МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технологій,

спорту та реабілітації

Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: Особливості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації

Здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
ПСМЗ-24-2 групи,
спеціальності 053 «Психологія»
ОПП «Психологія. Психологія бізнесу»

_____ **С.М. Костюченко**
підпис здобувача вищої освіти

Науковий керівник

_____ **І.О. Пєтухова**
підпис наукового керівника к.пед.н., доцент

Гарант освітньо-
професійної програми

_____ **Т.А. Ткачук**
підпис керівника ОПП д. психол. н., проф.

Допущено до захисту за рішенням кафедри психології, педагогіки та суспільних дисциплін протокол від «5» грудня 2025 р. № 6

Завідувач кафедри

_____ **І.О. Пєтухова,**
підпис к. пед. н., доцент

Ірпінь – 2026

Реєстрація № 10 09.02.2026
(дата) (підпис відповідальної особи)

Результати перевірки *до захисту*
(до захисту, на доопрацювання) (дата) (підпис)

Результат захисту 86 45 B 12.03.26
(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: А.М. Маслюк
(підпис) (ініціали, ПІБ)

Члени комісії: І.О. Пєтухова
(підпис) (ініціали, ПІБ)

О.Г. Льовкіна
(підпис) (ініціали, ПІБ)

Т.А. Ткачук
(підпис) (ініціали, ПІБ)

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технології, спорту та реабілітації
Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Психологія. Психологія бізнесу»

Затверджую:
Завідувач кафедри психології, педагогіки та суспільних дисциплін
_____ І.О. Пєтухова

Завдання на кваліфікаційну роботу
здобувача вищої освіти

Костюченка Сергія Миколайовича
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема кваліфікаційної роботи: **Особливості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації**
Затверджена наказом ректора від 07.06.2025 № 499
Термін подачі закінченої роботи: 11.02.2026

Цільова установка полягає в теоретико-методологічному аналізі проблем травматичного досвіду особистості в умовах військової окупації; емпіричному дослідженні спектру травматичних подій, рівнів посттравматичного стресового розладу та структури травматичних переживань постраждалих; визначенні специфіки клінічних проявів, зокрема домінування фізіологічного гіперзбудження та полівіктимізації; розробці та обґрунтуванні стратегії психологічного супроводу та практичних рекомендацій щодо стабілізації та реінтеграції осіб з травматичним досвідом окупації.

Мета роботи полягає в тому, щоб теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості травматичного досвіду особистості, яка перебувала в окупації.

Об'єктом дослідження є травматичний досвід особистості.

Предметом дослідження є особливості травматичного досвіду особистості, яка перебувала в окупації.

База дослідження. Дослідження проводилося на базі навчальної лабораторії «Тренінговий центр «Human resources (consulting)». У дослідженні взяли участь 53 особи дорослого віку (від 22 до 60 років), які мали досвід перебування під окупацією.

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання	
		За планом	Фактично
1	Вибір та затвердження теми кваліфікаційної роботи	до 30.11.2024	30.11.2024
1.1	Вивчення літературних джерел та складання плану роботи	до 30.12.2024	23.12.2024
2	Підготовка розділів кваліфікаційної роботи та подання їх на перевірку керівнику		
2.1	Підготовка першого розділу кваліфікаційної роботи	15.01.2025 – 20.03.2025	15.03.2025
2.2	Підготовка другого розділу кваліфікаційної роботи	01.04.2025 – 15.09.2025	14.07.2025
2.3	Підготовка третього розділу кваліфікаційної роботи	до 23.11.2025	20.11.2025
3	Попередній захист кваліфікаційної роботи	до 01.12.2025	05.12.2025
4	Подання роботи на перевірку наявності академічного плагіату	до 25.12.2025	13.01.2026
5	Отримання відгуку керівника кваліфікаційної роботи	до 18.01.2026	30.01.2026
6	Отримання зовнішньої рецензії	до 18.01.2026	16.01.2026
7	Допуск кваліфікаційної роботи завідувачем кафедри до захисту	до 30.01.2026	05.12.2025
8	Захист кваліфікаційної роботи	лютий 2026	11.02.2026

1. Дата видачі завдання «30» 11 2024 р.
2. Керівник кваліфікаційної роботи _____ І.О. Пєтухова
3. Керівник освітньо-професійної програми _____ Т.А. Ткачук
4. Завдання до виконання отримав здобувач вищої освіти _____ С.М. Костюченко

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено особливості травматичного досвіду особистості, яка перебувала в окупації. Основна увага приділяється аналізу теоретико-методологічних підходів до розуміння «комплексної травми» війни, емпіричному вивченню спектру стресорів та клінічних проявів ПТСР, а також розробці практичних рекомендацій для психологічної реабілітації. Дослідження проводилось на базі навчальної лабораторії «Тренінговий центр «Human resources (consulting)» за участю 53 осіб віком від 22 до 60 років, які виїхали з тимчасово окупованих територій. Встановлено, що досвід окупації носить кумулятивний характер, а у більшості постраждалих фіксується клінічний рівень ПТСР з домінуванням симптомів фізіологічного гіперзбудження над симптомами уникнення. На основі результатів дослідження розроблено стратегію психологічного супроводу, що базується на трифазній моделі відновлення (стабілізація, опрацювання, реінтеграція) з пріоритетом використання методів соматичної регуляції. Практична значущість роботи полягає у можливості застосування розроблених рекомендацій у роботі психологів, соціальних працівників та волонтерів, які працюють з внутрішньо переміщеними особами.

Ключові слова: травматичний досвід, окупація, ПТСР, комплексна травма, гіперзбудження, психологічна стабілізація, резильєнтність.

ABSTRACT

In the master's thesis, the features of the traumatic experience of a personality who was in occupation are investigated. The main focus is on analyzing theoretical and methodological approaches to understanding «complex war trauma», empirically studying the spectrum of stressors and clinical manifestations of PTSD, as well as developing practical recommendations for psychological rehabilitation. The study was conducted at the training laboratory «Training Centre «Human Resources (Consulting)» with the participation of 53 people aged 22 to 60 who had left the temporarily occupied territories. It was established that the occupation experience is cumulative, and the majority of victims exhibit a clinical level of PTSD with a dominance of physiological hyperarousal symptoms over avoidance symptoms. Based on the research results, a psychological support strategy was developed based on the three-phase recovery model (stabilization, processing, reintegration) with a priority on somatic regulation methods. The practical significance of the work lies in the possibility of applying the developed recommendations in the work of psychologists, social workers, and volunteers working with internally displaced persons.

Keywords: traumatic experience, occupation, PTSD, complex trauma, hyperarousal, psychological stabilization, resilience.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ В УМОВАХ ВІЙНИ 11
1.1. Психологічна сутність та види травматичного досвіду особистості 11
1.2. Специфіка психологічного стану особистості в умовах окупації 14
1.3. Клінічні та психологічні прояви наслідків перебування в зоні бойових дій та окупації 19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ 27
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження 27
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження 32
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ОКУПАЦІЇ 49
3.1. Стратегії та принципи психологічного супроводу осіб, що пережили окупацію 49
3.2. Методи та техніки стабілізації психоемоційного стану та опрацювання травми 51
ВИСНОВКИ 59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 61
ДОДАТКИ 66

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність теми зумовлена масштабами психотравматизації цивільного населення внаслідок повномасштабної війни в Україні та гострою необхідністю розробки специфічних алгоритмів психологічної допомоги особам, що пережили досвід окупації. Перебування на тимчасово окупованих територіях створює унікальний комплекс психологічних проблем, пов'язаних із тотальною невизначеністю, інформаційною ізоляцією та прямою вітальною загрозою, що кваліфікується як комплексна травма. В умовах, коли значна частина населення зазнала впливу бойових дій, дослідження особливостей цього травматичного досвіду є критично важливим для створення ефективних реабілітаційних програм, які б враховували не лише класичні симптоми ПТСР, а й специфіку «окупаційної» травми, що впливає на фізіологічний та екзистенційний рівні функціонування особистості.

Значний внесок у розробку проблематики психологічної травми та наслідків війни зроблено в роботах таких вітчизняних дослідників як П. Горностай [7], В. Климчук [11], Т. Титаренко [11], З. Крижановська [13], В. Панок [18], В. Предко [19], Б. Іваненко [10], Г. Лазос [13]. Проблема посттравматичних станів та їх подолання досліджувалась у працях зарубіжних науковців: Дж. Герман (концепція комплексної травми) [36], Б. ван дер Колка (тілесні аспекти травми) [13], Ф. Шапіро (EMDR-терапія), Ф. Везерса [36], Д. Вейсса [37]. Незважаючи на значну кількість досліджень у сфері військової психології, недостатньо вивченими залишаються специфічні психологічні механізми травматизації цивільних осіб в умовах окупації та особливості їх клінічних проявів, що потребує поглибленого емпіричного аналізу.

Об'єкт дослідження – травматичний досвід особистості.

Предмет дослідження – особливості травматичного досвіду особистості, яка перебувала в окупації.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості травматичного досвіду особистості, яка перебувала в окупації.

Для досягнення мети необхідно виконати наступні **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену травматичного досвіду та особливостей його перебігу в умовах військової окупації.

2. Емпірично дослідити та інтерпретувати особливості травматичного досвіду особистості, яка перебувала в окупації.

3. Розробити та обґрунтувати практичні рекомендації щодо психологічної реабілітації та корекції наслідків травматичного досвіду для особистостей, які перебували в окупації.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження та вирішення означених завдань було використано комплекс методів, що включає теоретичний аналіз, порівняння, синтез та узагальнення наукових джерел. Емпіричне дослідження проводилося за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик: «Контрольний перелік життєвих подій» (LEC-5) для ідентифікації стресорів, «Опитувальник симптомів ПТСР» (PCL-5) для скринінгу клінічних проявів, «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) для визначення структури травми. Математична обробка даних здійснювалася методами описової та порівняльної статистики.

Наукова новизна полягає в тому, що: вперше комплексно досліджено структуру травматичного досвіду цивільних осіб в окупації як поєднання полівіктимізації та фізіологічного гіперзбудження; уточнено специфіку клінічних проявів, де домінуючим фактором виступає соматична дисрегуляція, а не уникнення; емпірично підтверджено неефективність захисних механізмів витіснення в умовах окупації; розроблено та обґрунтовано стратегію психологічної допомоги, яка базується на пріоритеті тілесної стабілізації над когнітивним опрацюванням.

Практична значущість полягає у можливості застосування розроблених практичних рекомендацій та трифазної моделі психологічного супроводу в роботі клінічних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та волонтерів, які працюють з внутрішньо переміщеними особами. Матеріали

дослідження можуть бути використані при створенні реабілітаційних програм, проведенні груп підтримки та індивідуальному консультуванні постраждалих від війни.

База дослідження. Особи, які мають досвід перебування на тимчасово окупованих територіях України та на момент опитування виїхали у безпечні регіони. Дослідження проводилось на базі навчальної лабораторії «Тренінговий центр «Human resources (consulting)». Загалом у дослідженні взяли участь 53 особи дорослого віку (від 22 до 60 років) різного соціального статусу та рівня освіти (переважно з вищою та середньою спеціальною освітою). Гендерний розподіл вибірки склав 19 чоловіків (35,8%) та 34 жінки (64,2%).

Апробація дослідження. Результати досліджень були відображені у матеріалах міжнародної конференції:

Костюченко С.М., Калениченко Р.А. Особливості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації / Актуальні проблеми освітнього процесу в контексті європейського вибору України: матеріали VIII Міжнародної конференції (12 листопада 2025 року) – Київ: КНУБА, 2025. – С. 650–652 [12].

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (43 найменувань). Загальний обсяг роботи становить 73 сторінки. Робота містить 3 рисунки, 2 таблиці та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Психологічна сутність та види травматичного досвіду особистості

У сучасному науковому дискурсі феномен психологічної травми розглядається як складний, багатовимірний конструкт, що інтегрує у собі унікальність індивідуального переживання події, біопсихологічні механізми реагування та широкі соціокультурні чинники. Сучасні українські дослідники С. Неймарк та О. Журавльова наголошують, що травму не можна зводити лише до факту шокуючої події; це динамічний процес, що охоплює дисоціативні механізми, порушення інтеграції досвіду та глибинні зміни у структурі самоідентичності особистості. Актуальність глибокого осмислення цього поняття для України зумовлена безпрецедентним зростанням частоти травматичних переживань, пов’язаних зі збройним конфліктом. Зокрема, за даними досліджень, на які посилаються автори (О. Лущак, Б. Келлі), поширеність симптомів ПТСР та гострого стресового розладу серед українців, які перебувають в умовах війни, значно перевищує загальносвітові показники, що вимагає переосмислення класичних підходів до діагностики та допомоги [17].

Еволюція уявлень про сутність травматичного досвіду демонструє трансформацію від інтуїтивних описів до системних клінічних моделей. Історична експлікація, здійснена К. Волковим, свідчить, що інтерес до впливу екстремальних подій на психіку простежується ще з часів античності, проте тривалий час ці знання залишалися фрагментарними. Лише з розвитком психоаналітичного напряму травма набула статусу ключового клінічного поняття. Важливим для розуміння стану людини в окупації є внесок П. Жане, який визначив травму як порушення цілісності «психічної системи». Згідно з його поглядами, неможливість інтегрувати жахливий досвід призводить до дисоціації – розщеплення свідомості, коли травматичні спогади існують окремо

від основного потоку пам’яті, що часто спостерігається у осіб, які пережили ізоляцію та насильство [6; 17].

Значне поглиблення розуміння механізмів травматизації відбулося завдяки працям З. Фрейда, який ввів поняття «Nachträglichkeit» (післядія). Цей термін описує процес, коли подія набуває травматичного значення не в момент її здійснення, а згодом, через ретроактивне переосмислення у контексті нового життєвого досвіду. Для нашого дослідження це положення є критично важливим, оскільки пояснює, чому повне усвідомлення жаху окупації часто настає вже після виїзду на безпечну територію, коли зникає безпосередня вітальна загроза і вмикаються механізми рефлексії [17].

В контексті військової травми та перебування в ворожому середовищі, особливої уваги заслуговує концепція «фізіоневрозу» А. Кардінера. Дослідник, на якого посилаються В. Стеблюк та К. Проноза-Стеблюк, зауважив, що травматична пам’ять не обмежується ментальними образами, а фіксується на тілесному рівні. Особистість продовжує функціонувати в режимі постійної настороженості та фізіологічної мобілізації, навіть коли реальна небезпека минула. Це явище, відоме як «тіло веде рахунок» (за Б. ван дер Колком), пояснює стійкість симптомів гіперзбудження у людей, які тривалий час перебували в зоні окупації під постійним тиском [26; 38].

Сучасна психотравматологія, зокрема у роботах Дж. Герман, пропонує розрізняти просту та комплексну травму. Перебування в окупації, що характеризується пролонгованим впливом, повторюваністю загроз та неможливістю втечі, відповідає критеріям комплексної травматизації. Дж. Герман наголошує, що такі умови призводять не лише до класичних симптомів ПТСР, а й до деформації стосунків з оточенням та руйнації базової довіри до світу. Важливою умовою відновлення у такій парадигмі визнається соціальна підтримка, відсутність якої в умовах ізоляції лише поглиблює деструктивний вплив травматичного досвіду [36; 37].

