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, що перебували в окупації»

Здобувача вищої освіти
першого (бакалаврського) рівня
групи ПСБЗ-21-1 групи
спеціальності 053 «Психологія»
ОПП «Психологія» _____ **М.І. Завірюха**
підпис

Науковий керівник _____ **О.В. Іванова**
підпис наукового керівника к. психол. н., доц.

Гарант освітньо-
професійної програми _____ **М.Ю. Заушнікова**
підпис керівника ОПП к.психол.н., доцент

Допущено до захисту за рішенням кафедри психології, педагогіки та суспільних дисциплін протокол від «16» травня 2025 р. № 15

Ірпінь – 2025

Реєстрація № 4 06.06.25 _____
(дата) (підпис відповідальної особи)

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

Результат захисту 90 12.06.2025 _____
(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: _____ **С.І. Корсун**
(підпис) (ініціали, ПІБ)

Члени комісії: _____ **М.Ю. Заушнікова**
(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ **І.О. Пєтухова**
(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ **І.Е. Коваленко**
(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»

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

Завдання на кваліфікаційну роботу
здобувача вищої освіти
Завірюхи Марії Іванівни
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема кваліфікаційної роботи: **Особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації**

Затверджена наказом ректора від 19.11.2024 № 1734

Термін подачі закінченої роботи: 06.06.2025

Цільова установка: визначити теоретико-методологічні підходи до дослідження проблеми травматичного досвіду особистості; емпірично дослідити особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації; розробити методичні рекомендації щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду.

Мета роботи: полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні особливостей травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації.

Об'єкт роботи: травматичний досвід.

Предмет роботи: особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації.

База дослідження: загальну вибірку склали 50 осіб віком від 19 до 41 років. Опитування проводилося дистанційно через Google Форму.

Перелік графічного матеріалу: бакалаврська робота містить 1 таблицю.

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	
		За планом	Фактично
1	2	3	4
1.	Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи	02.09.2024	02.09.2024
2.	Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику	28.01.2025	28.01.2025
3.	Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику	до 25.04.2025	25.04.2025
4.	Підготовка третього розділу роботи та подання її керівнику	10.05.2025	10.05.2025
5.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	до 21.10.2024	21.10.2024
6.	Попередній захист роботи	14.05.2025	14.05.2025
7.	Отримання відгуку керівника роботи	25.05.2025	25.05.2025
8.	Публікація тез у збірнику наукових матеріалів	11.05.2025	11.05.2025
9.	Отримання зовнішньої рецензії	05.06.2025	05.06.2025
10.	Допуск роботи зав. кафедри до захисту	06.06.2025	06.06.2025
11.	Захист роботи	11.06.2025	11.06.2025

3. Дата видачі завдання «02» вересня 2024.
4. Керівник кваліфікаційної роботи _____ О.В. Іванова
   (підпис) (ініціали, ПІБ)
5. Керівник освітньо-професійної програми _____ М.Ю. Заушнікова
   (підпис) (ініціали, ПІБ)
6. Завдання до виконання отримав здобувач вищої освіти _____ М.І. Завірюха
   (підпис) (ініціали, ПІБ)

АНОТАЦІЯ

«Особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації»

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні особливостей травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації, а також розробці методичних рекомендацій щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду.

Завданням роботи є теоретично проаналізувати підходи до дослідження проблеми травматичного досвіду особистості; емпірично дослідити особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації; розробити методичні рекомендації щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду.

Об'єктом дослідження виступає травматичний досвід.

Предметом дослідження є особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації.

Базою дослідження виступає он-лайн вибірка постраждалих від окупації, сформована шляхом дистанційного анкетування.

За результатами дослідження сформульовані практичні рекомендації щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду, а також покращення психоемоційного стану постраждалих від окупації.

Отримані результати можуть бути використані практичними психологами у межах освітніх програм з особливостей психотравматичного досвіду та його нейтралізації.

Кваліфікаційна робота містить 50 сторінок, 1 таблицю, список використаних літературних джерел з 40 найменувань.

Ключові слова: психотравматичний досвід, екзистенційна травма, травма взаємовідносин, травма втрати, копінг-стратегії.

Рік виконання кваліфікаційної роботи: 2025
Рік захисту: 2025.

ABSTRACT

Peculiarities of traumatic experiences of persons who were under occupation

The aim of the work: theoretical substantiation and empirical study of the features of the traumatic experience of persons who were under occupation, as well as the development of methodological recommendations for improving the psycho-emotional state as a means of counteracting traumatic experiences.

Object of research: traumatic experience.

Subject of research: features of traumatic experience of persons who were under occupation.

The research is based on an online sample of those affected by the occupation, formed through remote questioning.

***Research objectives*:** to theoretically analyze approaches to studying the problem of traumatic experiences of the individual; to empirically investigate the features of traumatic experiences of persons who were under occupation; to develop methodological recommendations for the formation of an optimistic lifestyle as a means of counteracting traumatic experiences.

Based on the results of the study, practical recommendations were formulated for the formation of an optimistic lifestyle as a means of counteracting traumatic experiences, as well as improving the psycho-emotional state of those affected by the occupation.

Keywords: psychotraumatic experience, existential trauma, relationship trauma, loss trauma, coping strategies.

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Психологічна травма у координатах сучасної психологічної науки 11

1.2. Посттравматичний стресовий розлад та тимчасова перспектива …….16

Висновки до першого розділу ……21

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

2.1. Методика та організація емпіричного дослідження ……22

2.2. Аналіз результатів емпіричного вивчення особливостей травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації ……25

2.3. Методичні рекомендації постраждалим від окупації щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду …….32

Висновки до другого розділу ……38

ВИСНОВКИ ……42

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……47

ВСТУП

Актуальність дослідження. Окупація залишає глибокий слід у психіці та емоційному стані місцевого населення. Досвід перебування нею є складним та травматичним. Він може призвести до серйозних психологічних проблем, часто неочевидних. Але якщо з фізичними ушкодженнями людина легко наважується звернутися до лікаря, то з ушкодженнями психіки більшість намагається впоратися самостійно чи взагалі ігнорує наявність проблеми.

Переслідування, залякування, тортури від військових — це реальність українців і українок, які проживали в умовах окупації. Крім цього, пропагандистська машина активно працювала у напрямку деморалізації місцевого населення, щоб похитнути їхню віру у перемогу.

Окупація створює серйозні психологічні труднощі та виклики для людей. Опинившись у таких умовах, кожна людина переживає цілий мікс емоцій та переживань. Головні з них включають сильний стрес, страх, тривогу, втрату ідентичності, депресію, відчуття втрати контролю, соціальну ізоляцію та відчуженість. Також можуть виникати почуття безпорадності та вразливості через втрату контролю над своїм життям. А ще можуть виникати конфлікти у внутрішньому світі, коли люди намагаються вирішити моральні дилеми чи розібратися зі своїми почуттями відносно ворогів чи колаборантів. У таких умовах важливо знати, як правильно підтримати тих, хто переживає цей тяжкий досвід.

Таким чином, актуальність зазначеної проблематики, її недостатнє теоретичне і практичне вивчення й зумовили вибір теми нашого дослідження ***«Особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації».***

Об'єкт дослідження: травматичний досвід.

***Предмет дослідження*:** особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні особливостей травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації та розробці рекомендацій щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду.

Відповідно до мети дослідження були окреслені наступні ***завдання:***

1. Визначити теоретико-методологічні підходи до дослідження проблеми травматичного досвіду особистості.

2. Емпірично дослідити особливості травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації.

3. Розробити методичні рекомендації щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду.

Для розв'язання поставлених завдань був використаний комплекс адекватних об'єкту і предмету дослідження ***методів:***

а) *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та експериментальних даних з проблем особливостей переживання особистістю травматичного досвіду;

б) *емпіричні* – спостереження, індивідуальні бесіди, анкетування, психодіагностичне тестування. На різних етапах дослідження був використаний комплекс психодіагностичних методик, серед яких: 1) «Шкала оцінки травматичної події» (авт. Weiss, Marmar, Metzler; адапт. Н. Тарабріної), що дозволила отримати інформацію про пережиту травматичну подію, її давність і почуття людини відносно даної події. 2) «Опитувальник подолання стресових ситуацій» (авт. Hobfoll, адапт. Н.Водоп'янової, Є.Старченкової), що дозволив зробити аналіз спрямованості стрес – долаючої (копінг) поведінки; 3) «Тест життєстійкості» (авт. Мадді, адапт. Д.Леонтьєв, Є.Рассказова) надає інформацію про рівень життєстійкості та розвиненості основних її компонентів (залученості, контролю, прийняття ризику).

в) *статистичні* методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір

варіативності результатів (кореляційний, порівняльний аналіз) з наступною якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися на базі пакету статистичних програм SPSSv.17.0 for Windows.

Практична значущість дослідження полягає у тому, що запропоновані рекомендації по нейтралізації психотравматичного досвіду та покращення психоемоційного стану осіб, що перебували в окупації можуть бути використані практичними психологами, викладачами у процесі фахової підготовки майбутніх психологів, на курсах підвищення кваліфікації педпрацівників з метою поглиблення психологічних знань щодо особливостей процесу переживання та подолання психотравматичного досвіду.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження опубліковані у збірнику наукових праць Державного торговельно-економічного університету «Вектори соціальної, організаційної та економічної психології» (Іванова, О. & Завірюха, М. Проблемні питання психотравматичного досвіду осіб, які перебували в окупації. 2025. с. 97 – 99).

