотивованою – $r = 0,56$) підтверджують високу коморбідність тривожних і депресивних станів. Це узгоджується з даними міжнародних досліджень, які вказують на часте поєднання ПТСР та депресії. Позитивні зв'язки між цими показниками можуть бути обумовлені як спільними нейробіологічними механізмами, так і порушеннями емоційної саморегуляції.

Нарешті, зв'язок між немотивованою тривожністю та нервово-психічною напругою ($r = 0,59$; $p < 0,01$) вказує на тенденцію до генералізації тривожності за умов хронічного стресу. Занепокоєння підтримує стан підвищеної активації, а тривале перенапруження призводить до того, що тривожність перестає бути пов'язаною з конкретними життєвими ситуаціями.

Загалом структура кореляційних зв'язків демонструє єдність психоемоційного реагування на травматичний досвід та підтверджує, що тривожність, напруга та депресивні прояви формують узгоджений синдром психологічного дистресу, який потребує комплексного підходу до психологічної підтримки.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна констатувати, що психологічний стан осіб, які пережили травматичні події, характеризується комплексом взаємопов'язаних проявів тривожності, нервово-психічної напруги та депресивних симптомів. Усі досліджувані демонструють помірні або підвищені показники, що відображає негативний вплив травматичного досвіду та наявності хронічного стресу. Виявлені кореляційні зв'язки підтверджують, що зростання тривожності

супроводжується посиленням напруги й депресивних проявів, формуючи єдину систему психологічного дистресу. Отримані дані створюють обґрунтовану основу для подальшої розробки програми психологічної підтримки та дозволяють визначити пріоритетні цілі програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження психологічного стану осіб, які пережили травматичні події в умовах воєнного конфлікту, дозволило сформувати комплексне уявлення про характер та структуру посттравматичних реакцій. Отримані результати показали, що всі досліджувані показники: ситуативна та особистісна тривожність, немотивована тривожність, нервово-психічна напруга та депресивні прояви – демонструють підвищені значення порівняно з нормативними даними, що свідчить про системний вплив травматичного досвіду на психоемоційний стан респондентів.

Насамперед встановлено, що тривожність виступає домінантним компонентом посттравматичного реагування. Високі рівні ситуативної, особистісної та немотивованої тривожності характерні для 23–30% вибірки, тоді як більшість респондентів перебувають у зоні помірної тривожності. Така структура вказує на формування стійких тривожних шаблонів поведінки, що ускладнюють адаптацію та підвищують ризик появи хронічних стресових реакцій.

Виражені показники нервово-психічної напруги підтверджують наявність хронічного стресового виснаження: 40% респондентів продемонстрували високий або дуже високий рівень напруження, а середній бал вибірки відповідає прикордонному значенню між помірним і високим рівнями. Це визначає нервово-психічну напругу як центральний елемент посттравматичного.

Депресивні прояви виявлено у всіх учасників дослідження, причому третина з них демонструє клінічно значущий рівень (легкий або помірний). Хоча важка депресія не зафіксована, наявність субклінічних та помірних форм вказує на підвищений ризик поглиблення депресивної симптоматики за відсутності вчасної підтримки.

Кореляційний аналіз підтвердив системний характер посттравматичного реагування: усі показники психологічного стану пов'язані між собою статистично значущими позитивними зв'язками. Найсильніші зв'язки виявлено між різними формами тривожності ($r = 0,72-0,74$), а також між тривожністю, нервово-психічною напругою та депресивними проявами ($r = 0,54-0,68$). Це засвідчує взаємопосилення окремих компонентів психологічного дистресу та складну природу посттравматичного стану.

Загалом, профіль вибірки характеризується домінуванням помірних рівнів дистресу та наявністю значної групи осіб із високими показниками, що вказує на потребу у психологічній підтримці. Виявлені закономірності обґрунтовують доцільність розробки програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу.

РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ: ПРОГРАМА РОЗВИТКУ НАВИЧОК КОНСТРУКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ

3.1. Опис програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу

Розроблена програма психологічної підтримки спрямована на формування конструктивних копінг-стратегій та розвиток навичок емоційної саморегуляції в осіб, які пережили травматичні події в умовах воєнного конфлікту. Необхідність створення такої програми ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, які засвідчили підвищені рівні ситуативної та особистісної тривожності, виражену нервово-психічну напругу та наявність депресивних проявів у більшості респондентів. Отримані дані підтверджують актуальність інтервенцій, спрямованих на відновлення адаптаційних ресурсів та формування ефективних механізмів подолання стресу [1], [4], [14].

Теоретичною основою програми є модель стресу і копіngu Лазаруса та Фолкман, концепції емоційної регуляції, а також положення сучасних нейробіологічних підходів до розуміння травматичного стресу [29], [41], [42]. Програма поєднує методи тілесно-орієнтованої терапії, елементи технік стабілізації, психоедукаційні сесії та групові форми взаємної підтримки. Структура побудована таким чином, щоб впливати одночасно на фізіологічні, емоційні, когнітивні та соціальні компоненти посттравматичного реагування.

Мета програми полягає у формуванні навичок саморегуляції та конструктивних копінг-стратегій, що дають змогу зменшити інтенсивність тривожних і депресивних проявів, нормалізувати рівень нервово-психічної напруги та підвищити стресостійкість.

Основні завдання програми включають:

- розвиток здатності розпізнавати власні емоційні та фізіологічні реакції на стрес;
- формування навичок тілесно-орієнтованої стабілізації;
- розвиток уміння диференціювати внутрішні та зовнішні стресори;
- опанування технік когнітивного переосмислення та трансформації дезадаптивних переконань;
- створення індивідуального «копінг-плану», що включає набір ефективних стратегій подолання стресу;
- формування навичок групової взаємопідтримки та рефлексії;
- закріплення набутих навичок у повсякденному житті.

Формат реалізації програми передбачає 8 групових зустрічей тривалістю 90 хвилин. Оптимальна кількість учасників: 8–12 осіб, що дозволяє забезпечити психологічну безпеку, індивідуальну увагу та ефективну групову взаємодію.

Зміст програми складається з чотирьох тематичних модулів.

Перший модуль присвячений ***стабілізації психофізіологічного стану*** та включає техніки заземлення, контрольоване дихання, прогресивну м'язову релаксацію та вправи спрямовані на зниження рівня фізіологічної активації. Особлива увага приділяється формуванню базових навичок саморегуляції, що є необхідною умовою для подальшої роботи з емоційними та когнітивними компонентами стресу.

Другий модуль спрямований на ***розвиток емоційної регуляції***. Використовуються практики усвідомлення емоцій, техніки «сканування тіла» та структуроване емоційне вираження. Метою є формування здатності розпізнавати й диференціювати емоційні стани, що, згідно з результатами дослідження, є особливо актуальним для респондентів із високою немотивованою тривожністю.

Третій модуль містить *когнітивно-поведінкові інструменти*: виявлення автоматичних думок, роботу з когнітивними викривленнями, техніки когнітивного переосмислення, формування проблемно-орієнтованих стратегій поведінки. Саме цей компонент програми спрямований на подолання депресивних проявів, що були виявлені у всіх учасників вибірки.

Четвертий модуль сприяє *розвитку соціальної підтримки* та відновленню відчуття групової приналежності. Використовуються техніки рефлексивних кіл, взаємного зворотного зв'язку, групового обговорення складних ситуацій і досвіду подолання. Це особливо важливо з огляду на результати дослідження, які свідчать про наявність виражених тривожних і депресивних симптомів, що часто супроводжуються почуттям ізоляції.

Важливою складовою програми є психоедукація, що включає пояснення природи стресу, механізмів травматичної реакції, нормалізації посттравматичних симптомів, а також вивчення взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Психоедукація підвищує мотивацію до практики та сприяє формуванню внутрішнього контролю над власними станами.

Особливе місце відводиться системі домашніх завдань, що передбачає щоденне виконання стабілізаційних технік, практику когнітивного переосмислення та застосування нових копінг-стратегій у реальних життєвих ситуаціях. Це забезпечує перенесення опанованих навичок за межі групової роботи та їх закріплення на практичному рівні.