Водночас, в умовах довготривалої війни та окупації, поняття травми виходить за межі індивідуального досвіду, набуваючи ознак трансгенераційності

та колективності. Н. Черниш у своєму дослідженні наголошує, що травматичний досвід має здатність «успадковуватися»: нащадки людей, які пережили війну, можуть переймати наслідки невирішених психологічних проблем попередніх поколінь. Цей феномен трансгенераційної передачі означає, що травма поширюється не лише у просторі, а й у часі, і без належного опрацювання може зберігатися у «груповому несвідомому» протягом століть. Для особистості, яка перебуває в окупації, це створює подвійне навантаження: актуальний стрес від загрози життю накладається на історично сформовані патерни страху та безпорадності, притаманні українському суспільству через попередні трагічні події історії [27].

Теоретичне обґрунтування масштабності таких переживань надає П. Горностай у своїй концепції «психології колективних травм». Науковець розмежовує індивідуальну та колективну травми, зазначаючи, що остання охоплює великі популяції людей, які не обов'язково є безпосередніми жертвами фізичного насильства, але є частиною травмованої спільноти. В контексті нашого дослідження окупації важливою є теза про те, що колективна травма руйнує соціальні зв'язки та ідентичність групи, формуючи спільне поле переживання горя, яке вимагає специфічних механізмів подолання. Як зазначає М. Волінн (на якого посилається Н. Черниш), без усвідомлення джерел цього болю, особистість ризикує стати «спадкоємцем страхів» (вигнання, полону, смерті), сприймаючи їх як власні автентичні почуття [7; 27].

Проте сучасний науковий погляд на психологічну сутність травми не обмежується лише фіксацією негативних наслідків. Важливим вектором досліджень є концепція «посттравматичного зростання», яку детально розробляють В. Климчук та Т. Титаренко. Згідно з цим підходом, травматизація може виступати не лише руйнівним фактором, а й каталізатором для віднайдення нових внутрішніх ресурсів та смислів. В. Климчук вказує, що в процесі виходу з кризи відбувається соціальне конструювання нової реальності, де людина здатна переоцінити життєві пріоритети та віднайти сили для адаптації. Такий погляд є критично важливим для розробки стратегій психологічної допомоги, оскільки

зміщує фокус з патологізації стану постраждалих на пошук їхніх сильних сторін та потенціалу до самозцілення [11; 27].

Розвиваючи ідею позитивної трансформації особистості в умовах війни, сучасні українські вчені В. Панок та В. Предко вводять у науковий обіг поняття «посткризового розвитку». Дослідники наголошують, що травмівна подія (якою, безумовно, є окупація) супроводжується якісними внутрішніми змінами, які виникають внаслідок вирішення внутрішнього конфлікту та реконструкції старих когнітивних схем. У цьому контексті психологічна травма розглядається не як вирок, а як процес, що потребує конструктивної когнітивно-емоційної обробки. Важливою особливістю, яку виділяють автори, є те, що спільний травматичний досвід (колективна травма війни) з більшою ймовірністю призводить до посткризового розвитку, аніж індивідуальні травми, завдяки феномену солідарності та спільного проживання болю [19].

Ключовим ресурсом, що дозволяє особистості вистояти в умовах тотальної невизначеності та загрози, є життєстійкість. Як зазначають І. Данилюк, В. Предко та Р. Трайно (на яких посилаються автори статті), життєстійкість виступає фундаментом, що дозволяє людині не лише зберегти психічне здоров’я, але й сформувати нові сенси. Згідно з даними Д. Зубовського, навіть учасники бойових дій та особи, що перебували в екстремальних умовах, демонструють здатність до особистісного зростання, якщо їм вдається інтегрувати травматичний досвід у нову картину світу. Водночас, як підкреслюють В. Панок, Р. Мороз та Н. Сосновенко, цей процес не відбувається автоматично і часто потребує фахового психологічного супроводу та реабілітації, особливо коли йдеться про відновлення здатності до життєвого планування, яке було зруйноване війною [16; 18].

1.2. Специфіка психологічного стану особистості в умовах окупації

Повномасштабні воєнні дії та окупація територій призводять до радикальної трансформації повсякденного життя цивільного населення, руйнуючи не лише фізичну безпеку, але й базові засади психоемоційного

функціонування особистості. Українська дослідниця Б. Іваненко, аналізуючи вплив війни на психіку, виокремлює феномен психологічної самотності як один із найбільш травматичних, проте часто прихованих наслідків перебування в зоні конфлікту. Психологічна самотність в умовах окупації та війни набуває рис глибокого суб'єктивного відчуження, що супроводжується розривом зв'язків із минулим та тотальною невизначеністю майбутнього [10].

Особливістю переживання ізоляції на окупованих територіях або в зонах бойових дій є втрата довіри та вимушена соціальна дистанція навіть у присутності інших людей. Польові дослідження, проведені Danish Refugee Council, зафіксували специфічний стан міжособистісної взаємодії в таких умовах: люди відчувають неможливість бути щирими, а мовчання стає формою очікування небезпеки або зникнення когось із оточення. Такий контекст підтверджує, що самотність в умовах війни трансформується з соціального явища на фактор глибокої психологічної травматизації [31].

Фундаментальною характеристикою психологічного стану особистості в зоні бойових дій чи окупації є тотальне руйнування базового почуття безпеки, що унеможливлює задоволення інших життєвих потреб. В. Давиденко, О. Жукова та В. Цуркан, узагальнюючи вітчизняний та зарубіжний досвід, наголошують, що війна руйнує не лише фізичну інфраструктуру, а й «людські душі», створюючи середовище, де кожен четвертий ризикує отримати психічний розлад. Дослідниця Ж. Петрочко, розглядаючи цей аспект, стверджує: якщо потреба в безпеці не забезпечена, навіть біологічні потреби організму не можуть бути задоволені належним чином. В умовах окупації відчуття захищеності стає залежним від соціальних зв'язків та доступу до підтримки громади, які часто є розірваними або недоступними, що переводить психіку в режим постійного виживання [8; 21; 28].

Феномен ізоляції в екстремальних умовах має складну нейропсихологічну природу. Як зазначають дослідники Дж. Качоппо та С. Качоппо, відчуття самотності активує первинні захисні механізми мозку, пов'язані зі страхом і стресом, що є еволюційною реакцією на загрозу. В умовах окупації, де людина

може перебувати у фізичному оточенні інших (наприклад, у сховищах чи чергах), парадоксальним чином виникає емоційне відокремлення. Психіка, реагуючи на постійну вітальну загрозу, вмикає режими ізоляції, попри об'єктивну потребу особистості у підтримці [29].

Описані нейропсихологічні реакції на ізоляцію та загрозу знаходять своє підтвердження у концепції «токсичного стресу». За даними американських дослідників, на яких посилаються В. Давиденко та співавтори (зокрема Т. Бетанкур), повторювані травми та перебування в зоні конфлікту провокують зміни у фізіології регуляції стресу та розвитку мозку. Цей стан характеризується надмірною активацією систем реагування на загрозу, що може мати довгострокові наслідки для когнітивного та фізичного здоров'я («toxic stress»). Водночас, важливим механізмом подолання цього стану є пошук зовнішніх опор або «перехідних об'єктів», що дають відчуття стабільності. Як зазначає Д. Максимов, в ізраїльській та українській практиці (зокрема, метод хібукі-терапії) доведено, що наявність об'єкта піклування або емоційної прив'язки дозволяє знизити рівень тривоги та відновити частковий контроль над власним емоційним станом навіть у небезпечному середовищі [15; 30].

Групою особливого ризику в умовах вимушеної ізоляції або переселення є люди похилого віку, які часто залишаються на небезпечних територіях через неможливість евакуації. Дослідження Р. Регева та О. Нуттман-Шварц вказують на те, що втрата звичного соціального оточення та дому («protected housing») у контексті вимушеної міграції або окупації призводить до глибокого ізоляційного синдрому. Втрата дому переживається не лише як матеріальна шкода, а як руйнація ідентичності та почуття приналежності, що значно ускладнює адаптацію до нових, часто ворожих умов реальності [41].

Важливим фактором, що визначає здатність особистості витримувати тиск окупаційного середовища, є наявність соціальних ресурсів адаптації. Ю. Бохонкова та А. Ліпський, аналізуючи теоретико-методологічні аспекти проблеми, наголошують, що соціальна підтримка відіграє вирішальну роль у зниженні рівня стресу та підвищенні відчуття безпеки. Посилаючись на

дослідження Л. Вейлера та С. Хартлі, науковці стверджують, що індивіди з сильними соціальними зв’язками мають значно вищий рівень психологічної стійкості та рідше страждають від тривалих наслідків травмівного досвіду. В умовах окупації, де ворог цілеспрямовано руйнує соціальну тканину громади, дефіцит такої підтримки стає критичним фактором дезадаптації, оскільки ізольованість людини блокує природні механізми відновлення психічного балансу [2; 43].

Процес перебування в окупації доцільно розглядати через призму вимушеного пристосування до нових, ворожих умов життя, що супроводжується глибинними порушеннями у всіх сферах особистості. А. Перепелиця та О. Опанасюк визначають такий стан як ситуацію соціального безправ’я, де руйнуються сформовані життєві структури та зникають чіткі орієнтири майбутнього. Дослідники, спираючись на праці А. Гуляєвої, виокремлює специфічний внутрішній конфлікт, притаманний особам у таких обставинах: це протиріччя між відсутністю позитивної мотивації до змін (людина не хоче жити за правилами окупанта) та фізичною неможливістю уникнути цього тиску. Такий дисонанс призводить до деструктуризації ставлення особистості до світу, тотальної втрати довіри до оточуючих та власного життя, що є фундаментом для розвитку психосоматичних розладів [20].

Розуміння адаптації в таких екстремальних умовах вимагає розмежування її рівнів. Згідно з підходом О. Галуса, на який посилаються автори дослідження, процес пристосування відбувається у двох площинах: нижчій (біологічній) та вищій (соціально-особистісній). В умовах окупації часто спостерігається розрив між цими рівнями: організм мобілізує ресурси для фізичного виживання (біологічна адаптація), проте на рівні відносин із соціумом (соціальна адаптація) відбувається дезадаптація через несприйняття нав’язаних культурних та суспільних норм. Неадекватне переживання цього розриву призводить до того, що захисний психофізіологічний бар’єр особистості «прориває́ться», формуючи стійку психологічну травму, яка впливає на мотиваційну та комунікативну сфери [20].

В умовах окупації, яку науковці класифікують як екстремальну ситуацію, психіка особистості мобілізує специфічні механізми психологічного захисту. О. Зайцева та А. Грись визначають ці механізми як спеціальну систему стабілізації, спрямовану на убезпечення свідомості від травмуючих переживань. Однак тут криється фундаментальне протиріччя: з одного боку, захисти знижують напругу, а з іншого – спотворюють сприйняття реальності, що може заважати адекватній оцінці небезпеки. Дослідники виявили цікаві гендерні особливості реагування на екстремальний стрес війни: жінки частіше вдаються до «інтелектуалізації» (блокування емоцій через логічний аналіз) та пошуку ресурсу в уяві, тоді як чоловіки схильні до «регресії» (переходу на більш ранні стадії поведінки) та фізичної активності. Розуміння цих патернів є важливим для аналізу поведінки людей в окупації, де раціональність часто стає єдиною опорою проти хаосу [9].

Роль психологічних захистів не можна оцінювати однозначно негативно. Н. Володарська наголошує на цінності цих механізмів у сприянні позитивному психологічному здоров'ю, адже вони дозволяють особистості зберегти цілісність «Я» в умовах, коли зовнішній тиск перевищує адаптаційні можливості. Водночас, для діагностики ступеня викривлення реальності та вибору стратегії допомоги науковці (Н. Бєльська) пропонують використовувати стандартизовані інструменти, такі як «Індекс життєвого стилю», що дозволяє виявити домінуючий тип захисту. Якщо ж захисні механізми стають ригідними або неефективними, розвивається дезадаптація, яка, за словами О. Берегової та К. Коваль, стає підґрунтям для формування посттравматичного стресового розладу, що потребує вже не просто підтримки, а спеціалізованої корекції [1; 9].

Окрім того, руйнація соціальних зв'язків має прямий вплив на розвиток депресивної симптоматики, особливо серед молоді та осіб, що втратили підтримку референтної групи. Науковці Дж. Ванхалст, К. Люйккс та співавтори у своїх працях доводять тісний зв'язок між самотністю та депресивними розладами, наголошуючи на ролі самооцінки та сприйнятої якості стосунків з однолітками. В умовах війни цей механізм посилюється: руйнується соціальний континуум, у якому особистість відчувала себе частиною спільноти, що

призводить до когнітивного виснаження та підвищення суїцидальних ризиків [42].

1.3. Клінічні та психологічні прояви наслідків перебування в зоні бойових дій та окупації

Клінічна картина наслідків перебування особистості в зоні бойових дій та окупації найчастіше описується через призму посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який стає закономірною реакцією психіки на ненормальні обставини. Українські дослідниці З. Крижановська та А. Мудрик визначають ПТСР не просто як набір симптомів, а як стан, що виникає внаслідок нездатності психіки повністю інтегрувати та опрацювати травматичний досвід. В умовах окупації, де загроза є перманентною, цей досвід не стає частиною автобіографічної пам'яті, а зберігається у вигляді інтраузивних (нав'язливих) спогадів, флешбеків та високого рівня фонового стресу, який продовжує виснажувати організм навіть після евакуації на безпечну територію [13].

Особливістю травматизації внаслідок війни є тотальне руйнування когнітивної моделі світу особистості, або так званих «базових ілюзій». Згідно з аналізом З. Крижановської та А. Мудрик, психотравма завдає удару по трьох фундаментальних переконаннях, які забезпечують відчуття безпеки у мирний час: ілюзії власного безсмертя, вірі у справедливий устрій світу та переконанню у власній спроможності контролювати події. Для людини, яка пережила окупацію, світ перестає бути прогнозованим місцем; вона стикається з реальністю фізичного знищення та втрачає віру у свою спроможність впливати на власну долю, що породжує глибинне почуття безпорадності та екзистенційного жаху [13].

Поряд із когнітивними порушеннями, травма окупації актуалізує глибоку екзистенційну кризу, пов'язану з пошуком смислу страждання. Ю. Бохонкова та А. Ліпський звертають увагу на філософсько-психологічний вимір травми, апелюючи до досвіду Віктора Франкла, який пережив жахи концтаборів. Згідно з його концепцією логотерапії, навіть в умовах крайнього обмеження свободи

(що є характерним для окупації) у людини залишається «остання з людських свобод» – вибір власного ставлення до обставин. Вчені підкреслюють, що травма може стати каталізатором переосмислення буття, де людина постає перед абсурдністю жорстокості та необхідністю самостійно шукати внутрішню опору. Втрата ж цього смислу в умовах ізоляції призводить до так званого «екзистенційного вакууму», який значно ускладнює клінічну картину ПТСР та процес подальшої реабілітації [2; 34].