Експериментальна база дослідження. Дослідження, в якому взяли участь 50 осіб здійснювалося у період окупації Київської області (2022 рік) (міста Буча, Ірпінь, Гостоміль). Віковий розподіл досліджуваних від 19 до 41 року.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (40 найменувань). Основний зміст роботи викладений на 40 сторінках комп’ютерного набору, містить 1 таблицю. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 50 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. *Психологічна травма у координатах сучасної психологічної науки*

Життя людини багатогранне і неможливе без подій, що змушують страждати. Люди хворіють та вмирають, сваряться, розлучаються, скоюють злочини, самі стають жертвами злочинів тощо. У світі постійно відбуваються жахливі події: теракти, війни, кризи, катастрофи, які залишають глибокий слід у психіці людини. Численні емпіричні дослідження доводять, що більшість людей мають досвід хоча б однієї травматичної події протягом життя [15]. Також доведено, що для розвитку симптоматики посттравматичного стресового розладу буває достатньо лише загрози насильства без здійснення самого акта насильства [6].

Як бачимо, всі ми надзвичайно вразливі перед травматичними подіями. Наслідки їх переживання можуть бути різними. На думку більшості фахівців [4 – 9; 18 – 22], найчастіше це психопатології, що виражаються у серйозних порушеннях відносин, у появі психосоматичних, психічних розладів та афективних порушень, у дезадаптації. Це і формування різного роду залежностей (наркотичної, алкогольної та ін), закріплення ролі жертви, розвиток рентних установок та багато іншого [11].

Травма – це не просто фізичне ушкодження, а й складний емоційний психічний стан, який здатний кардинально змінити життя людини. Психологія травми досліджує у який спосоіб різні травматичні переживання впливають особистість, формуючи як сприйняття навколишнього світу, так і поведінку індивіда у різних ситуаціях. Травматичний досвід може виявлятися в різних його формах: від гострих і різких подій, таких як аварії, насильство або стихійні лиха,

до хронічних станів, що виникають через тривалу емоційну зневагу або жорсте ставлення.

Травматичні події можуть зачіпати людей різного віку і соціальних груп, і їх наслідки можуть бути як короткочасними, так і довготривалими і складно піддаватися лікуванню. Важливо зазначити, що реакція на травму у всіх є індивідуальною: те, що для однієї людини може стати джерелом глибокого стресу, для іншої виявиться менш значущим. Такі відмінності залежать від великої кількості чинників, включаючи особисту історію, стійкість до стресу, рівень соціальної підтримки та доступ до ресурсів для подолання труднощів життя.

Емоційні наслідки травми можуть виявлятися у вигляді різних психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні розлади та депресія. Люди, які пережили травму, можуть відчувати флешбеки, сильне занепокоєння, депресивні стани та інші симптоми, які заважають їхньому повсякденному життю. Крім того, травма може впливати на фізичне здоров'я, призводячи до різних соматичних захворювань, пов'язаних зі стресом. У рамках психології травми також вивчається, як травматичні переживання можуть впливати на міжособистісні відносини. Часто люди, які пережили травму, мають складнощі у встановленні довірливих взаємовідносин, що може призвести до соціальної ізоляції та почуття самотності. Підтримка з боку близьких, друзів та професіоналів відіграє важливу роль у процесі відновлення, дозволяючи людям відчути себе більш зрозумілими та прийнятими в соціумі.

Вплив психологічної травми на особистість:

1. Зміна сприйняття себе та світу: травма може призвести до спотворення самооцінки та сприйняття навколишнього світу. Людина може почати бачити світ як загрозливий і небезпечний, що призводить до появи постійного стану тривоги та настороженості.

2. Емоційні реакції: люди, які пережили травму, можуть відчувати широкий спектр емоційних реакцій: від почуття провини та сорому до депресії та тривожності. Ці емоції можуть суттєво вплинути на якість життя та міжособистісні взаємовідносини загалом.

3. Копінг - стратегії: у відповідь на травматичний досвід люди можуть розвивати різні стратегії подолання стресу.

Наслідки травми:

Травматичний досвід може здійснювати глибокий і тривалий вплив на психічне здоров'я людини, детермінуючі не лише її емоційний стан, а й повсякденне життя вцілому. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – один з найвідоміших наслідків травми. Він може виявлятися у вигляді нав'язливих спогадів про психотравмуючу подію, нічні кошмари, підвищену тривожність і уникаючу поведінку. Люди з ПТСР часто відчувають себе в постійній небезпеці, що може призводити до хронічного стресу та фізичних захворювань, які необхідно вчасно виявляти і лікувати [33].

Депресія також є найпоширенішим наслідком травми. Відчуття безнадійності, втрата інтересу до життя, труднощі з концентрацією та хронічна втома — це лише деякі з симптомів, які можуть виникнути у людини, яка пережила травму. Депресія може посилюватися почуттям провини чи сорому, що у свою чергу може призвести до самоізоляції та небажанню звертатися за допомогою.

Тривожні розлади, такі як генералізований тривожний розлад або панічні атаки, можуть розвиватися у людей, які пережили травму. кошмари, сонний параліч та багато іншого. Це може значно знижувати якість життя та обмежувати можливості людини в соціальній та професійній сферах.

Часто такі розлади проявляються у вигляді постійної стурбованості, фізичної симптоматики (прискореного серцебиття, спітніння тощо) і страху перед майбутніми подіями, нічні кошмари, сонний параліч тощо. Це може

значною мірою знижувати якість життя і обмежувати можливості людини у соціальній та професійній сферах [40].

Підходи до лікування:

Лікування травми – це складний і багатощаблевий процес, який може включати різні методи і підходи, спрямовані на відновлення психоемоційного стану людини. Одним із найбільш ефективних методів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей підхід фокусується на зміні негативних думок і переконань, пов'язаних із травматичною подією, що сприяє зниженню рівня тривожності та депресії у людини. У рамках КПТ пацієнт вчиться розпізнавати та заперечувати дисфункціональні думки, що допомагає йому краще впоратися з емоційними реакціями.

Іншим важливим методом є EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей). Ця техніка допомагає трансформувати травматичні спогади, дозволяючи пацієнту згадати про подію у безпечній та контрольованій обстановці. Процес включає використання рухів очей, які допомагають знизити напругу, пов'язану з травмою і сприяють інтеграції цих спогадів у більш здоровий контекст.

Існують різноманітні методи лікування, спрямовані на подолання наслідків психологічної травми. Психотерапія, включаючи когнітивно-поведінкову терапію та EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей), зарекомендувала себе як ефективний підход. Ці методи допомагають людям обробити пережитий травматичний досвід, змінити негативні думки та відновити почуття контролю за своїм життям. Крім того, терапія може включати елементи групової підтримки, що дозволяє людям ділитися своїм досвідом і отримувати підтримку від тих, хто стикався з аналогічними труднощами в житті [1-2].

Групові терапії також відіграють значну роль процесі лікування психологічної травми. Вони надають можливість учасникам ділитися своїм досвідом і отримувати підтримку від людей, які пережили схожі ситуації. Це може допомогти людям почуватися менш ізольованими і більш інтегрованим у

суспільство, що у свою чергу сприяє поліпшенню їхнього психоемоційного стану.

У психології виділяється низка досліджень, у яких постулюється думка про те, що психологічна травма не завжди призводить лише до негативних наслідків. На тлі травми відбувається відшліфовування адаптаційно-транзиторних реакцій людини у відповідь на нові умови життя, формується життєстійкість, можлива посттравматична трансформація особистості [25]. G. Bonanno з оптимізмом стверджує, що всі без винятку люди мають доступ до внутрішньої стійкості, яка дозволяє їм рухатися через травми з мінімальними втратами та позитивними емоціями [24].

Разом з тим вважається, що різні типи подій, що травмують, надають неоднаковий вплив на людей. З цього Л. Бурбо виділяє п'ять психотравм: приниження, несправедливості, зради, заперечення, покинутості, які заважають людині бути самою собою і призводять до серйозних психосоматичних порушень [цит.за 28]. Л. Терр дає більш широку класифікацію, в яку включає одноразові психотравми та хронічні психологічні травми, що викликають почуття безпорадності, безсилля, що руйнують здоров'я та загрожують життю людини [34].

Особливе значення для психології має класифікація Ф. Рупперта [17], в якій психотравми розрізняються за типами невирішених конфліктів, що уможливлює аналіз не тільки негативних наслідків переживання психотравм, а й можливої їх альтернативи. Так, автор виділяє: 1) екзистенційні психотравми (ситуації насильства та нещасні випадки, ситуації смертельної загрози здоров'ю та життю). Емоційний конфлікт полягає, з одного боку, у замиканні на собі, з іншого – у душевній стійкості; 2) травма втрати (коханої людини чи важливої умови життя). Емоційний конфлікт виявляється у застряганні на негативних почуттях чи звільнення від них; 3) травма взаємовідносин (ураження емоційних зв'язків).

Емоційний конфлікт ставить людину перед вибором: нікому не довіряти або довіряти та любити; 4) травма системних відносин (вчинки, які важко виправдати морально та етично: напади, вбивства). Емоційний конфлікт проявляється, з одного боку, у таємницях та приховуванні, з іншого – у прийнятті провини та відповідальності [17].

Розрізнення травматичних обставин і віднесення їх до різного типу навіть з урахуванням суб'єктивних оцінок людей уможливлює аналіз копінг - стратегій осіб, об'єднаних подібним травматичним досвідом, що і стало метою даного дослідження.

1.2. *Посттравматичний стресовий розлад та тимчасова перспектива*

Одним із центральних понять сучасної психології та психології загалом є психологічна травма, що здійснює потужний вплив на психіку людини, впливає на її життєву реалізацію, якість життя, а іноді і на увесь його перебіг. З цієї точки зору сприйняття часу та тимчасова перспектива (у наступних частинах тексту також ТП) не є винятком і також зазнають впливу психологічних травм.

