

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Довгуша Таїсія Степанівна

УДК 159.9

Кваліфікаційна робота

Переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку

053 «Психологія»

«Екстремальна та кризова психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Т.С. Довгуша

Науковий керівник (консультант) Склярова Ганна Олександрівна,
кандидат психологічних наук, доцент

Київ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧОЇ СИТУАЦІЇ ВІЙНИ.....	7
1.1. Поняття та ознаки травмуючої ситуації у психологічній науці.....	7
1.2. Поняття психологічної травми, її симптоми та наслідки.....	15
1.3. Особливості прояву психологічної травми у осіб різного віку ...	21
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧОЇ СИТУАЦІЇ ВІЙНИ ОСОБАМИ РІЗНОГО ВІКУ	29
2.1. Опис етапів та методик емпіричного дослідження особливостей переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку ...	29
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	38
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМУЮЧУ СИТУАЦІЮ ВІЙНИ.....	56
3.1. Програма профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для осіб різного віку.....	56
3.1.1. Програма профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для студентів.....	57
3.1.2. Програма профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для активних дорослих віком від 25 до 55 років.	68
3.1.3. Програма психологічної підтримки населення під час війни для зрілої категорії дорослого населення.....	75
3.2. Тренінг для надання першої психологічної допомоги для зниження наслідків травмуючої ситуації	86
Висновки до розділу 3.	90
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95
ДОДАТКИ	107

ВСТУП

Актуальність дослідження. Переживання травмуючої ситуації війни відбувається не однаково для осіб різного віку, втім, залишає відбиток на психічному стані та житті кожної людини. Діти, які переживають воєнні конфлікти, зазнають серйозного стресу, що може впливати на їхній розвиток та психологічне здоров'я. Негативні наслідки можуть виявлятися у вигляді тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу. Підлітки, які переживають війну, можуть демонструвати агресію, роздратованість та відчуття безпорадності, що може впливатиме на їх стосунки з оточуючими. Дорослі особи, зокрема військовослужбовці, також зазнають значного психологічного тиску через війну, що може призвести до різних видів стресу, включаючи посттравматичний стресовий розлад, депресію та надмірну тривожність. У людей похилого віку, які пережили війну, можуть спостерігатися специфічні психічні та фізичні проблеми, такі як погіршення короткочасної пам'яті, галюцинації та маячні стани. На даний час, з урахуванням непередбачуваності геополітичної ситуації в світі, розуміння та вирішення проблем, пов'язаних з переживанням війни особами різного віку, залишається актуальною і важливою глобальною проблемою, яка потребує уваги від суспільства, уряду та міжнародних організацій. Забезпечення психологічної підтримки та реабілітації для військових та цивільних осіб, які пережили воєнні конфлікти, стає нагальною потребою у сучасному світі.

Мета дослідження – полягає в теоретичному та емпіричному дослідженні переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку.

Для досягнення мети роботи поставлені такі **завдання**:

1. Розглянути поняття та ознаки травмуючої ситуації у психологічній науці.
2. Дослідити поняття психологічної травми та особливості її прояву у осіб різного віку.

3. Емпірично дослідити особливості переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку.
4. Надати рекомендації щодо профілактики розвитку стресу, враховуючи вікові особливості, психічний стан та соціальний контекст осіб, що пережили травмуючу ситуацію війни.
5. Розробити програму тренінгу, що включають психотерапевтичну допомогу, соціальну підтримку та освіту, адаптовані до потреб різних вікових груп.

Об'єкт дослідження — вплив травмуючої ситуації на особистість.

Предмет дослідження — переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та виконання завдань було застосовано такі методи:

теоретичні – аналіз наукової літератури, розгляд та аналіз різних психологічних теорій і концепцій для розкриття сутності та визначення базових понять та узагальнення отриманих результатів; методи індукції та дедукції; дослідження сучасних методів і стратегій психологічної підтримки для дорослого цивільного населення.

емпіричні — збір даних за допомогою анкет і опитувальників, використовуючи стандартизовані методики:

- опитувальник «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES–R);
- опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9);
- Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–C);
- Тест Бека на тривожність.

математико-статистичні — коефіцієнт кореляції рангу Спірмена, кількісний та якісний аналіз результатів діагностики.

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

- здійснено комплексне дослідження психологічних особливостей травматичного досвіду цивільного населення саме в контексті війни в Україні, що дозволило виявити рівень прояву травматизації;
- поглиблено уявлення про психологічні наслідки впливу війни на доросле населення України, що дозволяє зрозуміти як фізіологічні та психологічні зміни на різних етапах життя впливають на переживання війни та розробити рекомендації для надання психологічної допомоги, з урахуванням вікових особливостей кожної групи.
- вдосконалено та обґрунтовано програми профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для осіб різного віку.

Теоретичне значення роботи полягає в розширенні знань про те, як різні вікові групи дорослих переживають травматичні ситуації війни. Дослідження допомагає краще зрозуміти вікові особливості психологічних реакцій на стрес, адаптацію до травмуючих подій і визначає основні фактори, що впливають на психічне здоров'я в умовах війни. Ці результати можуть стати основою для подальших теоретичних розробок у психології стресу та травми.

Практичне значення проведеного дослідження полягає у розробці заходів зниження посттравматичного стресу від ситуації війни для осіб різного віку. Зазначені заходи можуть бути використані для психологічної підтримки населення у вищих навчальних закладах всіх рівнів акредитації та будь-якої форми навчання, в умовах повсякденної роботи на робочих місцях, в локаціях з високою доступністю для літніх людей та осіб з обмеженими можливостями таких як: медичні установи, геронтопсихологічні центри, соціальні служби, громадські центри або бібліотеки.

Експериментальна база дослідження: В якості респондентів виступили 60 цивільних дорослих осіб, що проживають на території України в період війни.

Апробація результатів дослідження. Окремі положення та результати дослідження публікувалися у тезах: « Поняття «Травмуюча ситуація» війни, її ознаки та наслідки переживання для особистості» в матеріалах Міжнародної науково-практичної конференції «Забезпечення психологічної підтримки та адаптації Українців у повоєнний період» (м. Київ, 21-22 листопада 2024 року).

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, поділених на підрозділи, висновків до розділів та загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

Список використаних джерел налічує 80 найменувань, з яких 23 іноземні джерела. Загальний обсяг роботи становить 106 сторінок. Основний зміст кваліфікаційної роботи викладено на 94 сторінці. Робота містить 18 таблиць, 3 рисунки та 5 додатків (на 19 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧОЇ СИТУАЦІЇ ВІЙНИ

1.1. Поняття та ознаки травмуючої ситуації у психологічній науці

Наразі наше життя сповнене тими подіями, які травмуюче впливають на психологічний стан людини та знищують відчуття безпеки. До таких належать ті події, що дуже сильно та негативно впливають на особистість та для подолання наслідків яких вимагають надзвичайних зусиль. Під такими подіями ми розуміємо критичні, екстремальні події та загрозові для життя чи здоров'я як самої особистості так і її близьких [61]

З початком повномасштабної війни російської федерації проти України, яка розпочалась 24.02.2022 року, більшість українського населення пережила вельми травмуючий досвід. Це включало перебування в зоні активних бойових дій або на окупованих територіях, евакуацію в межах країни і за кордон, страх перед авіаударами на територіях, що не зазнали наземних бойових дій, терор окупантів, полон, згвалтування та тортури.

Психотравмуюча ситуація - це подія, яка може призвести або вже призвела до порушення звичного способу життя та руйнування психічного світу особистості. Таким чином, травма розглядається як фактор, що впливає на особистість, а психотравмуюча ситуація (ПТС) - як можливість цієї травматичної дії [20; 34; 44].

Поняття «ситуація» описує систему суб'єктивних і об'єктивних елементів, які взаємодіють у життєдіяльності, що підкреслює, що реакція особистості залежить як від зовнішніх обставин, так і від особистих характеристик. Кожного моменту свого життя людина перебуває в певній ситуації, що зумовлена, з одного боку, її попереднім досвідом, а з іншого — умовами, притаманними цьому етапу життя [7]. Різноманітність та складність ситуацій, які можуть загрожувати безпеці людини та її психологічному

благополуччю, як у мирний, так і у військовий час, ускладнюють розуміння терміну “травмуюча ситуація”. Основні складові феномену «психологічного благополуччя» було розкрито в своїх роботах українським вченим Ю. Кашлюком [58]

Зазвичай, під поняттям "травмуючої ситуації" розуміють обставини, що ставлять під загрозу життя або можуть призвести до серйозних тілесних ушкоджень; ситуації, пов'язані з сприйняттям фізичного насильства по відношенню до інших; а також вплив або інформацію про небезпечні чинники з навколишнього середовища. [10; 30; 23]

Аналізуючи проблематику, пов'язану з процесом травми, визначено травмівні ситуації та травмівні події. Це два поняття, які мають відмінності. Слід зазначити, що, окрім опису, безпосередньо ситуації, до уваги береться суб'єктивне сприйняття цієї ситуації, тобто особливості переживання, оцінки людиною навколишньої ситуації. “Травмівна ситуація — це ситуація в якій провідну роль, під час взаємодії між особистістю і середовищем, займають суб'єктивні чинники, такі як: ставлення до ситуації, переживання щодо неї і т.д.”[37; 65]

Травмівна подія — це явище чи факт життя, чи/або вплив зовнішніх чинників, які порушують звичний хід життя. І найвагомим в події являється факт несподіваності, неочікуваності та приголомшливості [37]. Так, у визначенні діагнозу ПТСР зазначено, що це стійка реакція на травмівну подію [38] а, відповідно до МКХ-10, одним із критеріїв для постановки діагнозу ПТСР — є короткострокове чи тривале перебування особи в загрозовій чи катастрофічній ситуації, що викликало відчуття глибокого розпачу [33; 35]. Більше того, поведінка людини залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних аспектів ситуації. Іншими словами, від того, як сама людина розуміє дану ситуацію та яке місце в житті особистості займають учасники події та сама подія.

За Американською класифікацією хвороб DSM-V, травматичною може бути подія, пов'язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або будь-якою іншою загрозою фізичної цілісності. Проте іноді психологічна травма може виникати тоді, коли людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті чужої особи [75].

Травматичні події можна поділити за типологією (табл.1.1).

Таблиця 1.1

Типи травматичних подій

	Травми інциденти	Травми, заподіяні людиною
<u>Травма I типу:</u> - одиничний випадок; - гостра загроза життю; - несподівана подія.	- ДТП; - професійна травма (ДСНС, поліція, військові); - виробнича травма; - короткострокові природні катастрофи (урагани та ін.).	- злочинне фізичне насилля; - сексуальне насилля; - суспільне насилля.
<u>Травма II типу</u> - повторювані; - тривалі; - непередбачуваний перебіг	- тривалі природні катастрофи (повені, землетруси та ін.); - техногенні катастрофи.	- сексуальне і фізичне насильство в дитячому віці; - захоплення заручників; - військовий досвід; - катування та політичне позбавлення волі; - тюремне ув'язнення.

Опис процесу переживання людиною психотравмуючих ситуацій - це визначення того, що відбувається між зовнішніми та внутрішніми факторами,

виявлення особистісних структур, за допомогою яких людина встановлює та регулює цю рівновагу [4; 9; 42]. Тобто, ще раз наголошується на важливості врахування не тільки самої ситуації, навколишніх обставин, а й відчуттів особистості, її ставлення до ситуації.

Коли зміни в зовнішньому середовищі створюють дисбаланс у взаємодії зовнішніх та внутрішніх умов, порушують адаптацію до життя або загрожують звичній діяльності, відносинам зі значущими людьми чи звичному способу життя в цілому, ми стикаємося з травмуючою ситуацією. Це може створити потенційну або актуальну загрозу для існування та задоволення основних життєвих потреб [78]. У всіх таких ситуаціях порушується стабільність звичного способу життя і виникає необхідність у змінах. Усі види травмуючих ситуацій призводять до переосмислення власного життя, ставлення до сьогодення, минулого та майбутнього, а також, переосмислення ставлення до себе та власного місця в цьому суспільстві. Кожна така травмуюча ситуація порушує структурованість життя, збільшуючи відчуття внутрішнього та зовнішнього хаосу та, з високою ймовірністю, призводить до психологічної травми особистості [15; 38; 42]

Отже, поняття травмуючої ситуації доцільно конструювати через опис зовнішніх ознак такої ситуації (шкода життю та здоров'ю, честі та гідності особистості, або загроза такої шкоди), внутрішніх ознак (відчуттів щодо ситуації, ставлення до неї, наприклад, невідворотність ситуації, неможливість її контролювати) та наслідків зазначеної ситуації для конкретної особистості (фізичний та психічний стан) [18].

Складність вивчення травмуючих ситуацій полягає в тому, що їх кількість і джерела різноманітні. Таким чином, вони можуть бути визначені як ситуації:

- що становлять загрозу для життя людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми або поранення;
- що пов'язані з сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей;

- мають відношення до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів середовища [61].

Розглядаючи проблеми, пов'язані з травматичними ситуаціями, можна виділити такі випадки:

- військові конфлікти;
- природні катастрофи;
- екологічні та техногенні аварії;
- пожежі, терористичні акти;
- присутність під час насильницької смерті інших;
- нещасні випадки;
- сексуальне насильство;
- раптове появу загрозливих захворювань, напади [29]

Зокрема, події можуть бути травмуючими, навіть якщо не спричиняють ушкодження чи не загрожують життю [66; 67] та якщо містить «загрозу психологічній цілісності» [71].

У психологічних дослідженнях мається ще одне поняття, яке також можна віднести до травматичної ситуації — це надзвичайна (екстремальна ситуація) — це складні, несприятливі умови життєдіяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні [3; 31].

- Надзвичайні ситуації є наслідками небезпечних природних явищ, катастроф, що призводять до людських жертв та призводять до порушення умов життєдіяльності через завдання значних матеріальних втрат.
- В екстремальній ситуації джерелом травмування є людина чи суспільство [47].

Серед життєвих ситуацій є такі, які супроводжуються руйнуванням психічного здоров'я через перевищення до сприйняття можливостей психіки. Такі ситуації називають геперекстремальні — ті, що поєднують надзвичайні ситуації та екстремальні ситуації [38].

Психотравму, яку отримує населення під час вищезазначених ситуацій, називають колективною, особливістю якої є часова тривалість аж до історичної, жертвами є соціальні групи різних розмірів, тривалість характеру з прихованими наслідками та не обмеженість в просторі [60].

Є також інші типи ситуацій, які аналізуються з точки зору їх екстремальності. У психотерапевтичній практиці вони зазвичай класифікуються як кризові, проблемні, критичні, екзистенційні, термінальні або емоційно напружені життєві ситуації [53].

Емоційно складна життєва ситуація, також називається утрудненою або ситуацією важких життєвих умов, або ситуацією повсякденних неприємностей (daily hassles), — це ситуація, що має значення для особистості і спрямована на її емоційно-мотиваційну сферу, вимагає переживання як процесу. З такою ситуацією людина зазвичай впорається самостійно.

Проблемна ситуація може виникати у конкретній сфері діяльності, наприклад, навчальній, професійній, пізнавальній тощо, і не впливає на решту аспектів життєдіяльності або на самооцінку, рівень самоповаги, ставлення до власного життя.

Критична ситуація - це складні обставини, що можуть бути конфліктними, утрудненими та суб'єктивно несприятливими. Вона потребує перегляду основних стратегій життя та внесення значних змін у план життя [55].

Виділяють такі типи критичних ситуацій:

- стрес, який виявляється у неможливості втілення важливих моментів тут і зараз;
- фрустрація, що виявляється у непереборних труднощах у реалізації життєво необхідних мотивів;
- конфлікт, що полягає у суб'єктивно нерозв'язних протиріччях між мотивами та цінностями;

- криза, яка створює ситуації, що перешкоджають реалізації життєвих планів [29].

Різноманітність у чотирьох типах ситуацій пояснюється через різні підходи в онтології, описі різних видів активності та внутрішньої потреби. Автор вказує, що критична ситуація має складну внутрішню динаміку, а різні типи ситуацій взаємодіють між собою. Практичне значення такої типології залишається актуальним — вона допомагає чітко розрізняти характер критичної ситуації і визначати оптимальні методи надання допомоги людині.

Екзистенціальна ситуація виникає у глибокій кризі, коли людина тимчасово втрачає сенс існування і змушена вибирати між життям і смертю.

Термінальна ситуація виходить за межі екзистенціального вибору, коли людина усвідомлює свою приреченість і може лише впливати на якість останнього етапу свого життя. У цій ситуації людина стає перед найскладнішим і найвідповідальнішим вибором у своєму житті — вона може обрати шлях поступового згасання, коли вона вже нічого не може змінити, або ж вибрати зустріч із смертю мужньо, з почуттям власної гідності [24].

Термін «важка життєва ситуація» широко використовується як у наукових, так і в соціальних контекстах, і зазвичай включає в себе всі різновиди негативних станів, описані вище. Проте саме цей термін найважче чітко визначити через його універсальний характер, охоплюючи різноманітні події з різним ступенем дискомфорту для учасників. Під важкими життєвими ситуаціями можуть розумітися як катастрофічні події, що становлять загрозу життю багатьох людей, так і щоденні ситуації, які призводять до суб'єктивних незручностей для конкретної особи, а також до об'єктивних загроз і небезпек для її фізичного і психічного здоров'я [55].

Усі види травмуючих ситуацій спричиняють потребу в переосмисленні ставлення до себе, свого минулого, сьогодення і майбутнього. Вони порушують спонтанність і структурованість життя, збільшують відчуття внутрішнього та зовнішнього хаосу. Людям часто важко усвідомлювати ці

проблеми, і їх можливості в цьому практично завжди залишаються незадовільними.

Загалом, можна узагальнити наступні основні ознаки травмуючої ситуації:

- вона створює нову реальність для людини і суттєво відрізняється від щоденних умов;
- вона поставляє перед людиною екзистенційну дилему між життям і смертю, впливаючи на її світогляд і відчуття фундаментальної невпевненості;
- характеризується подвійністю, як загрозою і небезпекою з одного боку, та можливістю для стійкості і мужності, з іншого;
- руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи його на період до ситуації, саму ситуацію та період після;
- під впливом такої ситуації особистість може трансформуватися, а ідентичність розірватися;
- ускладнює прогнозування майбутніх подій та розуміння того, що відбувається;
- обмежує можливості самореалізації та ускладнює задоволення потреб;
- призводить до обмеження активного впливу на ситуацію, але може відкривати нові способи активності;
- заохочує пошук сенсу у тому, що відбувається;
- супроводжується формуванням тріадичної структури «розлад - адаптація — розвиток» [8].

На травмуючу ситуацію впливають психотравмівні чинники. Вони бувають:

- раптові - (масивні, катастрофічні), що мають загальносоціальне значення: природні, транспортні, техногенні катастрофи, соціальні зміни, війни і т. ін.;

- гострі - ситуаційні, що мають конкретну особисту значущість: втрата соціальних, матеріальних гараздів, смерть рідних та близьких і т. ін.;
- хронічні - ситуаційні чинники відносно малої інтенсивності, котрі діють постійно або тривалий період (родинні, виробничі та ін.) [14].

1.2. Поняття психологічної травми, її симптоми та наслідки.

Ван дер Колк у своїх роботах припустив, що травма, незалежно від того, на які аспекти життя вона впливає, може глибоко змінити психічний стан людини [73]. Хоча на той час таке уявлення ще не було загальноприйнятим у психології та нейробіології, згодом Американська психіатрична асоціація включила поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до третього видання Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів (DSM-III). Аллан Янг зазначив, що психотравма — це особливий спогад про пережите насильство [74].

Інші дослідники, як Джон Еріксон, вивчали травматичну пам'ять і звертали увагу на "незрозумілі нервові травми", що виникають внаслідок стресу. Вони проявлялися у формі змін у нервовій системі та мозку, таких як ступор, тремор або втрата свідомості.

До кінця XIX століття поняття "механічної травми" в психіатрії почало змінюватися на "психічну травму". Це означало, що розуміння травми перейшло з фізичної сфери в психологічну, з матеріальної в абстрактну, від впливу на тіло до впливу на свідомість, об'єднуючи фізичні та психологічні процеси.

Психологічна травма - це інтенсивний емоційний стресовий досвід, який може супроводжуватися або не супроводжуватися фізичною травмою і часом нести загрозу життю чи здоров'ю, особливо коли людина стає свідком подій. Це індивідуальний пережитий досвід подій або тривалих обставин, в яких здатність особистості інтегрувати емоційні реакції є недостатньою для ефективною адаптації [38]. Психотравмою також вважають життєві події, які

впливають на важливі аспекти буття людини та викликають інтенсивні емоційні переживання.

Особи, які стали жертвами травмуючої ситуації можуть отримати «психічну» та «психологічну травми. В таблиці 1.2 наведено порівняльний аналіз психічної і психологічної травми [50].

Таблиця 1.2

Порівняльний аналіз психічної і психологічної травми.

ПСИХІЧНА ТРАВМА	ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА
Спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки;	Порушень психіки немає, але суттєво змінюються базові переконання та цінності особистості;
Події загрожують життю людини;	Події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі), зокрема це може бути втрата домівки, роботи, місця проживання, свободи, подружня зрада, приниження людської гідності тощо;

Травми можуть бути легкими, важкими або навіть загрожувати життю, і все це залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар'єра організму. Згідно з принципами гомеостазу, будь-що, що порушує рівновагу та цілісність організму, спричиняє реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. Організм відторгає всі чужорідні тіла, щоб відновити свою цілісність, подібно до реакції на фізичну травму. Аналогічно цьому механізму працює і психічна травма [40; 76].