Завершуючи огляд клінічних проявів, необхідно наголосити на специфіці переживання екстремальних ситуацій саме в сучасному українському контексті. М. Любицький та І. Шутяк підкреслюють, що війна в Україні створила унікальне поле травматизації, де постійна загроза та невизначеність стали новою реальністю для мільйонів громадян. В таких умовах психічна саморегуляція виступає не просто як навичка, а як ключова компетенція виживання. Дослідники звертають увагу на те, що без своєчасної інтервенції (кризового консультування, груп підтримки) гострі стресові реакції мають тенденцію переростати у хронічні розлади. Водночас, вони наводять дані про ефективність методів, що фокусуються на ресурсах особистості (майндфулнес, дихальні практики), які дозволяють знизити рівень тривоги та відновити базове відчуття контролю над власним тілом, що є першим кроком до подолання наслідків травми окупації [14].

Важливим аспектом клінічних проявів є фізіологічна фіксація травми. Посилаючись на концепцію Бессела ван дер Колка, автори наголошують, що травматичний досвід буквально «відбивається» на тілі та мозку, перевантажуючи адаптаційні системи. Це призводить до того, що особа втрачає здатність до емоційної регуляції: нормальні механізми адаптації перестають працювати, а реакції стають автоматичними та дезорганізованими. У практичному вимірі це проявляється через так звану «вибухову реакцію» на несподівані стимули (різкі звуки, рухи), коли тіло реагує оборонною позицією ще до того, як мозок встигає оцінити реальність загрози [13].

Специфічним проявом тривалого перебування в небезпеці є феномен емоційного оніміння або притупленості емоцій. Як зазначають О. Бабелюк та Н. Гоцуляк (на яких спираються у своєму дослідженні З. Крижановська та А. Мудрик), постраждалі часто описують неможливість відчувати радість, любов чи творчий підйом, що є захисною реакцією психіки на надмірний біль. Цей стан часто супроводжується немотивованою пильністю – постійним скануванням простору на предмет загрози, а також агресивністю, яка може виявлятися як у вербальній, так і у фізичній формі як спосіб вирішення проблем «грубою силою», що було адаптивним в умовах виживання, але стає деструктивним у мирному житті [13].

Узагальнюючи наукові підходи до розуміння клінічної картини травми, Н. Коляда, О. Кравченко та співавтори акцентують увагу на тому, що посттравматичний стресовий розлад слід розглядати як комплексне порушення психічної діяльності, яке трансформує спосіб мислення, емоційного реагування та поведінки особистості. Дослідники, спираючись на праці М. Галича, проводять важливу для нашої роботи диференціацію між травматичним досвідом військових та цивільних. Хоча зазвичай цивільні особи стикаються з травмівними подіями меншої інтенсивності, ніж комбатанти, специфіка окупації нівелює цю різницю: загроза життю стає не випадковістю, а «звичним середовищем», що виснажує адаптаційні ресурси психіки аналогічно до бойових умов [23].

Клінічна симптоматика, за даними К. Островської (на яку посилаються автори статті), групується навколо трьох ключових кластерів: причепливого повторного переживання події (інтрузії), уникнення стимулів, що нагадують про травму (свідоме витіснення думок), та симптомів фізіологічної гіперактивації. Останні проявляються через розлади сну, немотивовані спалахи гніву та постійну готовність до небезпеки, що робить людину виснаженою та емоційно нестабільною. Важливим фактором, що ускладнює перебіг цих станів, є соціальна ізоляція. Відсутність підтримки з боку оточення, яка часто є характерною для умов окупації або перших етапів після виїзду, призводить до

того, що постраждалий почувається безпорадним і нездатним відновити розірвані соціальні зв’язки, що лише консервує травматичний досвід [23].

Аналіз наукових досліджень, проведений групою вчених на чолі з В. Чорною, дозволяє виокремити низку факторів, що суттєво обтяжують перебіг посттравматичного стресового розладу. Серед них ключовим є коморбідність (поєднання) ПТСР з іншими розладами, зокрема із вживанням алкоголю. Дослідники наводять дані, що у 20,3% військовослужбовців з ПТСР спостерігається алкогольна залежність, що значно ускладнює процес лікування та реабілітації. В умовах окупації, де доступ до психологічної допомоги відсутній, алкоголь часто стає єдиним доступним «анестетиком» для приглушення емоційного болю, що в довгостроковій перспективі лише поглиблює депресію та тривогу. Крім того, автори підкреслюють важливість рівня усвідомленості (mindfulness): низька здатність до рефлексії власних станів корелює з більш вираженими симптомами та ризикованою поведінкою (безтурботність, жорсткість) [22].

Важливим кроком у систематизації допомоги стало затвердження в Україні уніфікованого клінічного протоколу «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації», на який посилаються О. Чабан та О. Хаустова. Цей документ, адаптований до міжнародних стандартів, визначає чіткі критерії діагностики та маршрут пацієнта. Проте, як зазначають Л. Коупленд та співавтори (дослідження яких цитується у роботі В. Чорної), сам факт виходу із зони бойових дій чи окупації не означає автоматичного зникнення симптомів. Навпаки, перехід до мирного життя («military-to-civilian transition») може стати новим стресором, оскільки вимагає від особистості повної перебудови патернів поведінки, які були ефективними для виживання, але є дезадаптивними у соціумі [22].

Поглиблюючи аналіз наслідків травматичного досвіду, варто звернути увагу на його соматичний компонент, який часто залишається поза увагою психологів. В. Сергієнко та співавтори, узагальнюючи сучасні клінічні дані, розглядають ПТСР не ізольовано, а у тісному взаємозв’язку з метаболічними дисфункціями. Вчені наводять термін «замасковане метаболічне захворювання»,

вказуючи на те, що хронічний стрес (який є невід'ємною частиною життя в окупації) запускає процеси хронічного запалення низької інтенсивності. Це, у свою чергу, підвищує ризики розвитку серцево-судинних патологій та цукрового діабету 2 типу. Д. Едмондсон (на якого посилаються автори огляду) підтверджує пряму кореляцію між ПТСР та кардіометаболічними порушеннями. Для нашого дослідження це означає, що особи, які перебували в окупації, потребують моніторингу не лише психічного, а й фізичного здоров'я, оскільки їхній організм тривалий час функціонував у режимі «біохімічного виснаження» [24].

Незважаючи на те, що «золотим стандартом» діагностики залишаються критерії DSM-5 (діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації), які фокусуються на поведінкових симптомах (вторгнення, уникнення, зміни настрою), сучасна наука наполягає на врахуванні нейробіологічних маркерів. Тривала дія травматичних подій, як-от під час війни, спричиняє нейропатофізіологічні порушення підкіркових структур мозку, що може призводити до когнітивного дефіциту. Відповідно, клінічна картина наслідків окупації є біопсихосоціальною: психологічна травма «вбудовується» в тіло, змінюючи його функціонування на клітинному рівні [24].

Поглиблюючи аналіз клінічних проявів, варто вийти за межі класичного розуміння ПТСР і звернути увагу на феномен «токсичного стресу» та полівіктимізації. За даними досліджень С. Дауні та А. Краммі, перебування в зоні бойових дій неминуче корелює з вищими показниками розладів, ніж у мирному житті, проте сам діагноз ПТСР не охоплює всього спектру наслідків. М. Ейноллахі вказує, що хронічні негаразди війни призводять до системних змін: від проблем емоційної регуляції до соматичних захворювань (ожиріння, хвороби серця) та ризикованої поведінки. Травма окупації, поєднуючись із втратою соціальних мереж, запускає механізми, які К. Муччі та А. Скалабріні описують як порушення системи «розум-тіло-мозок». Вчені наголошують, що дисоціація (від'єднання від реальності) стає способом виживання, але в довгостроковій перспективі це призводить до деформації морального розвитку та здатності будувати стосунки [32; 33; 40].

Особливо гострою проблемою, що виникає на тлі соціальної ізоляції та відчуття відкинутості в умовах війни, є схильність до екстремальної поведінки та несуїцидальних самоушкоджень. А. Граньєрі та співавтори доводять, що травматична дисоціація безпосередньо пов'язана з дезадаптивним функціонуванням особистості. Коли внутрішній біль стає нестерпним, а слова для його вираження відсутні (феномен, який частково пояснюється у дослідженнях «воєн пам'яті» С. Лінна та Р. Макнеллі), людина може вдаватися до агресії або самоагресії як способу відчути контроль над власним тілом чи навпаки – заглушити емоції. В умовах окупації така поведінка часто є не усвідомленим вибором, а крайньою формою реакції на кумулятивну травму, коли психіка намагається адаптуватися до жорстокої реальності шляхом «оніміння» або вибухової активності [35; 39].

Водночас, дослідники (О. Богомолець, Г. Лазос) застерігають від стигматизації цих станів, підкреслюючи, що реакції посттравматичного стресу є не стільки ознакою «хвороби», скільки спробою організму адаптуватися до загрозливої реальності. Проте без фахового втручання ці симптоми – від порушення сну та пам'яті до депресії та зловживання психоактивними речовинами – мають тенденцію до хронізації, суттєво знижуючи якість життя та соціальне функціонування особистості [13].

Завершуючи огляд клінічних проявів, неможливо оминути поняття «військового синдрому АТО/ООС», яке досліджували О. Буряк, М. Гіневський та Г. Катеруша. Науковці розглядають цей феномен як специфічний комплекс психологічних та психосоматичних розладів, що виникають внаслідок тривалого перебування в зоні бойових дій та потребують системного вирішення на державному рівні. С. Василенко наголошує, що ефективна система психологічної реабілітації повинна бути інтегрована у загальну структуру підготовки та відновлення військ, оскільки без цього неможлива повноцінна адаптація до мирного життя.

Водночас, як зазначають В. Горбунова, А. Карачевський та О. Романчук, критично важливим фактором подолання наслідків травми є соціальна підтримка

та робота в групах (за принципом «рівний-рівному»), що дозволяє знизити рівень стигматизації. Спектр методів допомоги, за даними М. Гуль, має бути широким – від арт-терапевтичного супроводу до кризової інтервенції (С. Власенко), адже кожен випадок травми є унікальним і потребує індивідуальної психодіагностики, алгоритми якої розроблені С. Васильєвим та Д. Зубовським [3; 4; 5; 25].

Висновки до розділу 1

1. На основі теоретико-методологічного аналізу встановлено, що травматичний досвід є складним багатовимірним конструктом, який виходить за межі індивідуального переживання шокуючої події та розглядається як динамічний процес порушення цілісності «психічної системи» особистості. Визначено, що в умовах сучасної війни травма набуває ознак колективності та трансгенераційності, впливаючи не лише на окремих індивідів, а й на цілі покоління. Водночас доведено, що травматичний досвід може мати двовекторний характер впливу: як деструктивний (розвиток розладів, дезадаптація), так і конструктивний, що проявляється у феномені посттравматичного зростання та переосмисленні життєвих цінностей за умови наявності внутрішніх ресурсів.
2. Проаналізовано специфіку психологічного стану особистості в умовах окупації та з’ясовано, що він характеризується комплексом унікальних стресорів: тотальною невизначеністю, інформаційною ізоляцією, втратою базового почуття безпеки та станом «соціального безправ’я». Встановлено, що тривале перебування у ворожому середовищі формує феномен «токсичного стресу» та вимушеної адаптації, коли психіка функціонує в режимі виживання. Особливу увагу приділено ролі соціальної підтримки, дефіцит якої в умовах ізоляції стає критичним фактором, що блокує природні механізми відновлення та поглиблює деструктивний вплив травми.

3. Визначено клінічні та психологічні прояви наслідків перебування в зоні бойових дій та окупації. Встановлено, що найбільш поширеним наслідком є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який проявляється у трьох кластерах симптомів: інтрузії (нав’язливі спогади), уникнення та фізіологічне гіперзбудження. Окрім класичної картини ПТСР, виявлено високу ймовірність коморбідних розладів (депресія, адиктивна поведінка), психосоматичних порушень (метаболічний синдром) та екстремальних форм поведінки.

Таким чином, теоретичний аналіз демонструє, що травматичний досвід окупації є специфічним видом хронічної «комплексної травми», що потребує системного підходу до діагностики та реабілітації. Це підтверджує необхідність проведення емпіричного дослідження для виявлення конкретних маркерів травматизації та розробки ефективних стратегій психологічної допомоги постраждалим.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження особливостей травматичного досвіду особистості, яка перебувала в умовах окупації, проводилося на базі навчальної лабораторії «Тренінговий центр «Human resources (consulting)». Враховуючи специфіку та сенситивність теми, а також безпекові фактори, збір даних здійснювався у змішаному форматі: шляхом безпосереднього опитування на базі центрів допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО) та за допомогою захищених онлайн-форм для респондентів, які наразі перебувають у різних регіонах України або за кордоном.

У дослідженні взяли участь 53 особи дорослого віку, які мають підтверджений досвід перебування на тимчасово окупованих територіях України терміном від одного місяця до пів року. Формування вибірки відбувалося за принципом добровільності та з дотриманням умов конфіденційності.

Демографічний портрет вибірки характеризується наступним чином. Віковий діапазон респондентів склав від 22 до 60 років (середній вік – 38,5 років), що дозволяє охопити найбільш соціально активну групу населення, на яку припадає значний тягар адаптації в умовах війни.

Гендерний розподіл учасників дослідження (рис. 2.1) виявив певну диспропорцію, що є характерним для опитувань, пов’язаних із вимушеною міграцією та зверненням за психологічною допомогою. До складу вибірки увійшли 19 чоловіків (35,8%) та 34 жінки (64,2%). Таке співвідношення пояснюється тим, що жінки частіше схильні звертатися за підтримкою та брати участь у соціально-психологічних дослідженнях, тоді як чоловіки, в силу гендерних стереотипів або залученості до сил оборони, рідше стають респондентами подібних опитувань.

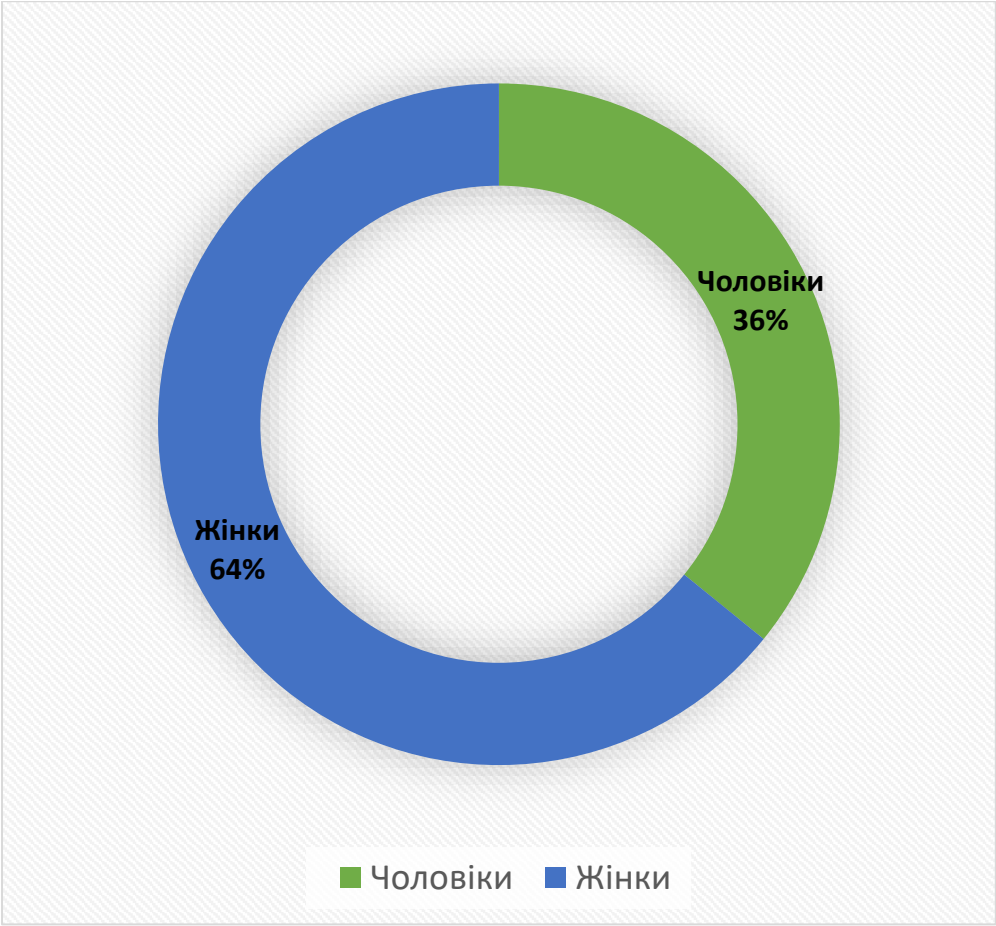


Рисунок 2.1. Гендерний розподіл дослідження

Щодо соціального статусу та тривалості перебування в окупації, варто зазначити, що 100% опитаних на момент дослідження виїхали на підконтрольну Україні територію. За рівнем освіти переважають особи з вищою (62%) та середньою спеціальною (38%) освітою. Такий склад вибірки дозволяє отримати валідні дані щодо рефлексії травматичного досвіду, оскільки респонденти володіють достатнім рівнем самосвідомості для вербалізації своїх переживань.