Ця проблема виявляється особливо актуальною і значущою у світі нинішньої світової ситуації, де багато країн та регіонів стикаються з активними воєнними конфліктами.

Війни та збройні конфлікти здійснюють руйнівний вплив на життя мільйонів людей, розривають соціальні та економічні зв'язки та викликають глибоке занепокоєння у всесвітньої спільноти.

У цьому параграфі розглянуто взаємозв'язок між тимчасовими перспективами та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) з урахуванням останніх досліджень у цій галузі.

Одним із психологічних наслідків травматичної події є посттравматичний

стресовий розлад, який донині перебуває в епіцентрі серйозних досліджень, проте говорити про повне виявлення розуміння його мехінізмів поки що рано.

Згідно з DSM - 5, істотною особливістю ПТСР є розвиток характерних симптомів після впливу однієї або кількох подій, що травмують. Клінічна картина ПТСР може бути різною: у деяких людей можуть переважати повторювані переживання, засновані на страху, емоційні та поведінкові симптоми, у інших можуть бути тривожні ангедонічні або дисфоричні стани настрою та зниження рівня когнітивних здібностей, у деяких людей можуть спостерігатися симптоми збудження та реактивно переважають дисоціативні симптоми, а в багатьох може спостерігатися поєднання всіх цих симптоматичних патернів [5].

Незалежно від клінічної картини, у випадках ПТСР характерна наявність травмуючих разових чи безперервних подій, у яких людина або брала безпосередню участь, або була свідком. Тобто, ПТСР може мати як військовослужбовець, який брав участь у тривалій війні, так і медсестра, яка лише один раз бачила або надавала медичну допомогу солдатові, що стікав кров'ю.

Незалежно від того, що стало причиною ПТСР, вона пригнічує здатність вирішувати проблеми повсякденного життя, може призвести до недовіри, підвищеної пильності та симптомів підвищеної збудливості. Ф.Зімбардо вважає, що симптоми – лише мала частина того, що відбувається у людей із ПТСР.

Усередині себе вони знову і знову переживають подію, що травмує, відчуваючи одні і ті ж емоції і страхи. Вони вкладають ці емоції та страхи, «забарвлюючи» і минуле, і сьогодення, і майбутнє в одні й ті ж «кольори» [16].

Термін "посттравматичний" говорить про себе, тобто травма залишилася в минулому, але людина з ПТСР не здатна залишити її позаду та рухатися вперед. Ключові явища ПТСР пов'язані із тією чи іншою частиною вектора часу. Люди з ПТСР переживають події, що травмують, знову і знову в нічних жахах, у

спогадах, які змушують їх повернутися в страшний момент минулого, в негативних думках, які неможливо зупинити. Ці жахи наяву залишають їх такими, які "застрягли" у часі і постійно намагаються втікти від травми, але нездатні втікти. Зімбардо наводить приклад відвідувача, хто, говорячи про війну, виголосив таку фразу: *«Ви покидаєте війну, але війна не покидає вас*».

Не дивно, що люди з ПТСР відчайдушно намагаються втекти від усього, що може нагадати про минулу травму в їхньому нинішньому житті. Постійний стан ПТСР активує регулярні "ін'єкції" адреналіну в мозок людей, що стає джерелом постійної напруги, і люди стають залежними від свого постійної напруги та адреналіну, а ПТСР стає природною частиною життя.

До виникнення ПТСР у людей, які постраждали від стихійних лих, реакція на травму відбувається поетапно: постраждалі відчувають шок, сильні емоції та намагаються перебудувати своє життя [8].

Ті, хто вижив, зазвичай проходять п'ять етапів:

1. *Психічне оніміння*. Відразу після події постраждалі відчувають психічне оніміння, включаючи шок і збентеження, і через деякий час, навіть через декілька днів, можуть повністю не усвідомлювати подію. Несподівані, різкі та насильницькі катастрофи порушують їхні уявлення про функціонування світу.

2. *Автоматичні дії*. На цьому етапі постраждалі погано усвідомлюють свої переживання і пізніше показують погані спогади про деталі катастрофи.

3. *Спільні зусилля*. На цьому етапі жертва і люди, що її підтримують, об'єднують свої ресурси для виходу з ситуації, але також втомлюються і витрачають запаси енергії.

4. *Розчарування.* Тоді постраждалі можуть відчувати розчарування, тому що енергія виснажується, усвідомлення всіх наслідків катастрофи стає яснішим, інтерес оточуючих знижується, і жертва може почуватися самотньою.

5. *Відновлення*. За вищезгаданими етапами йде тривалий період відновлення, оскільки жертва починає пристосовуватися до змін, викликаних катастрофою

[31].

Ці етапи беззастережно застосовні не до всіх, хто пережив травму, але вони підсумовують загальні риси індивідуальних переживань травми. Вони відбивають типи глибоких змін, які сприяють розвитку ПТСР [30].

Дослідження Зімбардо та Бойда показують, що минулі позитивні тимчасові перспективи позитивно пов'язані із суб'єктивним благополуччям, а тимчасові негативні перспективи негативно залежать від ступеня суб'єктивного благополуччя [37].

Гедоністичне теперішнє позитивно залежить від почуття задоволеності життям і щастя, водночас фаталістичне теперішнє позитивно залежить від великої кількості симптомів жалю, депресії та тривоги, а майбутнє пов'язане з меншою кількістю симптомів депресії та тривоги [38].

Когнітивні теорії посттравматичного стресового розладу припускають, що негативні переконання минулого є факторами, що посилюють симптоми посттравматичного стресового розладу [34].

У ветеранів війни емпіричні дослідження підтверджують, що ускладнення кореляції між минулим досвідом та негативним чи короткостроковим майбутнім пов'язані з вищим рівнем симптомів ПТСР [32].

Крім того, симптоми ПТСР перебували у прямій залежності від негативного минулого та фаталістичного сьогодення у дослідницьких групах, що складаються з учасників ДТП та біженців [33].

Крім цього, попередні дослідження підтверджують позитивну роль тимчасових перспектив у відновленні від ПТСР і показують, що нижчий рівень негативного минулого пов'язаний із меншою ймовірністю розвитку ПТСР з часом [13, 28, 38];

Хоча терапія із застосуванням ТП показує багатообіцяючі результати при лікуванні ПТСР, проте М. Корнелія разом зі своїми колегами у дослідженні вважає, що експериментальних даних про зв'язок між ПТСР та ТП недостатньо.

Вони намагаються дослідити ТП та симптоми ПТСР у досліджуваних, які потрапили в дорожньо-транспортні пригоди [5].

У їх дослідженні, крім симптомів ПТСР, розглядається також локус контролю, зокрема, так званий дорожній локус-контроль, який є загальною тенденцію приписувати негативні події собі або зовнішнім обставинам (іншим водіям, зовнішньому середовищу тощо) [10].

Результати вищезазначеного дослідження показують, що ТП негативного минулого та фаталістичного сьогодення позитивно пов'язані із симптомами ПТСР. Позитивно пов'язаний із симптомами ПТСР також гедоністична ТП сьогодення, що стало несподіваним результатом для дослідників. Ці результати можуть мати значення для терапії ПТСР, оскільки дозволяють виявити неадаптивні ТП для лікування ПТСР і розробити терапевтичну тактику їх модифікації [10].

Узагальнюючи, можна сказати, що в осіб, які зазнали впливу військової психотравми, змінюється ступінь тимчасових перспектив.

В цілому, розуміння зв'язку між тимчасовими перспективами та ПТСР має важливе значення для розробки індивідуальних та ефективних підходів до допомоги людям, які пережили травматичні події, та відновленню їхнього психологічного благополуччя.

Таким чином, психологія травми – це велика галузь науки, що вивчає вплив травматичних подій на психічний стан людини, її поведінку та сприйняття світу. Травма може виникнути внаслідок різних обставин, таких як насильство, нещасні випадки, природні катастрофи або втрата близької людини. Ці переживання часто здійснюють глибокий вплив на особистість та її емоційне здоров'я, формуючи її реакцію на стрес і взаємодію з оточуючими.

Висновок до першого розділу

Травматичний досвід – це подія чи серія подій, які викликають сильні негативні емоції та можуть порушити здатність людини нормально функціонувати. Це може бути як одноразова подія (наприклад, нещасний випадок), так і тривала серія подій (наприклад, насильство у стосунках), під час яких людина зазнала жаху, безпорадності та неможливості втекти чи захиститися. Травматичний стрес може похитнути почуття безпеки людини, залишивши її з ірраціональними надузагальненими переконаннями, що весь світ небезпечний.

Травматичний досвід переповнює страхом та безпорадністю, викликає відчуття небезпеки та непередбачуваності навколишнього світу, вносить емоційний хаос, обриває зв'язне та узгоджене відчуття власного Я, підриває відчуття контролю, утримує в минулому і не дає можливості виробити нові адекватні способи адаптації до нових життєвих умов, ускладнює прийняття продиктованих необхідністю усвідомлених рішень щодо зміни будь-чого, руйнує здатність до формування близьких взаємовідносин.

Травматичні події можуть призвести до різних психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні розлади та депресія. Люди, які пережили травму, можуть відчувати дратівливість, уникання ситуацій, нагадують про травму, та інші симптоми, які заважають нормальному життю, Емоційні реакції можуть змінюватись від пригніченості до люті, що ускладнює налагодження здорових відносин із оточуючими.

Травма не лише впливає на окрему людину, а й може мати наслідки для її сім'ї та соціального оточення. Часто близькі люди не знають, як підтримати людину, що пережила травму, що може призвести до ізоляції та погіршення стану потерпілого. Підтримка з боку оточуючих (сім’ї, друзів, співробітників, колег) відіграє важливу роль у процесі відновлення. Емпатія, розуміння та готовність допомогти можуть значно прискорити процес одужання.