Психологічна травма, також відома як психотравма, - це подія в житті, яка пов'язана з впливом психологічно травмуючого середовища або інтенсивних емоційних міжособистісних взаємодій, що викликає сильні

переживання та нездатність суб'єкта адекватно реагувати. Це також може призводити до стійких патологічних змін у психічному житті [22; 77]. Психологічна травма виявляється у наших почуттях втрати, болю, гіркоти, душевній тяжкості, почутті власної непотрібності та неповноцінності. Ці переживання проявляються зовні і залишаються в пам'яті, впливаючи на формування життєвих планів, цілей та філософії життя. Інтенсивність травматичного досвіду відображається у всьому попередньому житті, і тому він часто вважається ключовою подією, яка ділить життя на «до» і «після» травматичної події. Психологічна травма змінює сприйняття не лише сьогодення і минулого, але й майбутнього, порушуючи віру в організованість життя та його контрольованість.

Травма супроводжується різними процесами в організмі людини: кора головного мозку, разом з мовним центром, вимикається; системи пам'яті розділяються, що призводить до неможливості зберігати свідомі спогади про травматичну ситуацію; травматичне переживання запам'ятовується в усій своїй цілісності - почуття, відчуття, думки, картинки; травматичні переживання можуть залишитися в м'язах тіла на все життя. При одноразовому травматичному впливі зв'язки в головному мозку можуть відновитися, тому найважливіше - провести своєчасну стабілізацію стану людини [80].

Психотравмою можуть бути неконтрольовані психічні реакції на життєві події, розлади в роботі мозку та відповідні хворобливі прояви особистості, а також психосоматичні захворювання.

Негативні наслідки травматичних ситуацій часто проявляються у формі психічних станів, таких як страх, жах, безпорадність та інші, які відображають об'єктивний характер подій та властивості самої людини. Тривалість цих станів може коливатися від кількох хвилин до декількох років і залежить від сили впливу зовнішніх подій та індивідуальних особливостей людини.

Фрейд ідентифікує дві основні форми реакції на психотравмуючу подію: витіснення і фіксацію на травмі. Ці концепції відображаються в сучасній теорії відстрочених реакцій на стресові ситуації.

Виділяються чотири основні способи, за якими людина може реагувати на травмуючу ситуацію:

- блокування сприйняття: відчуття, що все відбувається як через туман;
- заморожування почуттів: відсутність емоцій, байдужість, холодність;
- відчуття себе поза тілом: враження, що людина виходить за межі свого тіла, і подія сприймається як щось, що сталося з боку;
- розділення на субособи [12].

Після травматичного досвіду свідомість особи може розділитись на здорову, травмовану та виживаючу частини (Ф. Рупперт).

Ознаки здорових частин:

- здатність відкрито сприймати реальність;
- адекватне вираження почуттів;
- довіра до інших людей;
- готовність до рефлексії власних дій.
- готовність до свідомого прийняття відповідальності.

Ознаки травмованих частин:

- зберігання спогадів про травму;
- зупинка в розвитку на момент травми;
- прагнення знайти вихід з травми, наприклад, шляхом повторного переживання;
- реагування на тригери несподіваним вибухом емоцій.

Ознаки виживаючих частин:

- витіснення та заперечення травми;
- спроба уникнути згадування про травму;
- прагнення знаходити компенсацію;
- будівництво ілюзій.

Наслідки травми включають:

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- схильність до суїциду;
- розвиток залежностей (від алкоголю, наркотиків та ін.);
- розщеплення особистості;
- інтеріоризація агресії;
- психосоматичні захворювання (згідно з оцінками психологів, від 80 до 100% психосоматичних захворювань розвиваються з травм);
- соціальні аспекти (відсутність підтримки, громадська думка, вплив травми на особистість та оточення тощо) [21].

Згідно з діагностичними критеріями Американської психіатричної асоціації, психотравма прямо пов'язана з посттравматичним стресовим розладом, за яким:

- клієнт переживає подію, що виходить за межі звичайного життєвого досвіду і може викликати виражене напруження будь-якої людини, таке як серйозна загроза життю або фізичній цілісності; серйозна загроза або шкода, заподіяна дитині, подружжю або іншим близьким родичам і друзям; раптове руйнування помешкання;
- ця травматична подія повторно переживається;
- виявляється уперте уникнення подразників, пов'язаних з психотравмою, або зниження емоційного резонансу, байдужість, яка не спостерігалася до травми;
- спостерігаються стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігалися до травми.

Психічна травма, або посттравматичний синдром, за словами Б. Колодзіна, проявляється наступними клінічними симптомами:

- до першої групи можна включити прояви, пов'язані зі станами страху, тривоги та підвищеної настороженості. Загальна тривожність виявляється у постійних острахах, перейманнях стосовно різних сфер

життя, почуттях непевності, вини та інших. Невмотивована настороженість проявляється у поведінці людини так, ніби постійно їй загрожує небезпека, вона з підозрою слідкує за всім, що відбувається навколо неї.

- до другої групи симптомів можна віднести до проявів різних станів та агресії.

Загальна агресивність проявляється в тому, що людина намагається вирішити всі проблеми за допомогою грубої сили тоді, коли це не зумовлено реальною ситуацією. «Вибухова» реакція відбувається, коли при найменшій загрозі людина діє неадекватно, мовляв, мова йде про її життя - вона шукає захисту, агресивно захищає себе і т. д. Напади люті - це вибухоподібна неадекватна реакція лютості на будь-які перешкоди у стосунках та життєдіяльності [21].

- до третьої групи симптомів можна включити депресивні стани та їх прояви. Депресія виявляється у тому, що у такому стані все навколишнє здається не варте уваги, немає сенсу, а саме життя - безпросвітним існуванням. Думки про самогубство виникають як наслідок депресивного стану, коли життя здається більш лякаючим і важким, ніж смерть. Притупленість емоцій полягає в тому, що людина втрачає здатність до нормальних емоційних проявів і переживань, життя стає сірим і безрадіним.
- до четвертої групи відносяться інші психічні і психофізичні прояви, такі як: нав'язливі спогади, коли до людини несподівано повертаються небажані, пов'язані з травмуючими подіями спогади. Часто це можуть бути кошмарні сновидіння. Галюцинагенні переживання, коли людина реагує не на реальну ситуацію, а виходячи зі змісту своїх галюцинагенних станів. Безсоння, яке проявляється у труднощах засинання та в перервах під час сну, пов'язаних з переживаннями уві сні травматичних подій минулого та страхом перед ними [21].

Якщо людина пережила травматичну подію, але не відреагувала на неї, то вона залишається у минулому. Травмуюча подія притягує її до себе і не відпускає. Тому існує значна ймовірність, що ці люди можуть стикнутися з повторною травматичною ситуацією у майбутньому. Вони намагаються пережити ту саму травмуючу подію знову, щоб відреагувати на неї.

1.3. Особливості прояву психологічної травми у осіб різного віку

Під час зіткнення з травматичною подією людина відчуває страх, що спричиняє інстинктивну реакцію - боротьбу або втечу. Ця реакція служить захистом організму, оскільки вона активує виділення гормонів, які підвищують пильність, збільшують артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і дихання.

У дітей, які пережили травматичний емоційний стрес, механізм пам'яті працює інакше - це механізм травми пам'яті, який є необхідним для виживання особи.

Гостра стресова реакція - це короткий період, коли виникають небажані спогади, які виникають протягом місяця після того, як дитина пережила травматичну подію або була її свідком [5].

Найбільш поширеними симптомами в рамках посттравматичного стресового розладу у постраждалих дітей протягом перших 2-3 місяців є наступні:

- симптоми повторного переживання (90,7%): часті нав'язливі думки, стереотипні сновидіння та емоційно забарвлені спогади про травматичну подію. Вони можуть стосуватися не лише самої травматичної події, але і ситуацій, пов'язаних з розлукою з сім'єю, такими як лікування, операція або похоронні церемонії;

- симптоми уникнення (79,5%): намагання уникати ситуацій, що нагадують про травматичну подію, уникання розмов про неї, втрата інтересу до раніше цікавого спілкування та діяльності. У деяких випадках може спостерігатися часткова амнезія;
- симптоми нервового збудження (77,3%): гіперактивність, емоційна нестабільність, дратівливість, погана концентрація уваги [43].

Реакція дитини на травматичну подію залежить від обставин, віку дитини та її психологічного стану. Також впливають особливості та навички подолання кризової ситуації, як вони взаємодіють з батьками, опікунами та іншими дорослими.

Дошкільний вік. У дітей дошкільного віку можуть спостерігатися страх, проблеми зі сном, безпричинний плач, відображення подій у іграх або малюнках, відмова від їжі. Вони можуть також повертатися до поведінки, що більш характерна для молодшого віку.

Діти молодшого шкільного віку. У дітей молодшого шкільного віку можуть виникати безсоння, байдужість, страх, невпевненість у собі, головний біль, замкнутість та проблеми з пам'яттю.

Підлітковий вік. У підлітків можуть спостерігатися агресія, бунт, головний біль, недовіра до людей (навіть до рідних), апатія, проблеми з самооцінкою, депресія та тривога.

У дітей часто спостерігаються травматичні стресові реакції, які найкраще розуміються в контексті їх соціально-емоційного та когнітивного розвитку. Діти реагують на стрес від насильства по-різному, залежно від рівня свого розвитку. Крім того, насильство, війна та тероризм часто призводять до багаторівневого каскаду негативних подій, таких як втрата близьких, переміщення, раптові зміни в повсякденному житті та суспільних цінностях. Ці негативні досвіди впливають на дитячий мозок, розум і тіло, викликаючи організовану реакцію всього організму. Втеча та вимушена міграція є додатковими факторами ризику для психічного здоров'я дітей, особливо для

неповнолітніх без супроводу та розлучених зі своїми батьками. Враховуючи ці обставини, важливо при плануванні психологічної підтримки враховувати вік дитини, етап її психофізіологічного розвитку, характер пережитих травматичних подій, особливості взаємодії в сім'ї, а також її психологічний комфорт у нових умовах життя [43].

Під час травматичної події організм дитини активує «сигнали тривоги», готуючись до сильної реакції (рис.1.1.).

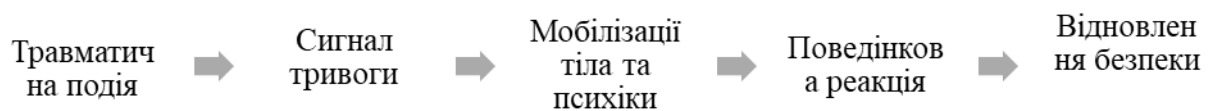


Рис. 1.1 Реакція дитини на травматичну подію

Етап тривоги. Виділення гормонів, необхідних для швидкої та сильної реакції на ситуацію, таких як адреналін, норадреналін та кортизон. Також виділяються анальгетики, які можуть притупити або навіть повністю вимкнути сенсibilізацію організму. Ця реакція зменшує напруження та захищає від больових потрясінь.

Етап збудження. Активізується ділянка мозку, відповідальна за емоції та нервову систему. Протягом певного часу (від 3 до 8 годин) людина може витримати таке навантаження, не шкодячи своєму здоров'ю (без їжі, сну та води), яке вона не змогла б витримати у звичайних умовах.

Етап розрядки. Цей етап особливо характеризується неконтрольованими поштовхами тіла, які можуть тривати кілька годин, і спрямовані на те, щоб звільнити організм від стресу.

Етап втоми. У цей період активуються системи соціального та емоційного контролю.

Розглянемо динаміку переживання травматичної ситуації дорослої людини, яка складається з чотирьох етапів.

На першому етапі, який називається фазою заперечення або шоку, людина не може емоційно прийняти подію, яка сталася, що настає безпосередньо після травматичного впливу. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап зазвичай досить короткий.

Другий етап, відомий як фаза агресії та провини, полягає в тому, що людина поступово починає усвідомлювати те, що сталося, і намагається звинувачувати у цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім вона направляє свою агресію на саму себе і відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап - фаза депресії - виникає, коли людина усвідомлює, що обставини переважають над нею. Цей етап супроводжується почуттями безпорадності, самотності і власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, втрачає відчуття мети, а життя стає безглуздим: «Що б я не робив, нічого не зміниться».

На цьому етапі надзвичайно важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, що переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «зараження» її станом. Крім того, людина в депресивному настрої втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, а почуття самотності зростають.

Четвертий етап - це фаза зцілення. Характеризується повним (свідомим та емоційним) прийняттям свого минулого і отриманням нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінити себе і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина може отримати з того, що сталося корисний життєвий досвід [21].

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не пройде через фази проживання травматичної ситуації, етапи

можуть затягнутися і не мати логічного завершення, що може призвести до появи симптомів (посттравматичний стресовий розлад), з якими він вже не може впоратися самостійно.

У контексті посттравматичної патології більшість дослідників розрізняють три основні групи симптомів:

- надмірне збудження, що включає вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що пов'язані з травматичною подією;
- періодичні напади депресивного настрою, які проявляються притупленістю почуттів, емоційною заціпеністю, відчаєм та усвідомленням безвихідності;
- риси істеричного реагування, такі як паралічі, сліпота, глухота, нервові тремтіння [62].

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділяють також стани, які є характерними для ПТСР:

- «Солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість);
- синдром того, хто вижив (хронічне почуття провини за те, що залишився живим);
- флешбек-синдром (спогади про «непереносні» події, що насильно втручаються у свідомість);
- прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками);
- синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою);

- посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пільг та привілеїв і переходом до пасивної життєвої позиції) [62].

Ці стани мають певну динаміку, із зростанням віку посттравматична симптоматика може не лише не слабшати, але й ставати усе більш вираженою.

Розглянемо реакцію людей похилого віку на психологічні травми.

Основні прояви це:

- погана орієнтація в часі та просторі;
- погіршення короткочасної пам'яті;
- забудькуватість, неуважність і неуважність;
- маячні стани та галюцинації;
- проблеми з мовленням;
- ірраціональність у поведінці [26].

Особливості прояву психологічної травми у осіб різного віку вказують на значний вплив травматичних подій на психічне та емоційне становище людини. У дітей часто спостерігається надмірна тривога, боязнь, а також зміни у поведінці та сні. У підлітків можуть виникати агресивні реакції, бунти, апатія та проблеми зі самооцінкою. У дорослих виявляється схильність до депресивних станів, тривоги, а також ускладнень у міжособистісних відносинах. У людей похилого віку може спостерігатися поглиблення депресії, соціальна ізоляція та зниження якості життя [51].

Висновки до розділу 1

1. У процесі дослідження було визначено, що травмуюча ситуація у психологічній науці визначається як подія, яка порушує звичний спосіб життя людини, створюючи умови для глибоких змін у її психічному стані. Травмуючі ситуації включають надзвичайні події, які мають руйнівний вплив на психіку індивіда. До таких ситуацій належать військові конфлікти, природні катастрофи, екологічні аварії, терористичні акти, сексуальне насильство,

раптові загрози захворювань тощо. Вони викликають серйозні зміни у свідомості людини, порушують її звичний спосіб життя і можуть спричинити потребу в адаптації до нових умов реальності.

Ознаки травмуючих ситуацій включають створення нової реальності для людини, екзистенційні дилеми, подвійність загрози і можливості, трансформацію особистості та розірвання ідентичності. Це означає, що людина опиняється в ситуації, де старі способи мислення і поведінки не працюють, і необхідно адаптуватися до нових умов. Вивчення таких ситуацій є важливим для розуміння того, як стрес і психологічні потрясіння можуть впливати на психіку, і для розробки ефективних методів надання психологічної допомоги.

2. Досліджено поняття психологічної травми та особливості її прояву у осіб різного віку. За результатами дослідження виявлено, що психологічна травма є реакцією на стресові події, які порушують нормальну адаптацію особистості та можуть призвести до різноманітних психічних розладів. Прояви психологічної травми можуть бути різноманітними і включати такі симптоми, як тривога, депресія, агресія, нав'язливі спогади, безсоння та інші психопатологічні ознаки. Розуміння цих проявів є важливим для коректного діагностування та надання допомоги постраждалим.

Психологічна травма проявляється по-різному у людей різного віку. У дітей після травмуючої події часто спостерігаються страхи, проблеми зі сном, нав'язливі спогади та фобічне уникання ситуацій, пов'язаних з травматичною подією. Це може серйозно вплинути на розвиток дитини і її соціалізацію. У підлітків травма може проявлятися через агресивну поведінку, бунт, апатію, проблеми з самооцінкою, а також фізичні симптоми, такі як головний біль. У дорослих осіб психологічна травма часто супроводжується депресивними епізодами, надмірним збудженням або істеричними реакціями, які можуть включати паралічі, нервові тремтіння і панічні атаки. У людей похилого віку психологічні травми можуть спричинити проблеми з пам'яттю, галюцинації,

маячні стани, а також ірраціональну поведінку, що погіршує якість їхнього життя.

3. Вивчення травмуючих ситуацій та психологічної травми має важливе теоретичне і практичне значення. З теоретичної точки зору, це дослідження дозволяє більш глибоко зрозуміти механізми виникнення та розвитку психологічної травми, а також фактори, які впливають на її прояви у різних вікових групах. З практичної точки зору, результати можуть бути використані для розробки нових методів психологічної допомоги, спрямованих на зменшення наслідків травмуючих ситуацій. Це особливо важливо для створення інтервенційних програм для дітей, підлітків, дорослих та людей похилого віку, які пережили стресові події. Окрім того, виявлені закономірності можуть бути корисними для розробки програм превентивного впливу, що допоможуть зменшити ймовірність розвитку психологічних порушень після травмуючих подій. Адже ефективне реагування на травмуючі ситуації вимагає не лише знань про їхні наслідки, а й врахування індивідуальних особливостей кожної людини, її віку, психічного стану та контексту ситуації. Тому важливо продовжувати удосконалення підходів до психологічної допомоги та адаптації їх до різних вікових категорій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧОЇ СИТУАЦІЇ ВІЙНИ ОСОБАМИ РІЗНОГО ВІКУ

2.1. Опис етапів та методик емпіричного дослідження особливостей переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку

Порушення психічного здоров'я – це є один із наслідків переживання травмуючої ситуації. І в дорослих, і в дітей на фоні пережитої травми можуть розвиватися не лише ПТСР, який може проявлятися з часом, а й супутні психічні розлади. Для проведення психодіагностичного дослідження одним із перших кроків являється скринінг. Скринінг не дає можливості встановлення точного діагнозу, але дає можливість виявлення осіб з високим ступенем ризику. Для цього використовують невеликі комплексні скринінгові опитувальники, які мають на меті оцінити вплив травмівної ситуації, визначити рівень переживання, тип травмівної події та наявність симптомів ПТСР. Дані опитувальники не є такими, що визначають діагноз але з їх допомогою можна виявити симптоми, що дає можливість проведення більш ґрунтовного дослідження. Своєчасне виявлення симптомів дозволяє якнайшвидше розпочати роботу з людиною, щоб зменшити негативні наслідки психологічної травми.

Емпіричне дослідження проводилось з метою виявлення особливостей переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку.

База та вибірка дослідження.

У дослідженні брали участь три групи респондентів, загалом 60 осіб (за віком та соціальним статусом):

- 18-25 (студенти);
- 25-55 (працюючі особи);
- від 55 років (люди передпенсійного віку та пенсіонери).

Розподіл досліджуваних за статтю наведено на рис.2.1.

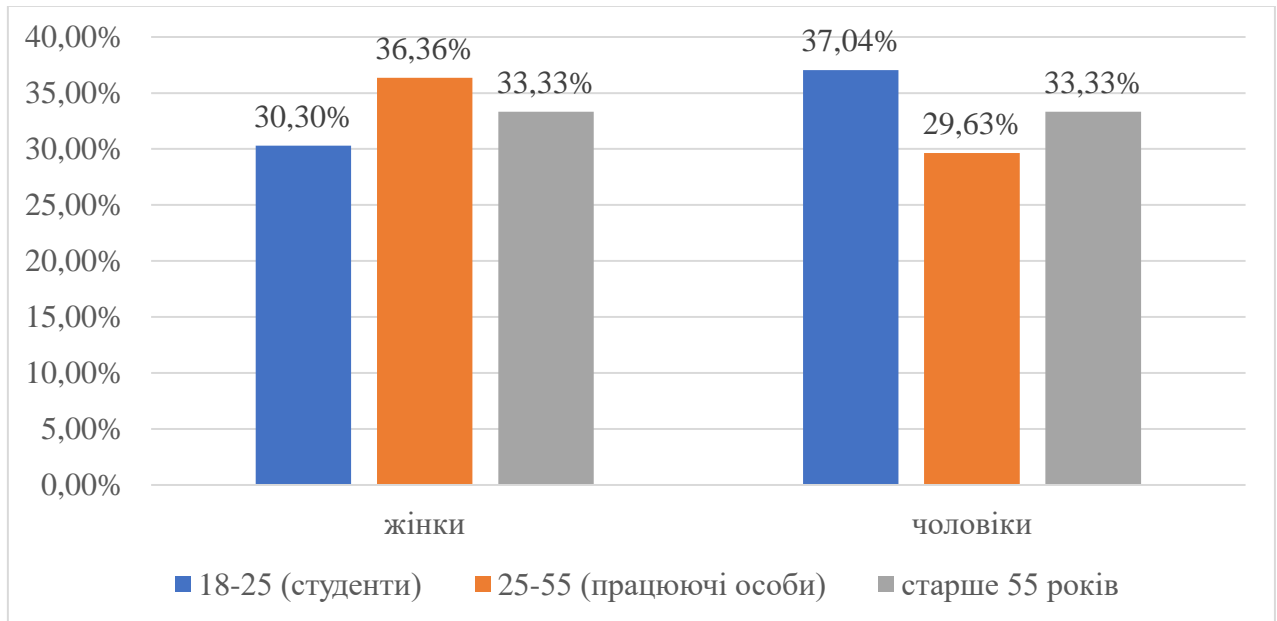


Рис. 2.1 Гендерна структура досліджуваних, %

Отже, серед респондентів 55% жінок, серед яких 30,3% студентів, 36,36% працюючих осіб та 33,33% осіб старше 55 років. Частка чоловіків серед досліджуваних осіб склала 45%, серед яких 37,04% студентів, 29,63% працюючих осіб та 33,33% осіб старше 55 років.