Програма передбачає також індивідуальну підтримку у випадках, коли учасники демонструють залишкові високі показники тривожності або нервово-психічної напруги, що повністю відповідає результатам емпіричного етапу дослідження.

Структура програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу вибудована відповідно до виявлених у дослідженні потреб учасників та специфіки їхнього посттравматичного стану. Програма поєднує стабілізаційні техніки, методи емоційної регуляції, когнітивну

реструктуризацію та розвиток адаптивних копінг-стратегій. Логіка побудови базується на поступовому переході від регуляції фізіологічної активації до роботи з емоційними та когнітивними компонентами стресу, а також на формуванні індивідуальних інструментів подолання. Деталізована структура програми подана у таблиці 3.1.

Табл. 3.1.

Структура програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу*

Тиждень	Зустріч	Тема та зміст	Основні вправи та методи
1	1	Знайомство з програмою. Природа стресу, його вплив на організм. Психоедукація. Вступ до технік стабілізації	Базова модель стресу (Лазарус і Фолкман); пояснення механізмів травми; контрольоване дихання; прогресивна м'язова релаксація; техніки заземлення; групова дискусія
	2	Розвиток навичок стабілізації та регуляції фізіологічної активації	Техніка «П'ять стихій»; вправи на усвідомлення опор; короткі техніки заземлення (5-4-3-2-1); техніки емоційної регуляції
	3	Навички усвідомлення емоцій та їх диференціації	Вправа «Назви емоцію»; робота з тілесними сигналами; усвідомлення емоцій; групова рефлексія
2	4	Основи емоційної регуляції. Робота з емоційним онімінням та перенавантаженням	Вправа «Точка ресурсу»; тілесні техніки заспокоєння; вправи на емоційне вираження; практики стабілізації
	5	Когнітивний компонент стресу. Автоматичні думки та когнітивні викривлення	Виявлення автоматичних думок; техніка «Стоп-думка»; груповий стрес-менеджмент протокол
	6	Когнітивна реструктуризація. Формування адаптивних переконань	Робота з дисфункціональними переконаннями; модель АВС; трансформація негативних інтерпретацій; домашні завдання
3	7	Формування індивідуального копінг-плану	Створення особистого плану подолання стресу; визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів; тестування різних копінг-стратегій; групове обговорення
	8	Соціальна підтримка та взаємодія. Рефлексія та інтеграція набутого досвіду	Техніки взаємопідтримки; рефлексивні кола; обговорення групової динаміки; підбиття підсумків; формування плану подальшого самостійного практикування

Представлена структура забезпечує системність програми та її спрямованість на ключові механізми посттравматичного реагування. Поступовість збільшення складності завдань дозволяє учасникам спочатку стабілізувати фізіологічний стан, потім опанувати навички емоційної регуляції та когнітивного переосмислення, а згодом сформувати власний набір адаптивних копінг-стратегій. Завершальний етап, зосереджений на соціальній підтримці та інтеграції досвіду, забезпечує перенесення набутих навичок у повсякденні ситуації, що є критично важливим для тривалого збереження ефекту програми.

Далі представлено повний *сценарій заняття №2* (Тиждень 1): «Формування навичок заземлення та саморегуляції». Заняття має на меті сформувати у учасників базові навички стабілізації через тілесно-орієнтовані техніки та інтегрувати елементи методу «П'ять стихій», що застосовується у рамках EMDR-підходу. Структура заняття побудована таким чином, щоб поєднати навчальний, практичний і рефлексивний блоки, створюючи умови для поступового розвитку навичок саморегуляції.

1. Вступний блок (10–12 хв)

Фасилітатор коротко нагадує про мету всієї програми та логіку попереднього заняття. Учасникам пропонується оцінити власний поточний рівень напруги за шкалою від 0–10, де 0 найнижчий а 10 – найвищий показник напруги, під час контакту з індивідуальним «об'єктом-якорем». Цей етап виконує функцію базової діагностики перед практикою та дозволяє фіксувати зміни. Після оцінки фасилітатор допомагає групі перейти до стану зосередженості через коротку вправу на усвідомлене дихання (2–3 цикли сповільненого вдиху та видиху).

2. Психоедукаційний блок (10 хв)

У доступній формі пояснюється, чому техніки заземлення є ключовими в роботі з травматичним досвідом. Наголошується на фізіологічній природі стресу: активація симпатичної нервової системи, порушення регуляції

дихання, вплив тілесних відчуттів на інтенсивність тривоги. Також підкреслюється, що навичка заземлення є одним з найбільш ефективних способів швидкого повернення у стан «тут і зараз», коли зростає ризик емоційного перевантаження або дисоціації. Пояснюється зміст техніки «П'ять стихій» та її роль у відновленні зв'язку між тілесними, емоційними та когнітивними компонентами переживання.

3. Основний практичний блок: вправа «5 стихій» (30–35 хв)

Практична частина складається з п'яти послідовних мікроетапів:

Стихія «Земля»

Учасники зосереджуються на відчуттях опори (стілець, підлога, положення тіла). Завдання – відновити контакт із відчуттям безпеки та стабільності. Фасилітатор звертає увагу на тілесні реакції: зміна дихання, напруга м'язів, температура тіла.

Стихія «Повітря»

Виконується серія регульованих дихальних циклів за схемою 4–1–6. Учасники вчаться відстежувати рух повітря в тілі, що сприяє переходу в парасимпатичну активацію та зменшує фізіологічну тривогу.

Стихія «Вода»

Зосередження на серці та ротовій порожнині: учасники спостерігають за ритмом серця та стимулюють виділення слини. Це частина переключення нервової системи у стан «спокою та травлення» (rest-and-digest), який блокує реакцію «бий або тікай».

Стихія «Світло»

Учасники створюють уявне «безпечне місце» — внутрішню візуальну опору, що асоціюється з безпекою, спокоєм і відновленням. Фасилітатор дає час на занурення в образ і спостереження тілесних реакцій.

Стихія «Простір»

Учасники розширюють усвідомлення від внутрішніх відчуттів до усвідомлення групового простору, що сприяє поверненню до зв'язку з

реальністю й відчуттю соціальної підтримки. Підкреслюється присутність інших людей і взаємодія у спільному безпечному просторі.

Після завершення всіх п'яти стихій учасники повторно оцінюють рівень внутрішньої напруги. Фасилітатор фіксує зміну інтенсивності стресу. Якщо рівень залишається 7 або вище, застосовується протокол повторної стабілізації: робота з образом «безпечного місця» або зменшена версія 4 стихій (без «Простору»).

4. Рефлексивне обговорення (8–10 хв)

Учасники діляться змінами, що відчули після вправи: змінами дихання, тілесною реакцією, рівнем напруги, здатністю зосереджувати увагу. Обговорюються бар'єри (наприклад, складність відчувати опору, труднощі з візуалізацією безпечного місця) та способи подолання.

Фасилітатор звертає увагу на зв'язок між тілесним досвідом та емоційним станом, формує уявлення про те, що регулярна практика має кумулятивний ефект.

6. Домашнє завдання (2–3 хв)

Учасникам пропонується: виконувати скорочену версію техніки «П'ять стихій» раз на день; оцінювати рівень напруги перед і після практики; вести короткі нотатки у щоденнику саморегуляції.

Завершення заняття та підсумкова рефлексія демонструють, що поєднання стабілізаційних технік, елементів емоційної регуляції та позитивної групової динаміки створює умови для помітного зниження емоційної напруги, відновлення відчуття контролю та формування первинних навичок конструктивного реагування на стрес. Представлений сценарій ілюструє практичну реалізацію програми та підтверджує її здатність впливати на ключові механізми посттравматичного стану, забезпечуючи поступовий перехід від базової стабілізації до формування стійких копінг-стратегій, що слугуватиме підґрунтям для подальших змін у психологічному стані учасників.