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

2.1. Методика та організація емпіричного дослідження

Як вже зазначалося вище, у дослідженні взяли участь 50 осіб у віці від 19 – 41 року, які перебували в окупації під час російсько-української війни весною 2022 року.

Шкала Оцінки Впливу Травматичної Події (IES-R) (Weiss, Marmar, Metzler, 1995) в адаптації Н. Тарабріної (2001) – це насамперед інструмент самооцінки, призначений для оцінки психологічної реакції на травматичну подію. IES-R використовується для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу, включаючи три основні групи симптомів: уникання, інтрузії (небажані спогади) та гіперактивність. Використання цієї шкали допомагає краще розуміти стан пацієнта й формувати індивідуальний план його лікування. Завдяки своїй простоті IES-R є важливим інструментом як у наукових дослідженнях так і клінічній практиці [14, 40].

Основні цілі IES-R включають:

1. ***Оцінка посттравматичної симптоматики*****:** ідентифікація інтенсивності та рівня симптомів ПТСР.

*Моніторинг****:*** відслідковування часових змін у симптомах для оцінки ефективності лікування.

*Структура****.*** IES-R складається з 22 пунктів, кожен з яких оцінює один з аспектів реакції на травму. Пацієнти дають відповіді на запитання, які пов'язані з їхніми думками та почуттями за останній тиждень, використовуючи п'ятибальну шкалу (від 0 до 4), де 0 означає "ніколи", а 4 – "дуже часто".

Сфери застосування:

• *клінічне:* IES-R часто використовується психологами, психіатрами та іншими фахівцями для діагностики посттравматичних розладів.

• *дослідницьке:* IES-R використовується у наукових дослідженнях для вивчення наслідків травматичних подій та розробки ефективних методів його лікування та терапії.

«Стратегії подолання стресових ситуацій» («SACS») був розроблений Стівеном Хобфоллом (адапт. Н.Водоп'янова та О.Старченкова). Опитувальник призначений для діагностики стратегій подолання стресових ситуацій, визначення дев'яти моделей копінг-поведінки [3]:

асертивні дії;

вступ у соціальний контакт;

пошук соціальної підтримки;

обережні дії;

імпульсивні дії;

уникання;

маніпулятивні (непрямі дії);

асоціальні дії;

агресивні дії.

Методика включає в себе 54 ствердження, які стосуються поведінки в стресових ситуаціях, на кожне з них респондент повинен дати відповідь за п'ятибальною шкалою відповідно до того, як він зазичай діє у подібних ситуаціях.

«Тест життєстійкості» є адаптацією опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді (адапт. Д.Леонтьєв, 2006). Особистісна змінна hardiness (життєстійкість) характеризує міру здатності особистості витримувати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість і не знижуючи успішність діяльності [11, 31].

Життєстійкість є системою переконань про себе, про світ, про відносини зі

світом. Це диспозиція, що включає три порівняно автономних компонента: залучення, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості загалом перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях за рахунок стійкого подолання стресів і сприйняття їх як менш значущих.

Шкали тесту:

- залученість,
- контроль,
- прийняття ризику.

Залученість визначається як «переконання в тому, що залученість до того, що відбувається, дає максимальний шанс знайти щось вартуюче і цікаве для особистості». Людина з розвиненим компонентом залученості отримує задоволення від власної діяльності. На противагу цьому, відсутність подібної переконаності породжує почуття відчуженості, відчуття себе «поза» життям.

Контроль є переконаністю в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, навіть якщо цей вплив не абсолютний і успіх не гарантований. Протилежність цьому – відчуття власної безпорадності. Людина із сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сама вибирає власну діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику — переконаність людини в тому, що все те, що з нею трапляється, сприяє її розвитку за рахунок знань, які отримуються із досвіду — неважливо, позитивного чи негативного. Людина, яка розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту та безпеки, що збіднює життя особистості. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань із досвіду та подальше їх використання.

Для підрахунку балів відповідям на *прямі пункти* присвоюються бали від 0 до 3: «ні» - 0 баллов, «скоріше ні, ніж так» -1 бал, «скоріше да, ніж ні»

- 2 бали, «так» - 3 бали.

Відповідям на *зворотні пункти* присвоюються бали от 3 до 0: «ні» - 0 балів, «скоріше ні, ніж так» – 1 бал, «скоріше так, ніж ні» – 2 бали, «так» - 3 бали.

Потім бали за окремою субшкалою (залученість, контроль та прийняття ризику) за прямими і зворотними пунктами підсумовуються. Суми підраховуються окремо за кожною субшкалою. Далі обчислюється загальний бал життєстійкості - шляхом підсумовування даних за трьома субшкалами.

2.2. Аналіз результатів емпіричного вивчення особливостей травматичного досвіду осіб, що перебували в окупації

Результати вивчення оцінки досліджуваними обох груп впливу травматичної події (за методикою IES-R) подані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати вивчення ***оцінки впливу травматичної*** події осіб, які перебували в окупації за шкалою IES-R (%)

N = 50

Шкали	
Вторгнення	34
Уникання	35
Фізіологічна збудливість	31

Кількісні показники за шкалою «*вторгнення*» свідчать про те, що досліджувані, які мають досвід окупації великою мірою схильні заново

переживати все, що з ними трапилося за умови будь-якого нагадування про травматичну подію (ситуація) з високою мірою інтенсивності. Зосередженість думок на травматичному досвіді окупації не дозволяють їм відволіктися і переключитися на інше. Досліджувані свідчили про те, що окремі картини подій окупації раптово виникали в їх свідомості ніби проти їх волі і супроводжувалися дуже важкими тяжкими переживаннями, пов'язаними з нею. Тобто, досліджувані, які мають травматичний досвід окупації переживають: нав'язливі дистресуючі спогади психотравмівних подій; періодичні кошмарні сновідіння; неочікувані почуття прямого повернення травматичних подій окупації і повторного їх переживання (ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди), які виникають як у стані бадьорості так і у стані сп'яніння та інтенсивний психологічний дистрес під впливом обставин, які символізують пережиті ними травмуючі події, їх окремі аспекти, або ті, які мають з ними схожість (наприклад, річниця травми).

Кількісні показники також засвідчили високі показники осіб з травмуючим досвідом за шкалою *"уникання"*. Люди, які перебували в окупації характеризуються спрямованістю на уникання всього, що могло б нагадати про те, що трапилося: ні з ким не говорити на цю тему, не думати про це, витісняти травмуючі події і переживання з пам'яті, не дозволяти собі засмучуватися. Відчуття того, що усього, що з ними трапилося ніби не було насправді або було нереальним. Тобто, респонденти з досвідом окупації наполегливо уникають стимулів, пов'язаних з травмою, які супроводжуються емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Як правило, це супроводжується наступними видами розладів: усвідомлені зусилля уникати думок та почуттів, пов'язаних з травмою, спроби уникати будь-яких дій або ситуацій, стимулюючих спогади про травму, неспроможність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія), зниження інтересу до раніше значущих для досліджуваних видів активності, почуття відчуженості до оточуючих, зниження спроможності до

співпереживання та душевної близькості з іншими людьми, почуття «укороченного майбутнього» (невпевненість у майбутній кар'єрі, можливості одруження та сімейного життя, в самій тривалості життя).

Показники за шкалою "фізіологічна збудливість" також свідчать про те, що травма здійснює вплив на обіг фізіологічних функцій досліджуваних. Вони відчувають неприємні фізичні відчуття (спітніння, порушення дихання, нудоту при спогадах про травмівну подію або від того, що про неї нагадує. У них мають місце певна дратівливість, внутрішня напруженість, ускладненість за необхідності зосередити увагу на чомусь, настороженості, очікування, що трапиться щось погане. Тобто, посттравматична фізіологічна збудливість знаходить вираз у: труднощах засинання чи поверхневому сні, підвищеній дратівливості чи спалахах гніву; проблемах з концентрацією уваги; підвищеній пильності; надлишковій реакції на раптові подразники; підвищеному рівні фізіологічної реактивності на обставини, які символізують травматичну подію або нагадують про найбільш суттєві її аспекти.

Особое значение для психологии имеет классификация Ф. Рупперта [6], в которой психотравмы различаются по типам неразрешенных конфликтов, что делает возможным анализ не только негативных последствий переживания психотравм, но и их возможной альтернативы. Так, автор выделяет: 1) экзистенциальные психотравмы (ситуации насилия и несчастные случаи, ситуации смертельной угрозы здоровью и жизни). Эмоциональный конфликт заключается, с одной стороны, в замыкании на себе, с другой – в душевной стойкости; 2) травма потери (любимого человека или важного условия жизни). Эмоциональный конфликт выражается в застревании на негативных чувствах или освобождении от них; 3) травма отношений (поражения эмоциональных связей). Эмоциональный конфликт ставит человека перед выбором: никому не доверять или доверять и любить; 4) травма системных отношений (поступки,

которые трудно оправдать морально и этически: нападения, убийства). Эмоциональный конфликт проявляется, с одной стороны, в тайнах и сокрытии, с другой – в принятии вины и ответственности [6].

Различение травматических событий и отнесение их к разному типу даже на основе субъективных оценок людей делает возможным анализ преодолевающих стратегий лиц, объединенных схожим травматическим опытом, что и стало целью данного исследования.

На підставі оцінок своїх життєвих подій як психотравмуючих та відповідно до класифікації Ф. Рупперта [17] нами було виділено групи осіб, об'єднаних травматичним досвідом.