Всі досліджувані проживають в зоні, де часто відбуваються ракетні обстріли, атаки БПЛА, періодично стаються попадання по адміністративним чи житловим будівлям, що приводить до руйнування житла людей і до їх загибелі. Зважаючи на воєнний стан, який триває з лютого 2022 року, активну мобілізацію чоловіків, постійні новини про загибель знайомих чи рідних, навчання в дистанційному режимі, всі опитувані, в тій чи іншій мірі перебувають в стресових ситуаціях, які мають травмуючий вплив на їх психіку. Кожна людина індивідуально реагує на події навколо неї та має різний рівень стресостійкості. Окрім того, різні вікові категорії можуть по різному реагувати на стрес, що і буде перевірено в нашому дослідженні.

Зазначимо, що жоден з досліджуваних не воював, не перебував в полоні і не піддавався катуванню. Тому, всі досліджувані перебувають у відносно однакових умовах стосовно рівня рівня їх травматичності для психіки людини.

Розглянемо основні етапи емпіричного дослідження (рис.2.2).



Рис. 2.2 Основні етапи емпіричного дослідження особливостей переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку

При проведенні дослідження було використано такі методики:

1. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised, IES-R), яку було використано з метою оцінки впливу травмивної події на досліджуваних (дод.А).

2. Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) було використано для виявлення супутніх розладів (депресія; тривожний розлад; зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами) (дод.Б).

3. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методику (PCL-C) було застосовано для виявлення ключових симптомів ПТСР та уточнення діагнозу (дод.В).

4. Шкала тривоги Бека (BAI) була використана з метою виявлення рівня тривожності досліджуваних [52].

Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised, IES-R) оцінює суб'єктивний дистрес, викликаний травматичною подією.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) визнана на світовому рівні як валідний і прогностично значущий інструмент. Вона дозволяє виявити початкові симптоми гострого стресового розладу (ГСР) і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та оцінити ступінь їхньої вираженості.

Методика IES-R була розроблена на основі дослідження, проведеного М. Горовіцем, Н. Вілнером та В. Алваресом, і вперше опублікована в 1979 році. Початкова версія шкали включала 15 тверджень, які дозволяли оцінювати реакції «вторгнення» та «уникнення». У 1995 році методику розширили психіатр Д.С. Вейс разом із колегами, додавши 7 пунктів, що стосуються симптомів збудження, яких не було в початковій версії. Наразі сучасна шкала IES-R складається з 22 пунктів. Схема балів, розроблена Горовіцем для початкової версії, залишилася незмінною в оновленій версії і передбачає оцінювання відповідей: 0 для «ні», 1 для «зовсім рідко», 3 для «іноді» та 5 для «часто».

Цей інструмент не є діагностичним для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але є відповідним інструментом для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну травматичну подію. Тест містить 22 запитання. Результати розподіляються по 3 шкалам:

- Шкала «вторгнення» (від 0 до 32 балів);
- Шкала «уникнення» (від 0 до 32 балів);
- Шкала «фізіологічна збудливість» (від 0 до 24 балів).

Для визначення рівня впливу травмуючої ситуації на особистість використовуються такі показники (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Рівень впливу травмуючої ситуації на особистість за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R»

Рівні впливу травмуючої ситуації	Бали	Характеристика
Низький	0-23	незначний вплив травмуючої ситуації
Середній (порогове значення)	24-32	ПТСР може бути клінічно значущою проблемою. Навіть якщо люди з такими показниками не мають повноцінного ПТСР, їм варто запідозрити наявність часткового ПТСР або окремих симптомів
Вище середнього (граничне значення)	33-38	оптимальний поріг для ймовірного діагнозу ПТСР
Високий	39-88	такий рівень може значно пригнічувати роботу імунної системи, і цей ефект може зберігатися навіть через 10 років після травматичної події

Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9)

«Опитувальник для оцінки стану здоров'я клієнта (PHQ-9)» – це дев'ятибальна шкала самооцінки, що є ефективним інструментом для виявлення великого депресивного розладу (ВДР), а також для підбору відповідної терапії та контролю її ефективності [68].

PHQ-9 призначений для осіб старше 18 років і є ефективним інструментом для швидкої самооцінки депресії. Заповнення анкети займає лише 3-5 хвилин, що робить її зручною та доступною для респондентів.

Хоча опитувальник не забезпечує повної діагностичної точності, його використання дозволяє клієнту самостійно заповнити бланк, що сприяє швидкому визначенню рівня депресії шляхом підсумовування набраних балів. При досягненні певного порогового значення уточнюються особливості прояву депресивних симптомів, що дозволяє поставити синдромальний діагноз та визначити ступінь тяжкості розладу, оцінюючи вплив симптомів на повсякденне функціонування. Також цей підхід використовується для підтвердження або виключення діагнозу ПТСР, вибору відповідної терапії та прогнозування результатів лікування.

Для отримання результатів за шкалою PHQ-9 використовується сума балів, нарахованих за такими критеріями частоти проявів симптомів депресії:

- Симптоми зовсім не турбували – 0 балів;
- Симптоми турбували декілька днів – 1 бал;
- Симптоми турбували більше половини днів – 2 бали;
- Симптоми турбували майже щодня – 3 бали.

Під час інтерпретації результатів слід враховувати, що для діагностики депресивного розладу сумарний бал ≥ 10 забезпечує 83% інформативності. Даний метод дозволяє швидко й ефективно оцінити наявність та інтенсивність депресивних симптомів для подальшого визначення потреби в терапії.

Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) наведені в табл.2.2.

Таблиця 2.2

**Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я
(PHQ-9)**

Бали	Ступінь депресії	Рекомендації
0–4	Відсутність або мінімальні симптоми	Лікування не потрібне, але може бути корисним регулярний моніторинг.
5–9	Легка депресія	Консультація з лікарем для виявлення причин симптомів та визначення стратегії лікування.
10–14	Помірна депресія	Рекомендується психотерапія, антидепресанти або комбінація цих методів.
15–19	Виражена депресія	Потребує медикаментозного лікування та психотерапії; бажано звернутись до фахівця з психічного здоров'я.
20–27	Тяжка депресія	Інтенсивне медикаментозне лікування, психотерапія; можлива госпіталізація.

Вищий бал свідчить про більшу вираженість симптомів депресії. Якщо респондент набирає 10 або більше балів (помірний, середній або важкий рівень), рекомендується додаткова діагностика. Особливу увагу слід приділити пункту 9: «У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду», якщо респондент відповідає з балом 1, 2 або 3. Це потребує негайної перевірки на наявність суїцидальних намірів. Також необхідно врахувати 10-е контрольне питання для респондентів, які

мають ≥ 3 бали за кілька пунктів: «Оцініть, наскільки важко вам було працювати, займатися домашніми справами або взаємодіяти з іншими людьми через ці проблеми». Хоча відповідь на це питання не впливає на загальний бал, вона важлива для оцінки впливу симптомів на якість життя

Результати за даною методикою не слід розглядати як остаточний діагноз, вони слугують лише інструментом для виявлення можливих ознак депресії. Інтерпретацію доцільно здійснювати за участі кваліфікованого медичного фахівця, який врахує додаткові фактори, такі як загальний стан здоров'я клієнта, супутні симптоми та життєві обставини.

Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–C)

Шкала самооцінки ПТСР (PCL–C) для цивільного населення містить 17 запитань, які відображають симптоматику ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5, з можливістю обробки результатів кількома методами. Основними завданнями PCL–C є:

- індивідуальний скринінг на наявність симптомів ПТСР;
- встановлення попереднього діагнозу ПТСР;
- моніторинг змін у симптомах під час та після лікування.

Відповідачі, оцінюючи кожен пункт, обирають варіанти відповідей на поставлене запитання, за критеріями;

- ніскільки – 0;
- трохи – 1;
- помірно – 2;
- сильно – 3;
- дуже сильно – 4.

Підрахунки відповідей можна зробити по групах симптомів згідно DSM-5. Для цього необхідно скласти результати кожної окремої групи:

- група В (інтрузивні симптоми, які виникли через травматичну подію та пов'язані з нею) – питання 1-5;

- група С (стійке уникання подразників, що пов'язані з травматичним досвідом) – питання 6-7;
- група D (негативні зміни в настрої та когніціях, що виникають після травматичної події) – питання 8-12;
- група E (надмірна реактивність та збудливість, що виникають після травматичної події) – питання 13-17.

Попередньо, якщо підтвердженням симптому вважати відповідь «помірно» або вища діагноз можна зробити дотримуючись правил діагностики DSM-5 та отримати як мінімум:

- один рядок із групи В;
- один рядок із групи С;
- два рядки із групи D;
- два рядки із групи E.

Про загальну важкість симптомів можна вказувати підсумувавши результати за всіма пунктами. В такому разі отримуємо діапазон оцінювання може бути від 17 до 85 балів. Оптимальний показник, який свідчить про підозру на ПТСР – 50 балів і більше.

Дані показники не дають підстав постановки діагнозу, проте вони свідчать про клінічне відхилення від норми.

Для оцінки результатів за шкалою PCL–С наявність ПТСР та окремих симптомів ПТСР використаємо такі шкали (табл.2.3).

Таблиця 2.3

Рівень прояву ПТСР

Рівень прояву ПТСР	Бали	Інтерпретація
Наявність ПТСР	≥ 50 балів	Ймовірна наявність ПТСР. Потрібно звернутися за подальшою діагностикою та консультацією фахівця
Окремі симптоми ПТСР	20-49 балів	Наявність деяких симптомів ПТСР, які можуть свідчити про необхідність додаткового обстеження
Нормативні показники	≤ 19 балів	Симптоми відсутні або не виходять за межі норми

Під час інтерпретації відповідей важливо звернути увагу на те, чи наявні підтвердження основних груп симптомів (групи В, С, D, E) згідно з критеріями DSM-5 для встановлення можливого діагнозу ПТСР.

Шкала тривоги Бека (BAI)

Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скорочено BAI) – це клінічний інструмент, призначений для скринінгу тривожних станів і визначення їхньої інтенсивності. Вона включає 21 твердження, розроблене за аналогією з методикою BDI (Шкала депресії Бека). Кожне твердження описує симптом або скаргу, пов'язану з тривожністю, і оцінюється за шкалою: від 0 – «зовсім не стосується мене» до 3 – «цілком про мене».

Ця клінічна методика призначена для попередньої оцінки ступеня вираженості тривожних розладів серед широкого кола осіб: підлітків від 14 років, дорослих та людей похилого віку, а також для застосування в клінічній практиці та під час скринінгових досліджень. Шкала тривоги Бека є простим та зручним інструментом для самостійного проходження і оцінки тривожних симптомів. Інтерпретація тесту проводиться шляхом підрахунку загальної кількості балів, і оцінюється за такими рівнями (табл.2.4).

Таблиця 2.4

Рівні тривожності за методикою «Шкала тривоги Бека (ВАІ)»

Рівень тривоги	Діапазон балів	Інтерпретація
низька тривожність	0-21 балів	Низький або незначний рівень тривоги
помірна тривожність	22-35 балів	Середній рівень виразності тривожності
високий рівень тривожності	36 балів і більше	Високий рівень тривоги, може потребувати уваги

В наступному пункті роботи будуть описані отримані результати емпіричного дослідження за обраними методиками.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Результати діагностики студентів (18-25 років) за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R» наведені в табл.2.5.

Таблиця 2.5

Результати рівня реакції студентів на стресові події (травми)

Показник	Рівень реакції	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%
Вторгнення	низький	1	10,00%	2	20,00%	3	15,00%
	середній	4	40,00%	4	40,00%	8	40,00%
	вище середнього	3	30,00%	3	30,00%	6	30,00%
	високий	2	20,00%	1	10,00%	3	15,00%
Уникнення	низький	1	10,00%	2	20,00%	3	15,00%
	середній	4	40,00%	3	30,00%	7	35,00%
	вище середнього	3	30,00%	4	40,00%	7	35,00%
	високий	2	20,00%	1	10,00%	3	15,00%
Фізіологічна збудливість	низький	1	10,00%	1	10,00%	2	10,00%
	середній	5	50,00%	4	40,00%	9	45,00%
	вище середнього	3	30,00%	3	30,00%	6	30,00%
	високий	1	10,00%	2	20,00%	3	15,00%
Загальний показник	низький	1	10,00%	2	16,67%	3	13,33%
	середній	4	43,33%	4	36,67%	8	40,00%
	вище середнього	3	30,00%	3	33,33%	6	31,67%
	високий	2	16,67%	1	13,33%	3	15,00%

Серед студентів високий рівень реакцій на стресові події (травми) виявлено за шкалою «вторгнення» у 15%, за шкалою «уникнення» у 15% та за

шкалою «фізіологічна збудливість» у 15%. При цьому, розподіл показників за статтю дещо відрізняється і рівень реакцій на стресові події (травми) у чоловіків виявлений вищий, ніж у жінок, що пояснюється масовою мобілізацією чоловіків, їх переживанням з цього приводу. Загальний показник реакцій на стресові події (травми) у чоловіків вищий, ніж у жінок серед категорії «студенти».

Високий рівень реакції за шкалою «вторгнення» вказує на серйозний вплив травми, коли такі спогади є частими та інтенсивними, що може призводити до значних порушень в адаптації. Високий рівень реакції за шкалою «уникнення» свідчить про сильну тенденцію уникати всього, що нагадує про травму, що може істотно вплинути на соціальне та академічне життя. Високий рівень реакції за шкалою «фізіологічна збудливість» показує високий рівень фізіологічної збудливості, що може спричиняти значні труднощі, пов'язані з життєдіяльністю та навчанням. Так як високий рівень виявлено у 15% студентів, то можна зробити висновки, що вони потребують психологічної допомоги, оскільки не здатні самостійно справлятися з травмуючими подіями.

Показники вище середнього за шкалою «вторгнення» виявлено у 30% студентів, за шкалою «уникнення» у 35% студентів та за шкалою «фізіологічна збудливість» у 30% студентів. Реакція на травмуючі події за шкалою «вторгнення» вище середнього означає значну кількість нав'язливих думок і спогадів, які можуть заважати повсякденній діяльності. Реакція на травмуючі події за шкалою «уникнення» вище середнього вказує на постійне уникнення таких ситуацій, що може обмежувати нормальну діяльність. Реакція на травмуючі події за шкалою «фізіологічна збудливість» вище середнього свідчить про регулярні та досить інтенсивні фізіологічні реакції, які можуть ускладнювати функціонування. Серед досліджуваних студентів рівень вище середнього виявлено у 31,67%, студенти, які попали в дану категорію також потребують психологічної допомоги, хоча їх психологічний стан не такий

критичний, як у тих, у кого виявлено високий рівень реакції на стресові події (травми).

Середній рівень реакції за шкалою «вторгнення» виявлено у 40% студентів, за шкалою «уникнення» у 35% студентів та за шкалою «фізіологічна збудливість» у 45% студентів. Середній рівень за шкалою «вторгнення» свідчить про наявність помірної кількості таких спогадів. Середній рівень за шкалою «уникнення» показує, що студент періодично уникає ситуацій або думок, пов'язаних із травмою. Середній рівень за шкалою «фізіологічна збудливість» вказує на помірні фізичні симптоми, які періодично виникають. 40% студентів, у яких виявлено середній рівень реакції на стресові події (травми) в цілому здатні самостійно справитись зі стресом, однак, допомога та рекомендації фахівців не будуть зайві, оскільки стрес може накопичуватись і реакція на травмуючі події не завжди буває швидкою.

Низький рівень реакції за шкалою «вторгнення» виявлено у 15% студентів, за шкалою «уникнення» у 15% студентів та за шкалою «фізіологічна збудливість» у 10% студентів. Низький рівень за шкалою «вторгнення» означає, що студент рідко або взагалі не стикається з повторюваними спогадами, що вказує на мінімальний вплив травми. Низький рівень за шкалою «уникнення» означає відсутність або мінімальний рівень уникання. Низький рівень за шкалою «фізіологічна збудливість» означає відсутність або мінімальні фізіологічні симптоми тривоги. Студентів з низьким рівнем реакції на стресові події (травми) виявлено всього 13,13% і ці студенти на даний момент не потребують допомоги психолога.

Результати діагностики працюючих осіб (26-54 років) за методикою **«Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R»** наведені в табл.2.6.

Таблиця 2.6

Результати рівня реакції працюючих осіб на стресові події (травми)

Показник	Рівень реакції	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%
Вторгнення	низький	2	25,00%	2	16,67%	4	20,00%
	середній	2	25,00%	4	33,33%	6	30,00%
	вище середнього	3	37,50%	4	33,33%	7	35,00%
	високий	1	12,50%	2	16,67%	3	15,00%
Уникнення	низький	2	25,00%	3	25,00%	5	25,00%
	середній	3	37,50%	4	33,33%	7	35,00%
	вище середнього	2	25,00%	4	33,33%	6	30,00%
	високий	1	12,50%	1	8,33%	2	10,00%
Фізіологічна збудливість	низький	2	25,00%	2	16,67%	4	20,00%
	середній	3	37,50%	4	33,33%	7	35,00%
	вище середнього	2	25,00%	4	33,33%	6	30,00%
	високий	1	12,50%	2	16,67%	3	15,00%
Загальний показник	низький	2	25,00%	2	19,44%	4	21,67%
	середній	3	33,33%	4	33,33%	7	33,33%
	вище середнього	2	29,17%	4	33,33%	6	31,67%
	високий	1	12,50%	1	13,89%	3	13,33%

Серед працюючих осіб високий рівень реакцій на стресові події (травми) виявлено за шкалою «вторгнення» у 15%, за шкалою «уникнення» у 10% та за шкалою «фізіологічна збудливість» у 15%. Загальний рівень реакцій на стресові події вищий у жінок, ніж у чоловіків. Це можна пояснити тим, що жінки більше нервують через переживання за дітей, здоров'я та безпеку чоловіків, які перебувають на фронті або знаходяться під загрозою мобілізації, а також через постійний стрес у зв'язку з війною.

Показники вище середнього за шкалою «вторгнення» виявлено у 35% працюючих осіб, за шкалою «уникнення» у 30%, а за шкалою «фізіологічна збудливість» – також у 30%. Таким чином, серед працюючих осіб, які мають рівень вище середнього (31,67%), також є потреба у психологічній підтримці, хоча їх психологічний стан не є критичним.

Середній рівень реакції за шкалою «вторгнення» виявлено у 30% працюючих осіб, за шкалою «уникнення» у 35%, а за шкалою «фізіологічна збудливість» – у 35%. Працюючі особи зі середнім рівнем реакції на стресові

події (40%) здатні самотійно справлятися зі стресом, однак консультація фахівця може бути корисною для профілактики накопичення стресу.

Низький рівень реакції за шкалою «вторгнення» виявлено у 20% працюючих осіб, за шкалою «уникнення» – у 25%, а за шкалою «фізіологічна збудливість» – у 20%. Низький рівень за шкалою «вторгнення» свідчить про те, що у цих осіб рідко виникають повторювані спогади про травму, що вказує на мінімальний її вплив. Низький рівень за шкалою «уникнення» свідчить про відсутність суттєвої потреби уникати нагадувань про травму. Низький рівень за шкалою «фізіологічна збудливість» вказує на мінімальні фізіологічні симптоми тривоги. Серед працюючих осіб, що показали низький рівень реакції на травматичні події (13,13%), немає потреби у психологічній допомозі на цей момент.

Результати діагностики пенсіонерів та осіб передпенсійного віку (старше 55 років) за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R» наведені в табл.2.7.

Таблиця 2.7

**Результати рівня реакції пенсіонерів та осіб передпенсійного віку
на стресові події (травми)**

Показник	Рівень реакції	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%
Вторгнення	низький	1	11,11%	1	5,00%	2	10,00%
	середній	2	22,22%	2	10,00%	4	20,00%
	вище середнього	4	44,44%	4	20,00%	8	40,00%
	високий	2	22,22%	4	20,00%	6	30,00%
Уникнення	низький	1	11,11%	1	5,00%	2	10,00%
	середній	2	22,22%	2	10,00%	4	20,00%
	вище середнього	4	44,44%	4	20,00%	8	40,00%
	високий	2	22,22%	4	20,00%	6	30,00%
Фізіологічна збудливість	низький	1	11,11%	1	5,00%	2	10,00%
	середній	2	22,22%	2	10,00%	4	20,00%
	вище середнього	4	44,44%	3	15,00%	7	35,00%
	високий	2	22,22%	5	25,00%	7	35,00%
Загальний показник	низький	1	11,11%	1	5,00%	2	10,00%
	середній	2	22,22%	2	10,00%	4	20,00%
	вище середнього	4	44,44%	4	18,33%	8	38,33%
	високий	2	22,22%	4	21,67%	6	31,67%

Серед пенсіонерів високий рівень реакцій на стресові події виявлено за шкалою «вторгнення» у 30%, за шкалою «уникнення» у 30% та за шкалою «фізіологічна збудливість» у 35%. Це вказує на те, що значна частина досліджуваних пенсіонерів має серйозні труднощі з обробкою травматичного досвіду, що може вимагати додаткової психологічної допомоги. Враховуючи зрілий вік опитуваних, наявність хронічних захворювань та нестабільність нервової системи, вони мають знижену стійкість до стресових впливів, що посилюється додатковими переживаннями через війну, низьку пенсію та переживання за рідних.

Показники вище середнього за шкалою «вторгнення» виявлено у 40% досліджуваних, за шкалою «уникнення» – у 40%, а за шкалою «фізіологічна збудливість» – у 35%. Це означає, що велику частину пенсіонерів турбують нав'язливі спогади про травму та потреба уникати ситуацій, які нагадують про неї, а також вони можуть відчувати значну фізіологічну збудженість. Такі реакції є характерними для осіб, чия нервова система вже втрачає здатність до швидкої адаптації, що сприяє постійному переживанню стресу.

Середній рівень реакцій на стресові події за шкалою «вторгнення» виявлено у 20% пенсіонерів, за шкалою «уникнення» у 20%, а за шкалою «фізіологічна збудливість» – у 20%. Ці особи здатні справлятися з травматичним досвідом без серйозних наслідків.