Для досягнення мети дослідження – теоретичного обґрунтування та емпіричного вивчення особливостей травматичного досвіду – нами було сформовано діагностичний комплекс, який включає три стандартизовані методики, адаптовані до українського контексту. Вибір саме цих інструментів обумовлений необхідністю всебічного аналізу як об’єктивних фактів травматизації, так і суб’єктивного сприйняття подій та наявності клінічних симптомів посттравматичного стресу.

Першою методикою діагностичного комплексу було обрано «Контрольний перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5), розроблений групою дослідників Національного центру ПТСР США (F.W. Weathers, D.D. Blake та ін.). Вибір даного інструменту як першого етапу діагностики є стратегічно важливим, оскільки він виконує функцію скринінгу та дозволяє ідентифікувати весь спектр потенційно травматичних подій, які респондент міг пережити протягом життя.

Структурно методика складається з 17 пунктів. Перші 16 пунктів описують конкретні види кризових ситуацій, що є найбільш поширеними тригерами психічних розладів (стихійні лиха, пожежі, бойові дії, фізичне насильство, полон, сексуальне насильство тощо). 17-й пункт передбачає можливість вказати будь-яку іншу подію, яка не увійшла до переліку, але мала значний негативний вплив на особистість. Унікальною особливістю LEC-5, яка робить його незамінним для дослідження осіб з досвідом окупації, є можливість диференціювати тип впливу події. Респондент не просто зазначає факт події, а уточнює характер своєї причетності, обираючи один або декілька варіантів: «трапилося безпосередньо зі мною», «був свідком», «дізнався про це (щодо близьких)», «частина професійної діяльності», «не впевнений» або «не стосується».

Така деталізація дозволила нам чітко відокремити безпосередніх жертв насильства від свідків (травма свідка), що є критично важливим в умовах окупації, де цивільне населення часто змушене спостерігати за злочинами без можливості втрутитися. Крім того, ключовим завданням використання LEC-5 у нашому дослідженні було виокремлення так званої «індексної травми» – тієї конкретної події, яка викликала найбільший стрес і яка суб’єктивно сприймається респондентом як «найгірша». Саме на основі цієї індексної події будувалася подальша робота з наступними методиками.

Другою методикою дослідження став «Опитувальник симптомів ПТСР» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5), створений колективом авторів F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane та ін. Це стандартизований інструмент самозвіту,

який складається з 20 пунктів, що повністю відповідають діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу згідно з п’ятою редакцією Діагностичного і статистичного керівництва з психічних розладів (DSM-5).

Вибір PCL-5 обумовлений його високою психометричною валідністю та здатністю не лише фіксувати наявність симптомів, а й вимірювати їхню інтенсивність. Респондентам пропонувалося оцінити, наскільки сильно їх турбували специфічні проблеми протягом останнього місяця, орієнтуючись на індексну травму, виявлену за допомогою LEC-5. Оцінювання здійснювалося за 5-бальною шкалою Лайкерта: від 0 («зовсім ні») до 4 («дуже сильно»).

Структура опитувальника дозволяє проаналізувати вираженість симптомів за чотирма основними кластерами ПТСР:

1. Кластер B (Інтрузії): пункти 1–5 (нав’язливі спогади, кошмари, флешбеки).
2. Кластер C (Уникнення): пункти 6–7 (свідоме уникнення думок, почуттів або зовнішніх нагадувань про травму).
3. Кластер D (Негативні зміни в когніціях та настрої): пункти 8–14 (відчуття провини, відчуження, недовіра, негативні переконання про світ).
4. Кластер E (Гіперзбудження та реактивність): пункти 15–20 (дратівливість, порушення сну, надмірна пильність).

Обробка результатів PCL-5 передбачала підрахунок сумарного балу (діапазон від 0 до 80). Згідно з клінічними рекомендаціями, пороговим значенням для попереднього діагнозу ПТСР вважається сума 33 бали і вище. Це дозволило нам розділити вибірку на групи за рівнем травматизації та об’єктивно оцінити клінічний стан постраждалих, виокремивши тих, хто потребує негайної інтервенції.

Третьою методикою діагностичного комплексу було обрано «Шкалу оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), розроблену Д. Вейссом та Ч. Мармаром (переглянута версія оригінальної шкали

М. Горовіца). Цей інструмент спрямований на вимірювання суб'єктивного дистресу, спричиненого конкретною життєвою подією, за часовий проміжок останніх 7 днів.

Опитувальник містить 22 твердження, які респондент оцінює за шкалою частоти проявів: від 0 («ніколи») до 4 («часто»). На відміну від PCL-5, який базується на клінічних критеріях діагнозу, IES-R фокусується на феноменології переживання стресу. Ключовою перевагою цієї шкали для нашого дослідження є наявність трьох субшкал, які дозволяють деталізувати домінуючий механізм реакції особистості на травму окупації:

1. Субшкала «Вторгнення» (Intrusion): оцінює частоту нав'язливих думок, образів та снів, пов'язаних із подією. Високі бали свідчать про неможливість психіки «відпустити» ситуацію.
2. Субшкала «Уникнення» (Avoidance): вимірює зусилля, спрямовані на блокування почуттів та уникнення ситуацій-тригерів. Це маркер захисного механізму витіснення.
3. Субшкала «Гіперзбудження» (Hyperarousal): відображає фізіологічні реакції стресу (гнів, дратівливість, проблеми зі сном, концентрацією, «стартовий рефлекс»). Включення цього компонента є критично важливим для розуміння гострих реакцій на стрес в умовах війни, коли тіло продовжує реагувати на небезпеку навіть у безпеці.

Процедура дослідження складалася з трьох послідовних етапів.

На підготовчому етапі було проведено відбір методик та адаптацію їх для онлайн-формату, що дозволило охопити респондентів, які перебувають за кордоном. Особлива увага приділялася етичним аспектам: кожен учасник отримував інформовану згоду, де було чітко прописано мету дослідження, гарантії анонімності та, що найважливіше, попередження про можливий ретравматизуючий ефект питань з наданням контактів служб безкоштовної психологічної підтримки.

Основний етап передбачав безпосередній збір даних. Респонденти заповнювали методики у фіксованій послідовності: спочатку LEC-5 для актуалізації спогадів про конкретну подію, потім PCL-5 та IES-R для оцінки її впливу. Такий порядок дозволив структурувати процес згадування та забезпечити прив'язку відповідей до реального досвіду. Середній час заповнення становив 20–30 хвилин.

На завершальному етапі здійснювалася первинна обробка «сирих» балів, перевірка анкет на повноту заповнення та статистичний аналіз.

Математична обробка даних проводилася за допомогою пакету статистичних програм SPSS v.26.0 та табличного процесора MS Excel. Для аналізу отриманих результатів використовувалися методи описової статистики (частотний аналіз, середні значення, стандартне відхилення). Перевірка розподілу даних на нормальність здійснювалася за критерієм Колмогорова-Смирнова. Для визначення взаємозв'язків між типом травматичної події та рівнем ПТСР застосовувався кореляційний аналіз Пірсона (для метричних шкал) та Спірмена (для рангових змінних).

Така організація дослідження дозволила отримати валідні та надійні емпіричні дані, які стали основою для подальшого аналізу особливостей травматичного досвіду в умовах окупації.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації, доцільно розпочати з розгляду спектру кризових подій, ідентифікованих респондентами за допомогою методики LEC-5. Цей інструмент дозволив не лише зафіксувати факт переживання екстремальних ситуацій, а й визначити ступінь залученості особистості (пряма жертва, свідок, професійна діяльність) до травмуючих обставин (табл. 2.1).

Таблиця 2.1. Частота та структура травматичних подій за методикою LEC-5

Тип події (з переліку LEC-5)	**Сталося зі мною**	**Був свідком**
№10. Перебування у зоні війни (бойові дії)	100%	100%
№2. Пожежа чи вибух (обстріли, руйнування)	94,4%	88,9%
№13. Тяжкі страждання (гуманітарна криза)	83,3%	77,8%
№7. Збройний напад (погроза зброєю)	75,0%	41,7%
№16. Свідок тяжкої травми/смерті	19,4%	61,1%
№11. Полон (незаконне утримання)	13,9%	8,3%
№8. Сексуальне насильство (або спроба)	5,6%	2,8%

Детальний аналіз отриманих даних розкриває картину тотальної та комплексної травматизації досліджуваної групи. Абсолютна більшість респондентів (100%) підтвердили факт перебування у зоні активних бойових дій, що є базовим критерієм для включення у вибірку, але водночас вказує на те, що кожен учасник дослідження піддавався впливу стресорів військового характеру.

Надзвичайно високий відсоток осіб (94,4%) особисто пережили ситуації, пов’язані з пожежами або вибухами. У контексті окупації це інтерпретується як безпосередній досвід перебування під артилерійськими чи ракетними обстрілами, що створює перманентну загрозу фізичному існуванню. Прикметно, що майже така ж кількість респондентів (88,9%) були свідками руйнувань та вибухів, що підсилює ефект травми через механізм візуального підкріплення небезпеки.

Окремої уваги заслуговує категорія «Тяжкі страждання», яку відзначили як особистий досвід 83,3% опитаних. Цей пункт LEC-5 охоплює ситуації гуманітарної катастрофи: відсутність води, їжі, опалення, медикаментів, а також холод та антисанітарію. Висока частота цього показника свідчить про те, що психологічна травма окупації формується не лише під впливом миттєвих загроз

(вибухів), а й внаслідок тривалого виснаження організму та психіки боротьбою за задоволення базових фізіологічних потреб.

Тривожним сигналом є те, що три чверті вибірки (75,0%) особисто стикалися зі збройним нападом або прямою погрозою застосування зброї. Це вказує на високу інтенсивність контактів цивільного населення з окупаційними військами (на блокпостах, під час обшуків чи перевірок), що є потужним фактором розвитку почуття безпорадності та приниження.

Аналіз даних щодо травми свідка (пункт №16) виявив, що 61,1% респондентів бачили тяжкі травми або смерть інших людей (тіла на вулицях, поранення сусідів). Такий досвід є специфічним маркером «колективної травми», коли спостереження за стражданнями інших руйнує ілюзію власної безпеки та викликає глибоке почуття провини («провина вцілілого»), навіть якщо сама людина фізично не постраждала.

Показники щодо полону (13,9%) та сексуального насильства (5,6%), хоч і є менш поширеними у відсотковому відношенні порівняно з обстрілами, представляють собою найбільш деструктивні форми травматичного впливу, що призводять до найтяжчих наслідків для психіки. Варто припустити, що реальні цифри можуть бути вищими через латентність теми сексуального насильства та небажання респондентів розкривати настільки інтимні та болючі подробиці навіть в умовах анонімності.

Таким чином, результати за методикою LEC-5 дозволяють констатувати, що травматичний досвід осіб, які перебували в окупації, носить полімодальний характер. Жоден респондент не зазначив лише одну подію; у середньому на одного учасника припадає 4-5 типів травмуючих ситуацій. Це свідчить про кумулятивний ефект травми, де загроза життю, фізичні страждання та моральний шок від побаченого насильства накладаються один на одного, виснажуючи адаптаційні ресурси особистості.

Важливим аспектом, який виявила методика LEC-5, є співвідношення між подіями, що сталися безпосередньо з особою, та подіями, свідком яких вона стала. Для більшості типів травматичних ситуацій (зокрема, обстрілів та

гуманітарної кризи) ці показники є майже тотожними, що вказує на тотальність занурення в травматичне середовище. В умовах окупації зникає межа між «Я» та «Іншим»: трагедія сусіда чи руйнування будинку навпроти переживається так само гостро, як власна втрата. Цей феномен розмивання психологічних кордонів є характерною ознакою життя в умовах постійної небезпеки, коли індивідуальна ідентичність частково розчиняється у колективному досвіді виживання.

Особливої уваги потребує аналіз пункту про «Тяжкі страждання» (83,3%). Цей показник є непрямим індикатором того, що окупація – це не лише миттєвий жах бою, а насамперед хронічний стрес депривації. Психологічно це означає, що особистість протягом тривалого часу перебувала на нижніх щаблях піраміди потреб Маслоу, будучи нездатною задовольнити базові фізіологічні потреби. Такий стан призводить до регресії психіки, актуалізації архаїчних механізмів захисту та формування специфічного світогляду, де головною цінністю стає їжа, тепло та фізична безпека, а вищі соціальні та духовні потреби відходять на другий план, що може суттєво ускладнювати процес реадаптації після повернення до нормального життя.

Показник безпосереднього зіткнення зі збройним нападам (75,0%) дозволяє говорити про високий рівень віктимізації населення. На відміну від артилерійського обстрілу, який є безособовою загрозою, контакт з озброєною людиною (окупантом) несе в собі елемент міжособистісної взаємодії, побудованої на тотальній нерівності сил. Це формує у постраждалих стійке відчуття приниження та «соціального безправ'я», про яке йшлося в теоретичній частині роботи. Переживання власної безпорадності перед обличчям озброєного агресора часто стає ядром майбутнього ПТСР, оскільки руйнує віру у власну спроможність контролювати ситуацію та захистити себе.

Варто також проаналізувати ґендерний аспект отриманих результатів, хоча методика LEC-5 не передбачає автоматичного поділу, загальний аналіз анкет показує певні тенденції. Чоловіки частіше зазначали як індексну травму (подію, що вразила найбільше) ситуації, пов'язані з неможливістю захистити родину або безпосереднім фізичним насильством. Жінки ж частіше фіксувалися на загрозі

для дітей та емоційному потрясінні від руйнування звичного укладу життя (втрата дому, майна). Це підтверджує, що, попри спільність зовнішніх обставин, внутрішня картина травми має індивідуальні особливості, зумовлені соціальними ролями та особистісними цінностями.