До першої групи екзистенційної психотравми були включені досліджувані (N = 16), які оцінили такі ситуації, як напад, невиліковна хвороба, насильство, теракт, нещасний випадок, автокатастрофа, сексуальне насильство як травмуючі.

До другої групи увійшли люди, які пережили втрати (N = 14): смерть близької людини (сина, доньки батька, матері, друга тощо).

Третю групу склали досліджувані (N = 20), які пережили ситуації насильства над ними (побиття, насильство від інших людей).

При цьому слід зауважити, що досліджувані з досвідом окупації (N = 50) як травмуючі події частіше відзначали нещасні випадки, ситуації смертельної загрози їхньому здоров'ю (екзистенційні травми) (31%) та події, пов'язані з порушенням емоційних зв'язків (травмами взаємостосунків) (31%). Потім йшли події, що травмують, пов'язані з ситуаціями, які важко виправдати морально (24%), і ситуації втрат (14%).

Проведений однофакторний дисперсійний аналіз дозволив виявити значні відмінності за критерієм «перебування в окупації» між групами людей, які пережили екзистенційну травму та травму втрати ($t = 2{,}288$ при $p = 0{,}027$), травму

взаємовідносин та травму втрати (t = -6,014 при p = 0,000). Досліджувані, які перебували в окупації (N = 50) кожен третій зазначив, що пережив екзистенційну травму та травму взаємовідносин.

Подальший аналіз показав, що людям, які пережили травму взаємовідносин, на відміну від осіб з екзистенційною травмою (t = 2,091 при p = 0,047), меншою мірою властиве прийняття ситуацій ризику, більшою – прагнення комфорту, гедонізму і безпеки.

Група досліджуваних із травмою взаємовідносин значно відрізняється від групи із травмою втрат – роль жертви більшою мірою виражена в осіб із травмою взаємовідносин (t = -2178 при p = 0034). Це говорить про те, що для людей, які пережили травму взаємовідносин, більшою мірою характерні рентні установки та маніпуляції. Ці досліджувані істотно відрізняються від групи осіб із травмою втрат з переважанням в перших асоціальних процесів і вчинків (t = -2384 при p = 0033).

Найбільше значущих відмінностей було виявлено між досліджуваними, які пережили травму взаємовідносин та травму втрати, за такими характеристиками, як: асоціальні дії та вчинки (t = -2,293 при p = 0,029), соціальна роль жертви (t = -2,512 при p = 0,017), позиція жертви (t = -2,706 при p = 0,011), які більшою мірою виражені у людей з травмою взаємовідносин, а також за показниками залученості (t = 3,150 при p = 0,004) та життєстійкості (t = 2,449 при p = 0,020), які значно вищі у групи осіб, які пережили травму втрати.

Далі було проведено кореляційний аналіз рівня травматизації за опитувальником IES - R (вторгнення, уникання, фізіологічна збудливість) і стратегіями подолання у групах людей, об'єднаних травматичним досвідом.

1. *Група досліджуваних із екзистенційною травмою* (N = 16). Виділяються загальні стійкі позитивні взаємозв'язки між такими способами подолання людей з екзистенційною психотравмою, як:

1) *уникання* та всіма шкалами опитувальника травматичної події: вторгнення (*r* = 0,417); уникнення (*r* = 0,420); фізіологічна збудливість (*r* = 0,597); інтегральний показник травматизації (*r* = 0,549);

2) *непрямі дії* та вторгнення (*r* = 0,548); уникнення (*r* = 0,699); фізіологічна збудливість (*r* = 0,789); інтегральний показник травматизації (*r* = 0,750).

Виявлено стійкі негативні взаємозв'язки між деякими показниками опитувальника життєстійкості та всіма характеристиками опитувальника травматичної події:

3) шкала *контролю* негативно пов'язана з вторгненням (*r* = -0,615), уникненням (*r* = -0,382), фізіологічною збудливістю (*r* = -0,532), інтегральним показником травматизації (*r* = -0,571);

4) шкала *прийняття ризику* негативно пов'язана із вторгненням (*r* = -0,406); уникненням (*r* = -0400); фізіологічною збудливістю (*r* = -0,516); інтегральним показником травматизації (*r* = -0,486);

5) *загальний рівень життєстійкості* негативно взаємопов'язаний із вторгненням (*r* = -0,578); униканням (*r* = -0,416); фізіологічною збудливістю (*r* = -0,548); інтегральним показником травматизації (*r* = -0,585).

Тобто, такі копінг-стратегії як уникання, маніпуляції, використання ролі жертви лише посилюють травматизацію особистості. Конфлікт, що виявляється у уникаючій і маніпулятивній поведінці (поведінці жертви), може бути розв’язаний засобами розвитку навичок життєстійкого подолання екзистенційних травм.

2. *Група досліджуваних із травмою втрати* (N = 14). Виділяються стійкі позитивні взаємозв'язки між деякими способами подолання травми втрати та інтегральним показником травматизації (вторгненням, уникненням, фізіологічною збудливістю). Так, позитивні кореляційні зв'язки виявлені між такими шкалами, як:

1) обережні дії та уникнення (*r* = 0,571); фізіологічна збудливість (*r* = 0,523);

інтегральний показник травматизації (r = 0,552);

2) непрямі дії та уникнення (r = 0,646); фізіологічна збудливість (r = 0,459); інтегральний показник травматизації (r = 0,562).

Кореляційний аналіз демонструє, що з підвищенням життєстійкості, особливо таких її компонентів, як залученість та контроль, відбувається зниження дратівливості, гіпертрофованих реакцій страху від можливого впливу травмуючої ситуації, психофізіологічного збудження, обумовленого спогадами про ситуацію, що травмує. Переживання травми втрати виражається в пасивній, непрямій та захисній поведінці постраждалого (жертви). Зниження інтенсивності та нейтралізація даної травми можлива шляхом формування навичок життєстійкого копінгу (залученості, відкритості світу, інтернальному локусу контролю). З підвищенням життєстійкості відбувається зниження вразливості людини щодо травмуючої події екзистенційного характеру (насильства, нещасних випадків, проблем зі здоров'ям).

3. *Група досліджуваних із травмою взаємовідносин* (N = 20). Виділяється група позитивних взаємозв'язків між такими просоціальними способами подолання, як:

1) *вступ до соціального контакту* та всіма шкалами опитувальника травматичної події: вторгнення (r = 0,552); уникнення (r = 0,456); фізіологічна збудливість (r = 0,684); інтегральний показник травматизації (r = 0,616);

2) *пошук соціальної підтримки* та шкалами вторгнення (r = 0,902); уникнення (r = 0,850), фізіологічна збудливість (r = 0,843); інтегральний показник травматизації (r = 0,928);

3) виділяється група стійких позитивних взаємозв'язків між непрямою стратегією подолання *маніпулятивні дії* та шкалами вторгнення (r = 0,624); уникнення (r = 0,653), фізіологічна збудливість (r = 0,428); інтегральний показник травматизації (r = 0,607);

4) можна відзначити і групу позитивних взаємозв'язків між стратегією стрес-

подолання *асоціальні дії* та вторгнення (r = 0,658), уникнення (r = 0,925), фізіологічна збудливість (r = 0,548), інтегральний показник травматизації (r = 0,749);

5) між асоціальною стратегією подолання *агресивні дії* та вторгнення (r = 0,716), уникання (r = 0,769), фізіологічна збудливість (r = 0,555), інтегральний показник травматизації (r = 0,720);

6) виділяється стійка група позитивних взаємозв'язків між формою захисної поведінки *ігрова роль жертви* та вторгнення (r = 0,903), уникнення (r = 0,885), фізіологічна збудливість (r = 0,809), інтегральний показник травматизації (r = 0,925);

7) позиція *жертви* та вторгнення (r = 0,737), уникання (r = 0,674), фізіологічна збудливість (r = 0,677), інтегральний показник травматизації (r = 0,746).

8) шкала *уникання* позитивно пов'язана зі стратегією вступу до соціальних контактів (r = 0,601). Чим вище рівень фізіологічної збудливості індивіда, який пережив травму взаємовідносин, тим помітніше простежуються в поведінці всі три типи віктимних ролей: ігрова роль жертви (r = 0,478), соціальна роль жертви (r = 0,445) та позиція жертви (r = 0,511).

Стійких взаємозв'язків між способами подолання психотравми взаємовідносин та компонентами травматизації (вторгнення, уникнення, фізіологічна збудливість) виявлено не було. Проте слід зазначити, що постраждалі від окупації, які позначили травму взаємовідносин частіше за інших, вдаються до захисної поведінки жертви. З одного боку, вони важко переживають своє відчуження і намагаються уникнути стосунків, що ранять душу, з іншого – прагнуть до соціальних контактів, шукають допомоги та підтримки у найближчого оточення. Конфлікт, що виражається у відчутті себе жертвою, може бути розв’язано через вибудовування конструктивних відносин на основі довіри до людей та звернення до них за підтримкою.

Таким чином, чим вищим є рівень загальної травматизації особистості, яка пережила травму взаємовідносин, тим більш вираженим є її прагнення соціальних контактів і звернення за допомогою і підтримкою.

2.3. Методичні рекомендації постраждалим від окупації щодо формування життєстійкого способу життя як засобу протидії травматичному досвіду

Досвід перебування під окупацією – складний та травматичний. Він може призвести до серйозних психологічних проблем, часто неочевидних. Адже якщо з фізичними ушкодженнями людина легко наважується звернутися до лікаря, то з ушкодженнями психіки більшість намагається впоратися самостійно чи взагалі ігнорує їхню наявність.

Окупація залишає глибокий слід на психіці та емоційному стані місцевого населення. Під тиском постійного стресу та невизначеності люди переживають цілий спектр емоцій: тривогу, страх, почуття втрати. У таких умовах важливо знати, як правильно підтримати тих, хто переживає цей тяжкий досвід.