Низький рівень реакцій на стресові події за шкалою «вторгнення» виявлено у 10% пенсіонерів, за шкалою «уникнення» – у 10%, а за шкалою «фізіологічна збудливість» – у 10%. Це свідчить про те, що ці пенсіонери практично не мають проблем з травматичними спогадами або емоційною реакцією на стресові події.

Отже, за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R» найвищий рівень реакції на травмуючі ситуації виявлено у пенсіонерів (31,67% осіб мають високий рівень реакцій), значно нижчі показники у студентів (15%)

та у працюючих осіб (13,33%). Таким чином, пенсіонери та молодь виявились більш вразливими категоріями досліджуваних.

Результати діагностики досліджуваних студентів за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) наведені в табл.2.8.

Таблиця 2.8

Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) у студентів

Рівень прояву	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Відсутність або мінімальні симптоми	1	10,00%	2	20,00%	3	15,00%
Легка депресія	3	30,00%	3	30,00%	6	30,00%
Помірна депресія	4	40,00%	4	40,00%	8	40,00%
Виражена депресія	2	20,00%	1	10,00%	3	15,00%
Тяжка депресія	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Всього	10	100,00%	10	100,00%	20	200,00%

Серед студентів, які брали участь у дослідженні, найбільша кількість осіб (40,00%) продемонструвала помірну депресію. Легка депресія виявилася у 30,00% студентів, а виражена депресія спостерігалася у 15,00%. 15,00% респондентів не мали або мали мінімальні симптоми депресії, тоді як жоден із студентів не мав тяжкої депресії.

Серед опитаних жінок-студенток 40,00% мали помірну депресію, 30,00% – легку депресію, і 10,00% – виражену депресію. 20,00% жінок мали відсутність або мінімальні симптоми депресії, а тяжка депресія не була виявлена. Серед чоловіків 40,00% продемонстрували помірну депресію, 30,00% – легку депресію, і 20,00% – виражену депресію. 10,00% чоловіків не мали або мали мінімальні симптоми депресії, а тяжка депресія не спостерігалась.

Переважаючий стану помірної депресії у студентів означає, що вони вони переживають виражені емоційні труднощі, які можуть впливати на їхнє повсякденне функціонування. Такі студенти можуть відчувати значний рівень тривоги, суму або безнадії, що може знижувати їх здатність до концентрації,

навчання та соціальних взаємодій. Однак цей стан ще не є критичним і може бути подоланим за допомогою психологічної підтримки або терапії.

Результати діагностики досліджуваних працюючих осіб за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) наведені в табл.2.9.

Таблиця 2.9

Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) у працюючих осіб

Рівень прояву	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Відсутність або мінімальні симптоми	1	10,00%	2	20,00%	3	15,00%
Легка депресія	3	30,00%	2	20,00%	5	25,00%
Помірна депресія	3	30,00%	4	40,00%	7	35,00%
Виражена депресія	1	10,00%	3	30,00%	4	20,00%
Тяжка депресія	0	0,00%	1	10,00%	1	5,00%
Всього	8	80,00%	12	120,00%	20	200,00%

Результати діагностики за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) серед працюючих осіб показують різні рівні прояву депресії. Серед всіх працюючих осіб 35,00% мали помірну депресію, 25,00% – легку депресію, а 20,00% – виражену депресію. 15,00% респондентів не мали або мали мінімальні симптоми депресії, а 5,00% відчували тяжку депресію.

Серед чоловіків 30,00% мали легку депресію, 30,00% – помірну депресію, 10,00% – виражену депресію, а 10,00% не мали або мали мінімальні симптоми депресії. Тяжка депресія серед чоловіків не була виявлена.

Серед жінок 40,00% мали помірну депресію, 30,00% – виражену депресію, 20,00% – відсутність або мінімальні симптоми депресії, а 10,00% мали тяжку депресію. Легка депресія була виявлена у 20,00% жінок.

Загалом, результати демонструють, що серед працюючих осіб помірна депресія є найбільш поширеною, а виражена депресія частіше зустрічається серед жінок, які переживають через втрату близької людини.

Результати діагностики досліджуваних пенсіонерів за опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) наведені в табл.2.10.

Таблиця 2.10

**Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я
(PHQ-9) у пенсіонерів**

Рівень прояву	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Відсутність або мінімальні симптоми	1	11,11%	1	9,09%	2	10,00%
Легка депресія	2	22,22%	2	18,18%	4	20,00%
Помірна депресія	3	33,33%	4	36,36%	7	35,00%
Виражена депресія	3	33,33%	3	27,27%	6	30,00%
Тяжка депресія	0	0,00%	1	9,09%	1	5,00%
Всього	9	100,00%	11	100,00%	20	100,00%

Серед всіх пенсіонерів за результатами опитування виявлено, що 35,00% мають помірну депресію, 30,00% – виражену депресію, 20,00% – легку депресію, а 10,00% не мають або мають мінімальні симптоми депресії. Тільки у 5,00% виявлено тяжку депресію.

Серед чоловіків за результатами опитування виявлено, що 33,33% мають помірну депресію, 33,33% – виражену депресію, 22,22% – легку депресію, а 11,11% не мають або мають мінімальні симптоми депресії. Тяжка депресія серед чоловіків не виявлена.

Серед жінок за результатами опитування виявлено, що 36,36,00% мають помірну депресію, 27,27% – виражену депресію, 18,18% – легку депресію, а 10,00% не мають або мають мінімальні симптоми депресії. Тяжка депресія виявлена у 9,09% жінок.

Як бачимо, жінки пенсійного віку більше схильні до депресій і серед них 27,27% має виражену депресію та 9,09% тяжку депресію. Загалом, 30% мають виражену депресію, що пояснюється невизначеністю впливу оточуючих факторів (війна, інфляції, ракетні обстріли), а також наявністю вільного часу для перегляду новин, які в умовах війни переважно є негативними та відсутністю соціальної підтримки та підтримки рідних, що виїхали за кордон.

Наведемо результати дослідження за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР» у студентів в табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Рівня прояву ПТСР за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР» у студентів

	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Наявність ПТСР	1	10,00%	1	10,00%	2	10,00%
Окремі симптоми ПТСР	5	50,00%	5	50,00%	10	50,00%
Нормативні показники	4	40,00%	4	40,00%	8	40,00%
Всього	10	100,00%	10	100,00%	20	100,00%

10,00% студентів (1 чоловік і 1 жінка) продемонстрували наявність ПТСР, що вказує на наявність характерних симптомів, достатніх для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). 50,00% студентів (5 чоловіків і 5 жінок) виявили окремі симптоми ПТСР. Це означає, що хоча у цих осіб є певні ознаки ПТСР, вони не досягають рівня, що дозволяє встановити діагноз. 40,00% студентів (4 чоловіків і 4 жінки) мають нормативні показники, що свідчить про відсутність значущих симптомів ПТСР у цих осіб.

Наведемо результати дослідження за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР» у працюючих осіб в табл. 2.12.

Таблиця 2.12

**Рівня прояву ПТСР за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР»
у працюючих осіб**

	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Наявність ПТСР	1	12,50%	1	8,33%	2	10,00%
Окремі симптоми ПТСР	4	50,00%	7	58,33%	11	55,00%
Нормативні показники	3	37,50%	4	33,33%	7	35,00%
Всього	8	100,00%	12	100,00%	20	100,00%

10,00% працюючих осіб (1 чоловік і 1 жінка) виявили наявність ПТСР, що свідчить про наявність симптомів, характерних для посттравматичного стресового розладу. 55,00% працюючих осіб (4 чоловіків і 7 жінок) мають окремі симптоми ПТСР. Це означає, що у цих осіб спостерігаються певні симптоми, але вони не достатньо виражені для встановлення діагнозу ПТСР. 35,00% працюючих осіб (3 чоловіки і 4 жінки) мають нормативні показники, що вказує на відсутність значних ознак ПТСР у цих осіб.

Наведемо результати дослідження за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР» у пенсіонерів в табл. 2.13.

Таблиця 2.13

**Рівня прояву ПТСР за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР»
у пенсіонерів**

	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Наявність ПТСР	0	0,00%	2	18,18%	2	10,00%
Окремі симптоми ПТСР	6	66,67%	6	54,55%	12	60,00%
Нормативні показники	3	33,33%	3	27,27%	6	30,00%
Всього	9	100,00%	11	100,00%	20	100,00%

10,00% пенсіонерів (0 чоловіків і 2 жінки) виявили наявність ПТСР, що вказує на наявність симптомів, характерних для посттравматичного стресового розладу, тільки у жінок. 60,00% пенсіонерів (6 чоловіків і 6 жінок) мають

окремі симптоми ПТСР. Це свідчить про те, що у цих осіб спостерігаються певні симптоми, що можуть бути пов'язані з ПТСР, але вони недостатньо виражені для діагностування повного розладу. 30,00% пенсіонерів (3 чоловіків і 3 жінки) мають нормативні показники, що вказує на відсутність виражених ознак ПТСР у цих осіб.

Таким чином, більшість пенсіонерів мають окремі симптоми ПТСР, але тільки 10% виявили наявність повноцінного ПТСР за результатами самооцінки

Результати рівня тривожності студентів за методикою «Шкала тривоги Бека» наведені в табл. 2.14.

Таблиця 2.14

Рівні тривожності за методикою «Шкала тривоги Бека (BAI)» у студентів

Рівень тривожності	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
низька тривожність	1	10,00%	2	20,00%	3	15,00%
помірна тривожність	5	50,00%	4	40,00%	9	45,00%
високий рівень тривожності	4	40,00%	4	40,00%	8	40,00%
всього	10	100,00%	10	100,00%	20	100,00%

Низька тривожність виявлена у 15,00% всіх студентів (10,00% чоловіків та 20,00% жінок). Це може свідчити про те, що деякі з них здатні адаптуватися до умов, у яких вони знаходяться, і справляються з постійним стресом, однак це може бути не стільки результатом емоційної стабільності, скільки індиферентністю до травмуючих ситуацій через звикання.

Помірна тривожність виявлена у 45,00% всіх студентів (50,00% чоловіків та 40,00% жінок). Це може свідчити про те, що більшість студентів відчувають певний рівень стресу, обумовлений постійною загрозою для життя, мобілізацією та іншими труднощами, притаманними війні. Ці симптоми тривожності можуть бути пов'язані з постійним переживанням за себе та близьких, а також за майбутнє.

Високий рівень тривожності виявлений у 40,00% всіх студентів (40,00% чоловіків та 40,00% жінок). Цей показник є свідченням того, що значна частина студентів переживає серйозні емоційні труднощі через постійний стрес, страх за своє життя та життя рідних, а також відчуття нестабільності, спричинене війною і пов'язаними з нею факторами, такими як відсутність нормального навчального процесу та соціальної підтримки.

Загалом, 85,00% студентів виявили хоча б помірний рівень тривожності, що є прямим наслідком травмуючого впливу воєнних подій, зокрема, постійної загрози для життя, втрати рідних та близьких, а також фізичних та психологічних наслідків від війни. Це підкреслює необхідність більшої уваги до психічного здоров'я студентів в умовах воєнного часу, а також запровадження програм для підтримки та зниження рівня тривожності через психотерапевтичні консультації та інші ресурси підтримки

Результати рівня тривожності працюючих осіб за методикою «Шкала тривоги Бека» наведені в табл. 2.15.

Таблиця 2.15

**Рівні тривожності за методикою «Шкала тривоги Бека (BAI)»
у працюючих осіб**

Рівень тривожності	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
низька тривожність	1	12,50%	2	16,67%	3	15,00%
помірна тривожність	4	50,00%	6	50,00%	10	50,00%
високий рівень тривожності	3	37,50%	4	33,33%	7	35,00%
всього	8	100,00%	12	100,00%	20	100,00%

Низька тривожність виявлена у 15,00% всіх працюючих осіб (12,50% чоловіків та 16,67% жінок). Це може свідчити про те, що деякі з них змогли адаптуватися до важких умов, у яких вони перебувають. Однак, така низька тривожність може також вказувати на певне психологічне затуплення чи ігнорування стресових ситуацій через звикання до постійної небезпеки.

Помірна тривожність виявлена у 50,00% всіх працюючих осіб (50,00% чоловіків та 50,00% жінок). Це свідчить про те, що половина опитаних постійно переживає стрес і тривогу через воєнні події, активну мобілізацію та інші труднощі, пов'язані з життям в умовах війни. Стрес пов'язаний з непевністю майбутнього, ризиком для власного життя та життя близьких, а також відсутністю стабільності в повсякденному житті.

Високий рівень тривожності встановлено у 35,00% всіх працюючих осіб (37,50% чоловіків та 33,33% жінок). Цей показник свідчить про те, що значна частина працюючих осіб переживає серйозні емоційні труднощі через постійну загрозу для життя, психологічний тиск та нестабільність, яка спричинена війною. Високий рівень тривожності відображає необхідність додаткової підтримки цих осіб для полегшення стресу та впровадження програм психоемоційної допомоги.

Загалом, 85,00% працюючих осіб виявили хоча б помірний рівень тривожності, що вказує на серйозний психоемоційний вплив війни та стресових ситуацій на цю категорію населення. Ці результати підкреслюють важливість запровадження заходів для зменшення рівня тривожності, зокрема через надання психологічної підтримки та консультацій для працюючих осіб, що знаходяться в умовах стресу через воєнні події.

Результати рівня тривожності у пенсіонерів за методикою «Шкала тривоги Бека» наведені в табл. 2.16.

Таблиця 2.16

**Рівні тривожності за методикою «Шкала тривоги Бека (BAI)»
у пенсіонерів**

Рівень тривожності	чоловіки		жінки		всього досліджуваних	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
низька тривожність	1	11,11%	1	9,09%	2	10,00%
помірна тривожність	4	44,44%	5	45,45%	9	45,00%
високий рівень тривожності	4	44,44%	5	45,45%	9	45,00%
всього	9	100,00%	11	100,00%	20	100,00%

10,00% всіх пенсіонерів (11,11% чоловіків та 9,09% жінок) мають низький рівень тривожності. Хоча цей відсоток невеликий, він свідчить, що деякі пенсіонери можуть відчувати менше переживань або адаптуватися до умов війни. Водночас, це може бути й ознакою того, що частина осіб не усвідомлює або не реагує на стрес, який їх оточує.

45,00% всіх пенсіонерів (44,00% чоловіків та 45,45% жінок) демонструють помірний рівень тривожності. Це може свідчити про те, що значна частина пенсіонерів переживає стрес через постійну небезпеку, що загрожує їхньому життю, а також через нестабільність і непевність у завтрашньому дні. Психологічна напруга може бути зумовлена не лише безпосередніми загрозами, а й відсутністю фізичної і емоційної підтримки.

50,00% всіх пенсіонерів (44,44% чоловіків та 45,45% жінок) мають високий рівень тривожності. Це свідчить про те, що половина пенсіонерів перебуває в стані серйозного психологічного стресу через воєнні події, постійну загрозу життю, втрату близьких, а також через відсутність стабільності у житті, що є характерним для пенсіонерів, особливо в умовах війни.

90,00% пенсіонерів мають принаймні помірний рівень тривожності, що вказує на високий психоемоційний стрес серед цієї групи населення. Це підкреслює необхідність надання їм підтримки, зокрема через психологічну допомогу та соціальні програми, що допоможуть зменшити рівень тривожності і покращити їх психологічний стан в умовах війни.

Після проведеного дослідження додатково було розраховано коефіцієнт кореляції рангу Спірмена для виявлення залежності між рівнем тривожності опитуваних та рівнем прояву ПТСР (табл.Г.5).

Кореляція рангу Спірмена — це статистичний метод для вимірювання сили та напрямку монотонного зв'язку між двома змінними:

- якщо зі збільшенням однієї змінної інша змінна також загалом збільшується, зв'язок є позитивним монотонним;

- якщо зі збільшенням однієї змінної інша змінна загалом зменшується, зв'язок є негативно монотонним.

Відповідно до визначення коефіцієнт кореляції рангу Спірмена дорівнює «1» для ідеального позитивного монотонного зв'язку, «- 1» для ідеального негативного монотонного зв'язку, а значення «0» відповідає відсутності монотонного зв'язку.

Розрахований коефіцієнт кореляції рангу Спірмена дорівнює 0,88, що свідчить про досить сильний позитивний монотонний зв'язок між двома змінними.

Коефіцієнт кореляції Спірмена, який наближається до 1, свідчить про те, що зміни в одній змінній майже завжди супроводжуються змінами в іншій в однаковому напрямку. Оскільки значення кореляції в даному випадку досить високе (0,88), це підтверджує наявність сильного зв'язку між рівнем тривожності та проявами ПТСР у опитуваних.

Таким чином, теза про існування залежності між рівнем тривожності та рівнем прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) підтверджується. **Цей зв'язок свідчить про те, що люди з високим рівнем тривожності мають тенденцію до більш виражених проявів ПТСР, що вказує на потенційну роль тривожності як фактору ризику або супутнього явища при розвитку ПТСР.**

Висновки до розділу 2

1. В результаті проведеного емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей переживання травмуючої ситуації війни особами різного віку, було проаналізовано рівень тривожності та проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед трьох вікових груп: студентів (18-25 років), працюючих осіб (25-55 років) та пенсіонерів (від 55 років). Для дослідження були використані методи, зокрема: «Шкала оцінки

впливу травматичної події», Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9), Шкала самооцінки проявів ПТСР, методика PCL-C та шкала тривоги Бека.

2. За результатами дослідження було виявлено:

За шкалою «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)» найвищий рівень реакцій на травмуючі ситуації спостерігався серед пенсіонерів (31,67%), тоді як серед студентів цей показник становив лише 15%, а серед працюючих осіб — 13,33%. Отже, пенсіонери та студенти виявились найбільш вразливими до впливу травмуючих ситуацій.

За опитувальником клієнта про стан здоров'я (PHQ-9) виявлено, що депресія найчастіше проявляється серед пенсіонерів (30%), зокрема серед жінок. Серед студентів не було зафіксовано тяжкої депресії, проте у 15% студентів виявлена виражена депресія, а у 40% — помірною. Ці результати вказують на те, що пенсіонери є найбільш схильними до депресивних проявів.

Оцінка рівня ПТСР за методикою «Шкала самооцінки наявності ПТСР» показала, що у студентів, працюючих осіб та пенсіонерів ознаки ПТСР виявлені в 10% випадків. Проте у пенсіонерів спостерігався вищий рівень виражених проявів ПТСР порівняно з іншими групами (студенти — 40%, працюючі — 35%, пенсіонери — 30%).

Оцінка рівня тривожності за шкалою Бека показала, що високий рівень тривожності спостерігається у 40% студентів, 35% працюючих осіб і 50% пенсіонерів, що вказує на значну тривожність у всіх групах, але особливо серед осіб похилого віку.

Також було підтверджено наявність сильного позитивного монотонного зв'язку між рівнем тривожності та проявами ПТСР за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена ($\rho = 0,88$). Це свідчить про те, що високий рівень тривожності тісно пов'язаний з більш вираженими проявами ПТСР у досліджуваних.

Отримані результати підтверджують тезу про наявність взаємозв'язку між рівнем тривожності та рівнем прояву посттравматичного стресового

розладу (ПТСР). Психологічна реакція на травмуючу ситуацію війни виявляється значно сильнішою у пенсіонерів, які є більш схильними до депресії та проявів ПТСР. Окрім того, цей зв'язок підкреслює важливість врахування рівня тривожності як важливого фактора при розробці психосоціальних інтервенцій, спрямованих на підтримку осіб, які пережили травмуючі ситуації війни, особливо серед вразливих вікових груп.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМУЮЧУ СИТУАЦІЮ ВІЙНИ

3.1. Програма профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для осіб різного віку.

Категорії осіб різного віку переживають різні соціальні, психологічні та фінансові умови, що значно впливає на їхню здатність адаптуватися до змін і справлятися з життєвими труднощами. Молодь часто стикається з проблемами самоідентифікації, встановленням соціальних зв'язків і пошуком власного місця в житті, що може спричиняти стрес. У свою чергу, люди середнього віку можуть переживати труднощі, пов'язані з кар'єрними зрушеннями, родинними проблемами або фінансовою нестабільністю. Для старших осіб характерні труднощі адаптації до змін у фізичному та психічному стані, а також ризик самотності та ізоляції. Кожен з цих етапів життя має свої специфічні проблеми, які потребують індивідуального підходу.

З огляду на різні психологічні особливості та умови життя різних вікових категорій, необхідно розробляти Програми профілактики розвитку посттравматичного стресу, які б враховували специфіку кожної вікової групи. Для молоді програми можуть бути спрямовані на підтримку емоційного здоров'я через соціальні мережі, взаємодію з однолітками та психологічну допомогу в період адаптації до дорослого життя. Для осіб середнього віку важливим є фокус на подолання стресу через розвиток навичок подолання кризи середини життя, збереження психологічної стабільності в умовах професійних змін та сімейних викликів. Старші люди потребують програм, що підтримують їхню психоемоційну стійкість у періоди змін у здоров'ї, зниження фізичних можливостей та соціальної ізоляції, з акцентом на розвиток соціальних зв'язків і активне залучення до громади.

3.1.1. Програма профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для студентів.

Створення Програми профілактики розвитку ПТСР для студентів на базі навчальних закладів (далі — Програма) — наразі є важливою складовою для психологічної підтримки молоді в умовах війни. Основна ідея полягає в розвитку їхньої життєстійкості, за допомогою впровадження антистресових технік, психоедукації та відновлення сприятливого психоемоційного контакту та стосунків в колективі [22].

Молодь переживає складну психологічну травму через різні кризові ситуації, що з'являються в житті, але наразі війна, бойові дії та події пов'язані з впливом війни травмують таку велику кількість людей, які потребують допомоги широкого кола спеціалістів. І це є дуже важливою темою саме в юному віці. Адже дане покоління — це є люди майбутнього нашої Держави і вони будуть відбудовувати нашу країну. То ж наша задача зараз — надати їм ту підтримку, знання і можливості, які будуть являтися для них опорою в ці складні часи [11; 38; 27].