3.2. Аналіз результатів впровадження програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу

Впровадження програми розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій тривало протягом восьми зустрічей і охопило 30 учасників, які пройшли попереднє діагностичне обстеження. Після завершення всіх занять проведено повторну психодіагностику з використанням того самого набору методик, що застосовувалися на етапі первинної оцінки. Порівняльний аналіз показників до та після програми дозволяє оцінити її вплив на психоемоційний стан учасників та встановити, наскільки успішно було досягнуто поставлених цілей щодо зниження тривожності, нервово-психічної напруги та депресивних проявів.

Аналіз динаміки депресивних проявів виявив істотне покращення психоемоційного стану учасників після проходження програми. Структура розподілу за рівнями депресії змінилася у напрямі зменшення інтенсивності симптоматики. Результати візуально представлено на рис. 3.1.

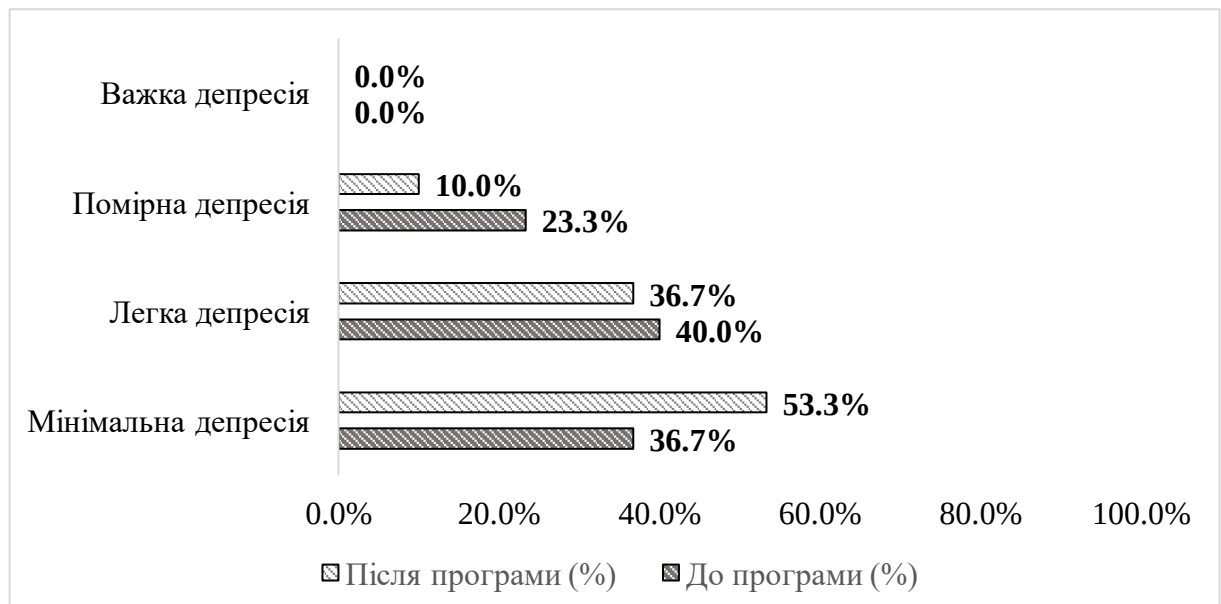


Рис. 3.1. Динаміка рівнів депресії до та після програми

До початку програми мінімальні прояви депресії спостерігалися у 11 респондентів (36,7%), легкі – у 12 осіб (40,0%), а помірні – у 7 учасників (23,3%). Після завершення програми кількість осіб із мінімальними ознаками депресії зросла до 16 (53,3%), частка респондентів із легким рівнем знизилася до 11 (36,7%), а кількість учасників з помірною депресією скоротилася до 3 (10,0%). Важких форм депресії не зафіксовано на жодному етапі.

Найбільш помітні позитивні зрушення зафіксовано у підгрупі респондентів із початковим помірним рівнем депресії. Із семи осіб, які входили до цієї категорії, четверо після завершення програми перейшли до групи з легкими проявами, а троє – до мінімального рівня, що свідчить про істотне зменшення інтенсивності депресивної симптоматики. Серед 12 учасників, які на початку мали легкий депресивний стан, п'ятеро продемонстрували зниження показників до мінімальної депресії, тоді як семеро залишилися в межах легкого рівня, але з менш вираженими симптомами.

Група з мінімальним рівнем депресії на старті (11 осіб) загалом зберегла свій стан, однак аналіз індивідуальної динаміки показав додаткове зниження балів усередині групи. Це свідчить про превентивний ефект програми навіть для учасників із відносно стабільним емоційним фоном. Можна припустити, що регулярне опанування технік емоційної регуляції, релаксації та конструктивних копінг-стратегій формує захисний психологічний ресурс, який знижує ризик загострення депресивних проявів у ситуації тривалого стресового навантаження. Відсутність випадків важкої депресії як до, так і після програми підтверджує наявність базових адаптаційних можливостей у респондентів, що створило сприятливі умови для ефективного психокорекційного впливу.

Зафіксовані зміни узгоджуються з теоретичними положеннями про природу депресії в посттравматичному контексті. Депресивні прояви часто пов'язані з відчуттям безпорадності, зниженим контролем над життєвими

обставинами та стійкими негативними переконаннями щодо себе й майбутнього. Програма, що включала розвиток активних копінг-стратегій, когнітивне переосмислення травматичного досвіду та відновлення відчуття суб'єктивного контролю, закономірно сприяла зменшенню цих проявів. Емоційно-регуляційний блок, робота з дисфункціональними переконаннями та застосування тілесно-орієнтованих технік вплинули на різні компоненти депресії – від когнітивних до соматичних, забезпечивши цілісне покращення психоемоційного стану учасників.

Тривожність, яка виступає провідним компонентом посттравматичного реагування, була предметом особливо уважного відстеження в процесі впровадження програми. Вплив програми охоплював широкий спектр тривожних проявів: від ситуативних емоційних реакцій на стрес до стійких особистісних тенденцій, що зумовлені тривалим травматичним досвідом. Отримані результати свідчать про виразне зниження показників за досліджуваними типами тривожності, що підтверджує ефективність застосованих інтервенцій та позитивну динаміку психоемоційного стану учасників.

Ситуативна тривожність, що відображає поточний емоційний стан та характеризується високою чутливістю до змін у зовнішніх обставинах і процесах внутрішньої регуляції, продемонструвала помітну позитивну динаміку після проходження програми. На початковому етапі низький рівень ситуативної тривожності спостерігався у 7 респондентів (23,3%), помірний – у 14 осіб (46,7%), тоді як високий рівень було виявлено у 9 учасників (30,0%). Після завершення програми кількість осіб із низьким рівнем ситуативної тривожності зросла до 11 (36,6%), частка респондентів із помірним рівнем залишилася незмінною (46,7%), а кількість учасників із високими показниками зменшилася до 5 осіб (16,7%). Такі зміни свідчать про істотне зниження гострого емоційного напруження та покращення здатності до

регуляції ситуативних тривожних реакцій. Результати візуально предствлено на рис. 3.2.