Переслідування, залякування, тортури від військових — це реальність людей, які проживали в умовах окупації. Крім цього, пропагандистська машина активно працювала у напрямку деморалізації місцевого населення, щоб похитнути їхню віру у перемогу.

Окупація створює серйозні психологічні труднощі та виклики для людей. Опинившись у таких умовах, кожна людина переживає цілий мікс емоцій та переживань. Головні з них включають сильний стрес, страх, тривогу, втрату ідентичності, депресію, відчуття втрати контролю, соціальну ізоляцію та відчуженість. Також можуть виникати почуття безпорадності та вразливості через втрату контролю над своїм життям та обмеження прав. А ще можуть

виникати конфлікти у внутрішньому світі, коли люди намагаються вирішити моральні дилеми чи розібратися зі своїми почуттями щодо ворогів чи колаборантів.

Якщо було зроблено все необхідне для власного відновлення, людина подбала про своє фізичне і психічне здоров'я, але протягом декількох тижнів стан виснаження, пригнічення або тривоги не проходить — слід звернутися за допомогою до фахівця.

Тим, хто пережив досвід окупації, перш за все потрібно подбати про свої першочергові потреби: їжа, сон, безпека, фізичне здоров'я. Перебуваючи під окупацією, більшість людей перебували в постійному страху та напрузі, через що переживали перманентний стрес та виснаження. Тому для них людей важливо почати з налаштування свого графіка: достатньо спати і їсти, пройти медичне обстеження, запастися необхідними речами для зимівлі, наскільки це можливо. По можливості потрібно пити багато води, прийняти душ, споживати достатню кількість їжі, багато спати (або лежати із заплющеними очима, якщо не вдається заснути) навіть якщо здається, що ви не втомилися. Лікування слід розпочати з відпочинку та відновлення. Навіть якщо здається "ай, я ж не втомлювався" – це не так. Психіка постійно перебувала в напружені та очікуванні небезпеки, навіть якщо постраждалі не звертали на це уваги. Під час війни фази безсоння можуть чергуватись із фазами постійної сонливості – це нормально. Настільки сильний стрес багато в чому живе через тіло, тому прислухайтеся до його сигналів. Намагайтеся не вживати кофеїн, алкоголь, нікотин чи вживати помірно.

Перші дні після звільнення людей переповнюють радість і полегшення, але коли цей стан проходить – приходять негативні емоції.

Слід розуміти, що досвід окупації – це не лише негативні емоції чи переживання, які пройдуть через деякий час. Психологічні травми часто залишаються з людьми надовго, інколи ж – назавжди. Особливо якщо не намагатися собі допомогти чи робити це неправильно – вживати алкоголь чи інші

речовини, заїдати свої емоції їжею чи постійно відволікати себе від думок та почуттів. Такі дії можуть зашкодити відновленню людини. Зокрема, алкоголь, незважаючи на те, що він допомагає розслабити нервову систему – є сильним депресантом, і коли стан сп'яніння мине, негативні емоції можуть нагрянути з подвійною силою. На тлі цього у людей часто формується залежність, яка точно не допомагає покращити життя. Крім того, пережитий досвід не просто викликає погані спогади, а значно впливає на психіку. Тому важливо переконатись, що у людини не виникла депресія чи не сформувався ПТСР за час окупації. Адже майже у кожного після пережитого негативного досвіду може сформуватися посттравматичний стресовий розлад. Тому варто почитати про це розлад, ознайомитися з літературою на цю тему і зрозуміти для себе, що ви можете зробити, а найефективнішим підходом буде робота з психологом.

Дуже важливо мати розуміння та співчуття до того, через що проходять люди, опинившись на окупованій території. Головне – демонструвати емпатію, чутливість та готовність допомогти, не застосовуючи нав'язливих тем чи суджень, а також не звинувачувати та не знецінювати переживання людини. Важливо уникати тих спогадів або тем, які можуть спричинити хворобливі спогади або травмувати емоційно.

Варто уникати політичних обговорень, пов'язаних із окупацією, якщо не існує впевненості, що співрозмовник готовий до цього. Натомість, варто поділитися позитивними історіями, висловити своє співчуття та підтримку, і, якщо потрібно, просто потрібно вислухати історії, які розповідає постраждалий, без засудження чи порівнянь. Оскільки політичні теми можуть бути особливо вразливими на окупованих територіях, краще їх уникати, якщо ви не впевнені, що це безпечно.

Через втому може виникати почуття самотності чи імпульс ізолюватися з інших. Але заради власного психічного здоров'я дуже важливо бути в контакті з іншими людьми – обговорювати свій стан, свої думки, ділитися спогадами або

планами. Цілком зрозуміло, що часто постраждалий людині складно говорити про почуття. У цьому випадку можна стимулювати потерпілого розповідати його стан: чи хочеться йому спати, коли він востаннє їв, чи сподобалася йому ця страва, чим він займався сьогодні. Варто спробувати знайти когось, хто на одній хвилі з постраждалим. Комусь хочеться ділитися мемами та жартами, комусь хочеться фантазувати про помсту ворогові, комусь обійнятися, поплакати і погорювати разом. Найкраще знайти когось, хто приблизно в такому ж настрої.

Отже, спілкування з людьми, які пережили окупацію, може бути корисним у плані обміну з ними своїми думками, переживаннями, розповідаючи про гарячі лінії підтримки, можливість отримати гуманітарну допомогу, розклад мобільних амбулаторій або самостійності розв'язання проблем. Необхідно надати постраждалим від окупації можливість спілкуватися, якщо вони хочуть висловити свої думки, занепокоєння чи просто поділитися своїми новинами, підтримати їх у їхніх рішеннях та виборах, навіть якщо вони можуть здаватися незрозумілими чи складними. Потрібно поцікавитися якої допомоги постраждалі потребують та за можливості надати її.

Під час війни втрачається почуття контролю. Відсутність контролю над власним життям, безсилля зупинити трагедію може серйозно позначатися на психіці. Почуття контролю можна повернути через рутину побутового планування. Варто спланувати, що робити завтра (*що приготувати на обід; чи поливатимете квіти; який одяг одягти*).

Деякі люди через стрес регресують до майже дитячого стану і можуть поводитися дивно, нераціонально та інфантильно. У будь-якому разі, навіть розуміння того, що зміни у поведінці людини спровоковані стресовим станом і не є проявом поганого характеру допоможе не реагувати так гостро.

Дозвольте людям висловити свої почуття та вразливість без суджень чи порівнянь з іншими ситуаціями. Уникайте звинувачень у тому, що вони могли б зробити щось інше. Натомість, варто сконцентуватися на тому, яку допомогу

людині можна надати зараз.

Багато хто з постраждалих «заморозився» на стадії адреналіну і з тих пір, здається, майже нічого не відчувають. Це доречно, якщо людина на фронті або зайнята напруженим щоденним фізичним виживанням в окупованому місті. Але якщо індивід у відносній безпеці чи за кордоном, варто все ж таки спробувати «розморозитися» і поплакати. Це допоможе випустити частину емоцій і служитиме профілактикою посттравматичного стресового розладу. Важливо запустити механізми гальмування нервової системи, розслаблення, у певному сенсі себе обдурити, допомогти собі спричинити сльози.

Вправа «Безпечне місце». Багато людей пишуть про свої мрії та плани на майбутнє, і це дуже добре, хоча, з погляду психології, справжньою опорою можуть стати приємні спогади. Тому що мрії про майбутнє все ж таки досить туманні, а спогади міцно викарбовані в нашій пам'яті, у нас буквально є нейронні шляхи, що фізично відповідають цим спогадам. Спробуйте згадати місце, в якому ви відчували себе дуже приємно і безпечно, зазвичай це буде щось з дитинства. Це може бути щасливий спогад про батьків, про будинок бабусі чи дідуся або якийсь інший приємний епізод, що символізує для вас абсолютну безпеку та розслабленість. Потрібно намагатися якомога яскравіше уявляти це місце — і спостерігати як тривога та напруга зникають.

Нам не обов'язково брати в руки зброю і йти до війська. Людина може і повинна займатися тим, що вона дуже добре вміє робити. Це може бути робота за фахом чи повсякденна турбота про близьких. Якщо у людини немає ресурсів і сил включатись у незвичайну їй діяльність, це абсолютно нормально. Їй варто діяти в полі того, що вона робить дуже добре, – у полі того, що дається їй легко.

Важливим є розпізнати у себе симптоми ПТСР, Майже в кожної людини після інтенсивного пережитого стресового досвіду може з'явитися ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад має наступні ознаки:

- небажані думки, спогади, почуття, що поринають у пам'яті без нашого

бажання;

- прагнення уникати подій, певних місць, людей, які мають пережитий травматичний досвід;
- надмірна тривога, реактивність на певні звуки, запахи тощо.

*Турбота про тілесне***.** По можливості потрібно намагатися пити багато води, прийняти душ, гарно харчуватися, сон (або лежати із заплющеними очима, якщо не вдається заснути) навіть якщо здається, що ви не втомилися. Під час війни фази безсоння можуть чергуватись із фазами постійної сонливості – і це нормально. Сильний стрес багато в чому живе через тіло, тому потрібно прислухатися до його сигналів. Бажано виключити із раціону кофеїн, алкоголь, нікотин чи вживати їх помірно.

Якщо травмовану людину дратують оточуючі, доцільно тимчасово поставити спілкування на паузу. Втім потрібно пам'ятайти, що іноді агресія «зміщується» навіть на найближчих. Відома ситуація “на мене накричав керівник, я йому не зміг відповісти, потім пішов і зірвався на друзях”. Подібним чином агресія, спрямована на опонента, може «рикошетити» на сім'ю чи знайомих.