Метою такої Програми є:

- організація групи підтримки, де студенти можуть ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку у складних ситуаціях;
- досягнення соціально-психологічного забезпечення;
- профілактика саморуйнівної поведінки.

Основними завданнями Програми є:

- створення безпечного простору для зустрічей студентів;
- підвищення обізнаності про види психологічної травми, прояву особливостей психологічної травми;
- діагностика та нормалізація психологічних станів студентів;
- надання необхідних знань, вмінь та технік для управління стресом;

- надання необхідних знань, вмінь та інструментарію щодо надання першої психологічної допомоги;
- проведення групових та індивідуальних терапій для здобувачів освіти;
- заохочення участі у волонтерських проектах, що можуть дати відчуття мети та спільноти;
- залучення до різних активностей, які допоможуть знизити стрес;
- формування мотивацій, соціальних установок на життя та цілі на майбутнє;
- підтримка між зустрічами один одного серед учасників за допомогою створеного чату або онлайн-групи;
- надання інформації про гарячі лінії для кризових ситуацій та психічної підтримки у важких та критичних станах.

До Програми можуть бути залучені вищі навчальні заклади всіх рівнів акредитації та будь-якої форми навчання (далі — ВНЗ).

Для залучення ВНЗ до Програми повинні бути дотримані такі умови:

- наявність приміщень відповідно рекомендацій Державної служби з надзвичайних ситуацій щодо організації укриттів у об'єктах фонду захисних споруд цивільного захисту персоналу та дітей (учнів, студентів) закладів освіти;
- наявність приміщення в безпечному просторі для зустрічей та можливість приєднання бажаючих через онлайн-сервіси;
- організація заходів, щодо забезпечення конфіденційності групових та індивідуальних зустрічей;
- організація платформи для онлайн-зустрічі та наявність відповідного технічного обладнання;

- наявність або можливість залучення фахівців відповідної кваліфікації для проведення групових та індивідуальних терапій та надання психологічної підтримки;
- наявність або можливість залучення фахівців відповідної кваліфікації для проведення навчання надання домедичної допомоги;
- наявність або можливість залучення фахівців для проведення різних видів активностей, які можуть допомогти студентам знизити стрес.

Серед таких активностей рекомендовані:

- арт-терапія;
- фізична активність (спорт, йога, танці та активності на природі);
- настільні та командні ігри;
- заняття, що навчають навичкам управління стресом;
- заняття, що навчають навичкам планування часу та планування особистісного розвитку;
- письмова майстерність (для необхідності вміння висловлювати власні переживання, думки та емоції);
- клуби за інтересами, що відповідають захопленням студентів.

Для виконання завдань програми можуть бути використані

методики:

1. *Групове обговорення*: заняття та тренінги в групах підтримки допомагають краще зрозуміти власні емоції та розкриття самого себе, що є сприятливим для розвитку вміння справлятися з труднощами і покращувати якість власного життя [38].

Це можна досягти через:

- стандартизовані процедури — за допомогою використання перевірених методик можливе забезпечення структурованого підходу до навчання і розвитку студентів;

- саморозкриття — процес, під час якого учасники отримують можливість ділитися своїми думками та переживаннями. Це дає можливість усвідомити свої проблеми та почуття;
 - актуалізація досвіду — про те, як минулі переживання впливають на сьогодення, допомагає аналізуванню власного досвіду;
 - пошук рішень — під час роботи в групі відбувається обговорення, які спонукають знаходити нові шляхи для вирішення психологічних труднощів;
 - навички самопізнання — учасники навчаються розпізнавати свої емоції, мотиви та поведінку, що сприяє їхньому особистісному розвитку.
2. *Моделювання ситуацій*, за допомогою яких учасники зможуть розібратися зі своїми почуттями та емоціями. Важливими чинниками в даній методиці є те, що особа може відпрацьовувати нові реакції або поведінку в комфортному середовищі, а також, це дає можливість зрозуміти, як власна поведінка впливає на інших та як справлятися з власними емоціями, які були виявлені під час роботи. Таке пропрацювання ситуацій сприяє отриманню інструментів, за допомогою яких студенти зможуть вирішити проблему в реальному житті та знизити рівень тривоги при зіткненні з подібними ситуаціями в реальному житті.
 3. *Активне слухання та правильне вислуховування* — це активний процес. Активне слухання допомагає деталізувати оповідання студента, що призводить до розуміння ситуації [64].
 4. *Психоедукація* — у легкій для сприйняття формі, надавати інформацію для формування розуміння стосовно психологічної травми та розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки. Психоедукація відкриває людині перспективи для подолання психологічної кризи та підвищує мотивацію звертатися за кваліфікованою допомогою. Також психоедукація виступає

в ролі декатастрофізації, завдяки формуванню у системи уявлень про психопатологічні реакції, які може спровокувати психологічна травма. Такі навчання сприяють оволодінню методами самостійної роботи з тривогою, її симптомами, наслідками та стабілізації симптомів. Формуються навички самоуправління і саморегуляції. [22].

5. *Техніки на підтримання та активацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів* — навчання використання власних сил та навичок для вирішення проблем [22; 79].

До них можемо віднести:

- емоційну стійкість - здатність справлятися з емоціями та стресом;
 - самопізнання - розуміння своїх потреб, цінностей і мотивацій;
 - когнітивні навички - здатність аналізувати ситуації та знаходити рішення;
 - вправи на уяву;
 - підвищення мотивації;
 - дихальні техніки.
6. *Вправи на усвідомленість* — медитації або свідомого дихання для розвитку самосвідомості.
7. *Каскадні обговорення* - допомагає учасникам структуровано, в колективі, висловлювати свої переживання та міркування. Обговорення, яке відбувається в декілька етапів, дає можливість поступово заглиблюватись в суть проблеми, що дозволяє глибшому усвідомленню теми та власних переживань. Під час такого активного слухання один одного формується довіра та підтримка.
8. *Ведення щоденника* для записів своїх думок, почуттів. Використовувати, як один із способів саморефлексії.

Перераховані методи допоможуть створити довірливу атмосферу в групі, а також сприяти обробці власних переживань та розвитку внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

Результатом впровадження даної програми є підвищення рівня стресостійкості, що сприяє не лише успішній зовнішній діяльності людини в складних психоемоційних умовах, але й збереженню внутрішньої рівноваги під час психоемоційного перевантаження.

Залежно від категорії отримувачів психологічної допомоги та характеру необхідних підтримуючих заходів, до процесу впровадження Програм залучаються фахівці, які мають відповідну підготовку за визначеними освітньо-кваліфікаційними напрямками [37, 1]:

- 01 Освіта/Педагогіка (Освітні, педагогічні науки (011). Професійна освіта (за спеціалізаціями) (015). Спеціальна освіта (016), Фізична культура і спорт(017));
- 02 Культура і мистецтво (Образотворче мистецтво, декоративне мистецтво (023), Музичне мистецтво (025), Сценічне мистецтво тощо (026));
- 03 Гуманітарні науки (Релігієзнавство (031), Культурологія (034));
- 04 Богослов'я (Богослов'я (041));
- 05 Соціальні та поведінкові науки (Психологія (053));
- 22 Охорона здоров'я (Медицина (222). Медична психологія (225). Фізична терапія та ерготерапія (227), Громадське здоров'я (229));
- 23 Соціальна робота (Соціальна робота (231), Соціальне забезпечення (232).

Фахівці перелічених спеціальностей зобов'язані пройти додаткову підготовку та опанувати відповідні знання та навички.

Структура програми профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для студентів (в частині роботи психолога)

Заняття 1. Знайомство та вступ.

- **Тривалість: 90 хв.**

- **Мета:** знайомство з учасниками, представлення керівника групи, створення атмосфери безпеки та довіри, ознайомлення учасників з програмою та визначити очікування від зустрічей.
- **Наповнення:**
 - ✓ Ознайомлення та роз'яснення структури програми за основними темами, правил взаємодії, дотримання конфіденційності.
 - ✓ Обговорення очікувань та цілей учасників, від зустрічей.
 - ✓ Гра «Апельсин».

Мета гри: встановлення контакту між учасниками групи та взаємної комунікації).

- ✓ гра «Сліпа геометрія».

Мета гри: сприяння розвитку командної роботи, сприянню розкриття емоцій, та створення довірливої атмосфери між учасниками [28].

Заняття 2. Самопрезентація

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** створення безпечного середовища, формування комфортного простору, де учасники можуть відкрито висловлювати свої почуття та думки та вільно ділитися своїми переживаннями.
- **Наповнення:**
 - ✓ Гра на знайомство «Інтерв'ю».

Мета гри: поглиблення знайомства між учасниками, обмін ідеями та досвідом, що може бути корисним для всіх, розвиток комунікативних навичок, підвищення впевненості.

- ✓ Гра «Проективний малюнок».

Мета гри: візуалізація ідентичності, що сприяє розвитку самосвідомості, самопізнання та визначення цілей та мотивацію для особистісного зростання.

- ✓ Ознайомлення з правилами онлайн-групи.
- ✓ Психодинамічне уявлення «Безпечне місце».

Мета вправи: Встановлення та підтримка відчуття безпеки в колективі;

- ✓ вправа «Рука допомоги».

Мета: згуртування колективу та відчуття приналежності до групи.

- ✓ вправа «Віночок побажань».

Мета вправи: створення атмосфери підтримки. Емоційне завершення дня.

- ✓ написання казки: «Мій світ».

Мета: відображення душевного стану автора казки [57].

Заняття 3. Самопрезентація

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** створення середовища прийняття та довіри, в якому учасники можуть відкрито висловлювати свої емоції і переживання щодо особистісної ідентичності, самооцінки, зовнішності та можливих труднощів, отримуючи позитивний зворотний зв'язок від інших.

- **Наповнення:**

- ✓ Вправа «Слово асоціації».

Мета полягає в тому, щоб учасники через вибір слова, що їх характеризує, сприяли самопрезентації, поглибленню розуміння одне одного та розвитку комунікаційних навичок у атмосфері довіри.

- ✓ Створення групового колажу «Творчий портрет».

Мета: створення колажу, що відображає особистість кожного учасника колективу.

- ✓ Вправа «Нитка, що об'єднує», емоційне об'єднання дня.

Заняття 4. Стрес та його наслідки

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** підвищення обізнаності про стрес та психологічну травму, прояву особливостей психологічної травми, діагностика психологічних станів студентів.
- **Наповнення:**
- ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.

- ✓ Групова бесіда «Стрес та його наслідки».

Мета: ознайомлення з теоретичною частиною поняття «стрес», «психічна саморегуляція», «травма» та види травми. Обговорення з учасниками життєвих ситуацій, що викликали стрес та обговорення технік саморегуляції. Використання «Таблиця реакцій і симптомів на травматичну подію» [6].

- ✓ Тестування учасників групи на тривожність та самооцінку стану здоров'я.
- ✓ Вправа «Тактильні відчуття».
- ✓ Вправа «Слухай тишу».
- ✓ Вправа «Дихання за квадратом».
- ✓ Рефлексія отриманого досвіду, вражень та емоцій, отриманих протягом заняття.

Заняття 5. Стресостійкість.

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** розвиток навичок управління стресом, психоедукація, формування емоційної гнучкості, зниження рівня тривоги та стресу в учасників та відчуття впевненості у власних силах.
- **Наповнення:**
 - ✓ Протокол самодопомоги «Чотири стихії» [6].
 - ✓ Малювання ресурсних карток, в основі яких лежить ресурсний трикутник: люди-дія-місце.
 - ✓ Вправа «Стратегічний план».

Мета вправи: навчитися розробляти варіативний план дій для подолання стресової ситуації та розпізнавати різні варіанти розвитку події для подолання наслідків, що допоможе учасникам підвищити власну впевненість та зменшити тривогу.

- ✓ Вправа «Ехо».

Мета вправи: емоційне розвантаження учасників через обмін переживаннями та отримання підтримки від групи.

- ✓ Гра «Емоційний калейдоскоп».

Мета гри: навчитись виявляти емоції, складні для самоконтролю та можливі способи подолання та проживання цієї емоції.

- ✓ Завершення заняття. Гра «Позитивчик».

Мета гри: зменшення стресу та підвищення самооцінки.

Заняття 6. Калейдоскоп емоцій

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** вивчити значення почуттів та їх вираження; ознайомити з різноманітним термінологічним апаратом, що описують емоційні стани; розвинути навички розпізнавання емоцій і вираження негативних емоцій соціально прийнятними методами.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Теоретична частина.

Презентація про різні типи почуттів і емоцій. Визначення термінів і основних понять.

- ✓ Гра "Емоційний словник".

Мета гри: Збагачення знань про емоції, розвиток навичок їх вираження та розпізнавання, а також підвищення емпатії шляхом обміну особистими переживаннями, пов'язаними з різними почуттями.

- ✓ Гра «Емоційний детектив».

Мета гри: дослідження емоцій та вміння розрізнити їх через невербальну поведінку.

- ✓ Техніка «Я-повідомлення».

Мета: ознайомлення з технікою, що сприяє соціально прийнятне вираження негативних емоцій [17].

- ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 7. «Я - Унікальний»

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** робота з самооцінкою учасників, усвідомлення сильних сторін особистості та прийняття слабких як у себе, так і в інших учасників. Вміння сприймати свою унікальність.

- **Наповнення:**

- ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
- ✓ Вправа «Двійник».

Мета вправи: через образ двійника розширити вміння помічати всі сторони особистості та приймати власну унікальність та унікальність кожного.

- ✓ Групова бесіда про важливість прийняття себе та власної унікальності.
- ✓ Рефлексія на тему «Особисті якості, якими можу пишатися».
- ✓ Гра «Криве дзеркало».

Мета гри: навчитись розпізнавати емоції, відображати їх та відреагувати.

- ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 8. «Було-буде»

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** Планування

- **Наповнення:**

- ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
- ✓ Розбір Піраміди «Ділтса».

Мета: розбір «чому я маю те що маю», і як це впливає на життя.

- ✓ Обговорення власних цілей та їх досягнення.
- ✓ Вправа «Спільні інтереси». Учасники формують пари і діляться своїми хобі та інтересами та як вони впливають на цілі. Потім у групі обговорюють, що було проаналізовано у власних захопленнях.
- ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 9. «Завершення. Підведення підсумків»

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** Аналіз та оцінка здобутого досвіду в рамках програми, підведення підсумків роботи групи.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередніх зустрічей.
 - ✓ Написання кожним учасником Плану на майбутнє, з урахуванням отриманих знань.
 - ✓ Гра «Відзнака».

Мета: підвищення самооцінки кожного з учасників. Отримання «листівки-підтримки».

 - ✓ Підбиття підсумків. Закриття групи.

3.1.2. Програма профілактики розвитку посттравматичного стресу під час війни для активних дорослих віком від 25 до 55 років.

Дана програма має на меті полегшенню подолання стресових ситуацій та запобігти розвитку ПТСР, розвиваючи у учасників навички саморегуляції, усвідомлення своїх емоцій та реакцій на стресові ситуації. Також програма сприяє формуванню сталих підходів до відновлення та підтримки психічного здоров'я в довгостроковій перспективі [63].

Мета Програми: Допомога учасникам у подоланні емоційних навантажень, зниженні рівня стресу та підвищенні психічної стійкості.

Основними завданнями Програми є:

- психоедукація. Ознайомлення учасників з видами психологічної травми, прояву особливостей психологічної травми. Підвищення обізнаності в основах ПТСР, його симптомами та впливом на психічне здоров'я. Розуміння фізіологічних, емоційних і психологічних аспектів стресу;
- психологічна підтримка:

створення умов для обміну досвідом та підтримки учасників за допомогою проведення вправ та під час обговорень та дискусій;

- вивчення і застосування різних методів для управління стресом, розслаблення, контролю емоцій та встановлення здорових кордонів у взаємодії з іншими;
- розробка та впровадження методів подолання стресу;
- підтримка соціальних зв'язків.

Програма призначена для використання в умовах повсякденної роботи людей, які пережили стресові ситуації війни. Для участі в програмі не потрібно значно змінювати робочі умови, але необхідно забезпечити певні умови для її ефективного впровадження [48].

Для застосування Програми на робочих місцях повинні бути дотримані такі умови:

- наявність безпечного середовища, що включає формування невеликих груп між працівниками, де всі учасники зможуть спілкуватись без осуду;
- часових можливостей, для проведення 12 сесій по 30 хвилин;
- для ефективного впровадження програми в умовах робочого середовища критично важливою є підтримка керівництва щодо участі працівників у сесіях, а також забезпечення конфіденційності інформації, що обговорюється під час програми;
- наявність кваліфікованих психологів або клінічних психологів, що будуть проводити сесії та надавати необхідну допомогу.

Для виконання завдань програми можуть бути використані методики:

- *групове обговорення*: Обговорення важких переживань і підтримка в групі сприяють створенню атмосфери взаємодопомоги та єдності. Крім того, така групова взаємодія сприяє зміцненню емоційної стійкості учасників [38];

- *моделювання ситуацій*, моделювання ситуацій дозволяє учасникам працювати з власними емоціями, відпрацьовувати нові реакції в безпечному середовищі та розуміти, як їхня поведінка впливає на інших, що допомагає знизити тривогу і ефективно справлятися з подібними ситуаціями в реальному житті;
- *психоедукація* надає зрозумілу інформацію про психологічну травму, функціонування психіки та поведінки в екстремальних умовах, допомагаючи розвивати навички управління емоціями. Вона сприяє подоланню психологічної кризи, знижує катастрофізацію та мотивує звертатися за допомогою. Також психоедукація вчить методам роботи з тривогою та саморегуляції, що допомагає стабілізувати симптоми та покращити психоемоційний стан [22];
- *техніки на підтримання та активацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів* — навчання використання власних сил та навичок для вирішення проблем [22];
- *практичні вправи на побудову кордонів і захист від вигорання*: Вправи на відмову, постановку емоційних кордонів, пошук соціальних опор розвивають у учасників уміння підтримувати психічне здоров'я в складних умовах;
- *методики релаксації та саморегуляції*: Вправи на глибоке дихання, прогресивну м'язову релаксацію, медитацію допоможуть учасникам знижувати рівень тривоги, навчать контролювати фізіологічні симптоми стресу та відновлювати емоційну рівновагу;
- *когнітивно-поведінкові методи*: Для зміни негативного мислення та розвитку конструктивних стратегій реакції на стрес будуть застосовуватись вправи на переписування негативних думок на позитивні [25];
- *рефлексія і створення індивідуальних планів* для подолання стресу допоможуть учасникам не лише зрозуміти свої емоції, але й спланувати

подальші стратегії для підтримки психічного здоров'я в повсякденному житті.

Програма профілактики ПТСР для дорослих, які пережили війну, націлена на підтримку психічного здоров'я, запобігання стресовим розладам та зміцнення стійкості до майбутніх стресових ситуацій. Вона поєднує різні методи, такі як психоосвіта, техніки релаксації, когнітивно-поведінкові підходи та групові вправи, що допомагають учасникам подолати наслідки травмуючого досвіду і успішно адаптуватися до нових життєвих умов.

Структура програми профілактики розвитку посттравматичного стресу від ситуації війни для активних дорослих віком від 25 до 55 років (в частині роботи психолога).

Заняття 1. Вступ до профілактики ПТСР. Розуміння впливу травми.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** представлення керівника групи, створення атмосфери безпеки та довіри, ознайомлення учасників з програмою та визначити очікування від зустрічей. Ознайомлення учасників з основами посттравматичного стресу, його симптомами та впливом на психічне здоров'я. Розвинути у них базове розуміння того, як війна може позначатися на емоційному та психологічному стані.
- **Наповнення:**
 - ✓ Знайомство з основними темами програми, пояснення її структури, правил взаємодії та важливості конфіденційності.
 - ✓ Обговорення очікувань і цілей учасників щодо майбутніх зустрічей.
 - ✓ Психоедукація. Пояснення поняття ПТСР, симптоми та наслідки.
 - ✓ Вправа «Травмуючий досвід».

Мета вправи: сприяти усвідомленню власних переживань і створити комфортне середовище для обміну досвідом.

Заняття 2. Фізіологія стресу.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** допомогти учасникам зрозуміти, як стрес позначається на їхньому тілі та чому важливо звертати увагу на фізичні ознаки стресу.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Теоретична частина: Пояснення фізіології стресу — як стрес впливає на організм (зміни в диханні, пульсі, напруженні м'язів).
 - ✓ Вправа "Розслаблення тіла": Комплекс розслаблюючих вправ для зняття фізичної напруги (глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація) [25].

Мета вправи: навчити учасників контролювати фізичні симптоми стресу і розпізнавати перші сигнали організму.

Заняття 3. Техніки релаксації.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** знайомити учасників з методами релаксації, що сприяють зниженню рівня стресу та його негативних наслідків для психофізіологічного стану.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Теоретична частина (10 хв): Ознайомлення з техніками релаксації (глибоке дихання, медитація, прогресивна релаксація).
 - ✓ Вправа «Дихання за квадратом».
 - ✓ Вправа «Погляд крізь пальці».
 - ✓ «Медитація на відчуття» [70].

Мета всіх вправ: навчити учасників методам миттєвого зниження рівня тривоги та стресу.

Заняття 4. Емоції та взаємозв'язок емоцій з тілом

- **Тривалість:** 30 хв.

- **Мета:** познайомитися з тим, що таке почуття і як їх можна виражати, дізнатися про різні терміни, які описують емоції, а також навчитися розпізнавати свої емоції і виражати негативні почуття таким чином, щоб це було прийнятно для оточуючих.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Теоретична частина: ознайомлення з емоціями.
 - ✓ Гра "Емоційний словник".

Мета гри: Збагачення знань про емоції, розвиток навичок їх вираження та розпізнавання, а також підвищення емпатії шляхом обміну особистими переживаннями, пов'язаними з різними почуттями.

- ✓ Вправа «Поведінкові патерни».