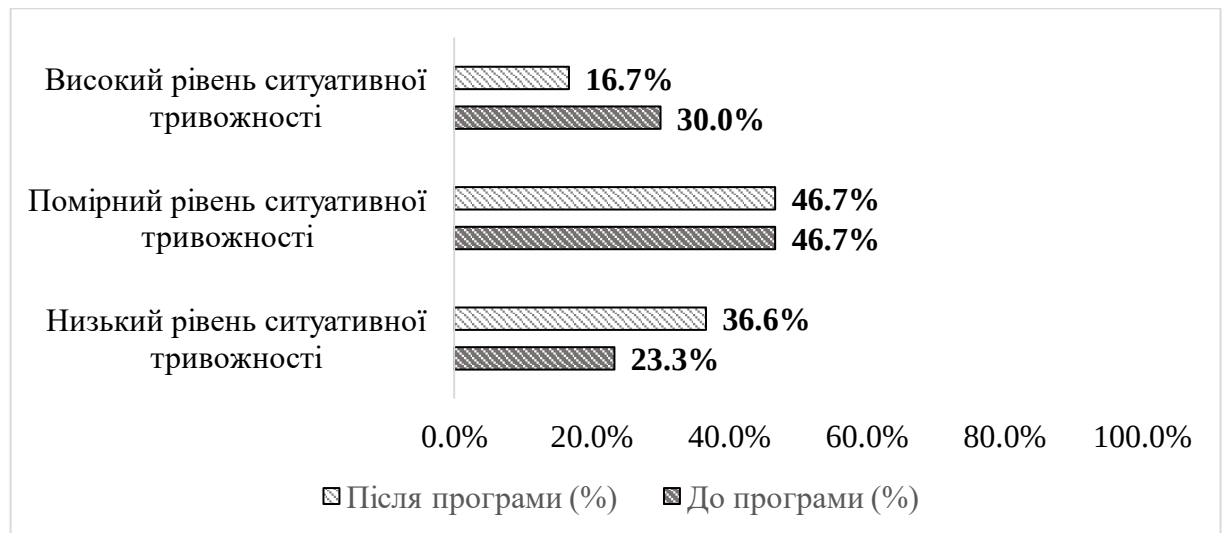


Рис. 3.2. Динаміка рівнів ситуативної тривожності до та після програми

Зниження частки учасників із високою ситуативною тривожністю майже вдвічі (з 30,0% до 16,7%) є як статистично, так і клінічно значущим показником, що підтверджує ефективність програми у формуванні навичок швидкої емоційної саморегуляції. Найбільш відчутний ефект зафіксовано у підгрупі респондентів із початково високими показниками: четверо з дев'яти учасників перейшли до помірної рівня, один – до низького, тоді як четверо залишилися у зоні високої тривожності, але продемонстрували суттєве зниження індивідуальних балів.

У підгрупі з помірним рівнем ситуативної тривожності на старті чотири респонденти перейшли до низького рівня, а десятеро зберегли помірні показники, проте з позитивною динамікою у напрямі зменшення симптомів. Особи з початково низьким рівнем продемонстрували стабільність або додаткове, хоча й незначне, зниження показників, що свідчить про підтримання адаптивного рівня емоційної реактивності.

Позитивні зміни простежено і в структурі особистісної тривожності, хоча динаміка є менш вираженою, що відповідає її природі як відносно стійкої індивідуальної характеристики. До початку програми низький рівень

особистісної тривожності спостерігався у 6 респондентів (20,0%), помірний – у 16 (53,3%), високий – у 8 (26,7%). Після завершення програми кількість осіб із низьким рівнем зросла до 9 (30,0%), помірний рівень було зафіксовано у 17 учасників (56,7%), а частка респондентів із високою особистісною тривожністю зменшилася майже удвічі – до 4 осіб (13,3%). Ця динаміка свідчить про поступове зниження інтенсивності стійких тривожних патернів та підвищення загальної психологічної адаптивності. Результати зображено на рис. 3.3.

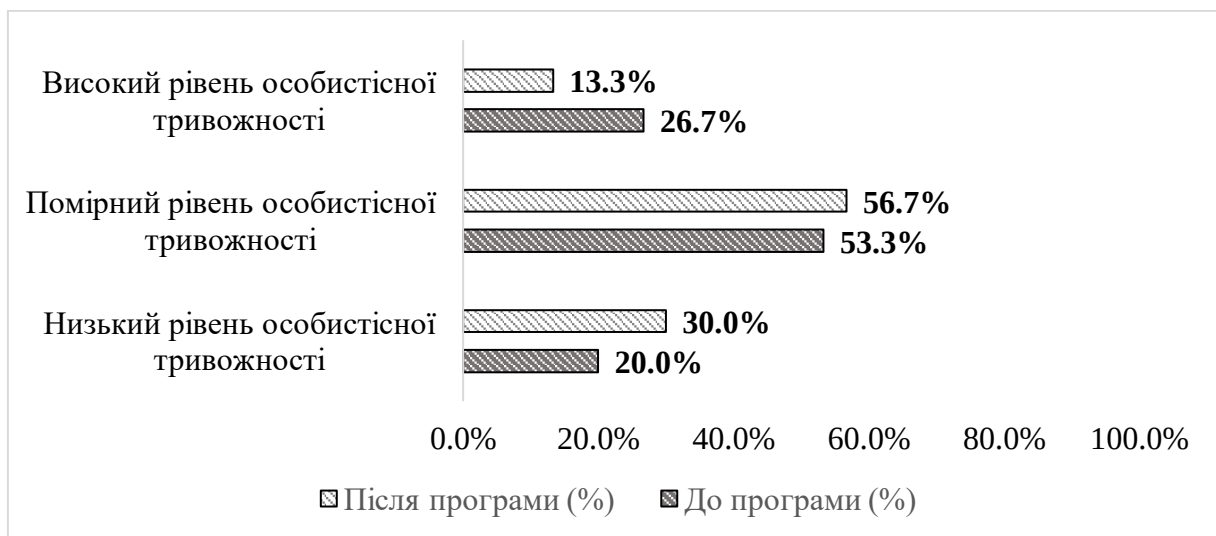


Рис. 3.3. Динаміка рівнів ситуативної тривожності до та після програми

Скорочення частки респондентів із високою особистісною тривожністю удвічі (з 26,7% до 13,3%) вказує на початок поступової трансформації стійких тривожних патернів реагування. Враховуючи, що особистісна тривожність формується протягом тривалого часу й є результатом накопиченого життєвого досвіду, навіть помірне зниження показників у межах програми можна розглядати як значущий терапевтичний ефект. Зростання частки учасників із помірним рівнем (з 53,3% до 56,7%) логічно пояснюється переходом частини респондентів із високої зони, що підтверджує позитивну динаміку.

Аналіз індивідуальних траєкторій демонструє, що найвиразнішого прогресу досягли ті учасники, які активно застосовували практики усвідомленості та регулярно виконували завдання, спрямовані на когнітивне

переосмислення тривожних думок. Половина респондентів із високими початковими показниками перейшла до помірного рівня; інша половина залишилася у високій зоні, проте з помітним зниженням інтенсивності симптомів. У групі з помірним рівнем троє учасників досягли зниження до низької тривожності, тоді як більшість зберегли помірні показники із тенденцією до подальшого зменшення.

Схильність до немотивованої тривожності, що відображає загальний дифузний тривожний фон без чітко окреслених тригерів, також продемонструвала позитивні зміни, продемонстровані на рис. 3.4.