Дані щодо «травми свідка» (61,1% бачили смерть або травми) корелюють із високим ризиком розвитку дисоціативних розладів. Споглядання понівечених тіл або моментів загибелі людей є надпотужним шоковим стимулом, який психіка часто не здатна інтегрувати «тут і зараз». Щоб захиститися від жаху, свідомість може «вимикатися» або сприймати події як нереальні (дереалізація). Високий відсоток свідків таких подій у нашій вибірці дозволяє прогнозувати, що значна частина респондентів матиме проблеми з емоційною чутливістю («емоційне оніміння») як наслідок необхідності дистанціюватися від нестерпних візуальних образів.

Цікавим є також той факт, що 100% респондентів відмітили пункт «Перебування у зоні війни», але при виборі «найгіршої події» (індексної травми для подальшого опитування) більшість вказувала не сам факт війни, а конкретні ситуації: «день, коли влучило в сусідній дім», «обшук у квартирі», «смерть родича». Це свідчить про те, що психіка структурує травматичний досвід не узагальнено, а прив’язуючи його до конкретних епізодів, які стають «якірними точками» болю. Саме ці епізоди і є мішенню для подальшої діагностики симптомів ПТСР.

Таким чином, результати LEC-5 демонструють, що досліджувана група зазнала впливу екстремально високого рівня стресорів. Поєднання загрози життю, свідчення насильства та гуманітарної депривації створює унікальний «коктейль» травматизації, який за своєю інтенсивністю та комплексністю перевищує класичні моделі травми (наприклад, ДТП чи стихійне лихо) і наближається до поняття «тортур середовищем». Це дає підстави очікувати високих показників клінічної симптоматики на наступних етапах діагностики.

Наступним кроком нашого дослідження стало визначення наявності та інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу у респондентів.

Для цього було використано методику PCL-5, яка дозволяє оцінити стан особистості за клінічними критеріями DSM-5. Аналіз отриманих даних дав змогу розподілити вибірку на три групи залежно від сумарного балу вираженості симптоматики (табл. 2.2).

Таблиця 2.2. Розподіл рівнів вираженості симптомів ПТСР

Рівень вираженості симптомів (сума балів)	**Статус**	**Відсоток**
Низький рівень (0–10 балів)	Симптоми відсутні або мінімальні	11,1%
Субклінічний рівень (11–32 бали)	Є окремі симптоми, потрібен моніторинг	27,8%
Клінічний рівень ПТСР (33–80 балів)	Висока ймовірність ПТСР, потрібне втручання	61,1%

Результати скринінгу демонструють тривожну картину психічного здоров’я досліджуваної групи. Більшість респондентів (61,1%) мають сумарний бал 33 і вище, що згідно з клінічними рекомендаціями є пороговим значенням для попередньої діагностики ПТСР. Це означає, що майже дві третини осіб, які пережили окупацію, демонструють стійкі патерни дезадаптивної поведінки та страждають від симптомів, які суттєво погіршують якість їхнього життя. Високий відсоток осіб у цій групі підтверджує гіпотезу про те, що окупація є не просто стресовою подією, а масивною психічною травмою, наслідки якої не зникають автоматично після переміщення на безпечну територію.

Група з субклінічним рівнем проявів (27,8%) також потребує пильної уваги. Хоча їхні показники формально не досягають діагностичного порогу ПТСР, наявність окремих виражених симптомів (наприклад, порушення сну або підвищена тривожність) свідчить про те, що процес переробки травматичного досвіду ще не завершено. Ця категорія осіб знаходиться в зоні ризику: за відсутності підтримки або при повторній травматизації їхній стан може

погіршитися до клінічного рівня. Водночас, саме ця група має найвищий потенціал до швидкого відновлення при наданні своєчасної психологічної допомоги.

Лише 11,1% респондентів продемонстрували низький рівень симптоматики, що можна інтерпретувати як прояв високої індивідуальної резильєнтності (життєстійкості). Ці люди, незважаючи на пережитий жах, змогли зберегти відносну психічну стабільність. Ймовірно, цьому сприяли ефективні копінг-стратегії, наявність міцної соціальної підтримки або особливості нервової системи. Проте навіть у цієї групи спостерігаються поодинокі реакції на стрес, які, однак, не дезорганізують їхню діяльність.

Детальний аналіз структури симптомів за кластерами PCL-5 дозволяє зрозуміти, які саме прояви травми є домінуючими. Найвищі середні бали були зафіксовані у кластері Е (Гіперзбудження та реактивність). Це проявляється у постійному відчутті «натягнутої струни», неможливості розслабитися, різких реакціях на гучні звуки («стартовий рефлекс») та хронічних проблемах зі сном. Така картина свідчить про те, що вегетативна нервова система постраждалих продовжує функціонувати в режимі «бойової готовності», не отримуючи сигналу «відбій» навіть у безпечних умовах. Фізіологічна фіксація травми виявляється більш стійкою, ніж когнітивна чи емоційна.

Другим за вираженістю став кластер В (Інтрузії). Респонденти часто скаржаться на нав’язливі спогади, які виникають мимоволі і повертають їх у травматичні ситуації. Цікаво, що зміст цих інтрузій найчастіше пов’язаний не з картинами руйнувань, а з відчуттям безпорадності та страху за життя близьких. Флешбеки та нічні кошмари є свідченням того, що травматична інформація не була інтегрована в автобіографічну пам’ять, а залишається в активному, «сирому» стані.

Кластер С (Уникнення) виявився менш вираженим у загальній картині, що може пояснюватися специфікою вибірки. Люди, які погодилися взяти участь у дослідженні, вже зробили крок назустріч своєму досвіду, тобто частково подолали механізм уникнення. Однак, при детальному опитуванні багато хто

зізнавався, що намагається не говорити про пережите з тими, хто не має подібного досвіду, оскільки боїться нерозуміння або знецінення. Це вказує на те, що уникнення в даному випадку має соціальний характер – це спосіб захистити себе від вторинної травматизації у спілкуванні.

Кластер D (Негативні зміни в когніціях та настрої) виявив специфічні переконання, характерні для «синдрому вцілілого». Високі бали за пунктами, що стосуються провини та відчуження, вказують на глибинну кризу світогляду. Багато респондентів відзначають втрату інтересу до колишніх захоплень та відчуття, що «світ змінився назавжди і став небезпечним місцем». Це когнітивне викривлення є серйозною перешкодою для адаптації, оскільки блокує можливість будувати плани на майбутнє та встановлювати нові соціальні зв’язки.

Варто також відзначити гендерні відмінності у проявах симптоматики. Жінки демонстрували вищі показники у кластерах інтрузії та гіперзбудження, що корелює з їхньою більшою емоційною сенситивністю. Чоловіки ж частіше мали високі бали у кластері уникнення та негативних когніцій, що може бути пов’язано зі стримуванням емоцій та спробою раціоналізувати травматичний досвід. Однак, загальний рівень дистресу в обох групах залишається критично високим.

Таким чином, результати за методикою PCL-5 підтверджують, що переважна більшість осіб з досвідом окупації страждає від клінічно значущих симптомів ПТСР. Домінування симптомів гіперзбудження вказує на те, що першочерговим завданням психологічної допомоги має бути не стільки опрацювання спогадів (що може бути передчасним), скільки стабілізація фізіологічного стану та зниження рівня тривоги. Без цього фундаменту робота з когнітивними установками чи емоціями буде малоефективною.

Поглиблений аналіз кластеру E (Гіперзбудження) виявляє тривожну тенденцію до хронізації порушень сну. Понад 70% респондентів із клінічної групи відзначили пункт «проблеми із засинанням або частими пробудженнями» як такий, що турбує їх «дуже сильно» або «надзвичайно сильно». Психологічно

це інтерпретується як втрата базової довіри до безпеки навколишнього середовища навіть у стані спокою. Ніч, яка еволюційно є часом відновлення, для травмованої особистості перетворюється на час найбільшої вразливості, коли контроль свідомості слабшає, і травматичні образи прориваються у сновидіння. Хронічне недосипання, у свою чергу, виснажує когнітивні ресурси, знижує поріг дратівливості та утворює замкнене коло: виснажена психіка стає ще більш вразливою до стресу, що лише посилює симптоми ПТСР.

Окремої уваги заслуговує феномен дратівливості та спалахів гніву (також кластер E), який часто стає причиною міжособистісних конфліктів у сім'ях переселенців. Респонденти описують свій стан як «вибухонебезпечний», коли найменша побутова дрібниця може спровокувати неадекватну агресивну реакцію. Це не є ознакою «поганого характеру», а свідчить про дисрегуляцію амигдали (мигдалеподібного тіла мозку), яка відповідає за детекцію загроз. Після досвіду окупації «налаштування» цієї системи збиваються, і мозок починає сприймати нейтральні стимули як небезпечні, автоматично запускаючи реакцію «бий». Для самої людини ці стани є его-дистонними (чужими, небажаними), що викликає вторинне почуття провини та сорому після кожного спалаху гніву.

Аналізуючи кластер D (Негативні когніції), ми виявили специфічний патерн, який можна назвати «моральною травмою». Значна частина респондентів відмічає стійкі негативні переконання про себе («я зламався», «я нічого не вартий») або про світ («нікому не можна вірити»). Це є прямим наслідком життя в умовах окупації, де людська гідність системно принижувалася, а звичні моральні норми були перевернуті. Особливо болючим є відчуття відчуженості (пункт 13 PCL-5): люди відчувають невидиму стіну між собою та тими, хто не мав подібного досвіду. Це соціальне відчуження є небезпечним, оскільки ізоляція є живильним середовищем для ПТСР. Людина замикається в собі, вважаючи, що її ніхто не зрозуміє, що блокує можливість отримання соціальної підтримки – найважливішого ресурсу відновлення.

Цікавим є взаємозв'язок між кластерами B (Інтрузії) та C (Уникнення). У нашому дослідженні спостерігається пряма кореляція: чим інтенсивніші

інтрузивні спогади, тим більше зусиль людина докладає для уникнення будь-яких нагадувань. Проте парадокс травми полягає в тому, що уникнення лише посилює інтрузії. Намагаючись «не думати» про пережите, витісняючи емоції, респонденти створюють внутрішнє напруження, яке врешті-решт прориває ться у вигляді ще сильніших флешбеків. Це класичний механізм «відскоку» (rebound effect). У групі з клінічним рівнем ПТСР ця боротьба між пам'яттю та забуттям забирає левову частку психічної енергії, призводячи до емоційного вигорання та апатії у повсякденному житті.

Також варто звернути увагу на соматичний компонент симптомів, який фіксує методика PCL-5 (пункт 5: «сильна фізична реакція при нагадуванні»). Близько половини респондентів зазначили наявність таких проявів як тахікардія, пітливість, тремор рук або утруднене дихання при згадці про травму. Це підтверджує тезу про те, що «тіло пам'ятає» травму краще за свідомість. Навіть якщо людина намагається раціонально переконати себе, що «все позаду», тіло продовжує реагувати на тригери (звук сирени, вид військової форми, специфічні запахи) як на реальну загрозу тут і зараз. Така соматизація часто змушує людей звертатися до лікарів загальної практики (кардіологів, неврологів), не усвідомлюючи, що першопричиною їхнього фізичного нездужання є нелікований ПТСР.

Аналіз «порогових» випадків (тих, хто набрав 30-35 балів, балансуючи на межі клінічного діагнозу) показує, що вирішальним фактором, який «перехиляє» шальки терезів у бік розладу, часто стає почуття провини вцілілого. Ті респонденти, які, окрім страху, відчувають сильну провину за те, що вижили або виїхали, залишивши там близьких, мають значно вищі загальні показники дистресу. Провина діє як токсичний когнітивний фактор, що блокує процес природного горювання і не дозволяє перегорнути сторінку. Замість того, щоб радіти порятунку, людина карає себе за нього, несвідомо забороняючи собі жити повноцінним життям.

Важливим спостереженням є також динаміка симптомів залежно від часу, що минув після виїзду з окупації. Хоча наше дослідження є зрізовим, а не

лонгітюдним, порівняння груп показує, що у тих, хто виїхав нещодавно (1-2 місяці), переважають симптоми гострого стресу та гіперзбудження. У тих же, хто перебуває в безпеці довше (3-6 місяців), на перший план виходять симптоми депресивного спектру (апатія, втрата інтересу, відчуження) та негативні когніції. Це свідчить про те, що без фахової допомоги ПТСР не зникає з часом, а трансформується: гостра реакція «бий-біжи» змінюється на хронічну реакцію «замри» та депресивне виснаження.

Отже, результати PCL-5 малюють картину глибокої дезінтеграції психічної діяльності у більшості досліджуваних. Високі бали за всіма кластерами свідчать про те, що травма окупації вражає всі рівні функціонування особистості: фізіологічний (сон, збудження), емоційний (страх, гнів, апатія), когнітивний (переконання, пам’ять) та поведінковий (уникнення, ізоляція). Це вимагає комплексного підходу до реабілітації, який не може обмежуватися лише розмовними методами, а повинен включати техніки тілесної регуляції та роботу з глибинними переконаннями.

Завершальним етапом емпіричного дослідження стало визначення домінуючих механізмів реагування на стрес та оцінка загального рівня дистресу за допомогою методики IES-R. Цей інструмент дозволив нам не лише кількісно виміряти силу впливу травми, а й якісно проаналізувати структуру переживань респондентів (рис. 2.2).



Рисунок 2.2. Розподіл респондентів за рівнем впливу травматичної події (IES-R)

Аналіз загальних показників дистресу підтверджує критичний стан вибірки. Більше половини респондентів (50,9%) мають показники, що відповідають рівню «тяжкого розладу». Це свідчить про те, що для кожного другого опитаного травматична подія залишається не просто спогадом з минулого, а актуальною реальністю, яка тотально визначає його поточне самопочуття та функціонування. Такий високий бал вказує на пригнічення адаптаційних механізмів психіки: людина не справляється з навантаженням самостійно, і її стан вимагає невідкладної фахової допомоги.

Лише 13,2% учасників продемонстрували показники в межах умовної норми. Це корелює з даними попередньої методики (PCL-5) і підтверджує, що близько 10-15% людей мають високий природний потенціал резильєнтності, що дозволяє їм інтегрувати навіть тяжкий досвід без розвитку патологічної

симптоматики. Групи з легким (18,9%) та помірним (17,0%) розладом знаходяться у «сірій зоні», де стан може як стабілізуватися, так і погіршитися під впливом зовнішніх тригерів.

Для розуміння механізмів, які підтримують цей високий рівень стресу, ми проаналізували домінування окремих субшкал у профілях респондентів (рис. 2.3).



Рисунок 2.3. Структура домінуючих симптомів за субшкалами IES-R

Найбільш вираженою та домінуючою у профілі більшості респондентів (56,6%) виявилася субшкала «Гіперзбудження». Це є ключовою знахідкою нашого дослідження. Домінування збудження над вторгненням та уникненням свідчить про те, що травма окупації фіксується насамперед на тілесному та фізіологічному рівні. Організм постраждалих продовжує функціонувати в режимі «бий або біжи», попри те, що об’єктивна загроза вже минула.