Мета вправи: допомогти учасникам зрозуміти зв'язок між емоціями та поведінкою.

- ✓ Техніка «Я-повідомлення» [17].
- ✓ Завершення технікою стабілізації.

Заняття 5. Як керувати емоціями у стресових ситуаціях.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** навчити учасників методам саморегуляції, які допомагають контролювати емоції.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Теоретична частина: стратегії саморегуляції, методи управління гнівом, страхом і тривогою.
 - ✓ Вправи «Глибоке дихання для зниження стресу» [54].
 - ✓ Вправа "Техніка зупинки мислення".

Мета вправи: навчити учасників ефективно контролювати свої емоції у стресових ситуаціях.

Заняття 7. Побудова здорових кордонів. Як захистити себе від емоційного вигорання.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** навчити учасників встановлювати емоційні кордони та попереджати вигорання.

- **Наповнення:**

- ✓ Вправа «Індивідуальні кордони»

Мета: допомогти учасникам усвідомити свої внутрішні цінності, принципи та норми поведінки, які визначають їхній спосіб життя [49].

- ✓ Практична вправа «Створіть особисті кордони» з колодою МАК «Грані» І.Лебідь.

Заняття 8. Зміна фокусу уваги з негативу на позитив.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** допомогти учасникам змінити мислення і фокусуватися на позитивних аспектах життя.

- **Наповнення:**

- ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
- ✓ Вправа «ведення щоденника думок».

Мета: навчитись фіксувати швидкі думки та знаходити причину їх виникнення. Це сприяє знаходженню застрягаючих думок та негативних.

- ✓ Вправа «Що хорошого?».

Мета: навчитись фіксувати власну увагу на позитивних моментах та сприяти розвитку позитивного мислення і подоланню стресових моментів.

Заняття 9. Підсумок.

- **Тривалість:** 30 хв.
- **Мета:** підсумувати набутий досвід, створити плани для підтримки психологічного здоров'я в майбутньому.

- **Наповнення:**

- ✓ Рефлексія попередніх зустрічей. Обговорення того, що учасники дізналися і як застосовуватимуть це в реальному житті.
- ✓ Створення плану дій: учасники складають план для підтримки свого психічного здоров'я після закінчення програми, з метою формулювання стратегій для тривалого збереження емоційного здоров'я.

3.1.3. Програма психологічної підтримки населення під час війни для зрілої категорії дорослого населення.

Війна в Україні, спричинена росією, має великий негативний вплив на людей зрілого віку, яких в країні нараховується понад чверть [68; 69] . Населення має великі життєві виклики, серед яких є:

- безпека та страх за власне життя та життя близьких, що призводить до погіршення самопочуття;
- вимушена евакуація — це неймовірний виклик, адже в такому віці важко проходить адаптація до нових умов, багато життєвого ресурсу йде на пошуки звичної медичної підтримки та можливість отримання соціальної підтримки, особливо, якщо людина має обмежену мобільність;
- доступ до медичних послуг — це вкрай критично для людей з хронічними захворюваннями, так як пов'язано з проблемами відвідування медичних установ, особливо під час повітряних тривог термін очікування збільшується, можливість вчасного надання медичної допомоги — зменшується, відповідно, як і наявність та отримання необхідних медичних препаратів. Особливо критично для невеликих населених пунктів та таких, що знаходяться неподалік від лінії зіткнення;
- соціальна ізоляція має сильний вплив на погіршення фізичного та емоційного стану. Багато літніх людей лишилися на самоті через втрату соціальних зв'язків, втрату роботи, від'їзд/евакуацію родичів;

- фінансові труднощі призвели до труднощів через фіксований дохід (пенсійні виплати) та зріст цін на продукти та послуги;
- приживання на самоті втрат та горювання.

Всі ці фактори ускладнюють життя українців даної вразливої категорії населення та вимагають організації злагодженої роботи з надання соціальної та психологічної допомоги [39; 56; 71].

Важливий вплив на особистість також мають зміни соціальних ролей, так як втрачає фізичні можливості, що впливає на світовідчуття, змінює власне сексуальне життя, перестає «бути дитиною для власних батьків» (не так часто спілкується, ховає померлих батьків) та відбувається повне відокремлення дітей через дорослішання та власні сім'ї), людина намагається встигнути використати час, що має зворотній відлік та приймає думку про неминучість смерті [13].

Метою такої Програми є: покращення психічного здоров'я, збереження соціального здоров'я, в цілому, шляхом соціально-психологічної підтримки, забезпечення сприятливого середовища та полегшення процесу переживання особистісної й соціальної кризи літніми людьми.

Основними завданнями Програми є:

- інформаційна підтримка;
- психологічні консультації;
- створення груп підтримки;
- навчальні семінари;
- підтримка соціальних зв'язків;
- забезпечення доступу до ресурсів;
- оцінка потреб;
- допомога в прийнятті втрати;
- допомога проживання процесу адаптації;

- формування резервів підтримки.

Всі ці завдання охоплюють найважливіші потреби та допоможуть підтримати психоемоційний стан і впоратися з наслідками війни соціально малозахищеній категорії дорослого населення [13; 36; 69; 71].

Для ефективного впровадження даної Програми потрібно врахувати такі умови:

1. Доступність.

Програма повинна бути впроваджена в локаціях з високою доступністю для літніх людей та осіб з обмеженими можливостями. Це такі місця як медичні установи, геронтопсихологічні центри, соціальні служби, громадські центри або бібліотеки. Критично важливо, щоб ці заклади відповідали вимогам зручності та мали усе необхідне для комфортного перебування.

Проведення консультацій має відбуватися за гнучким графіком, у різний час, включаючи ранкові та вечірні години, щоб люди мали можливість відвідування у зручний час та за різними форматами (онлайн та офлайн відвідування). Це особливо важливо для тих, хто не може залишити свій дім через проблеми зі здоров'ям або безпеку.

Доступність необхідно впроваджувати не лише за місцем і форматом, а й через мову, яка має бути зрозумілою та містити доступну та зрозумілу термінологію, щоб уникнути труднощів у сприйнятті інформації. Інформування населення необхідно проводити через плакати в громадських місцях та під час зустрічей у громадах, соціальні мережі та об'яви.

2. Кваліфіковані фахівці.

Залучення досвідчених психологів, психотерапевтів та соціальних працівників відповідної кваліфікації, які мають досвід роботи в кризових ситуаціях і розуміють специфіку потреб зрілої категорії населення. Залучення спеціалістів для проведення групових та індивідуальних терапій та надання психологічної підтримки.

3. Врахування культурних та соціальних факторів.

Під час роботи мають бути враховані культурні та соціальні фактори. Врахування культурних, релігійних та соціальних особливостей, які можуть впливати на сприйняття психологічної допомоги.

4. Налагодження партнерства з місцевими організаціями, благодійними фондами та волонтерами для розширення можливостей програми та залучення ресурсів.

Формування партнерських відносин з місцевими організаціями, благодійними фондами та волонтерськими ініціативами, спрямоване на оптимізацію ресурсного забезпечення програми, підвищення її ефективності та збільшення доступності послуг для цільової аудиторії. Це включає в себе спільне планування заходів, обмін інформацією, залучення фахівців та ресурсів, а також координацію дій для реалізації соціально значущих проєктів.

5. Адаптація програм з урахуванням вікових особливостей, досвіду та рівня стресу.

6. Психоедукація.

Надавати інформацію у легкій для сприйняття формі, формувати навички стабілізації. Проведення інформаційних кампаній для підвищення обізнаності про доступні послуги та важливість психологічної підтримки. Розробка матеріалів з порадами, контактами гарячих ліній та інформацією про підтримку.

7. Регулярне проведення оцінки роботи Програми для корекції і вдосконалення методів.

8. Конфіденційність і безпека.

Забезпечення конфіденційності в процесі консультацій є необхідною умовою, що сприяє формуванню безпечного середовища для учасників, яке дозволяє їм вільно та без остраху ділитися своїми переживаннями.

Для виконання завдань програми можуть бути використані зазначені напрями надання соціально-психологічної підтримки та методики:

1. Проведення інформативних бесід про психічне здоров'я і стратегії подолання стресу, адаптованих для старшої аудиторії.

Допомога в прийнятті старості як закономірного етапу розвитку, за допомогою інформування [13; 59; 69]:

- про природні зміни, що відбуваються під час старіння та усвідомлення даного етапу старіння, як нормального етапу життя;
 - про аспекти здоров'я, які можуть покращити якість життя, такі як фізичні активності, харчування та інші.
2. Групи підтримки, що дають можливість уникнути ізоляції та відчуття себе частиною спільноти.

Організація зустрічей з однолітками, для обговорення переживань, сприяти емоційній підтримці та зменшити почуття самотності, що можуть виникати в умовах війни.

3. Пошук нових життєвих орієнтирів, визначення перспектив подальшої діяльності.

Перегляд власних пріоритетів, пошук нових захоплень та визначення нових цілей можуть спонукати людину зрілого віку до активного життя в міру фізичних особливостей.

4. Волонтерство та приналежність до соціальних груп надає особі почуття власної значущості, підвищує самооцінку та отримання задоволення та мотивацію до активностей.
5. Психологічні консультації та терапія.
6. Арт-терапія.

Використання творчих методів, таких як малювання, рукоділля або музика, для вираження емоцій.

7. Метод активного слухання.

Спілкування — є дуже важливим для людей зрілого віку та задовольняє такі потреби, як соціальні, емоційні та екзистенційні, а саме — прагнення до встановлення емоційних контактів, задоволення потреби бути частиною груп

чи спільнот та уникати почуття самотності. Під час розповіді відбувається пошук сенсів життя, осмислення власних стосунків через особистісну рефлексію [2; 13]. Особи зрілого віку потребують і намагаються самостійно коригувати власні емоції через отримання розради, емоційного затишку та зменшення негативу. Старіюча людина, спілкуючись з іншими, переглядає свій життєвий досвід і створює нові плани на майбутнє. Втілення цих планів є важливою умовою для її розвитку та особистісного зростання.

8. Фізична активність.

Фізично активні дорослі мають менший ризик розвитку депресії та когнітивних порушень, що зазвичай виникають з віком і впливають на мислення, навчання та прийняття рішень, а залучення до легких фізичних вправ, прогулянок на свіжому повітрі або йоги допоможе знизити рівень стресу [16]. Також фізична активність може сприяти поліпшенню якості сну. Різні техніки релаксації, медитації або дихальних практик можуть допомогти у зменшенні тривоги.

9. Соціальна активність.

Організація та проведення культурних заходів, виставок чи театральних вистав дозволяють підвищити соціальну взаємодію людям старшого віку.

10. Технічна освіта.

Навчання людей зрілого віку новітнім технологіям є важливим з багатьох причин, серед яких такі як:

- збереження когнітивних здібностей завдяки стимуляції мозкової активності через освоєння нових навичок;
- технології спрощують повсякденні завдання та допомагають відчутти певну незалежність та піднімають власну самооцінку, що позитивно впливає на психологічне здоров'я;
- володіння сучасними технологіями дає можливість соціальної взаємодії, підтримання зв'язку з друзями, рідними та спільнотами через соцмережі та месенджери, що зменшує відчуття ізоляції.

11. Доступ до гарячих ліній

Надання інформації про ресурси, де можна отримати підтримку, включаючи гарячі лінії та служби екстреної допомоги.

Всі перераховані заходи допоможуть людям похилого віку справлятися зі стресом та зміцнювати їх психічне здоров'я в складні часи.

Результатом впровадження даної програми є покращення емоційного стану, формування навичок стресостійкості та адаптивності, покращення психічного та когнітивного здоров'я, підвищення почуття соціальної залученості, збільшення впевненості в собі та підвищення якості життя.

Залежно від категорії отримувачів психологічної допомоги та характеру необхідних підтримуючих заходів, до процесу впровадження Програм залучаються фахівці, які мають відповідну підготовку за визначеними освітньо-кваліфікаційними напрямками [37]:

- 02 Культура і мистецтво (Образотворче мистецтво, декоративне мистецтво (023), Музичне мистецтво (025), Сценічне мистецтво тощо (026));
- 03 Гуманітарні науки (Релігієзнавство (031), Культурологія (034));
- 04 Богослов'я (Богослов'я (041));
- 05 Соціальні та поведінкові науки (Психологія (053));
- 22 Охорона здоров'я (Медицина (222). Медична психологія (225). Фізична терапія та ерготерапія (227), Громадське здоров'я (229));
- 23 Соціальна робота (Соціальна робота (231), Соціальне забезпечення (232)).

Фахівці перелічених спеціальностей зобов'язані пройти додаткову підготовку та опанувати відповідними знаннями та навичками.

Структура програми психологічної підтримки населення, під час війни, для зрілої категорії дорослого населення (в частині роботи психолога).

Заняття 1. Знайомство та вступ

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** Знайомство з учасниками, представлення керівника групи, створення атмосфери безпеки та довіри, ознайомлення учасників з програмою та визначити очікування від зустрічей.
- **Наповнення:**
 - ✓ Ознайомлення та роз'яснення структури програми за основними темами, правил взаємодії, дотримання конфіденційності.
 - ✓ Обговорення очікувань та цілей учасників, від зустрічей.
 - ✓ Вправа «Моє ім'я».
 - ✓ Вправа «Що я вмію найкраще».

Мета вправ: встановлення контакту між учасниками групи, знайомство з висвітленням інтересів для знаходження спільних інтересів і подальшої комунікації.

- ✓ Вправа «Один день життя» [46; 45; 44].

Мета вправи: ознайомлення з рутинним днем і вподобаннями один одного.

- ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 2. Пліч о пліч з власним «Я».

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** подолання бар'єрів для самовираження, розвиток особистих ресурсів, подолання страхів і негативних переживань, а також підвищення самооцінки та усвідомлення власної значущості.
- **Наповнення:**
 - ✓ Вправа «Скриня ресурсу».

Мета гри: вміти знаходити та розпізнавати власні ресурси, які допоможуть долати труднощі та обговорити, як ці важливі якості допомагають у подоланні труднощів.

- ✓ Рефлексійний діалог «Хто Я».

Мета бесіди: підвищення самооцінки та впевненості через усвідомлення власної значущості та усвідомлення сильних сторін.

- ✓ Вправа «Рука допомоги».

Мета: згуртування колективу та відчуття приналежності до групи, що позитивно впливає на власну самооцінку.

- ✓ Вправа «Віночок побажань» [19].

Мета вправи: створення атмосфери підтримки. Емоційне завершення дня.

Заняття 3. Стрес та його наслідки

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** підвищення обізнаності про стрес та психологічну травму, прояву особливостей психологічної травми, діагностика психологічних станів студентів.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Групова бесіда «Стрес та його наслідки»

Знайомство з поняттями «стрес», «психічна саморегуляція» та «травма», а також їх різними видами. Обговорення ситуацій, які спричинили стрес, та вивчення способів, які допомагають справлятися з емоційними труднощами і зберігати внутрішню гармонію.

- ✓ Тестування учасників групи на тривожність та самооцінку стану здоров'я.
- ✓ Вправа «Тактильні відчуття».
- ✓ Вправа «Слухай тишу».
- ✓ Вправа «Дихання за квадратом».
- ✓ Рефлексія отриманого досвіду, вражень та емоцій, отриманих протягом заняття.

Заняття 4. Моє тіло — моя сила.

- **Тривалість:** 90 хв.

- **Мета:** Навчання, як справлятися зі стресом, розуміння своїх емоцій, вміння адаптуватися до різних ситуацій, зниження тривоги та стресу, а також допомога у відчутті впевненості у своїх силах. Пояснення, як тіло і емоції взаємопов'язані, і як фізичні вправи можуть допомогти справлятися з емоційними труднощами.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Протокол самодопомоги «Чотири стихії» [6].
 - ✓ Психоедукація на тему як тіло реагує на стрес та як легкі фізичні вправи впливають на розслаблення. Проведення легкої фізичної розминки з навчальними вправами на дихання [32].

Мета: Зняти фізичну напругу, підвищити рухливість і допомогти розслабитись.

- ✓ Вправа «Відчуття емоцій через тіло»
Мета вправи: допомогти учасникам зрозуміти, як фізичні відчуття в тілі пов'язані з емоціями, що дозволить краще розпізнавати і контролювати свої почуття.
- ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 5. Калейдоскоп емоцій

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** Познайомитися з тим, що таке почуття і як їх можна виражати, дізнатися про різні терміни, які описують емоції, а також навчитися розпізнавати свої емоції і виражати негативні почуття таким чином, щоб це було прийнятно для оточуючих.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Теоретична частина.
Знайомство з емоціями.
 - ✓ Гра "Емоційний словник".

Мета гри: Збагачення знань про емоції, розвиток навичок їх вираження та розпізнавання, а також підвищення емпатії шляхом обміну особистими переживаннями, пов'язаними з різними почуттями.

- ✓ Техніка «Я-повідомлення».

Мета: ознайомлення з технікою, що сприяє соціально прийнятне вираження негативних емоцій [17].

- ✓ Вправа «Емоційні асоціації».

Мета: закріпити знання про вплив емоцій на тіло. Навчитись відчувати, як тіло реагує на емоції.

- ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 6. «Мої втрати»

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** Ознайомити учасників з поняттям «Втрата», її видами. Навчити підтримувати один одного в складних життєвих ситуаціях.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередньої зустрічі.
 - ✓ Психоедукація з питань втрати.
 - ✓ Вправи на стабілізацію.
 - ✓ Групова бесіда про важливість підтримки один одного у втраті.
 - ✓ Вправи на стабілізацію.
 - ✓ Рефлексія з підведенням підсумків.

Заняття 7. «Завершення. Підведення підсумків.»

- **Тривалість:** 90 хв.
- **Мета:** Аналіз та оцінка здобутого досвіду в рамках програми, підведення підсумків роботи групи.
- **Наповнення:**
 - ✓ Рефлексія попередніх зустрічей.

✓ Написання кожним учасником Плану на майбутнє, з урахуванням отриманих знань.

✓ Гра «Відзнака».

Мета: підвищення самооцінки кожного з учасників. Отримання «листівки-підтримки».

✓ Підбиття підсумків. Закриття групи.

Впровадження Програми профілактики розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є важливим кроком у підтримці психічного здоров'я в умовах війни [41].

Основні завдання Програм полягають в навчанні учасників методам збереження психоемоційного балансу, розвитку життєстійкості, а також у формуванні навичок використання антистресових технік, психоедукації та відновлення сприятливих міжособистісних стосунків у студентських колективах. Впровадження таких методів допомагає знизити рівень тривоги, депресії та інших негативних проявів, пов'язаних із посттравматичним стресом.

3.2. Тренінг для надання першої психологічної допомоги для зниження наслідків травмуючої ситуації

Мета тренінгу: навчити учасників надавати психологічну допомогу людям, що переживають стрес, кризові ситуації, травмуючі події або емоційні розлади, з урахуванням різних психоемоційних станів та потреб.

1. Вступ: Значення психологічної допомоги

- Психоедукація на тему психологічної допомоги.
- Психологічна допомога — це комплекс заходів, спрямованих на підтримку людини в стресових ситуаціях, надання емоційної та психологічної підтримки для зниження стресу та допомоги в адаптації до нових умов.

- Коли потрібна допомога? Психологічна допомога необхідна в кризових ситуаціях, що викликають сильний емоційний стрес.

2. Розпізнавання та реагування на різні емоційні стани

- 1) *Апатія* — це відчуття байдужості до навколишнього світу, зниження емоційної реакції.

Для людини, що знаходиться в апатії необхідно:

- створити безпечне середовище, забезпечити тишу і спокій, щоб людина відчула себе в безпеці.
- стимулювати до активності, запропонувати зробити легкі фізичні вправи або прості завдання, що не викликають додаткового стресу.
- Надати можливість відпочинку, адже психологічний відпочинок — це ключовий момент у відновленні.

- 2) *Агресія* — напруга, підвищена емоційна активність, інколи неконтрольоване використання сили.

- при спілкуванні з агресивною людиною необхідно створити дистанцію для всіх учасників.
- Під час розмови тембр голосу має бути тихим та спокійним, пропонувати нейтральні пропозиції та уникати емоційних реакцій.
- При наданні підтримки не потрібно вступати в суперечки.

- 3) *Галюцинації та нервова дезорієнтація* — це порушення сприйняття реальності, галюцинації, збентеження.

При наданні допомоги людині, що переживає галюцинації варто дотримуватись таких рекомендацій:

- не варто сперечатись з людиною щодо її уявлень;
- необхідно забезпечити простір, в якому людина не відчуває загрози;
- необхідно використовувати терплячість і спокій та мати великий запас терпіння і уникати гострих емоційних реакцій;

- За необхідності варто направити до профільного спеціаліста: психіатра чи психолога для професійної допомоги.

4) *Горе та психогенний шок* — це переживання втрати близької людини або серйозної емоційної травми.

Для підтримки з людини в горі необхідно дотримуватись таких рекомендацій:

- надати можливість висловити почуття і поділитися своїм горем;
- необхідно лише бути поруч, слухати і не нав'язувати своє розуміння ситуації;
- дати людині можливість прийняти свою ситуацію без почуття провини або звинувачень.

5) *Істеричні реакції*, а саме: надмірне збудження, емоційні вибухи, неадекватні поведінкові реакції.

Перебуваючи поруч з людиною, що переживає істеричну реакцію необхідно залишатись стриманим, спокійним, говорити коротко, чітко, без спроб конфліктувати.

- необхідно відволікти увагу, так як зміна обстановки або тема для розмови може допомогти знизити емоційну напругу;
- якщо істерика триває довго, або людина не може контролювати свою поведінку, зверніться за медичною допомогою.

б) *Страх і тривога* — виникає під час реальної небезпеки або від сильного стресу, супроводжується фізичними симптомами (підвищене серцебиття, дихальна недостатність).

Під час сильної тривоги використовувати такі техніки:

- техніки дихання - повільне глибоке дихання може допомогти знизити рівень тривоги.
- підтримка та заспокоєння - потрібно говорити спокійно і впевнено.