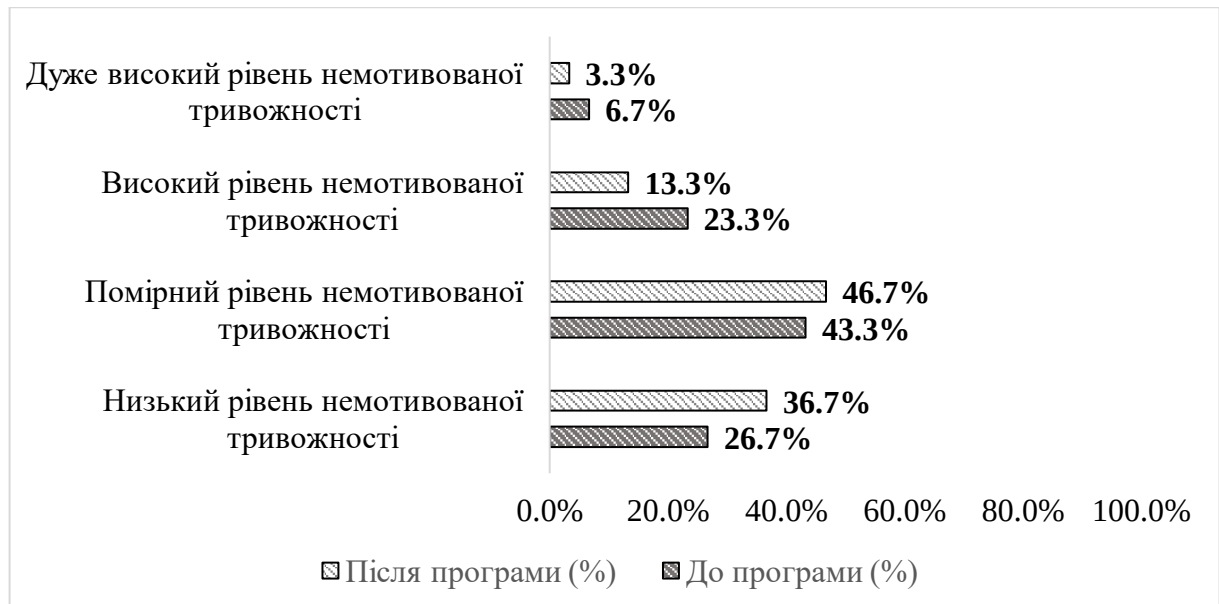


Рис. 3.4. Динаміка рівнів немотивованої тривожності до та після програми

До початку програми низький рівень спостерігався у 8 респондентів (26,7%), помірний – у 13 (43,3%), високий – у 7 (23,3%), а дуже високий – у 2 осіб (6,7%). Після завершення програми кількість учасників із низьким рівнем зросла до 11 (36,7%), помірний рівень зафіксовано у 14 осіб (46,7%), високий – у 4 респондентів (13,3%), а дуже високий зберігся лише в одного учасника (3,3%). Така динаміка свідчить про зниження фонові тривожності та часткове відновлення здатності диференціювати власні емоційні стани, що є важливим критерієм психологічної стабілізації після травматичного досвіду.

Зменшення частки респондентів із високими та дуже високими рівнями немотивованої тривожності (із сумарних 30,0% до 16,6%) є одним із найпомітніших позитивних зрушень, зафіксованих у межах дослідження. Така динаміка логічно пов'язана з акцентом програми на формуванні навичок усвідомлення та диференціації емоційних переживань. Вправи з емоційної регуляції – ідентифікація емоцій, їх вербалізація та усвідомлення тілесних маркерів напруження – сприяли перетворенню дифузного тривожного фону на більш структуровані й контрольовані емоційні стани, що відкриває можливості для цілеспрямованої саморегуляції.

Усі дев'ять учасників, які на початку перебували у високій або дуже високій зоні немотивованої тривожності, продемонстрували зниження показників: п'ятеро перейшли до помірного рівня, троє – до низького, один залишився у високій зоні, хоча з помітним зменшенням інтенсивності симптомів. У групі з помірною немотивованою тривожністю троє респондентів досягли низьких показників, інші зберегли помірний рівень із тенденцією до стабілізації, що також відображає вплив програми. До цієї групи приєдналися й учасники, які перемістилися з вищих рівнів.

Узагальнюючи отримані зміни, можна констатувати єдину траєкторію для всіх форм тривожності – поступове зниження їх інтенсивності та перехід більшості учасників до адаптивніших рівнів емоційного реагування. Найбільш відчутні зрушення спостерігаються у сфері ситуативної та немотивованої тривожності, що підтверджує дієвість втручання, спрямованого на розвиток навичок оперативної саморегуляції та підвищення емоційної усвідомленості. Зміни в особистісній тривожності, хоч і менш виражені за абсолютними показниками, відображають початок довготривалих особистісних перетворень, які потребують подальшої підтримки та поступової інтеграції нових стилів емоційного реагування.

Динаміка показників нервово-психічної напруги засвідчила суттєве відновлення адаптаційних можливостей учасників після проходження програми. Результати візуально представлені на рис. 3.5.

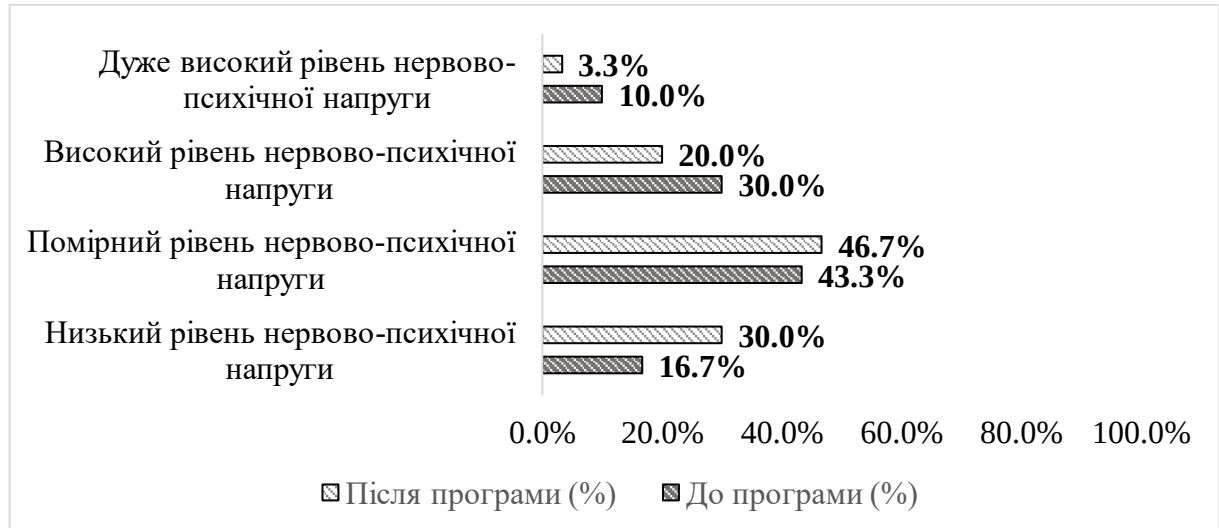


Рис. 3.5. Динаміка рівнів нервово-психічної напруги до та після програми

Первинний розподіл демонстрував значну частку респондентів із високим та дуже високим рівнями напруги, що відображало хронічне виснаження під впливом тривалого стресу. До початку втручання низький рівень напруги фіксувався у 5 осіб (16,7%), помірний – у 13 (43,3%), високий – у 9 (30,0%), а дуже високий – у 3 (10,0%). Після завершення програми структура показників змінилася у напрямі зменшення вираженості напруги: низький рівень виявлено вже у 9 респондентів (30,0%), помірний – у 14 (46,7%), високий – у 6 (20,0%), тоді як дуже високий рівень зберігся лише в однієї особи (3,3%).

Зростання частки респондентів із низьким рівнем нервово-психічної напруги майже вдвічі (з 16,7% до 30,0%) та суттєве скорочення кількості осіб із дуже високою напругою (з 10,0% до 3,3%) можна розглядати як один із найбільш показових результатів програми. Така динаміка підтверджує ефективність застосованих технік саморегуляції та стабілізації у зниженні фізіологічної та емоційної активації, що виникає внаслідок хронічного стресу. Блок стабілізації, який включав тілесно-орієнтовані вправи, дихальні техніки

та методи заземлення, був спрямований на роботу з соматичним компонентом напруги й відіграв ключову роль у зменшенні симптомів, пов'язаних із перенапруженням нервової системи.

Аналіз змін у підгрупах засвідчив, що всі три респонденти з початково дуже високою напругою досягли покращення: двоє перейшли до помірнього рівня, один – до високого. Серед дев'яти осіб із високим рівнем напруги четверо перемістилися до помірнього рівня, двоє – до низького, а троє зберегли високі показники, хоча їхня інтенсивність зменшилася. У групі з помірним рівнем чотири учасники досягли низького рівня напруги, решта продемонстрували тенденцію до стабілізації показників у межах помірної зони. Така диференційована динаміка вказує на поступове відновлення адаптаційних можливостей, водночас підкреслюючи необхідність індивідуалізованої підтримки для учасників зі збереженими високими показниками.

Позитивні зміни простежуються також у когнітивній та емоційній сферах: респонденти відзначали покращення концентрації уваги, зменшення відчуття ментального перевантаження та підвищення загальної емоційної стабільності. Зниження інтенсивності соматичних проявів (головні болі напруги, серцебиття, м'язова скутість) додатково підтверджує ефективність програми у зменшенні фізіологічних наслідків тривалого стресового впливу. Разом ці результати свідчать про поступове відновлення функціональних ресурсів організму та формування більш адаптивних стратегій саморегуляції.