Високі бали за цією шкалою означають, що люди живуть у стані хронічної вегетативної мобілізації: вони погано сплять, здригаються від гучних звуків, відчувають постійну м’язову напругу та неконтрольовані спалахи гніву. Такий стан є енергетично виснажливим і призводить до швидкого соматичного зношування організму (психосоматичні розлади). Це також пояснює, чому багато переселенців скаржаться на втому, яка не минає навіть після відпочинку.

Субшкала «Вторгнення» є домінуючою у 24,5% випадків. Для цієї групи характерна фіксація на когнітивному рівні: їхня свідомість «затоплена» образами минулого. Вони не можуть контролювати потік думок, і будь-яка асоціація (запах, звук, слово) миттєво повертає їх у травматичну ситуацію. Це вказує на незавершеність процесу переробки інформації: мозок намагається «перетравити» жахливий досвід, прокручуючи його знову і знову, але через високу інтенсивність емоцій цей процес буксує.

Субшкала «Уникнення» домінує найрідше – у 18,9% респондентів. Це може здатися парадоксальним, адже уникнення є типовою реакцією на біль. Проте низький відсоток домінування цієї шкали в нашому випадку може свідчити про те, що захисні механізми витіснення у більшості постраждалих вже не справляються з натиском симптомів (вторгнення і збудження занадто сильні, щоб їх можна було просто ігнорувати). Ті ж, у кого уникнення є провідним, демонструють клінічну картину «емоційного оніміння» (анестезії): вони виглядають ззовні спокійними, але внутрішньо відсторонені від життя, не здатні відчувати радість чи любов, що створює ілюзію благополуччя, за якою ховається глибока депресія.

Детальний розгляд співвідношення субшкал дозволяє виявити специфічну динаміку травматичного процесу, характерну для осіб з досвідом окупації. Той факт, що гіперзбудження є домінуючим фактором, має фундаментальне значення для розуміння природи так званої «воєнної травми». На відміну від травм мирного часу (наприклад, аварія чи втрата близького), де з часом рівень збудження спадає, а на перший план виходить горювання, війна формує стійку нейрофізіологічну «петлю». Мозок, який тижнями або місяцями перебував у

стані надвисокої пильності (очікування обстрілу, перевірки документів), фізично змінює свою архітектуру. Знижується поріг активації симпатичної нервової системи, і людина втрачає здатність до самозаспокоєння. У побуті це виглядає як неможливість всидіти на місці, постійний моніторинг новин, перевірка замків на дверях – поведінка, яка була адаптивною ТАМ, але стає виснажливою ТУТ.

Аналіз групи з домінуючим вторгненням (24,5%) показує, що ці люди найчастіше страждають від «візуальної» пам'яті травми. Їхні розповіді перенасичені деталями: кольорами, звуками, запахами того дня, коли сталася індексна подія. Психологічно це свідчить про те, що травматичний матеріал зберігається у правій півкулі мозку (відповідальній за емоції та образи) і не має зв'язку з лівою півкулею (логіка, мовлення, час). Саме тому інтрузії переживаються не як спогад («це було в минулому»), а як реальність («це відбувається зараз»). Це призводить до ретравматизації: кожного разу, коли виникає образ, тіло реагує викидом кортизолу так само, як у момент реальної загрози.

Цікавим є феномен так званого «маятника», який спостерігається у частини респондентів, де показники вторгнення та уникнення є майже однаково високими. Це вказує на те, що психіка людини розгойдується між двома полюсами: періодами нестерпного болю від спогадів і періодами повного емоційного заціпеніння. Такий стан є найбільш небезпечним з точки зору суїцидального ризику, оскільки людина відчуває втрату контролю над власним розумом. Уникнення в цьому контексті діє як запобіжник від психозу, але воно вимагає колосальних енергетичних витрат, що пояснює скарги на хронічну втому та апатію до всього, що не стосується виживання.

Важливо також звернути увагу на кореляцію між результатами IES-R та типом події (за LEC-5). Респонденти, які пережили пряме фізичне насильство або полон, мають достовірно вищі показники за шкалою уникнення. Це пояснюється тим, що досвід приниження та безпорадності настільки руйнує «Я-концепцію», що психіка намагається повністю стерти його, відмежуватися від тіла, яке було об'єктом наруги. Натомість ті, хто пережив обстріли та загрозу життю (але без

прямого контакту з ворогом), частіше демонструють високе гіперзбудження – їхнє тіло «зарядилося» енергією для втечі, але не змогло її реалізувати (розрядити) в момент небезпеки, і тепер ця енергія «застрягла» у м'язах.

Порівняння отриманих даних із нормативними показниками для мирного часу показує, що рівень дистресу у нашій вибірці перевищує середньостатистичні значення у 2-3 рази. Це дозволяє стверджувати, що ми маємо справу не з «розладом адаптації», який минає сам по собі, а з глибоким структурним порушенням. Особливо тривожним є те, що серед респондентів із «тяжким розладом» (50,9%) значну частину складають люди віком 30-45 років – найбільш працездатна категорія населення. Їхній стан не дозволяє їм повноцінно повернутися до роботи та виконання соціальних ролей, що створює довгострокові соціально-економічні ризики.

Підсумовуючи результати за трьома методиками (LEC-5, PCL-5, IES-R), ми бачимо цілісну картину травми окупації. Це комплексний феномен, який починається з множинних зовнішніх загроз (полівіктимізація), проходить через стадію гострого стресу і фіксується у вигляді хронічного ПТСР з домінуванням фізіологічного збудження. Травма «живе» в тілі постраждалих, змушуючи їх реагувати на мирний світ як на поле бою. Це формує запит на специфічну стратегію допомоги, яка має починатися не з розмов про минуле (що може посилити вторгнення), а з технік тілесної стабілізації та навчання навичкам саморегуляції, щоб знизити рівень гіперзбудження до прийнятного рівня.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило нашу гіпотезу про те, що досвід окупації є унікальним видом травматизації, який поєднує в собі елементи військової, цивільної та колективної травми. Високі показники за всіма шкалами дистресу є сигналом SOS, який вимагає системної реакції як з боку психологічної спільноти, так і на рівні державної політики реабілітації.

Висновки до розділу 2

1. На основі емпіричного дослідження, проведеного за участю 53 осіб віком від 22 до 60 років, які перебували в окупації, встановлено

полімодальний та кумулятивний характер їхнього травматичного досвіду. За допомогою методики LEC-5 виявлено надзвичайно високу щільність стресорів: 100% респондентів перебували в зоні бойових дій, 94,4% пережили ситуації обстрілів чи вибухів, 83,3% зазнали тяжких фізичних страждань (гуманітарна депривація), а 75,0% стикалися зі збройним нападом. Скринінг за методикою PCL-5 показав критичний стан психічного здоров'я вибірки: клінічний рівень ПТСР (понад 33 бали) зафіксовано у 61,1% учасників, субклінічний рівень – у 27,8%, і лише 11,1% демонструють відносну резильєнтність.

2. Аналіз структури травматичних переживань за методикою IES-R засвідчив, що у половини респондентів (50,9%) наявний рівень тяжкого розладу, який дезорганізує психічну діяльність. Виявлено специфічний профіль реагування на стрес з домінуванням субшкали «Гіперзбудження» (56,6%), що корелює з високими показниками кластеру E за PCL-5. Це свідчить про фізіологічну фіксацію травми: організм постраждалих продовжує функціонувати в режимі мобілізації («бий-біжи») навіть у безпечних умовах. Субшкала «Вторгнення» домінує у 24,5% осіб, тоді як «Уникнення» – лише у 18,9%, що вказує на недостатність захисних механізмів витіснення перед інтенсивністю травматичних спогадів. Встановлено, що «травма свідка» (бачення загибелі чи страждань інших) є значущим фактором, що посилює симптоматику та ускладнює адаптацію.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило, що досвід окупації формує складний симптомокомплекс, в якому поєднуються ознаки класичного ПТСР, фізіологічної дисрегуляції та когнітивних викривлень. Домінування симптомів гіперзбудження над когнітивними симптомами обґрунтовує необхідність пріоритетного застосування методів тілесної стабілізації та саморегуляції у програмах психологічної допомоги, що буде детально розглянуто у наступному розділі.

РОЗДІЛ 3.
ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ОКУПАЦІЇ

3.1. Стратегії та принципи психологічного супроводу осіб, що пережили окупацію

Розробка ефективної стратегії психологічного супроводу осіб, які пережили досвід окупації, вимагає врахування специфіки травматизації, виявленої нами у ході емпіричного дослідження. Отримані результати, зокрема критично високі показники за шкалою «Гіперзбудження» (IES-R) та наявність клінічних симптомів ПТСР у 61,1% респондентів (PCL-5), вказують на те, що класичні консультативні підходи можуть бути недостатніми або навіть шкідливими. Травма окупації є комплексною, оскільки поєднує в собі загрозу життю, приниження гідності та руйнацію базової довіри до світу. Відповідно, стратегія допомоги повинна базуватися на принципах травма-фокусованого підходу (Trauma-Informed Care) та реалізовуватися поетапно.

Фундаментальною основою нашої стратегії є Трифазна модель відновлення, запропонована Джудіт Герман і визнана міжнародною спільнотою як найбільш ефективний алгоритм роботи зі складними посттравматичними станами. Ця модель передбачає чітку послідовність терапевтичних завдань, порушення якої може призвести до ретравматизації клієнта. Враховуючи, що наше дослідження виявило домінування фізіологічної дисрегуляції у постраждалих, пріоритетом стратегії стає не негайне розкриття травматичних спогадів (катарсис), а відновлення почуття безпеки та контролю.

Стратегічна Фаза 1. Безпека та Стабілізація.

Це початковий і найважливіший етап, без якого подальша робота неможлива. Наші дані показали, що більшість постраждалих перебувають у стані хронічної мобілізації («бий-біжи»). Тому головним завданням психолога на цьому етапі є не збір анамнезу про жахи окупації, а допомога клієнту у

«поверненні в тіло» та зниженні рівня вегетативного збудження. Стратегія стабілізації включає:

- Нормалізацію симптомів (психоедукацію): клієнт має зрозуміти, що його безсоння, гнів чи апатія – це нормальна реакція організму на ненормальні обставини, а не ознака божевілля.
- Відновлення фізичної безпеки: робота з відчуттям захищеності «тут і зараз».
- Навчання навичкам саморегуляції: клієнт повинен отримати інструменти для самостійного зниження тривоги, перш ніж торкатися болючих тем.

Лише коли клієнт здатен залишатися в зоні «вікна толерантності» (оптимального збудження) і не впадати в афект або ступор при згадці про події, можна переходити до наступної фази.

Стратегічна Фаза 2. Опрацювання спогадів та Оплакування.

Цей етап спрямований на інтеграцію травматичного досвіду. Результати методики PCL-5 (кластер B) показали, що багато респондентів страждають від інтрузій – неконтрольованих, фрагментарних спогадів. Мета цієї фази – трансформувати «травматичну пам’ять» (яка відчувається як вічне «зараз») у «наративну пам’ять» (яка сприймається як «історія з минулого»). Стратегія передбачає:

- Дозоване зіткнення зі спогадами (експозицію) у безпечному просторі кабінету.
- Роботу з когнітивними викривленнями та почуттям провини (кластер D за PCL-5), особливо з «провиною вцілілого», яка є поширеною серед тих, хто виїхав з окупації.
- Оплакування втрат: не лише фізичних (дім, близькі), а й символічних (втрата ілюзій, планів на майбутнє, відчуття безпеки).

Стратегічна Фаза 3. Реінтеграція та Повернення до життя.

Фінальна стадія стратегії фокусується на майбутньому. Травма окупації часто створює прірву між постраждалим та суспільством (відчуження). Завдання психолога – допомогти клієнту відновити соціальні зв'язки, знайти нові смисли (посттравматичне зростання) та сформувати нову ідентичність, яка не обмежується роллю «жертви».

Реалізація цієї стратегії вимагає від фахівця гнучкості та розуміння того, що процес не є лінійним. Клієнт може повертатися на етап стабілізації щоразу, коли життєві обставини (наприклад, новини з фронту) дестабілізують його стан. Таким чином, психологічний супровід осіб з досвідом окупації – це не короткострокова інтервенція, а процес реконструкції особистості, що базується на відновленні почуття контролю над власним життям.

3.2. Методи та техніки стабілізації психоемоційного стану та опрацювання травми

Базуючись на виявленому в емпіричному дослідженні домінуванні симптомів фізіологічного гіперзбудження (56,6% за шкалою IES-R), ключовим вектором психокорекційної роботи є застосування методів соматичної стабілізації. Травма окупації «живе» в тілі, тому вербальні методи (розмови) на початкових етапах часто є малоефективними, доки не буде знижено рівень активації мигдалеподібного тіла та відновлено роботу префронтальної кори. Нижче наведено протоколи технік, які довели свою ефективність у роботі з гострим та хронічним стресом воєнного часу.

Техніки заземлення (Grounding).

Мета цих вправ – повернути клієнта з травматичних спогадів (флешбеків) або стану дисоціації у реальність «тут і зараз». Вони базуються на активації сенсорних каналів сприйняття.

- Вправа «5-4-3-2-1». Це базова техніка для подолання панічних атак та інтрузивних думок. Клієнту пропонується послідовно сфокусувати

увагу та назвати вголос: 5 речей, які він бачить; 4 речі, які він може відчути на дотик (текстура одягу, стіл); 3 звуки, які він чує (шум вулиці, дихання); 2 запахи (або улюблені аромати); 1 річ, яку він може відчути на смак. Ця техніка примусово перемикає мозок з внутрішнього жаху на зовнішні стимули.

- Тілесне заземлення. Клієнту пропонується сісти, міцно впершись стопами в підлогу. Інструкція: «Відчуйте, як підлога тримає вас. Відчуйте опору під ногами, під стегнами, під спиною. Ви маєте право займати це місце. Земля вас тримає». Ця проста дія протидіє відчуттю «втрати ґрунту під ногами», яке є метафорою та реальністю травми окупації.

Дихальні техніки регуляції вегетативної нервової системи.

Порушення патернів дихання (поверхневе, часте дихання) є прямим наслідком гіперзбудження. Свідомий контроль дихання є найшвидшим способом надіслати мозку сигнал безпеки через блукаючий нерв (Vagus nerve).

- «Дихання по квадрату» (Box Breathing). Техніка, що використовується для швидкого зниження рівня кортизолу. Схема: вдих на 4 рахунки – затримка дихання на 4 рахунки – видих на 4 рахунки – затримка на 4 рахунки. Важливо, щоб клієнт візуалізував рух по сторонах квадрата. Ритмічність та передбачуваність цієї вправи повертають відчуття контролю.
- «Подовжений видих». Фізіологічний механізм полягає в тому, що вдих активує симпатичну систему (збудження), а видих – парасимпатичну (розслаблення). Інструкція: «Зробіть короткий вдих носом, а потім повільно видихайте через складені трубочкою губи, наче дмухаєте на гарячий чай, роблячи видих удвічі довшим за вдих».

Техніки м’язової релаксації.

Хронічна напруга м’язів («м’язовий панцир») є типовою реакцією на

загрозу, яка не була реалізована в дії.