- дайте просте завдання для фокусування - це допомагає переключити увагу на конкретні, прості дії і знижує рівень тривожності.

-

3. Психологічна допомога: практичні методи

Техніки дихання для зниження стресу:

- Глибоке дихання: Повільне вдихання через ніс на 4 рахунки, затримка дихання на 4 рахунки, видих на 4 рахунки.
- Дихання животом: Лягти на спину, покласти руку на живіт і контролювати дихання, щоб живіт піднімався і опускався.
- Повільне ритмічне дихання на рахунок “1...5”.
- Дихання в ритмі спокійної ходьби (на “1...5” – вдих, на “1...5” – видих).
- Дихання за умовним “квадратом”.
- Дихання з затримкою на вершині вдоху, або видоху.
- Спокійне дихання в долоні ківшиком (2-3 хвилини).
- Умовне повільне “задування свічки” (повільно).
- Діафрагмальне повільне дихання (контроль як Ви дихаєте).
- Дихання з повільним присідання (30 секунд рух вниз і 30 сек - підйом) та частим («собачим») диханням (вдих носом видих ротом). Відстежується почервоніння обличчя, якого не повинно бути (невірно налаштоване дихання) [65].
- *Техніки заспокоєння для тих, хто переживає тривогу чи стрес:*
 - не сидіти – рухатися, але не бігати;
 - відволікання (вмивання холодною водою, спрей для обличчя, ментолова пігулка).
- *Вправи на концентрацію, переключення та відволікання:*
 - стиснення та розжимання пальців в кулаки та напруження м’язів;
 - стискання будь-якого негострого предмета в долоні (іграшка, каштан, ключ, запальничка і т.д);

- клацання пальцями;
- ритмічно перевертати долоні на колінах;
- зжимання пальців ніг, «загрібаєм»;
- зміна фокусу погляду «рука — підлога», дивитися через пальці;
- техніка «сканування свого тіла»: повільно проаналізувати відчуття у всіх частинах тіла, які чогось торкаються (сидіння, спинки, стола...);
- техніка “сканування тіла на предмет одяжі” [65].

4. Остаточні рекомендації та обговорення:

- Психологічна допомога має бути індивідуальною, так як кожен випадок є унікальним, і важливо адаптувати допомогу відповідно до потреб людини.
- У складних випадках завжди варто звертатися до психологів, психіатрів або інших фахівців для надання професійної підтримки.
- Самоосвіта і розвиток.

Психологічна допомога в кризових ситуаціях є важливою частиною процесу реабілітації та відновлення. Вона має бути чутливою, гнучкою і орієнтованою на потреби конкретної людини.

Висновки до розділу 3.

У результаті проведеного дослідження було розроблено комплексні програми профілактики розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та надання психологічної допомоги для різних вікових груп, з урахуванням їх соціального статусу, фінансових можливостей, фізичних особливостей та психологічного стану, що є важливим кроком для підтримки психічного здоров'я під час війни.

1. Програма профілактики розвитку ПТСР для студентів спрямована на зменшення рівня тривожності та депресії серед молоді, враховуючи їх психологічні особливості та потребу в розвитку життєстійкості в умовах стресу.

Це включає використання антистресових технік, таких як дихальні практики, методи релаксації, а також когнітивно-поведінкові підходи для зниження тривоги та депресії. Крім того, важливим аспектом є підвищення обізнаності студентів про вплив стресу на психіку через психоедукацію, що дозволить краще усвідомлювати важливість психічного здоров'я.

2. Програма для активних дорослих віком від 25 до 55 років враховує особливості цієї вікової групи, яка часто стикається зі стресами через робочі навантаження та соціальні обов'язки. Для цієї групи розроблені стратегії, що включають навчання технікам саморегуляції, подолання стресових ситуацій, зокрема за допомогою когнітивно-поведінкових методів, які допомагають краще контролювати емоції та ефективно справлятися з трудними ситуаціями.

3. Для зрілої категорії дорослого населення було створено спеціалізовану програму психологічної підтримки, яка орієнтована на потреби старших людей, для яких важливі підтримка, взаєморозуміння та створення комфортного середовища для емоційного відновлення. Важливими складовими цієї програми є емоційна підтримка, застосування релаксаційних технік і створення умов для спілкування, що сприяє зниженню рівня стресу.

4. Окремо розроблено тренінг для надання першої психологічної допомоги, який орієнтований на зниження наслідків травмуючих ситуацій. Цей тренінг дозволяє навчитись правильним технікам взаємодії з людьми, що пережили стрес, і допомогти їм ефективно подолати емоційні труднощі.

Запровадження таких програм профілактики та психологічної підтримки є необхідним інструментом для збереження психічного здоров'я у періоди війни та інших кризових ситуацій. Вони допомагають зберігати емоційну рівновагу, зміцнюють внутрішні ресурси людей і сприяють адаптації до нових життєвих умов. Важливо, щоб ці програми були адаптовані до потреб кожної вікової групи і враховували специфічні труднощі, з якими стикаються різні категорії населення, забезпечуючи таким чином належну підтримку та відновлення. Комплексний підхід, що поєднує психологічну підтримку,

соціальну допомогу та освіту, дає можливість ефективно зменшувати симптоми стресу та ПТСР, покращувати загальний психоемоційний стан і сприяти успішному адаптуванню в нових умовах. Тільки завдяки такій інтеграції різних методів підтримки можна досягти успіху у відновленні психічного здоров'я людей після травмуючих подій.

ВИСНОВКИ

1. У процесі дослідження було встановлено, що травмуюча ситуація в психології є подією, яка порушує звичний ритм життя людини та призводить до суттєвих змін у її психічному стані. Такі події, як війни, природні катастрофи, терористичні акти та інші екстраординарні ситуації, можуть сильно впливати на психіку, порушуючи встановлені життєві порядки і викликаючи необхідність адаптації до нових умов. Однією з основних характеристик травмуючої ситуації є створення нової реальності, де старі методи мислення і поведінки стають неефективними, змушуючи людину шукати нові способи адаптації. Дослідження таких ситуацій є важливим для розуміння впливу стресу та психологічних потрясінь на психіку, а також для розробки методів психологічної допомоги та профілактики, що сприяють подоланню негативних наслідків травмуючих подій.

2. Психологічна травма, як реакція на стресові ситуації, є ключовим елементом у дослідженні впливу травмуючих подій на людину. Прояви психологічної травми можуть значно варіюватися залежно від віку особи, її психічного стану та здатності адаптуватися до змін. У дітей після пережитих травм часто спостерігаються страхи, порушення сну, нав'язливі спогади та фобії. У підлітків травма може проявлятися у вигляді агресивної поведінки, соціальної ізоляції та проблем з самооцінкою. У дорослих людей психічні наслідки можуть включати депресивні стани, тривожні розлади та нав'язливі думки. У людей похилого віку психологічні травми можуть спричиняти проблеми з пам'яттю, ірраціональну поведінку та психічні розлади, що значно погіршують якість їхнього життя. Це дослідження підкреслює необхідність врахування вікових характеристик при розробці програм психологічної допомоги, що дозволяє забезпечити більш ефективну підтримку для кожної вікової групи.

3. Емпіричне дослідження, яке аналізувало рівень тривожності та прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед різних вікових груп, підтвердило, що особи різного віку по-різному переживають травмуючі події. Виявлено, що пенсіонери є найбільш вразливими до впливу травмуючих ситуацій, зокрема через вищий рівень депресії та ПТСР порівняно з молодшими віковими групами. У студентів і працюючих осіб рівень травматичних проявів виявився меншим, але, тим не менш, у всіх вікових групах спостерігалася значна тривожність і симптоми стресу. Підвищений рівень тривожності виявився тісно пов'язаний з більш вираженими проявами ПТСР, що підтвердило важливість врахування емоційного стану постраждалих при розробці інтервенційних заходів, спрямованих на їх психічне відновлення.

4. Розроблені програми профілактики розвитку ПТСР були орієнтовані на різні вікові категорії, враховуючи їхні соціальні умови, фізичні та психологічні особливості. Для студентів була розроблена програма, що включала техніки зниження тривожності та депресії через антистресові практики, а також когнітивно-поведінкові підходи, спрямовані на розвиток життєстійкості та ефективне подолання стресу. Для дорослих осіб розроблено стратегії саморегуляції, що включають навчання подолання стресу та використанню методів емоційного контролю, що є необхідними для збереження психічного здоров'я в умовах війни та інших кризових ситуацій. Для пенсіонерів було запропоновано програми, орієнтовані на емоційну підтримку, створення комфортного середовища та розвиток соціальних зв'язків, що сприяє зменшенню рівня стресу та покращенню якості життя.

5. Окремо було розроблено тренінг для надання першої психологічної допомоги, що включає навички взаємодії з людьми, які пережили травмуючі ситуації, зокрема війни. Цей тренінг дозволяє учасникам навчитися правильно підтримувати постраждалих, застосовувати ефективні техніки для зниження емоційної напруги та допомогти їм впоратися з пережитим стресом. Такий підхід важливий не лише для спеціалістів, але й для добровольців і членів

громад, які можуть бути першими, хто надасть допомогу постраждалим у кризових ситуаціях.

6. Теоретична та практична значущість результатів. Теоретично результати дослідження поглиблюють розуміння механізмів виникнення психологічної травми, а також впливу різних соціальних, вікових і психічних факторів на її прояви. Це дозволяє краще зрозуміти, як травмуючі ситуації впливають на психіку людини і які механізми адаптації існують у різних вікових категорій. Практично, результати дослідження можуть бути використані для розробки інтервенційних програм, спрямованих на зменшення наслідків травмуючих подій. Розроблені програми профілактики та психологічної підтримки сприяють збереженню психічного здоров'я в кризових ситуаціях і допомагають постраждалим швидше адаптуватися до нових реалій. Подальше удосконалення таких програм дозволить забезпечити більш ефективну підтримку для осіб, які пережили травмуючі події, особливо в умовах війни або інших соціальних потрясінь.

Таким чином, проведене дослідження має важливе теоретичне та практичне значення для розробки нових підходів до психологічної підтримки постраждалих від травмуючих ситуацій. Розроблені програми адаптовані до специфічних потреб різних вікових груп і дозволяють ефективно зменшувати наслідки психологічних потрясінь, що є ключовим для відновлення психічного здоров'я в кризових умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Апішева А.Ш. Правові засади надання психологічної допомоги в закладах вищої освіти. *Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології в Україні: тези III Всеукраїнського конгресу з організаційної та економічної психології* (Кам'янець-Подільський, 20-22 червня 2019 р.). Київ-Кам'янець-Подільський, 2019. С.101. URL: http://uaoppp.com.ua/files/pdf/red_zbirnyk_congress_maketszhatuj_1560346326.pdf (дата звернення: 28.09.2024).
2. Бех І.Д. Життя особистості у ціннісному осягненні. Педагогічна газета. 2011. №7(204). С. 5-6.
3. Блінов О.А. Психологія бойового стресу : автореферат дис.. докт. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2020. 43 с.
4. Бондаревська Л.Л., Лещенко І.Т. Вплив психічної травми на переживання суб'єкта. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2020. №3. С. 60-64.
5. Бондарук Ю.С. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакції людини на травматичну ситуацію. *Scientific Journal Virtus*, September № 26, 2018. С.43-47 URL: <https://lib.iitta.gov.ua/713132/1/Journal26-pages-43-47.pdf> (дата звернення 01.04.2024).
6. Боярський Н., Єлфімова Ю. та ін. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Проект. Рада Європи. 2022. 176 с.
7. Васильченко О. Застосування концепту «ситуація» у дослідженні соціальної поведінки. *Вчені записки Університету «КРОК»*.2024.- Вип.3(75).С.222–230.-DOI <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-222-230>
8. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та

профілактика. Юридична психологія. 2022. №1(30). С. 22-28. DOI: <https://doi.org/10.33270/03223001.22>.

9. Горноста́й П.П. Колективна травма як складна соціальна ситуація: Системно-понятійний аналіз. Наукові студії із соціальної та політичної психології, 2021. Вип. 48 (51). С. 100-111. DOI: [https://doi.org/10.33120/sssppj.vi48\(51\).242](https://doi.org/10.33120/sssppj.vi48(51).242).

10. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Педагогічні та психологічні науки, 2015. № 1(75). С. 378-390. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnarv_ppn_2015_1_31

11. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / [авт. кол. Байдик В.В., Бондарук Ю.С., Гопкало Ю.П., Гніда Т. Б., Корнієнко І.О., Лунченко Н.В., Луценко Ю.А., Мороз Р.А., Ткачук І.І.] ; заг. ред. Панка В. Г., Ткачук І.І.. Київ : Ніка-Центр, 2020. 122 с.

12. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. (National Institute for Health and Care Excellence (2018) Post-traumatic stress disorder. NICE guidelines [NG116], Dec. 5).

13. Дзюба Т.М., Коваленко О.Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / за ред. проф. В. Ф. Моргуна. П., 2013. 172 с. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2014.1.148953>

14. Дональд В. Блек, Ненсі К. Андерсен. Вступ до психіатрії. Переклад сьомого видання / ред. Г. Кожина ; пер.: Катерина Зеленська та ін. 7-ме вид. Київ : ВСВ "Медицина", 2024. 598 с.

15. Дуб В. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять для студентів ВНЗ. Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького держ. пед. ун-ту імені Івана Франка, 2017. 92 с.

16. Дуб О., Дмитрів Д. Фізична активність людей старшого віку захоплення чи вимога часу?, “Фармацевт Практик” №3 2019. URL: <https://fp.com.ua/articles/fizychna-aktyvnist-lyudej-starshogo-viku-zahoplennya-chy-vymoga-chasu/> (дата звернення: 22.10.2024).
17. Ерфорд Бредлі Т. 45 основних технік психологічного консультування. К: Вид-во «Науковий світ», 2024. 590 с.
18. Засекіна Л.В., Гордовська Т.І. Голодомор як психічна та моральна травма у сімейних жіночих наративах. *Міждисциплінарні підходи у дослідженні Голодомору-геноциду: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції*, (Київ, 19 листопада 2020 р.), 2021. С. 49–52.
19. Ізотерапія, як вид арт-терапевтичної роботи з людьми літнього віку, URL: <https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7880/1/Isotherapy%20as%20a%20art%20therapeutic%20work%20with%20elderly%20people.pdf> (дата останнього звернення 20.10.2024)
20. Казан Е.М., Заболотнюк І.О., Ковба М.В., Голубовська О.М. Посттравматичний стресовий розлад – проблема поствоєнного суспільства. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації: матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (27 жовтня 2023 р.). Львів, Львівський державний ун-т внутрішніх справ, 2023. С. 114-118.
21. Кердивар В. В. Поглиблений психологічний аналіз вразливих категорій внутрішньо переміщених осіб. *Науковий вісник Херсонського державного ун-ту. Серія «Психологічні науки»*. 2019. Випуск 1. С. 217–222.
22. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. [та ін.] Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / за ред. Кісарчук З. Г. Київ: Видавничий Дім «Слово» 2020, 178 с.
23. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П. та ін. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний

посібник / за ред. З.Г. Кісарчук. К: ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. 207 с.

URL: <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/>

[ПОСІБНИК%20Психологічна%20допомога%20%20постраждалим%2017_03_2015.pdf](#)

24. Кісарчук, З.Г., Гребінь, Л.О. Психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії як факторі розуміння механізмів симптоматичних змін у ветеранів бойових дій. Актуальні проблеми психології : консультативна психологія і психотерапія. 2019. С.15, 6-47.

25. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика /Джудіт С. Бек; пер.з англ. Т.С.Писанюк. Київ.: «Науковий світ», 2023. 460 с.: іл.-Парал.тит.англ

26. Колесніченко Л.А. Особливості надання психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами. *Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи*: матеріали доповідей учасників II Всеукраїнського Конгресу із соціальної психології. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Київ. 2019 р. С. 165 – 167. URL: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2019/11/Theses-UCSP2019.pdf>

27. Кологрилова Н.М. Особливості адаптаційних ресурсів особистості в умовах життєвих криз: дис. докт. філос.. 053; 05. Одеса, 2023. 248 с. URL: https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d33346eb-1531-4b2b-a0b3-1ab0dacd92da/content/Kolohryvova_PhD_Thesis.pdf

28. Костецька Н.М. Тренінгове заняття. Освітній проєкт «На Урок»: веб-сайт URL: <https://vseosvita.ua/library/zanatta-z-elementom-treningu-znajomstvo-ucniv-persogo-kursu-189073.html> (дата звернення: 01.11.2024).

29. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України*. 2019. № 50 (2). С. 65–73.

30. Мартинюк І.А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів*

і природокористування України. 2015. Вип. 230. С. 276-282. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnau_ped_2015_230_44

31. Мельник А.П. Структура реабілітаційного процесу військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. Психологічні студії. Київ.; Видавничий дім «Гельветика», 2022. № 2. С. 5-10.

32. Методичні матеріали до курсу "Основи силової і фізичної підготовки і фізіологічні механізми м'язового скорочення у розвитку рухових якостей і здібностей." для студентів факультету фізичного виховання і спорту. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2008. 35 с. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/5907/1/3.pdf> (дата звернення: 06.11).

33. Міжнародна класифікація психічних та поведінкових розладів (МКХ-10). Вид-во Сфера 2000 р. 416 с.

34. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання. Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конференції (Львів, 19-20 травня 2017 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017. С.119-123.

35. Нейропсихіатрія та поведінкова неврологія: посібник: пер.3-го вид./ред.: Джон.Дж.Баррі, Сепіде Н.Баджестан, Джеффри Л.Каммінгс, Майкл 100 Р.Трімбл; наук.ред.укр.вид.: Борис Михайлов, Лариса Герасименко, Рустам Ісаков.-К.: ВСВ «Медицина», 2024. XXII, 361с.

36. Ніколенко О. С. Вихід на пенсію яка психологічна проблема. Психологія і соціологія. URL: http://www.rusnauka.com/14_ENXXI_2009/Psihologia/45926.doc.htm (дата звернення: 18.10.2024).

37. ОБСЄ: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / Наталія Пророк, Ольга Запорожець, Джошуа Креймеєр та ін.; за.ред. Н. Пророк Київ, 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>.

38. ОБСЄ: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова,

О. Запорожець та ін.; за ред. Л. Гридковець Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>.

39. ОБСЄ: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценко Л. та ін.; за ред. Л. Царенко Київ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>.

40. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. №6. С. 68-72.

41. Панок В. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. Herald of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, 2023. Т.5. №1. С. 1–12. URL: https://www.researchgate.net/publication/371816698_PSIHOLOGICNI_DOSLID_ZENNA_V_UMOVAN_VIJNI_PROBLEMI_I_ZAVDANNA

42. Панок В.Г. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультації : навч. посібник / Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. / за заг. ред. Панка В.Г., Зварича І.М.. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 384 с. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6413>.

43. Парамджит Т. Джоші. Дебора А. О'Доннелл. Наслідки впливу дітей на війну та тероризм. URL: <https://link.springer.com/article/10.1023/B.CCFP.0000006294.88201.68> (дата звернення 24.04.2024).

44. Піонтківська О.Г. Соціальна активність як прояв успішного старіння особистості. Проблеми особистості в сучасній науці: Результати та перспективи дослідження, 8 квітня 2016 р. : Матеріали XVIII Міжнародної конференції молодих науковців. К.: Логос, 2016. С. 127–129.

45. Піонтківська О.Г. Феномен соціальної активності людей похилого віку. Психологічна освіта в Україні: традиції, сутність та перспективи, 21–22 квітня 2017 року: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з

нагоди святкування 50-річчя фахової підготовки психологів у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка та Дня психолога. К. : Логос, 2017. С. 198–201.

46. Піонтківська О.Г. Форми прояву суспільної активності людей похилого віку. Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (15–16 березня 2018 року, Київ) / за ред. Ю.М. Швалба. К. : КНУ імені Тараса Шевченка, 2018. С. 152–154.

47. Про затвердження Класифікаційних ознак надзвичайних ситуацій: наказ Міністерства внутрішніх справ України від 8 серпня 2018 р. № 658. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0969-18>.

48. Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу: Наказ міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 №199. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-08#Text> (дата звернення: 28.09.2024).

49. Програма «Психологічних студій» <https://ludmilakashkarova.blogspot.com/p/googleblogger-blog-web-logging-web.html> (дата звернення: 06.11.2024);

50. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. / за наук. ред. Т. М. Титаренко Київ: Міленіум, 2015. 150 с.

51. Психологічний словник. / авт.-уклад. В.В. Синявський, О.П. Сергєєнкова; за ред. Н.А. Побірченко. Київ: Науковий світ, 2007, 336 с.

52. Психологічні методики та тести. Автоматичний підрахунок. Шкала оцінки рівня тривоги Бека : веб-сайт. URL: https://www.eztests.xyz/tests/anxiety_bai/ (дата звернення: 15.04.2024).

53. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
54. Ройз Світлана Вдих-видих. Картки для дихальних практик стабілізації. ЮНІСЕФ. 18 с. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/26001/file/Breathe_cards_Royz.pdf; https://rada.info/upload/users_files/24019613/bef90be8f7890d99eef8fca4a40fb80e.pdf (дата звернення: 06.11.2024).
55. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). С. 297–304.
56. Рось Л. М. Психологічна допомога людям похилого віку // Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. 2012. Вип. 10. С. 165–173.
57. Сингаївська І.В. Особливості терапевтичної роботи з посттравматичними проблемами методом казкотерапії. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. 2018. №. 30. С. 175-182
58. Склярва Г., Самійленко Н. Основні підходи до трактування поняття «психологічне благополуччя» особистості. Київ: ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК». 07 грудня 2023. Ч. 1. С. 682–684.
59. Сорока О. Образотворче мистецтво й арт-терапія: порівняльний аналіз. *Естетика і етика педагогічної дії*. 2012. Вип. 4. С. 144 – 156.
60. Сушій О. Проблема колективної травми в українському соціумі та пошук стратегій її опанування. Наукові записки. №6(74). С. 18–32. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10592/1/S.O.V._Travma.pdf
61. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Міжрегіональна академія управління персоналом. Київ ДП «Видавничий дім «Персонал». 2017. с. 5-149.