3.3. Результати застосування програми

Для встановлення статистичної значущості отриманих змін було застосовано U-критерій Манна-Уїтні, який є оптимальним для порівняння двох залежних вибірок, коли дані не обов'язково відповідають нормальному розподілу. Результати статистичного аналізу представлено в табл. 3.2.

Табл. 3.2.

Статистична значущість змін показників після впровадження програми

Показник	До програми М (SD)	Після програми М (SD)	Різниця	U - значення критерію Манна-Уїтні;	Р Рівень статистичної значущості
Депресія	27,8 (8,9)	20,3 (7,4)	-7,5	185,5	0,002
Ситуативна тривожність	47,9 (11,2)	39,4 (10,1)	-8,5	171,0	<0,001
Особистісна тривожність	48,6 (10,5)	42,7 (9,8)	-5,9	223,5	0,018
Немотивована тривожність	21,9 (7,8)	16,2 (7,1)	-5,7	194,0	0,004
Нервово-психічна напруга	73,5 (17,9)	59,8 (15,3)	-13,7	156,5	<0,001

Результати статистичного аналізу підтверджують, що зміни за всіма досліджуваними показниками є статистично значущими. Для депресії, ситуативної тривожності, немотивованої тривожності та нервово-психічної напруги отримано рівні значущості $p < 0,01$, що свідчить про високу ймовірність того, що зафіксована динаміка зумовлена саме дією програми, а не випадковими коливаннями вибірки. Для особистісної тривожності встановлено $p = 0,018$, що також перевищує прийнятий поріг статистичної значущості ($p < 0,05$) і вказує на наявність реальних змін у цій сфері.

Сукупність отриманих результатів підтверджує ефективність програми розвитку конструктивних копінг-стратегій. Усі вимірювані психологічні параметри продемонстрували статистично та практично значуще покращення, що дозволяє розглядати програму як результативний інструмент

психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, та обґрунтовує доцільність її подальшого використання в професійній практиці.

Виявлена позитивна динаміка може бути пояснена комплексною дією різних компонентів програми, спрямованих на ключові механізми посттравматичного реагування. Блок стабілізації, що поєднував тілесно-орієнтовані вправи, техніки дихання та методи заземлення, впливав передусім на фізіологічний рівень стресу. Регулярна активація парасимпатичної нервової системи через контрольоване дихання та релаксаційні техніки сприяла зниженню базового рівня збудження, що відобразилося у вираженому зменшенні нервово-психічної напруги та ситуативної тривожності. Саме ці показники продемонстрували найбільш помітне покращення, що узгоджується з теоретичними уявленнями про їхню високу чутливість до змін у фізіологічній регуляції.

Значущу роль відіграв і блок емоційної регуляції, який формував навички диференціації, називання й усвідомлення емоційних станів. Для осіб, що пережили травматичні події, характерні як емоційне «оніміння», так і труднощі з контролем інтенсивних емоцій. Навчання розрізненню емоцій та їхнього зв'язку з тілесними сигналами дозволило учасникам перетворити дифузний тривожний фон на більш усвідомлені переживання, з якими можлива цілеспрямована робота. Саме цим пояснюється істотне зниження немотивованої тривожності – показника, що відображає найменш усвідомлені форми тривожного реагування.

Блок розвитку копінг-стратегій забезпечив учасників інструментами для конструктивного подолання стресових ситуацій. Когнітивне переосмислення сприяло зміні дезадаптивних переконань щодо себе та світу, які лежать в основі депресивних і тривожних станів. Формування проблемно-орієнтованих стратегій поведінки відновлювало відчуття контролю та суб'єктивної ефективності, що є важливими факторами зниження безпорадності та депресивної симптоматики. Практика планування, поетапного вирішення

складних ситуацій і розвитку самоорганізації формувала більш адаптивні моделі реагування.

Соціальний вимір програми був посилений через блок підтримки, у межах якого використовувалися формати рефлексивних кіл, робота в малих групах та взаємна підтримка. Цей компонент сприяв зменшенню соціальної ізоляції, відновленню довіри до міжособистісних контактів і формуванню відчуття приналежності. З огляду на те, що соціальна підтримка є одним з найпотужніших захисних чинників проти посттравматичних розладів, її активізація значно підсилювала загальний оздоровчий ефект програми.

Важливу роль відігравав і психоедукаційний блок, який забезпечував учасників знаннями про природу травми, механізми стресу та нормальність реакцій, які вони переживають. Усвідомлення нейробіологічних основ власних станів знижувало самозвинувачення та стигматизацію, підвищувало мотивацію до застосування технік саморегуляції та сприяло формуванню реалістичного уявлення про можливості відновлення. Нормалізація реакцій на стрес створювала психологічно безпечний простір, необхідний для подальших змін.

Таким чином, комплексна дія програми на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні компоненти посттравматичного стану зумовила системне покращення психологічного функціонування учасників. Зафіксовані зміни відображають не лише зниження інтенсивності симптомів, а й глибші трансформації у способах регуляції емоцій та інтерпретації стресового досвіду. Отримані дані, підтверджені статистичною значущістю та середніми й великими значеннями розміру ефекту, дають підстави розглядати програму як ефективний інструмент психологічної підтримки осіб, які пережили травматичні події, і рекомендувати її для широкого застосування у практиці допомоги в умовах воєнного конфлікту та інших екстремальних ситуацій.

Висновки до третього розділу

Розроблена та впроваджена програма розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій подолання стресу продемонструвала високу ефективність у зниженні інтенсивності ключових компонентів посттравматичного реагування. Системна побудова програми, що поєднує стабілізаційні практики, техніки емоційної регуляції, когнітивне переосмислення та соціальну підтримку, забезпечила багатовимірний вплив на фізіологічні, емоційні та когнітивні механізми стресу.

Зафіксовано статистично покращення за всіма діагностованими показниками, зокрема суттєве зниження ситуативної та немотивованої тривожності, редукцію нервово-психічної напруги, ослаблення депресивних проявів і поступову трансформацію стійких тривожних патернів реагування. Найбільш виразні позитивні зміни виявлено у тих сферах, де програма містила найбільшу кількість практичних стабілізаційних технік: тілесно-орієнтовані вправи, контрольоване дихання, заземлення та двостороння стимуляція. Значне покращення у групах із високим рівнем дистресу підтверджує результативність програми для осіб з підвищеною вразливістю.

Отримані результати засвідчують, що якісні зміни відбулися не лише на рівні зниження симптоматики, але й на рівні відновлення адаптаційних механізмів: учасники продемонстрували зростання почуття контролю, покращення емоційної стійкості та підвищення ефективності у подоланні стресу. Підсилення соціальної підтримки всередині групи сприяло зменшенню ізоляції та формуванню відчуття безпеки, що є критично важливим у роботі з наслідками травматичних подій.

Попри загальну позитивну динаміку, окрема частина учасників зберегла підвищені показники тривожності чи напруги, що свідчить про потребу цієї групи у додатковій індивідуальній психологічній підтримці. Це вказує на

доцільність гнучкого поєднання групових і індивідуальних форматів допомоги в майбутніх інтервенціях.

Загалом результати формувального експерименту підтверджують ефективність програми як інструменту психологічної підтримки для осіб, які пережили травматичні події. Її використання може бути рекомендоване для практичного застосування в умовах роботи гуманітарних організацій, центрів психосоціальної підтримки та реабілітаційних установ, з перспективою подальшої адаптації до різних цільових груп і контекстів.

ВИСНОВКИ

У роботі було теоретично обґрунтовано, емпірично досліджено та практично перевірено психологічні особливості стану осіб, які пережили травматичні події в умовах воєнного конфлікту, а також можливості підвищення їх адаптивного функціонування через застосування цілеспрямованої програми розвитку конструктивних копінг-стратегій подолання стресу.