- Прогресивна м’язова релаксація за Джекобсоном (адаптована). Оскільки людям з ПТСР часто важко просто розслабитися, ефективнішим є метод через напругу. Клієнту пропонується сильно напружити певну групу м’язів (наприклад, стиснути кулаки) на 5-7 секунд, а потім різко скинути напругу і сфокусуватися на відчутті тепла та розслаблення. Прохід робиться по всьому тілу: від стоп до м’язів обличчя. Це дозволяє тілу фізично відчути різницю між напругою (тривогою) та спокоєм.
- Техніка «Обійми метелика» (EMDR-протокол). Це техніка білатеральної стимуляції для самозаспокоєння. Клієнт схрещує руки на грудях, кладучи долоні на плечі (як крила метелика), і по черзі легенько поплескує себе по плечах у повільному ритмі, поєднуючи це з глибоким диханням. Це допомагає синхронізувати роботу півкуль мозку та знизити інтенсивність емоційного болю.

Застосування цих методів має передувати будь-якій розмові про травматичні події. Лише коли клієнт опанував навички саморегуляції і може самостійно знизити рівень своєї тривоги з 8-9 балів до прийнятних 3-4, психолог має право переходити до етапу опрацювання травми.

Після досягнення стабілізації психоемоційного стану, наступним етапом роботи є інтеграція травматичного досвіду та корекція деструктивних переконань. Наше дослідження виявило, що значна частина респондентів страждає від негативних когніцій (кластер D за PCL-5), зокрема почуття провини та спотворення картини світу. Для вирішення цих завдань найбільш ефективними є методи травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ).

Робота з травматичним наративом.

Основною метою цієї техніки є трансформація фрагментарних, хаотичних

спогадів (інтрузій) у зв'язну історію життя. Травма окупації часто зберігається в пам'яті як набір незв'язних сенсорних уламків (звук вибуху, запах підвалу, крик).

- Техніка «Лінія часу». Психолог разом із клієнтом візуалізує хронологію подій: життя «ДО» окупації, період травми, та життя «ПІСЛЯ». Важливо зафіксувати момент закінчення загрози. Це допомагає мозку клієнта усвідомити, що травматична подія має початок і кінець, і вона залишилася в минулому, а не відбувається зараз.
- Письмова експозиція. Клієнту пропонується описати травматичну подію в деталях, фокусуючись не лише на фактах, а й на думках та відчуттях у тілі, які виникали в той момент. Повторне прочитування цього тексту в безпечній атмосфері терапевтичного сеансу сприяє звиканню (габітуації) до спогадів і зниженню їх емоційної заряджености.

Когнітивна реструктуризація «Провини вцілілого».

Емпіричні дані показали, що почуття провини («чому я вижив?», «чому я виїхав, а вони залишилися?») є одним з найпотужніших факторів, що блокує відновлення. Це так звана «ірраціональна провина», яка дає ілюзію контролю над неконтрольованою ситуацією.

- Техніка «Пиріг відповідальності». Клієнту пропонується намалювати коло і розподілити сектори відповідальності за те, що сталося. Психолог допомагає клієнту побачити, яку реальну частку відповідальності несуть окупанти, політична ситуація, обставини, і яка мізерна частка (або її відсутність) належить самому клієнту. Мета – змістити фокус з самозвинувачення на визнання об'єктивних обставин непереборної сили.
- Техніка «Адвокат». Клієнту пропонується уявити, що в такій самій ситуації опинилася його близька людина або дитина. Чи звинувачував би він її? Які аргументи на захист він би навів? Цей метод дозволяє

подолати ригідність мислення і застосувати до себе ті ж стандарти співчуття, які клієнт застосовує до інших.

Техніки десенсибілізації (EMDR/ДПРО).

Хоча EMDR є окремим напрямком, його елементи ефективно інтегруються в протоколи допомоги при ПТСР. Метод базується на білатеральній стимуляції мозку (рухи очима), яка активує процеси природної переробки інформації.

- Опрацювання «найгіршого кадру»: Клієнт обирає найбільш болючий момент спогаду (індексну травму за LEC-5) і фокусується на ньому, одночасно слідкуючи очима за рухом руки терапевта. Це дозволяє знизити яскравість і емоційну гостроту образу, перетворюючи його з «жахливого» на «сумний, але стерпний».

Відновлення почуття контролю.

Окупація руйнує відчуття суб'єктності («від мене нічого не залежить»). Тому критично важливим є повернення клієнту відповідальності за дрібні рішення.

- Техніка «Планування мікро-кроків». Замість глобальних планів на майбутнє, які можуть викликати тривогу, клієнт вчиться планувати найближчі години або день. Успішне виконання простих дій (приготувати сніданок, прогулятися) підкріплює віру у власну спроможність впливати на реальність.

Важливо зазначити, що когнітивна робота можлива лише тоді, коли клієнт знаходиться у стабільному стані. Якщо під час обговорення рівень дистресу різко зростає, терапевт повинен негайно повернутися до технік стабілізації (заземлення), описаних у попередньому пункті.

Завершальним етапом психологічної допомоги є фаза реінтеграції, завдання якої – допомогти особистості, що пережила окупацію, повернутися до повноцінного життя в соціумі та відновити розірвані зв'язки. Наше дослідження

показало, що багато постраждалих відчувають відчуженість та втрату сенсів (кластер D за PCL-5, низькі показники віри у справедливий світ). Тому робота на цьому етапі зміщується з опрацювання минулого на конструювання майбутнього.

Техніки відновлення соціальних зв'язків.

Окупація та вимушене переміщення часто призводять до соціальної ізоляції. Подолання цього стану є критичним, оскільки соціальна підтримка є головним буфером проти ПТСР.

- Картування ресурсів соціальної підтримки. Психолог разом із клієнтом створює «мапу контактів», аналізуючи наявне оточення. Визначаються люди, які можуть надати різні види підтримки: емоційну (вислухати), інструментальну (допомогти з побутом), інформаційну. Важливо допомогти клієнту подолати бар'єр «не хочу навантажувати інших своїми проблемами», пояснивши, що прохання про допомогу є ознакою сили, а не слабкості.
- Групи підтримки «Рівний-рівному». Залучення клієнта до груп взаємодопомоги, де учасники мають схожий досвід окупації. Це знімає стигму «я ненормальний» та дає потужний терапевтичний ефект валідизації (визнання) переживань. Усвідомлення, що «я не один такий», значно знижує рівень соціальної тривоги та сорому.

Робота з цінностями та сенсами (Логотерапевтичний підхід).

Після руйнації звичної картини світу клієнт опиняється в екзистенційному вакуумі. Завдання терапії – допомогти знайти нові опори.

- Техніка «Ціннісний компас». Клієнту пропонується визначити, що для нього є важливим у різних сферах життя (сім'я, робота, здоров'я, творчість) саме зараз, у нових умовах. Акцент робиться не на досягненні цілей (які можуть бути недоступні), а на реалізації цінностей. Наприклад, якщо цінність – «турбота», а сім'я далеко, цю цінність

можна реалізувати через волонтерство.

- Пошук посттравматичного зростання. Це обережна робота з переосмисленням травми. Питання не «за що мені це?», а «чому це мене навчило?». Важливо: ця техніка застосовується лише на пізніх етапах терапії. Психолог допомагає клієнту побачити, які нові якості (сила, витривалість, співчуття, вміння цінувати момент) він здобув, пройшовши через випробування окупацією.

Поведінкова активація та планування майбутнього.

Травма часто «заморожує» активність людини. Повернення до діяльності має бути поступовим.

- Техніка «Дерево цілей». Розбиття великих життєвих цілей (наприклад, «почати нове життя») на маленькі, досяжні кроки. Це допомагає подолати параліч волі та дає досвід маленьких перемог, який підвищує самооцінку.
- Ритуали завершення та переходу. Якщо клієнт втратив дім або не може повернутися, важливо створити символічні ритуали прощання з минулим етапом життя. Це може бути написання прощального листа, створення альбому пам’яті або висаджування дерева на новому місці як символу укорінення.

Підсумовуючи, система психологічної допомоги особам з травматичним досвідом окупації має бути комплексною та гнучкою. Вона починається з тілесної стабілізації («я в безпеці»), проходить через когнітивне опрацювання («це закінчилося») і завершується екзистенційним осмисленням («я можу жити далі»). Застосування описаних методів дозволяє трансформувати травматичний досвід з джерела болю в інтегровану частину життєвої історії, яка не руйнує особистість, а стає основою її нової ідентичності.

Висновки до розділу 3

1. На основі аналізу специфіки травматичного досвіду окупації розроблено стратегію психологічного супроводу постраждалих, яка базується на трифазній моделі відновлення. Визначено, що ефективна допомога має реалізовуватися через чітку послідовність етапів: 1) безпека та стабілізація (відновлення фізіологічної регуляції), 2) опрацювання спогадів та оплакування (інтеграція травматичного досвіду), 3) реінтеграція та повернення до життя (відновлення соціальних зв'язків). Встановлено, що пріоритетним завданням є робота з соматичним компонентом травми (гіперзбудженням) перед початком будь-якої когнітивної переробки, щоб уникнути ретравматизації клієнта.
2. Сформовано комплекс практичних методів та технік для стабілізації психоемоційного стану та опрацювання наслідків травми. Для етапу стабілізації запропоновано техніки заземлення, дихальні вправи та м'язову релаксацію, спрямовані на зниження активності симпатичної нервової системи. Для етапу опрацювання обґрунтовано застосування травма-фокусованих когнітивних технік (робота з наративом, реструктуризація «провини вцілілого») та елементів десенсибілізації. Для етапу реінтеграції розроблено рекомендації щодо відновлення цінностей, пошуку посттравматичного зростання та побудови нових життєвих планів, що дозволяє трансформувати травматичний досвід у ресурс розвитку особистості.

Таким чином, запропонована система психологічного супроводу створює методологічну основу для роботи з комплексною травмою окупації, забезпечуючи цілісний підхід до відновлення особистості: від фізіологічної саморегуляції до екзистенційного осмислення пережитого досвіду.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження особливостей травматичного досвіду особистості, яка перебувала в умовах окупації, а також розроблено практичні рекомендації щодо психологічного супроводу постраждалих. Результати проведеної роботи дозволяють зробити наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз проблеми засвідчив, що травматичний досвід окупації є специфічним феноменом, який виходить за межі класичного розуміння посттравматичного стресу. Він кваліфікується як «комплексна травма», що формується під впливом тривалої вітальної загрози, інформаційної ізоляції та стану «соціального безправ'я». Встановлено, що перебування у ворожому середовищі провокує розвиток «токсичного стресу», який руйнує базове почуття безпеки та призводить до глибоких змін у структурі особистості, впливаючи не лише на психічне, а й на соматичне здоров'я. Водночас доведено, що травма може стати точкою біфуркації, яка за наявності ресурсів веде до посттравматичного зростання.
2. Емпіричне дослідження виявило, що травматичний досвід осіб, які пережили окупацію, носить полімодальний та кумулятивний характер. Встановлено, що абсолютна більшість досліджуваних зазнала впливу множинних стресорів: окрім безпосереднього перебування в зоні бойових дій, майже кожен учасник пережив ситуації обстрілів та гуманітарної депривації (холод, голод). Значна частина вибірки стикалася з прямою погрозою життю та збройними нападами. Особливу роль у структурі травми відіграє досвід свідка: споглядання страждань або загибелі інших людей стало потужним травмуючим фактором для багатьох респондентів, посилюючи почуття безпорадності.
3. Аналіз психоемоційного стану засвідчив критичний рівень травматизації досліджуваної групи. Виявлено, що більше половини

респондентів мають клінічно значущі симптоми посттравматичного стресового розладу, які суттєво дезорганізують їхнє життя, і лише незначна частка демонструє високу резильєнтність. Ключовою особливістю, виявленою у ході дослідження, є структура травматичних реакцій: у переважної більшості постраждалих домінують симптоми фізіологічного гіперзбудження (тривога, безсоння, тілесна напруга), які переважають над симптомами уникнення чи нав'язливими спогадами. Це свідчить про те, що травма окупації фіксується насамперед на тілесному рівні, утримуючи організм у стані постійної мобілізації навіть у безпечному середовищі.

4. Практична значущість роботи полягає у розробці стратегії психологічної допомоги, яка базується на виявленому домінуванні фізіологічної симптоматики. Обґрунтовано доцільність застосування трифазної моделі відновлення, де пріоритетом першого етапу визначено соматичну стабілізацію та розвиток навичок саморегуляції. Доведено, що робота з когнітивними аспектами травми (зокрема, з поширеним почуттям «провини вцілілого» та деструктивними переконаннями) можлива лише після зниження рівня вегетативного збудження. Запропонований комплекс методів, що включає техніки заземлення, травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію та методи реінтеграції, дозволяє забезпечити системне відновлення особистості та сприяти її поверненню до повноцінного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Берегова О. В., Коваль К. І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту. Габітус. 2022. Вип. 42. С. 113–118.
2. Бохонкова Ю. О., Ліпський А. В. Теоретично-методологічний аналіз проблеми адаптації особистості в умовах травмівного досвіду. Scientific Journal «Psychology Travelogs». 2025. № 5. С. 47–59. DOI: https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-1-47-59
3. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил. 2015. № 2 (43). С. 176–181.
4. Василенко С. М. Психологічна реабілітація в системі психологічного забезпечення підготовки та застосування військ (сил) Збройних Сил України. Вісник Національного університету оборони України. 2020. № 1 (54). С. 51–60.
5. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Український психологічний журнал. 2016. № 1. С. 6–16.
6. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи. 2023. Вип. 41. С. 55–73.
7. Горностай П. П. Психологія колективних травм: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2023. 248 с.
8. Давиденко В. В., Жукова О. А., Цуркан В. В. Комплексна соціально-психологічна підтримка дітей, постраждалих внаслідок воєнних дій: вітчизняний і зарубіжний досвід. Подільський науковий вісник. 2025. № 2 (34). С. 50–56. DOI: https://doi.org/10.58521/2521-1390-2025-34-7
9. Зайцева О., Грись А. Особливості механізмів психологічного захисту чоловіків та жінок в екстремальних ситуаціях. Наукові праці Міжрегіональної

академії управління персоналом. Психологія. 2024. Вип. 4 (65). С. 17–24. DOI: https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.4.3

10. Іваненко Б. Б. Самотність як психологічна травма в умовах воєнної реальності в Україні. Військові травми (полонені, люди з ампутацією/ями, втрата рідних, еміграція, післявоєнний синдром) : матеріали секції 2 (Київ, 2023 р.). Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2023. С. 8–12. DOI: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-2
11. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 204 с.
12. Костюченко С. М., Калениченко Р. А. Особливості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації. Актуальні проблеми освітнього процесу в контексті європейського вибору України : матеріали VIII Міжнародної конференції (Київ, 12 листопада 2025 р.). Київ : КНУБА, 2025. С. 650–652.
13. Крижановська З. Ю., Мудрик А. Б. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок пережитого травматичного досвіду особистості. Психологічні студії. 2024. № 3. С. 32–39. DOI: https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.3.5
14. Любицький М. О., Шутяк І. А. Психологія екстремальних ситуацій у сучасній Україні. Modern engineering and innovative technologies. 2023. Issue 29, Part 3. P. 51–56. DOI: 10.30890/2567-5273.2023-29-03-021
15. Максимов (Шарон) Д. Хібукі-терапія як метод подолання психічної травми у дітей в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 3-4 (27). С. 48–54.
16. Мороз Р. А., Сосновенко Н. В. Соціально-психологічна постковідна реабілітація в умовах війни. Наукові перспективи. 2023. № 10 (40). С. 799–810. DOI: 10.52058/2708-7530-2023-10(40)-799-810
17. Неймарк С., Журавльова О. Історія наукового осмислення феномену психологічної травми та трансформація її визначень. Psychological Prospects Journal. 2025. Vol. 46. P. 120–131. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2025-46-nei

18. Панок В. Г. Діяльність психологічної служби та Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи в умовах війни: результати, проблеми, пріоритети. Вісник Національної академії педагогічних наук України. 2022. Т. 4, вип. 2. С. 1–8. DOI: 10.37472/v.naes.2022.4205
19. Панок В. Г., Предко В. В. Психологічні особливості посткризового розвитку українців в період війни. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. Вип. 2. С. 137–143. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.27
20. Перепелиця А. В., Опанасюк О. Ю. Психологічні особливості порушення сфер особистості як результат вимушеного пристосування переселенців до нових умов життя. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. Вип. 2. С. 41–46. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.8
21. Петрочко Ж. В., Датченко Н. А. Забезпечення найкращих інтересів дитини в умовах війни в Україні. Ввічливість. Humanitas. 2023. № 3. С. 70–78.
22. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців / В. В. Чорна та ін. Молодий вчений. 2023. № 12 (124). С. 28–39. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28
23. Посттравматичний стресовий розлад як предмет наукових досліджень / Н. М. Коляда та ін. Соціальна робота та психологія: освіта і наука. 2025. Вип. 2. С. 22–27. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-1351/2025-2-4
24. Сергієнко В. О., Сегін В. Б., Сергієнко Л. М., Сергієнко О. О. Посттравматичний стресовий розлад, метаболічний синдром і хронічне запалення низької інтенсивності: наративний огляд. Проблеми ендокринної патології. 2024. № 1. С. 77–86. DOI: https://doi.org/10.21856/j-PEP.2024.1.10
25. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп / В. Горбунова та ін. Львів : Ін-т псих. здоров'я УКУ, 2016. 96 с.
26. Стеблюк В. В., Проноза-Стеблюк К. В. Травма та травматерапія: історія та сьогодення. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 4. С. 82–86.