62. Улько Н.М. Чинники виникнення психотравми в дорослому віці. Проблеми педагогічної та вікової психології. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*, серія «Психологія». 2020. №10. С. 92-96.
63. Фурман А.А., Макарчук Н.М. Вплив соціально-психологічного клімату трудового колективу на становлення особистості. *Габітус. Психологія праці*, 2021. Випуск 32. С. 171-175.
64. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: Навчальний посібник. К: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.
65. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Монографія. К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
66. Anders, S. L., Frazier, P. A., & Frankfurt, S. B. Variations in criterion A and PTSD rates in a community sample of women. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 2011. С. 176–184.
67. Briere, J. *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2nd ed.). American Psychological Association. 2004.
68. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, № 16(9), 2001, С. 606–613 PHQ-9 – Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії. Короткий довідник із користування. URL: <https://start.ua-test.com/pub/files/phq-9-manual.pdf> (дата звернення 13.04.2024).
69. M. Zhytynska, “Social and Psychological Support of Elderly People in the Conditions of Full-Scale War”, OD, no. 3(42), pp. 54–67, Sep. 2023 DOI: <https://doi.org/10.28925/2312-5829.2023.34> (дата звернення 18.10.2024).
70. Mind (The National Association for Mental Health). Посібник «Релаксація» (українською) URL: <https://www.solentmind.org.uk/assets/uploads/resources/Relaxation%20Ukraine%20-%20Single%20Booklet%20.pdf>.

71. United Nations Population Fund. Ageing Programme. Joint Programme on Rights, Health and Dignity of Older Persons : веб-сайт. URL: <https://eeca.unfpa.org/en/ageing-programme>.

72. United Nations Population Fund. Joint Statement on the Situation of Older Persons in Ukraine, 15 June 2022. URL: <https://ukraine.unfpa.org/en/news/joint-statement-situation-older-persons-ukraine-0> (дата звернення 18.10.2024).

73. Van Der Kolk, Bessel. The body keeps the score: brain, mind and body in the healing of trauma. New York: Viking Penguin, 2016

74. Young, Allan. When traumatic memory was a problem: on the historical antecedents of PTSD. In: Rosen, Gerald M. (org.). Posttraumatic stress disorder: issues and controversies. New York: John Wiley, 2004. p.127-147.

75. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 12.06.2024).

76. Benedict, T.M, Keenan, P.G, Nitz, A.J, Moeller-Bertram, T. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Outcomes in Veterans With PTSD Compared to Those Without: A Systematic Review With Meta-Analysis. Military Medicine, 2020. 185 (9-10), P. 1481-1491.

77. Blais, R.K., Tirone, V., Orłowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. & Zalta, A.K. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology, 2021. 12 (1). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8725779/> (дата звернення: 02.06.2024).

78. Creamer M., Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. American Journal of Psychiatry, 2004. Vol. 161. P. 1390-1396.

79. Lahad, M., Leykin, D. The Integrative Model of Resiliency –The «BASIC Ph» Model, or What Do We Know about Survival? The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency Theory, Research and Cross-Cultural. London, UK and Philadelphia, USA: Jessica Kingsley, 2013. P. 11-32.

80. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984. 437 p.

Всього джерел — 80;

Джерела за останні десять років — 62;

Джерела зарубіжних авторів за останні десять років — 16 (14, 17, 25, 35, 37, 38, 39, 43, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 77).

Джерела українських авторів за останні десять років — 46(1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 36, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 53, 54, 55, 57, 58, 61, 62, 63, 65).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised, IES-R) оцінює суб'єктивний дистрес, викликаний травматичною подією. Цей інструмент не є діагностичним для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але є відповідним інструментом для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну травматичну подію.

Протягом останніх 7 днів, як часто вас турбували наступні проблеми?

Тест

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувала вас знову переживати все, що сталося.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

2. Мені було важко спати всю ніч.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

3. Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

4. Я відчував дратівливість і гнів.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

6. Проти своєї волі я думав про те, що трапилося

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

7. Мені здавалося, що цього не було або не було насправді.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

8. Я уникав нагадувань про це.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді

- Часто
- Весь час

9. Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

10. Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало

мене

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

11. Я намагався не думати про те, що сталося.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

12. Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

13. Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

14. Я помічав, що поводжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

15. Мені було важко заснути.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

16. У мене були хвили сильних почуттів з цього приводу.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

17. Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті.

- Ніколи
- Рідко

- Іноді
- Часто
- Весь час

18. Мені було важко зосередитися.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

19. Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

20. Мені про це снилося

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

21. Я почувався пильним і настороженим.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

22. Я намагався не говорити про те, що трапилося.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Весь час

Додаток Б

Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9)

АНКЕТА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА (PHQ-9)

ІМ'Я: _____ ДАТА: _____

Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем?
(використовуйте "✓" для відповідей)

	Ніколи	Кілька днів	Більше тижнів	Майже щодня
1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду				

додайте колонки: + +

(Спеціалістам з охорони здоров'я: Для інтерпретації ЗАГАЛЬНОЇ СУМИ, будь ласка, зверніться до супровідної карти)

загальна сума:

Якщо ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для вас виконання вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?	Не ускладнили взагалі	
	Деяко ускладнили	
	Дуже ускладнили	
	Надзвичайно ускладнили	

Для контролю ступеню важкості депресії у нових пацієнтів та у пацієнтів у процесі лікування:

1. Додайте кількість «✓» у кожній колонці. За кожну ✓: Кілька днів = 1 Більше, ніж половина часу = 2 Майже щодня = 3
2. Додайте бали всіх колонок, щоб отримати ЗАГАЛЬНУ СУМУ.

PHQ-9 КАРТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

лише для використання спеціалістами у сфері охорони здоров'я

Підрахунок балів — додайте бали за шкалою PHQ-9

За кожну ✓: Ніколи = 0; Кілька днів = 1;
Більше половини днів = 2; Майже щодня = 3

Інтерпретація результатів

Загальна сума	Ступінь важкості депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Депресія легкого ступеню
10-14	Депресія помірною ступеню
15-19	Депресія вираженого ступеню
20-27	Депресія важкого ступеню

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

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

Нижче вказані реакції, які іноді бувають після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожен пункт та виберіть відповідь, яка відображає, наскільки сильно вас турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця.

№	Питання	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
		0	1	2	3	4
1.	Думки та спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини стресового досвіду з минулого?	0	1	2	3	4
2.	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3.	Раптове відчуття ніби стресовий досвід знову трапляється (переживаєте ситуацію знову)?	0	1	2	3	4
4.	Відчуття пригнічення, смутку, коли щось нагадувало вам стресову ситуацію з минулого?	0	1	2	3	4
5.	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6.	Уникання думок або розмов про стресову ситуацію у минулому або уникання почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?	0	1	2	3	4
7.	Уникання певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам стресову ситуацію з минулого?	0	1	2	3	4
8.	Труднощі з пригадуванням важливих моментів стресового досвіду з минулого?	0	1	2	3	4
9.	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10.	Звинувачення себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11.	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12.	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13.	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14.	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або любов до близької людини)?	0	1	2	3	4
15.	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16.	Ризикова поведінка, яка може зашкодити?	0	1	2	3	4
17.	Перебування «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18.	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19.	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20.	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4
ЗАГАЛОМ						

Додаток Г

Узагальнені дані діагностування до проведення корекційної роботи

Таблиця Г.1

**Результати діагностування осіб за шкалою
оцінки впливу травматичної події**

Шкала оцінки впливу травматичної події				
№	Шкала «вторгнення»	Шкала «уникнення»	Шкала «фізіологічна збудливість»	Загальний показник
студент 1	6	7	9	22
студент 2	26	20	15	61
студент 3	11	12	18	41
студент 4	7	9	7	23
студент 5	11	12	14	37
студент 6	15	12	9	36
студент 7	4	6	12	22
студент 8	12	9	10	31
студент 9	8	14	13	35
студент 10	20	18	21	59
студент 11	10	12	13	35
студент 12	8	9	7	24
студент 13	12	9	10	31
студент 14	9	11	12	32
студент 15	12	15	13	40
студент 16	10	8	12	30
студент 17	12	10	11	33
студент 18	10	8	7	25
студент 19	10	9	12	31
студент 20	9	11	11	31
працюючий 1	5	6	8	19
працюючий 2	8	9	7	24
працюючий 3	12	10	13	35
працюючий 4	10	11	14	35
працюючий 5	6	7	5	18
працюючий 6	13	12	11	36
працюючий 7	11	10	9	30
працюючий 8	12	10	11	33
працюючий 9	4	5	6	15

Шкала оцінки впливу травматичної події				
№	Шкала «вторгнення»	Шкала «уникнення»	Шкала «фізіологічна збудливість»	Загальний показник
працюючий 10	12	11	10	33
працюючий 11	10	7	12	29
працюючий 12	13	15	11	39
працюючий 13	7	8	9	24
працюючий 14	14	12	16	42
працюючий 15	11	10	15	36
працюючий 16	20	18	15	53
працюючий 17	10	11	9	30
працюючий 18	12	10	9	31
працюючий 19	13	15	14	42
працюючий 20	22	2	18	42
пенсіонер 1	30	28	20	78
пенсіонер 2	13	12	18	43
пенсіонер 3	8	9	7	24
пенсіонер 4	15	12	14	41
пенсіонер 5	15	12	9	36
пенсіонер 6	4	6	12	22
пенсіонер 7	14	9	10	33
пенсіонер 8	8	14	13	35
пенсіонер 9	23	20	21	64
пенсіонер 10	10	12	13	35
пенсіонер 11	8	9	7	24
пенсіонер 12	18	9	10	37
пенсіонер 13	9	11	12	32
пенсіонер 14	31	27	20	78
пенсіонер 15	10	8	12	30
пенсіонер 16	12	10	11	33
пенсіонер 17	10	8	7	25
пенсіонер 18	10	9	12	31
пенсіонер 19	9	11	11	31
пенсіонер 20	24	22	9	55

**Результати діагностування осіб за опитувальником клієнта
про стан здоров'я (PHQ-9)**

Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9)		
№	Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9)	Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я
студент 1	2	Відсутність або мінімальні симптоми
студент 2	11	Помірна депресія
студент 3	4	Відсутність або мінімальні симптоми
студент 4	14	Помірна депресія
студент 5	1	Відсутність або мінімальні симптоми
студент 6	10	Помірна депресія
студент 7	6	Легка депресія
студент 8	16	Виражена депресія
студент 9	2	Відсутність або мінімальні симптоми
студент 10	12	Помірна депресія
студент 11	5	Легка депресія
студент 12	10	Помірна депресія
студент 13	13	Помірна депресія
студент 14	7	Легка депресія
студент 15	13	Помірна депресія
студент 16	8	Легка депресія
студент 17	15	Виражена депресія
студент 18	9	Легка депресія
студент 19	18	Виражена депресія
студент 20	17	Виражена депресія
працюючий 1	16	Виражена депресія
працюючий 2	7	Легка депресія
працюючий 3	11	Помірна депресія
працюючий 4	12	Помірна депресія
працюючий 5	2	Відсутність або мінімальні симптоми
працюючий 6	6	Легка депресія
працюючий 7	16	Виражена депресія
працюючий 8	12	Помірна депресія

Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9)		
№	Опитувальник клієнта про стан здоров'я (PHQ-9)	Рівні прояву депресії за опитувальником клієнта про стан здоров'я
працюючий 9	22	Тяжка депресія
працюючий 10	2	Відсутність або мінімальні симптоми
працюючий 11	13	Помірна депресія
працюючий 12	17	Виражена депресія
працюючий 13	6	Легка депресія
працюючий 14	17	Виражена депресія
працюючий 15	2	Відсутність або мінімальні симптоми
працюючий 16	12	Помірна депресія
працюючий 17	14	Помірна депресія
працюючий 18	7	Легка депресія
працюючий 19	13	Помірна депресія
працюючий 20	7	Легка депресія
пенсіонер 1	2	Відсутність або мінімальні симптоми
пенсіонер 2	5	Легка депресія
пенсіонер 3	12	Помірна депресія
пенсіонер 4	15	Виражена депресія
пенсіонер 5	6	Легка депресія
пенсіонер 6	12	Помірна депресія
пенсіонер 7	1	Відсутність або мінімальні симптоми
пенсіонер 8	16	Виражена депресія
пенсіонер 9	12	Помірна депресія
пенсіонер 10	14	Помірна депресія
пенсіонер 11	10	Помірна депресія
пенсіонер 12	8	Легка депресія
пенсіонер 13	14	Виражена депресія
пенсіонер 14	12	Помірна депресія
пенсіонер 15	22	Тяжка депресія
пенсіонер 16	8	Легка депресія
пенсіонер 17	16	Виражена депресія
пенсіонер 18	12	Помірна депресія
пенсіонер 19	16	Виражена депресія
пенсіонер 20	17	Виражена депресія

Таблиця Г.3

**Результати діагностування осіб за шкалою самооцінки наявності ПТСР
(PCL–C)**

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)		
№	Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)	Рівень прояву ПТСР
студент 1	51	Наявність ПТСР
студент 2	25	Окремі симптоми ПТСР
студент 3	40	Окремі симптоми ПТСР
студент 4	45	Окремі симптоми ПТСР
студент 5	30	Окремі симптоми ПТСР
студент 6	33	Окремі симптоми ПТСР
студент 7	10	Нормативні показники
студент 8	15	Нормативні показники
студент 9	18	Нормативні показники
студент 10	9	Нормативні показники
студент 11	55	Наявність ПТСР
студент 12	45	Окремі симптоми ПТСР
студент 13	40	Окремі симптоми ПТСР
студент 14	41	Окремі симптоми ПТСР
студент 15	34	Окремі симптоми ПТСР
студент 16	36	Окремі симптоми ПТСР
студент 17	10	Нормативні показники
студент 18	12	Нормативні показники
студент 19	16	Нормативні показники
студент 20	8	Нормативні показники
працюючий 1	52	Наявність ПТСР
працюючий 2	40	Окремі симптоми ПТСР
працюючий 3	36	Окремі симптоми ПТСР
працюючий 4	35	Окремі симптоми ПТСР
працюючий 5	24	Окремі симптоми ПТСР
працюючий 6	18	Нормативні показники
працюючий 7	15	Нормативні показники

працюючий 8	10	Нормативні показники
працюючий 9	60	Наявність ПТСП
працюючий 10	22	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 11	36	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 12	40	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 13	25	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 14	29	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 15	48	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 16	41	Окремі симптоми ПТСП
працюючий 17	10	Нормативні показники
працюючий 18	18	Нормативні показники
працюючий 19	15	Нормативні показники
працюючий 20	7	Нормативні показники
пенсіонер 1	41	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 2	40	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 3	30	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 4	35	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 5	31	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 6	28	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 7	18	Нормативні показники
пенсіонер 8	15	Нормативні показники
пенсіонер 9	13	Нормативні показники
пенсіонер 10	55	Наявність ПТСП
пенсіонер 11	52	Наявність ПТСП
пенсіонер 12	49	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 13	45	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 14	40	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 15	33	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 16	34	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 17	30	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 18	31	Окремі симптоми ПТСП
пенсіонер 19	17	Нормативні показники
пенсіонер 20	12	Нормативні показники

Таблиця Г.4

Результати діагностування осіб за шкалою тривоги Бека (BAI)

Шкала тривоги Бека (BAI)		
№	Шкала тривоги Бека (BAI)	Рівні прояву тривожності
студент 1	40	високий рівень тривожності
студент 2	36	високий рівень тривожності
студент 3	39	високий рівень тривожності
студент 4	37	високий рівень тривожності
студент 5	34	помірна тривожність
студент 6	27	помірна тривожність
студент 7	22	помірна тривожність
студент 8	25	помірна тривожність
студент 9	30	помірна тривожність
студент 10	15	низька тривожність
студент 11	37	високий рівень тривожності
студент 12	40	високий рівень тривожності
студент 13	38	високий рівень тривожності
студент 14	36	високий рівень тривожності
студент 15	25	помірна тривожність
студент 16	30	помірна тривожність
студент 17	23	помірна тривожність
студент 18	26	помірна тривожність
студент 19	20	низька тривожність
студент 20	14	низька тривожність
працюючий 1	41	високий рівень тривожності
працюючий 2	39	високий рівень тривожності
працюючий 3	37	високий рівень тривожності
працюючий 4	35	помірна тривожність
працюючий 5	31	помірна тривожність
працюючий 6	30	помірна тривожність

Шкала тривоги Бека (BAI)		
№	Шкала тривоги Бека (BAI)	Рівні прояву тривожності
працюючий 7	22	помірна тривожність
працюючий 8	15	низька тривожність
працюючий 9	43	високий рівень тривожності
працюючий 10	40	високий рівень тривожності
працюючий 11	37	високий рівень тривожності
працюючий 12	38	високий рівень тривожності
працюючий 13	24	помірна тривожність
працюючий 14	30	помірна тривожність
працюючий 15	34	помірна тривожність
працюючий 16	32	помірна тривожність
працюючий 17	23	помірна тривожність
працюючий 18	25	помірна тривожність
працюючий 19	18	низька тривожність
працюючий 20	9	низька тривожність
пенсіонер 1	40	високий рівень тривожності
пенсіонер 2	39	високий рівень тривожності
пенсіонер 3	36	високий рівень тривожності
пенсіонер 4	38	високий рівень тривожності
пенсіонер 5	32	помірна тривожність
пенсіонер 6	30	помірна тривожність
пенсіонер 7	25	помірна тривожність
пенсіонер 8	22	помірна тривожність
пенсіонер 9	15	низька тривожність
пенсіонер 10	40	високий рівень тривожності
пенсіонер 11	41	високий рівень тривожності
пенсіонер 12	40	високий рівень тривожності
пенсіонер 13	38	високий рівень тривожності
пенсіонер 14	37	високий рівень тривожності

Шкала тривоги Бека (BAI)		
№	Шкала тривоги Бека (BAI)	Рівні прояву тривожності
пенсіонер 15	30	помірна тривожність
пенсіонер 16	34	помірна тривожність
пенсіонер 17	31	помірна тривожність
пенсіонер 18	30	помірна тривожність
пенсіонер 19	20	низька тривожність
пенсіонер 20	14	низька тривожність

Таблиця Г.5

Кореляція між рівнем тривожності опитуваних та рівнем прояву ПТСР

	Шкала самооцінки проявів ПТСР, d_x	d_{xi}	Шкала тривоги Бека (BAI), d_y	d_{yi}	$d_i=d_{xi}-d_{yi}$	d_i^2
1	51	55	40	54,5	0,5	0,25
2	25	23,5	36	38	-14,5	210,25
3	40	43,5	39	50	-6,5	42,25
4	45	51	37	42	9	81
5	30	28	34	34	-6	36
6	33	32,5	27	21	11,5	132,25
7	10	5,5	22	11	-5,5	30,25
8	15	12,5	25	17,5	-5	25
9	18	18,5	30	25	-6,5	42,25
10	9	3	15	5	-2	4
11	55	58,5	37	42	16,5	272,25
12	45	51	40	54,5	-3,5	12,25
13	40	43,5	38	46,5	-3	9
14	41	48	36	38	10	100
15	34	34,5	25	17,5	17	289
16	36	39	30	25	14	196
17	10	5,5	23	13,5	-8	64
18	12	8,5	26	20	-11,5	132,25
19	16	15	20	8,5	6,5	42,25
20	8	2	14	2,5	-0,5	0,25
21	52	56,5	41	58,5	-2	4
22	40	43,5	39	50	-6,5	42,25
23	36	39	37	42	-3	9
24	35	36,5	35	36	0,5	0,25
25	24	22	31	29,5	-7,5	56,25

	Шкала самооцінки проявів ПТСР, d_x	d_{xi}	Шкала тривоги Бека (BAI), d_y	d_{yi}	$d_i=d_{xi}-d_{yi}$	d_i^2
26	18	18,5	30	25	-6,5	42,25
27	15	12,5	22	11	1,5	2,25
28	10	5,5	15	5	0,5	0,25
29	60	60	43	60	0	0
30	22	21	40	54,5	-33,5	1122,25
31	36	39	37	42	-3	9
32	40	43,5	38	46,5	-3	9
33	25	23,5	24	15	8,5	72,25
34	29	26	30	25	1	1
35	48	53	34	34	19	361
36	41	48	32	31,5	16,5	272,25
37	10	5,5	23	13,5	-8	64
38	18	18,5	25	17,5	1	1
39	15	12,5	18	7	5,5	30,25
40	7	1	9	1	0	0
41	41	48	40	54,5	-6,5	42,25
42	40	43,5	39	50	-6,5	42,25
43	30	28	36	38	-10	100
44	35	36,5	38	46,5	-10	100
45	31	30,5	32	31,5	-1	1
46	28	25	30	25	0	0
47	18	18,5	25	17,5	1	1
48	15	12,5	22	11	1,5	2,25
49	13	10	15	5	5	25
50	55	58,5	40	54,5	4	16
51	52	56,5	41	58,5	-2	4
52	49	54	40	54,5	-0,5	0,25

	Шкала самооцінки проявів ПТСР, d_x	d_{xi}	Шкала тривоги Бека (BAI), d_y	d_{yi}	$d_i = d_{xi} - d_{yi}$	d_i^2
53	45	51	38	46,5	4,5	20,25
54	40	43,5	37	42	1,5	2,25
55	33	32,5	30	25	7,5	56,25
56	34	34,5	34	34	0,5	0,25
57	30	28	31	29,5	-1,5	2,25
58	31	30,5	30	25	5,5	30,25
59	17	16	20	8,5	7,5	56,25
60	12	8,5	14	2,5	6	36
сума	1803	1830	1829	1830		4357
середнє значення	30,05		30,48			

Розрахунок коефіцієнту кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n \cdot (n^2 - 1)} = 1 - \frac{6 \cdot 4357}{60 \cdot (60^2 - 1)} \approx 0,88$$