Не потрібно ізольовуватися, потрібно ділитесь своїм станом. Через втому може виникати почуття самотності чи бажання ізолюватися від інших. Але заради власного психічного здоров'я дуже важливо бути в контакті з іншими людьми – обговорювати свій стан, свої думки, ділитися спогадами або планами. Якщо складно говорити про почуття – це нормально. В такому разі можна розповідати про свій стан: чи виникає бажання спати, їсти, чи сподобалася страва, чим людина сьогодні займалися. Потрібно знайти когось, хто з пострадалим на одній хвилі. Хтось хоче ділитися мемами та жартами, комусь – фантазувати про помсту ворогові, іншим – обійнятися, поплакати і погорювати разом. Найкраще знайти когось, хто приблизно в такому ж настрої.

Висновок до другого розділу

Результати експериментального вивчення засвідчили, що досліджувані з травматичним досвідом окупації переживають: нав'язливі дистресуючі спогади психотравмівних подій; періодичні кошмарні сновідіння; неочікувані почуття прямого повернення травматичних подій окупації і повторного їх переживання (ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди). Вони наполегливо уникають стимулів, пов'язаних з травмою, які супроводжуються емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Як правило, це супроводжується усвідомленими зусиллями уникати думок та почуттів, пов'язаних з травмою, неспроможністю згадати важливий аспект травми (психічна амнезія), зниженням інтересу до раніше значущих видів активності, почуттям відчуженості до оточуючих; зниженням спроможності до співпереживання та душевної близькості з іншими людьми; відчуттям «укороченного майбутнього» (невпевненість у майбутній кар'єрі, можливості одруження та сімейного життя, в самій тривалості життя). Крім того, посттравматична фізіологічна збудливість знаходить вираз у труднощах засинання чи поверхневому сні, підвищеній дратівливості чи спалахах гніву, проблемах з концентрацією уваги, підвищених пильності та рівні фізіологічної реактивності на обставини, які символізують травматичну подію або нагадують про найбільш суттєві її аспекти.

Травми втрат та екзистенційна – типи травм, які більшою мірою наявні в осіб з досвідом окупації. Пасивні і непрямі копінг-стратегії, використання ролі жертви перешкоджають подоланню екзистенційної травми і травми втрати. З підвищенням життєстійкості відбувається зниження вразливості особистості до травмуючих подій екзистенційного характеру і травмуючих ситуацій втрат.

Досліджувані з травмою взаємовідносин найчастіше вдаються до захисної поведінки жертви. З одного боку, вони важко переживають своє аутсайдерство і намагаються уникнути травмуючих душу взаємовідносин, з іншого – прагнуть

соціальних контактів, звертаються за допомогою до найближчого оточення, тобто активно використовують просоціальні стратегії подолання.

Будь-яка травма (екзистенційна, травми втрати та взаємовідносин) віктимізують особистість і породжують безліч конфліктів, які ставлять її перед вибором віктимного чи життєстійкого способів подолання. Ймовірно, можна навіть говорити про віктимний або життєздатний спосіб життя. Вибір віктимного способу життя (спосіб життя жертви) знижує рівень особистісної активності, спрямованої на подолання ситуації, що травмує, але підвищує рівень активності для утримання захистів від загроз ззовні і пошук ресурсів у зовнішньому світі.

Травма взаємовідносин найбільшою мірою віктимизує особистість: використання непрямих, асоціальних дій, закріплення моделі поведінки жертви неспроможні врятувати людину від страждань. Індивіди, об'єднані травмою взаємовідносин, як ніхто інший, потребують допомоги та підтримки з боку найближчого оточення.

Дослідження показало, що у віктимному способі життя найчастіше використовуються пасивні (уникнення), непрямі (маніпуляції), асоціальні (агресивні) стратегії подолання травмуючих ситуацій. Вибір життєстійкого способу життя підвищує активність, закріплює позитивне сприйняття світу, активізує відкритість (залученість), орієнтує людину на отримання досвіду (прийняття ризику) із ситуації, що травмує.

Можна виокремити декілька кроків реабілітації травмованої людини, яка перебувала в окупації: звернення до спеціаліста (лікаря, психолога), відновлення контроля над думками і почуттями (практика усвідомлення та медитації, дихальні вправи для зняття напруги та тривоги, ведення щоденника почуттів та думок, поступове повернення до звичного розпорядку дня), підтримка близьких (надійна опора травмованої людини), турбота про себе (якісне збалансоване харчування; достатня кількість сну; спорт, прогулянки та будь-яка інша активність; відпочинок та хобі «для душі»), поступове повернення до звичайного

життя (постановка реалістичних цілей, святкування навіть невеликіх досягнень), методи самодопомоги (техника «заземлення», дихальні вправи, прогресивна м’язова релаксація, ведення щоденника, створення «безпечного місця, фізичні вправи, техніка “тут і зараз”, позитивні аффірмації, творчий самовираз, практика вдячності тощо.

Важливо переконатись, що у людини не виникла депресія чи не сформувався ПТСР за час окупації. Бажано уникати тих спогадів або тем, які можуть спричинити хворобливі спогади або травмувати емоційно: уникати політичних обговорень, пов'язаних із окупацією, якщо не існує впевненості, що співрозмовник готовий до цього. Натомість, варто поділитися позитивними історіями, висловити своє співчуття та підтримку. Заради власного психічного здоров'я дуже важливо бути в контакті з іншими людьми – обговорювати свій стан, свої думки, ділитися спогадами або планами. Якщо травмовану людину дратують оточуючі, доцільно тимчасово поставити спілкування на паузу.

Фізична активність, медитація та практики усвідомленості також можуть бути корисними у процесі відновлення. Вони сприяють зниженню рівня стресу і допомагають людям привернути увагу до справжнього моменту, що особливо важливо для тих, хто страждає від постійного занепокоєння та страху.

Таким чином, усвідомлення та розуміння психології психічної травми є важливим кроком на шляху до відновлення ментального здоров'я. Травматичні переживання можуть суттєво вплинути на особистість та емоційне здоров'я, проте підтримка з боку оточуючих і доступні методи лікування можуть суттєво допомогти у подоланні цих труднощів. Відновлення – це не лінійний процес, і кожній людині може знадобитися індивідуальний підхід, щоб знайти свій шлях до зцілення та покращення якості життя, що безумовно призведе до покращення самопочуття та благополуччя особистості та її сім'ї.

ВИСНОВКИ

1. Травматичний досвід – це подія чи серія подій, які викликають сильні негативні емоції та можуть порушити здатність людини нормально функціонувати. Це може бути як одноразова подія (наприклад, нещасний випадок), так і тривала серія подій (наприклад, насильство у стосунках), під час яких людина зазнала жаху, безпорадності та неможливості втекти чи захиститися. Травматичний стрес може похитнути почуття безпеки людини, залишивши її з ірраціональними узагальненими переконаннями, що весь світ небезпечний.

Травматичний досвід переповнює страхом та безпорадністю, викликає відчуття небезпеки та непередбачуваності навколишнього світу, вносить емоційний хаос, обриває зв'язне та узгоджене відчуття власного Я, підриває відчуття контролю, утримує в минулому і не дає можливості виробити нові адекватні способи адаптації до нових життєвих умов, ускладнює прийняття продиктованих необхідністю усвідомлених рішень щодо зміни будь-чого, руйнує здатність до формування близьких взаємовідносин з оточуючими.

2. Як засвідчили результати емпіричного вивчення, досліджувані, які мають травматичний досвід окупації переживають: нав’язливі дистресуючі спогади психотравмівних подій; періодичні кошмарні сновідіння; неочікувані почуття прямого повернення травматичних подій окупації і повторного їх переживання (ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди). Вони наполегливо уникають стимулів, пов’язаних з травмою, які супроводжуються емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Як правило, це супроводжується усвідомленими зусиллями уникати думок та почуттів, пов’язаних з травмою, неспроможністю згадати важливий аспект травми (психічна амнезія), зниженням інтересу до раніше значущих для досліджуваних видів активності, почуттям відчуженості до оточуючих; зниженням

спроможності до співпереживання та душевної близькості з іншими людьми; відчуттям «укороченного майбутнього» (невпевненість у майбутній кар'єрі, можливості одруження та сімейного життя, в самій тривалості життя). Крім того, постравматична фізіологічна збудливість знаходить вираз у труднощах засинання чи поверхневому сні, підвищеній дратівливості чи спалахах гніву, проблемах з концентрацією уваги, підвищених пильності та підвищеному рівні фізіологічної реактивності на обставини, які символізують травматичну подію або нагадують про найбільш суттєві її аспекти.

У досліджуваних *з екзистенційною травмою* діагностовано позитивні кореляційні взаємозв'язки між екзистенційною психотравмою та наступними шкалами: уникання (r = 0,699), фізіологічна збудливість (r = 0,789), інтегральний показник травматизації (r = 0,750) та негативні взаємозв'язки між показниками опитувальника життєстійкості та вторгнення (r = -0,578). Тобто, використання копінг-стратегії уникання, маніпуляції, використання ролі жертви лише посилюють травматизацію особистості. Конфлікт, що виявляється у уникаючій і маніпулятивній поведінці (поведінці жертви), може бути розв'язаний засобами розвитку навичок життєстійкого подолання екзистенційних травм.