27. Черниш Н. Дослідження трансгенераційної передачі психологічної травми та виявлення ресурсів травматизації. Scientific Journal «Psychology Travelogs». 2025. № 5. С. 169–177. DOI: https://doi.org/10.31891/PT-2025-5-15
28. Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: An ecological perspective on psychosocial support and mental health care. Harvard Review of Psychiatry, 21(2), 70–91. https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182830027
29. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. The Lancet, 391(10119), 426. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9
30. Danese, A., Martsenkovskyi, D., Remberk, B., Khalil, M. Y., Diggins, E., Keiller, E., & Weisz, J. R. (2025). Scoping review: Digital mental health interventions for children and adolescents affected by war. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 64(2), 226–248. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.08.001
31. Danish Refugee Council. (2023). Mental health and psychosocial support in Ukraine: Key challenges and ways forward.
32. Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. European Journal of Trauma & Dissociation, 6(1), 100237. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237
33. Einollahi, M. (2016). Study of Abnormal Behaviors in Teenagers and Young People. UCT Journal of Management and Accounting Studies, 4(3), 1–5.
34. Frankl, V. E. (2006). Man's Search for Meaning. Beacon Press.
35. Granieri, A., Guglielmucci, F., Costanzo, A., Caretti, V., & Schimmenti, A. (2018). Trauma-related dissociation is linked with maladaptive personality functioning. Frontiers in Psychiatry, 9, 206–209. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00206
36. Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. Basic Books.
37. Kelly, B. D. (2022). Trauma and displacement in Ukraine: The challenge to global mental health. QJM: An International Journal of Medicine, 115(5), 269–270. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcac083

38. Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. The Lancet Regional Health – Europe, 36, 100773. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773
39. Lynn, S. J., McNally, R. J., & Loftus, E. F. (2023). The memory wars then and now: The contributions of Scott O. Lilienfeld. Clinical Psychological Science, 11(4), 725–743. https://doi.org/10.1177/21677026221145155
40. Mucci, C., & Scalabrini, A. (2021). Traumatic effects beyond diagnosis: The impact of dissociation on the mind–body–brain system. Psychoanalytic Psychology, 38(4), 279–287. https://doi.org/10.1037/pap0000350
41. Regev, R., & Nuttman-Shwartz, O. (2016). Older adults' experience of relocation to protected housing in the context of forced migration. Clinical Gerontologist, 39(5), 377–393. https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1121946
42. Vanhalst, J., Luyckx, K., Teppers, E., & Goossens, L. (2013). Disentangling the association between loneliness and depressive symptoms: The role of self-esteem and perceived peer relationship quality. The European Journal of Developmental Psychology, 10(3), 319–337. https://doi.org/10.1080/17405629.2012.707540
43. Weiler, L. M., & Hartley, S. L. (2019). Cross-sectional and longitudinal associations between social support and adaptive behaviors for individuals with intellectual disability. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32(6), 1465–1475. https://doi.org/10.1111/jar.12640

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)

Призначення. Методика розроблена для виявлення потенційно травматичних подій протягом усього життя респондента. Вона є необхідним етапом перед проведенням опитувальника PCL-5, оскільки допомагає ідентифікувати «індексну травму» (критерій А для діагностики ПТСР).

Інструкція для респондента

Нижче наведено перелік подій, які іноді трапляються в житті, завдаючи тяжких переживань та стресу. Для кожної події позначте відповідну клітинку (одну або декілька), щоб підтвердити характер Вашого досвіду:

1. Сталося зі мною – Ви безпосередньо пережили цю подію.
2. Був свідком – Ви на власні очі бачили, як це сталося з кимось іншим.
3. Дізнався про це – Ви дізналися, що це сталося з близьким родичем чи другом.
4. По роботі – Ви стикалися з цим під час виконання професійних обов'язків (медик, військовий, рятувальник).
5. Не певен – Ви не впевнені, чи ця подія стосується Вас або чи була вона травматичною.
6. Не стосується – Ви ніколи не стикалися з цією подією.

ЧАСТИНА 1. Перелік подій

№	Подія	Сталося зі мною	Був свідком	Дізнався про це	По роботі	Не певен	Не стосується
1	Стихійне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо)						
2	Пожежа чи вибух						
3	Пригода на транспорті (ДТП, аварія літака, потяга, корабля)						
4	Серйозна аварія (на роботі, вдома чи під час відпочинку)						
5	Дія отруйної речовини (хімікати, випромінювання тощо)						
6	Фізичне насильство (напад, удар, побиття)						
7	Збройний напад (стрілянина, погроза ножем, пістолетом)						
8	Сексуальне насильство (згвалтування або спроба)						
9	Інший небажаний або неприємний сексуальний досвід						
10	Бойові дії або перебування в зоні війни (як цивільний/військовий)						
11	Полон (викрадення, заручник, військовополонений)						
12	Хвороба чи травма з погрозою для життя						
13	Тяжкі людські страждання (голод, холод, відсутність умов)						
14	Раптова насильницька смерть (убивство або самогубство)						
15	Раптова смерть близької людини від нещасного випадку						
16	Серйозні ушкодження чи смерть, заподіяні Вами іншій особі						
17	Будь-яка інша подія, що призвела до тяжкого стресу						

ЧАСТИНА 2. Визначення найгіршої події

Якщо Ви позначили кілька подій, будь ласка, подумайте, яка з них була для Вас **найважчою (найгіршою)**. Ця подія буде основою для Ваших відповідей у наступних тестах.

1. Коротко опишіть цю подію (що сталося): _____
2. Як давно це сталося? _____
3. Чи була під час цієї події загроза Вашому життю або життю інших? (Так/Ні)
4. Чи був хтось серйозно травмований або загинув? (Так/Ні)

Обробка та інтерпретація LEC-5

Метод оцінки

LEC-5 не є бальною шкалою і не має «загального результату» в цифрах. Це якісний інструмент для верифікації критерію А ПТСР (експозиція до смерті, серйозної травми або сексуального насильства).

Інтерпретація

1. Прямий досвід. Позначення клітинок «Сталося зі мною» або «Був свідком» у пунктах 1–17 підтверджує наявність травматичного анамнезу.
2. Для діагностики ПТСР. Для того, щоб результати наступного тесту (PCL-5) вважалися валідними для діагнозу, респондент повинен вказати хоча б на одну подію, де він був безпосереднім учасником або свідком загрози життю/фізичній цілісності (зазвичай пункти 6, 7, 8, 10, 11).
3. Клінічне значення. Велика кількість позначених пунктів (полівіктимізація) свідчить про кумулятивний характер травми, що значно підвищує ризик розвитку складного ПТСР (C-PTSD).

ДОДАТОК Б

Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr)

Призначення. Методика призначена для оцінки наявності та ступеня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5.

Інструкція для респондента

Нижче наведено перелік проблем, з якими люди іноді стикаються після переживання дуже важких подій. Будь ласка, уважно прочитайте кожне запитання та позначте цифру, яка найкраще описує, **наскільки сильно Вас турбувала кожна з цих проблем протягом останнього місяця** у зв'язку з подією, яку Ви визначили як «найгіршу» (в LEC-5).

Варіанти відповіді:

0 – Зовсім ні
1 – Трішки
2 – Помірно
3 – Сильно
4 – Надзвичайно сильно

№	Протягом останнього місяця, наскільки сильно Вас турбували:	Бали (0–4)
1	Нав’язливі, повторювані, тривожні спогади про стресову подію?	
2	Повторювані, тривожні сни про стресову подію?	
3	Раптові відчуття або дії, ніби стресова подія відбувається знову (флешбеки)?	
4	Сильний емоційний дискомфорт, коли Вас щось нагадувало про подію?	
5	Сильні фізичні реакції при нагадуванні про подію (серцебиття, пітливість)?	
6	Намагання уникати думок чи почуттів, пов’язаних зі стресовою подією?	
7	Намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, об’єктів)?	
8	Труднощі з пригадуванням важливих частин стресової події?	
9	Стійкі та викривлені негативні переконання про себе, інших чи світ?	
10	Постійне звинувачення себе чи інших у тому, що сталося або у наслідках?	
11	Постійні негативні емоції (страх, жах, гнів, провина, сором)?	
12	Помітна втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення?	
13	Відчуття відстороненості або відчуження від інших людей?	
14	Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (радість, любов)?	
15	Дратівлива поведінка, спалахи гніву або агресивні дії?	
16	Свідоме вчинення дій, які можуть завдати Вам шкоди (ризикована поведінка)?	
17	Стан надмірної настороженості, пильності, постійне очікування небезпеки?	
18	Надмірна зляканість або сильна реакція на раптові звуки/рухи?	
19	Труднощі з концентрацією уваги?	
20	Труднощі із засинанням або тривалістю сну?	

Обробка та інтерпретація PCL-5

1. Підрахунок загального балу

Сумуються бали за всіма 20 пунктами. Діапазон значень: від 0 до 80 балів.

2. Клінічна інтерпретація загального результату

- 0–10 балів. Нормативні показники, симптоми відсутні.
- 11–32 бали. Субклінічний рівень. Вказує на наявність травматичного досвіду, але стан не відповідає повному діагнозу ПТСР. Рекомендується моніторинг.
- 33 бали і більше. Позитивний скринінг на ПТСР. Висока ймовірність наявності розладу. Потребує консультації клінічного психолога або психіатра.

3. Аналіз за симптоматичними кластерами (DSM-5)

Методика дозволяє виділити чотири групи симптомів для детальнішої корекції:

- Кластер B (Вторгнення): питання 1–5.
- Кластер C (Уникнення): питання 6–7.
- Кластер D (Негативні когніції та настрій): питання 8–14.

- Кластер Е (Гіперзбудливість): питання 15–20.

4. Оцінка динаміки (для подальшої терапії)

Зміна сумарного балу на **5–10 пунктів** свідчить про статистично значуще покращення або погіршення стану. Зміна на **10–20 пунктів** вважається клінічно значущим результатом лікування.

ДОДАТОК В

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) (D. Weiss, C. Marmar; адаптація Н.В. Тарабриної)

Призначення. Методика спрямована на вимірювання суб'єктивного психологічного дистресу, спричиненого конкретною травматичною подією. Вона дозволяє оцінити інтенсивність симптомів за останні 7 днів.

Інструкція для респондента

Нижче наведено список симптомів і труднощів, які люди іноді відчувають після важких життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожне твердження і вкажіть, наскільки часто кожне з них турбувало Вас **протягом останніх 7 днів** у зв'язку з пережитою подією (окупацією).

Варіанти відповіді:

0 – Зовсім ні
1 – Рідко
2 – Іноді
3 – Часто
4 – Дуже часто

№	Твердження	Бали (0–4)
1	Будь-яка згадка про подію змушувала мене знову переживати її.	
2	Мені було важко зосередитися на повсякденних справах.	
3	Інші речі змушували мене думати про цю подію.	
4	Я відчував роздратування та гнів.	
5	Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли думав про це.	
6	Я думав про це навіть тоді, коли не хотів.	
7	Мені здавалося, що все це було не насправді, ніби це був сон.	
8	Я намагався триматися подалі від усього, що нагадувало мені про це.	
9	Картинки того, що сталося, раптово виникали в моїй уяві.	
10	Я був стривожений і здригався від несподіваних звуків.	
11	Я намагався не думати про цю подію.	
12	Я усвідомлював, що маю багато почуттів з цього приводу, але не виявляв їх.	
13	Мої почуття з приводу події наче заціпеніли.	
14	Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, ніби подія триває.	
15	Мені було важко заснути.	
16	Хвилі сильних почуттів з приводу події накривали мене.	
17	Я намагався викреслити це з пам'яті.	
18	Мені було важко сконцентрувати увагу.	
19	Коли щось нагадувало мені про подію, у мене виникали фізичні реакції.	
20	Мені снилися сни про це.	
21	Я відчував себе постійно насторожі, наче чекав на небезпеку.	
22	Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося.	

Обробка та інтерпретація IES-R

1. Підрахунок балів за субшкалами

Для аналізу структури травматичного досвіду підраховуються суми балів за трьома категоріями:

- Вторгнення (Intrusion): пункти 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. (Максимум 32 бали).
- Уникнення (Avoidance): пункти 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. (Максимум 32 бали).
- Гіперзбудження (Hyperarousal): пункти 4, 10, 15, 18, 19, 21. (Максимум 24 бали).

2. Клінічна інтерпретація загального балу (сума всіх 22 пунктів)

- 0–23 бали. Показники в межах норми. Реакція на стрес є адаптивною.
- 24–32 бали. Помірний стрес. Ознаки легкого посттравматичного розладу.
- 33–38 балів. Виражений стрес. Висока ймовірність ПТСР. Стан потребує корекції.
- 39 і більше балів. Тяжкий стрес. Критичний рівень впливу травми на психіку та соматику.

3. Аналіз структури реагування

- Якщо переважає **Вторгнення** – клієнт «затоплений» минулим, пам’ять не інтегрована.
- Якщо переважає **Уникнення** – домінують механізми витіснення та емоційного заціпеніння.
- Якщо переважає **Гіперзбудження** – травма зафіксована на рівні вегетативної нервової системи (що є характерним для 56,6% нашої вибірки).