Насамперед, узагальнення теоретичних підходів дало змогу окреслити травму як багатовимірний психічний феномен, що порушує цілісність емоційної, когнітивної та поведінкової регуляції. Аналіз наукових джерел показав, що травматичний досвід запускає складну систему посттравматичного реагування, у структурі якої провідне місце займають тривожні стани, депресивні прояви, хронічна нервово-психічна напруга та порушення емоційної саморегуляції. В умовах воєнного конфлікту інтенсивність цих реакцій значно зростає, що ускладнює адаптаційні процеси та потребує комплексної психологічної підтримки.

Емпірична частина роботи дозволила отримати цілісну картину психологічного стану 30 осіб, які пережили травматичні події. У всіх респондентів виявлено різний ступінь вираженості посттравматичного дистресу: підвищені рівні ситуативної та особистісної тривожності, значну нервово-психічну напругу, схильність до немотивованої тривожності та наявність депресивної симптоматики. Кореляційний аналіз підтвердив системний характер посттравматичного реагування та тісні взаємозв'язки між ключовими психологічними параметрами. Виявлені результати свідчать про порушення адаптаційних механізмів та необхідність цілеспрямованих інтервенцій.

Запропонована програма розвитку навичок конструктивних копінг-стратегій, побудована на поєднанні стабілізаційних технік, навичок емоційної

регуляції, когнітивного переосмислення та соціальної підтримки, продемонструвала високу ефективність. Після її впровадження зафіксовано статистично значуще зниження рівнів ситуативної, особистісної та немотивованої тривожності, зменшення нервово-психічної напруги, ослаблення депресивних проявів і покращення загального емоційного стану учасників. Зміни підтверджені як статистичними показниками, так і якісною динамікою індивідуальних траєкторій.

Аналіз результатів формувального експерименту засвідчив, що найбільший ефект програми виявляється у сфері регуляції емоцій та тілесних проявів стресу. Найбільш виразні зміни зафіксовано у респондентів з високими початковими рівнями дистресу, що свідчить про ефективність методів стабілізації та копінг-підходів у роботі з вразливими групами. Водночас у частини учасників збереглися підвищені показники тривожності та напруги, що вказує на потребу у додатковій індивідуальній підтримці та довготривалішій роботі.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що сформована програма може бути застосована у практиці психологічної допомоги в гуманітарних організаціях, центрах психосоціальної підтримки та реабілітаційних установах. Вона має потенціал адаптації до різних вікових та цільових груп, зокрема осіб, які пережили травми, пов'язані з війною, стихійними лихами або іншими екстремальними ситуаціями.

Узагальнюючи, робота підтверджує гіпотезу про те, що переживання травматичних подій супроводжується системними змінами у психологічному функціонуванні, а цілеспрямована програма психологічної підтримки здатна істотно знизити інтенсивність посттравматичних проявів та посилити адаптаційні ресурси особистості. Результати дослідження підкреслюють важливість комплексних та людино-центрованих підходів до психологічної допомоги в умовах війни, а також подальшої розробки програм довготривалої підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов В. Теоретико-методологічні підходи до дослідження копінг поведінки. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2013. Т. 4. С. 108–114.
2. Абсалямова Л. Тривожність особистості в умовах війни: теоретичний аналіз. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди "Психологія"*. 2025. № 72. С. 8–21. URL: <https://doi.org/10.34142/23129387.2025.72.01> (дата звернення: 17.11.2025).
3. Балабанова Л., Перелигіна Л. Технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, яка переживає наслідки травматичних подій. Харків : ФОП Панов Л.М., 2022. 114 с.
4. Бурлуцька С. В., Бурлуцький С. В. Копінг-стратегії в контексті кризового управління. *Time description of economic reforms*. 2024. № 3. С. 51–59. URL: <https://doi.org/10.32620/cher.2024.3.06> (дата звернення: 17.11.2025).
5. Буряк О. Я. Психологічний зміст концептів травма, птср та посттравматичне зростання: системний аналіз. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 3. С. 12–16. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-3.2> (дата звернення: 18.11.2025).
6. Вавілова А. С., Ковшун Т. С. Роль соціо-емоційної компетентності у виборі копінг-стратегій особами з підвищеною тривожністю. *Психологічні студії*. 2025. № 4. С. 30–39. URL: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.4> (дата звернення: 17.11.2025).
7. Взаємозв'язок особистісних рис з копінг-стратегіями в учасників операції об'єднаних сил / М. Yarmolchuk та ін. *Journal of Scientific Papers "Social development and Security"*. 2021. Т. 11, № 4. С. 140–148. URL: <https://doi.org/10.33445/sds.2021.11.4.12> (дата звернення: 17.11.2025).

8. Володарська Н. Життєві перспективи та копінг-стратегії як чинники психологічного благополуччя особистості. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2021. № 11 (17). URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-11\(17\)-351-363](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-11(17)-351-363) (дата звернення: 17.11.2025).
9. Вольнова Л. Збереження психічного здоров'я в умовах воєнних дій: збірник наукових праць учасників міжвузівського круглого столу. Київ, 2023. 251 с.
10. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Вид-во Старого Лева, 2022. 416 с.
11. Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розклад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *European Science*. 2019. Sge14-02. С. 50–66. URL: <https://doi.org/10.30890/2709-2313.2022-14-02-017> (дата звернення: 18.11.2025).
12. Журавльова Л. П., Баранова А. В. Емоційні потреби та копінг-стратегії дорослих українців в умовах війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 20–26. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.2.4> (дата звернення: 17.11.2025).
13. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник / Н. Агаєв та ін. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
14. Зливков В., Лукомська С., Федан О. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К. : Пед. думка, 2016. 219 с.
15. Іваненко Б. Б. Самотність як психологічна травма в умовах воєнної реальності в Україні. *Зцілення травми. наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 8–12. URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-2> (дата звернення: 17.11.2025).
16. Кардаш І. Копінг-стратегії як чинник психологічного благополуччя: теоретичний аналіз концепцій та підходів. *Наукові перспективи*

(*Naukovì perspektivi*). 2025. № 4(58). URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-4\(58\)-1601-1612](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-4(58)-1601-1612) (дата звернення: 17.11.2025).

17. Коляденко Н., Романенко Є. Визначення особливостей психоемоційних станів при симптомах птср. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 8(22). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-8\(22\)-20-27](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-8(22)-20-27) (дата звернення: 18.11.2025).

18. Литвинчук Н., Римарчук А. Стресостійкість та копінг-стратегії студентів в умовах воєнного стану. *Proceedings of the National Aviation University. Series: Pedagogy, Psychology*. 2024. Т. 1, № 24. С. 78–85. URL: <https://doi.org/10.18372/2411-264x.24.19252> (дата звернення: 17.11.2025).

19. Магдисюк Л. І., Супрунович К. М. ХАРАКТЕР ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕРЦЕПЦІЇ НА ТРИВОЖНІСТЬ ТА ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ. *Психологічні студії*. 2023. № 2. С. 116–121. URL: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2023.2.15> (дата звернення: 17.11.2025).

20. Мартинова О. С., Дроботько І. Д. Копінг-стратегії особистості в умовах невизначеності: особливості психологічної адаптації під час суспільних криз. *Journal of Modern Psychology*. 2025. № 3. С. 58–66. URL: <https://doi.org/10.26661/2786-7471/2025-3-7> (дата звернення: 17.11.2025).

21. Панченко О. А. Травма війни у ментальному вимірі. «ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ: МІЖГАЛУЗЕВИЙ ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ТА ПОТЕНЦІАЛИ РОЗВИТКУ» Частина II. 2025. С. 381–383. URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-491-0-128> (дата звернення: 17.11.2025).

22. Панченко О. А. Травма війни у ментальному вимірі. «ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ: МІЖГАЛУЗЕВИЙ ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ТА ПОТЕНЦІАЛИ РОЗВИТКУ» Частина II. 2025. С. 381–383. URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-491-0-128> (дата звернення: 17.11.2025).

23. Перелигіна Л., Балабанова Л., Сербіненко О. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у контексті сучасних соціальних криз. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*. 2024. № 11(53). URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11\(53\)-1520-1529](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1520-1529) (дата звернення: 18.11.2025).
24. Перепелюк Т., Харченко Н. Копінг-стратегії як чинник адаптації студентів до умов навчання під час війни. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. С. 108–114. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-79-3-108-114> (дата звернення: 17.11.2025).
25. Потапчук Є., Пасічник А. Взаємозв'язок тривожності та психічного здоров'я особистості. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 184–193. URL: <https://doi.org/10.31891/pt-2023-2-19> (дата звернення: 17.11.2025).
26. Похлєстова О. Ю. Копінг як функція стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2019. Т. 9. С. 291–299. URL: <https://doi.org/10.31812/psychology.v9i0.3762> (дата звернення: 17.11.2025).
27. Степаненко Л. В. Адаптаційні властивості у складі емоційно-функціонального потенціалу особистості. *Problems of modern psychology*. 2021. № 1. С. 137–143. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2021-1-15> (дата звернення: 17.11.2025).
28. Степаненко Л. В. Порівняльний аналіз копінг-захисних механізмів психологів у різних стресових ситуаціях. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2022. № 4. С. 17–21. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.3> (дата звернення: 17.11.2025).
29. Стратегія психотерапії комплексного ПТСР / О. Сиропятов та ін. *Traditional medicine and pharmacology. Achievements, innovations, and alternatives*. 2021. С. 277–292. URL: <https://doi.org/10.46299/isg.2021.mono.med.ii-277-292> (дата звернення: 18.11.2025).

30. Ткачук Т. А. Копінг-стратегії як складові копінг-поведінки особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2014. № 7 (184). С. 43–48.
31. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. К : ДП “ВД “Персонал”, 2019. 136 с.
32. Храбан Т. Є. Преференція використання копінг-стратегій цивільним населенням України у перші п’ятнадцять днів з початку воєнного конфлікту 2022 року. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2022. № 7. С. 59–74. URL: <https://doi.org/10.32999/2663-970x/2022-7-5> (дата звернення: 17.11.2025).
33. Ярмольчук М. Психологічна програма розвитку особистісних детермінант вибору ефективних копінг-стратегій учасників операції Об’єднаних Сил на етапі декомпресії. *Journal of Scientific Papers "Social development and Security"*. 2021. Т. 11, № 3. С. 233–241. URL: <https://doi.org/10.33445/sds.2021.11.3.22> (дата звернення: 17.11.2025).
34. A Modified Version of the Transactional Stress Concept According to Lazarus and Folkman Was Confirmed in a Psychosomatic Inpatient Sample / N. Obbarius et al. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.584333> (date of access: 17.11.2025).
35. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants / C. Siriwardhana et al. *Conflict and health*. 2014. Vol. 8, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13> (date of access: 17.11.2025).
36. Blaxton J. M., Bergeman C. S. A process-oriented perspective examining the relationships among daily coping, stress, and affect. *Personality and individual differences*. 2017. Vol. 104. P. 357–361. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.041> (date of access: 17.11.2025).
37. Bohucharova O. I., Tkachenko N. V. Копінг-стратегії як фактор «позитивної» адаптації вимушених мігрантів. *Вісник Дніпропетровського*

університету. Серія психологія. 2016. Т. 22, № 9/1.
URL: <https://doi.org/10.15421/101604> (дата звернення: 17.11.2025).

38. Bulgakova O., Savchenkova M. Psychological possibilities of supporting children who have experienced a traumatic experience. *Science and education*. 2022. No. 4. P. 24–28. URL: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2022-4-5> (date of access: 17.11.2025).

39. Clark A. C. Anxiety and Stress Management Toolkit Anxiety and Stress Management Toolkit. *Nursing Standard*. 2001. Vol. 15, no. 52. P. 29. URL: <https://doi.org/10.7748/ns2001.09.15.52.29.b201> (date of access: 17.11.2025).

40. EMDR treatment for people with intellectual disabilities: a systematic review about difficulties and adaptations / S. M. Schipper-Eindhoven et al. *Frontiers in psychiatry*. 2024. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1328310> (date of access: 15.11.2025).

41. EMDR treatment for people with intellectual disabilities: a systematic review about difficulties and adaptations / S. M. Schipper-Eindhoven et al. *Frontiers in psychiatry*. 2024. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1328310> (date of access: 15.11.2025).

42. Hase M., Brisch K. H. The Therapeutic Relationship in EMDR Therapy. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835470> (date of access: 17.11.2025).

43. Мушкевич М. І., Мушкевич В. О., Білан К. В. Копінг-стратегії та психологічне здоров'я військовослужбовців. *Психологічні студії*. 2025. № 4. С. 66–75. URL: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.9> (дата звернення: 17.11.2025).

44. Margo G. M., Dewan M. Stress and Anxiety. *American Journal of Psychotherapy*. 1987. Vol. 41, no. 2. P. 325–326. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.2.325> (date of access: 17.11.2025).

45. Moore S. A., Zoellner L. A., Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms?. *Behaviour Research and Therapy*. 2008. Vol. 46, no. 9. P. 993–1000. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001> (date of access: 17.11.2025).
46. Nygaard E., Heir T. World assumptions, posttraumatic stress and quality of life after a natural disaster: a longitudinal study. *Health and quality of life outcomes*. 2012. Vol. 10, no. 1. P. 76. URL: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-76> (date of access: 17.11.2025).
47. Prefrontal glutamate levels predict altered amygdala–prefrontal connectivity in traumatized youths / O. T. Ousdal et al. *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 49, no. 11. P. 1822–1830. URL: <https://doi.org/10.1017/s0033291718002519> (date of access: 17.11.2025).
48. Rasines-Laudes P., Serrano-Pintado I. Efficacy of EMDR in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Psicothema*. 2023. Vol. 4, no. 35. P. 385–396. URL: <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.309> (date of access: 15.11.2025).
49. Rasines-Laudes P., Serrano-Pintado I. Efficacy of EMDR in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Psicothema*. 2023. Vol. 4, no. 35. P. 385–396. URL: <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.309> (date of access: 15.11.2025).
50. Schmidt R. E., Chan H. C. (., Stasolla F. Editorial: Research in: coping strategies. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1332218> (date of access: 17.11.2025).
51. Spielberger C. D. Anxiety as an emotional state. *Anxiety*. 1972. P. 23–49. URL: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-657401-2.50009-5> (date of access: 17.11.2025).
52. Spielberger C. D. Conceptual and methodological issues in anxiety research. *Anxiety*. 1972. P. 481–493. URL: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-657402-9.50013-2> (date of access: 17.11.2025).

53. Spielberger C. D. Current trends in theory and research on anxiety. *Anxiety*. 1972. P. 3–19. URL: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-657401-2.50008-3> (date of access: 17.11.2025).
54. Spielberger C. D. Effects of stress, emotion, and Type-A behavior on heart disease and psychological disorders. *Progress in psychological science around the world*. 2019. P. 125–137. URL: <https://doi.org/10.4324/9781315793184-8> (date of access: 17.11.2025).
55. Sushyi O. Травма як соціальний діагноз Українського суспільства. *Проблеми політичної психології*. 2023. Т. 14. URL: <https://doi.org/10.33120/popp-vol14-year2023-148> (дата звернення: 17.11.2025).
56. Sushyi O. Травма як соціальний діагноз Українського суспільства. *Проблеми політичної психології*. 2023. Т. 14. URL: <https://doi.org/10.33120/popp-vol14-year2023-148> (дата звернення: 17.11.2025).
57. Validity and measurement invariance of abbreviated scales of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) in a population of Italian young adults / G. Valente et al. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1443375> (date of access: 17.11.2025).
58. Vereecken S., Corso G. Revisiting eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and discussion of the american psychological association's 2017 recommendations. *Cureus*. 2024. URL: <https://doi.org/10.7759/cureus.58767> (date of access: 15.11.2025).