У досліджуваних із домінуючою *травмою втрати* переживання останньої виражається в пасивній, непрямій та захисній поведінці постраждалого (жертви). Були виділені стійкі позитивні взаємозв'язки між деякими способами подолання травми втрати та шкалами: обережні дії та уникання (r = 0,571); фізіологічна збудливість (r = 0,523); інтегральний показник травматизації (r = 0,552); непрямі дії та уникання (r = 0,646). Кореляційний аналіз демонструє, що з підвищенням життєстійкості, особливо таких її компонентів, як залученість та контроль, відбувається зниження дратівливості, гіпертрофованих реакцій страху від можливого впливу травмуючої ситуації, психофізіологічного збудження, обумовленого спогадами про ситуацію, що травмує. З підвищенням життєстійкості відбувається зниження вразливості досліджуваних щодо

травмуючої події екзистенційного характеру (насильства, нещасних випадків, проблем зі здоров'ям).

Постраждалі від окупації, які позначили *травму взаємовідносин* частіше за інших, вдаються до захисної поведінки жертви. З одного боку, вони важко переживають своє відчуження і намагаються уникнути стосунків, що ранять душу, з іншого – прагнуть до соціальних контактів, шукають допомоги та підтримки у найближчого оточення. Досліджувані з травмою взаємовідносин найчастіше вдаються до захисної поведінки жертви. З одного боку, вони важко переживають своє аутсайдерство і намагаються уникнути травмуючих душу взаємовідносин, з іншого – прагнуть соціальних контактів, звертаються за допомогою до найближчого оточення, тобто активно використовують просоціальні стратегії подолання.

Таким чином, чим вищим є рівень загальної травматизації особистості, яка пережила травму взаємовідносин, тим більш вираженим є її прагнення соціальних контактів і звернення за допомогою і підтримкою.

Пасивні і непрямі копінг-стратегії, використання ролі жертви перешкоджають подоланню екзистенційної травми і травми втрати. З підвищенням життєстійкості відбувається зниження вразливості особистості до травмуючих подій екзистенційного характеру і травмуючих ситуацій втрат.

Будь-яка травма (екзистенційна, травми втрати та взаємовідносин) віктимізують особистість і породжують безліч конфліктів, які ставлять її перед вибором віктимного чи життєстійкого способів подолання. Ймовірно, можна навіть говорити про віктимний або життєздатний спосіб життя. Вибір віктимного способу життя (спосіб життя жертви) знижує рівень особистісної активності, спрямованої на подолання ситуації, що травмує, але підвищує рівень активності у пошуку ресурсів у зовнішньому світі.

Травма взаємовідносин найбільшою мірою виктимизує особистість: використання непрямих, асоціальних дій, закріплення моделі поведінки жертви

неспроможні врятувати людину від страждань. Індивіди, об'єднані травмою взаємовідносин, як ніхто інший, потребують допомоги та підтримки з боку найближчого оточення.

Дослідження показало, що у віктимному способі життя найчастіше використовуються пасивні (уникнення), непрямі (маніпуляції), асоціальні (агресивні) стратегії подолання травмуючих ситуацій. Вибір життєстійкого способу життя підвищує активність, закріплює позитивне сприйняття світу, активізує відкритість (залученість), орієнтує людину на отримання досвіду (прийняття ризику) із ситуації, що травмує.

3. У якому б підході не велася терапія травматичного досвіду, вона переслідує одні й ті ж цілі: регуляцію афекту, корекцію картини світу, створення нових смислів, які дозволяють переробити та інтегрувати травматичний досвід таким чином, щоб "Я" травмованої людини відчувалося і сприймалося нею як більш цілісне, позитивне.

Можна виоремити декілька кроків реабілітації травмованої людини, яка перебувала в окупації: звернення до спеціаліста (лікаря, психолога), відновлення контроля над думками і почуттями (практика усвідомлення та медитації, дихальні вправи для зняття напруги та тривоги, ведення щоденника почуттів та думок, поступове повернення до звичного розпорядку дня), підтримка близьких (надійна опора травмованої людини), турбота про себе (якісне збалансоване харчування; достатня кількість сну; спорт, прогулянки та будь-яка інша активність; відпочинок та хобі «для душі»), поступове повернення до звичайного життя (постановка реалістичних цілей, святкування навіть невеликіх досягнень), методи самодопомоги (техника «заземлення», дихальні вправи, прогресивна м’язова релаксація, ведення щоденника, створення «безпечного місця, фізичні вправи, техніка “тут і зараз”, позитивні аффірмації, творчий самовираз, практика вдячності тощо.

Важливо переконатись, що у людини не виникла депресія чи не сформувався

ПТСР за час окупації. Бажано уникати тих спогадів або тем, які можуть спричинити хворобливі спогади або травмувати емоційно: уникати політичних обговорень, пов'язаних із окупацією, якщо не існує впевненості, що співрозмовник готовий до цього. Натомість, варто поділитися позитивними історіями, висловити своє співчуття та підтримку. Заради власного психічного здоров'я дуже важливо бути в контакті з іншими людьми – обговорювати свій стан, свої думки, ділитися спогадами або планами. Якщо травмовану людину дратують оточуючі, доцільно тимчасово поставити спілкування на паузу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бессель ван дер Колк.* Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. К.: Vivat. 2022.
2. *Бейлі С.* Травма і відновлення: психологічні аспекти. К.: Світ.
3. *Водоп'янова Н., Старченкова О.* Психодігностика стресу. К.: Світоч. 2010. – 128 с.
4. *Горбунова В.* Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. Психологічна допомога особистості, що переживає наслід ки травматичних подій: зб. статей / Інт соц. та політ. психології; Представництво Польської акад. наук у м. Києві. – К.: Міленіум, 2015. – С. 26–35.
5. *Гоцуляк Н.Є.* Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.
6. *Герман Дж.* Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
7. *Заграй Л.Д.* Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108 –111.
8. *Калшед Д.* Внутрішній світ травми. К.: Просвіта. 2015. – 368 с.
9. *Караваєва І.* Психологія травми: теоретичні і практичні аспекти. К.: Вікар. 2015. – 235 с.
10. *Колодзин Б.* Як жити після психічної травми. Апріорі. 1918. – 95 с.
11. *Леонтєв Д., Рассказова Є.* Тест жизнестійкості. К: Віват. 2006. – 298 с.
12. *Мироненко Г.* В. Проживання нового наративу як спосіб психологічної реабілітації у посттравматичній ситуації. Київський науково-педагогічний вісник. – № 6 (06). – К., 2015. – С. 71–76
13. *Петренко А.* Психологія травми: теорії і практики. К.: Ваклер. 2018. – 276 с.
14. *Тарабріна Н. В.* Практикум по психології посттравматичного стресу. К.: Віпол, 2011. - 272 с.
15. *Титаренко Т.* Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.

16. *Туриніна О*. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Вид. дім Персонал, 2017. 160 с.

17. *Рупперт Ф.* Психологічна травма. Проблеми ментальної медицини і екології. 2012. Т. 18, № 4. С. 81–92.

18. Abel, M.H., Maxwell, D. (2002). Humor and Affective Consequences of a Stressful Task. Journal of Social and Clinical Psychology, 21(2), 165–190. https://doi.org/10.1521/ jscp.21.2.165.22516 24

19. Abel, M.H. (2002). Humor, Stress, and Coping Strategies. Humor, 15(4), 365–381. https://doi.org/10.1515/humr.15.4.365

20. Chapman, A.H., Chapman-Santana, M. (1995). The Use of Humor in Psychotherapy. Arq Neuropsiquiatr, 53(1), 153–155. https://doi.org/10.1590/S0004-282X1995000100024

21. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

22. *Beigel, A., & Berren, M. R.* (1985). Humaninduced disasters. Psychiatric Annals, 15(2), 143–150;

23. *Bonanno G. A., Mancini A. D.* The Human capacity to thrive in the face of potential trauma // Journal Pediatrics. 2008. Vol. 121, № 2. P. 369 – 375.

24. *Brown, A. D., Root, J. C., Romano, T. A., Chang, L. J., Bryant, R. A., & Hirst, W.* (2013). Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in combat veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44(1), 129–134. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.11.004

25. *Cohen, R. E., & Ahearn, F. L.* (1980). Handbook for mental health care of disaster victims. Baltimore: Johns Hopkins University Press. p. 144

26. *Cornelia Măirean, Loredana R. DiaconuGherasim,* The relation between time perspective and posttraumatic stress symptoms: The mediating role of traffic locus of control, Personality and Individual Differences, Volume 192, 2022, 111586, ISSN 0191-8869, https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111586.

27. *Cunningham, K. F., Zhang, J. W., & Howell, R.T.* (2015). Time perspectives and subjective wellbeing: A dual-pathway framework. In Time perspective theory; Review, research and application (pp. 403–415). Cham: Springer.

28. *Ehlers, A., & Clark, D. M.* (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38(4), 319–345. https://doi.org/10.1016/s0005- 7967(99)00123-0

29. *Griffin, E., & Wildbur, D.* (2020). The role of balanced time perspective on student wellbeing and mental health: A mixed-methods study. Mental Health &

Prevention, 200181.

30. *Jung, H., Lee, D., & Lee, D.* (2021). Longitudinal transitions in patterns of post-traumatic stress disorder symptoms and psychological distress among south korean adults with traumatic experiences. Stress and Health, 37(5), 871–886. https://doi.org/10.1002/ smi.3046

31. *Maddi S. R.* Hardiness : An operacionalisation of existential courage. Journal of Humanistic Psychology. 2004. Vol. 44, № 3. P. 279 – 298.

32. *Nemkova, S.L., Ivanova,* E.M. Coping potential of humor in traumatic experiences Lomonosov Psychology Journal. 2025. Vol. 48, No. 1 Berk, R.A. (2015). The Greatest Veneration: Humor as a Coping Strategy for the Challenges of Aging, Social Work in Mental Health. Social Work in Mental Health, 13(47), 30–47. https://doi.org/10.1080/ 15332985.2014.890152

33. *Ozkan, T., & Lajunen, T.* (2005). Multidimensional traffic locus of control scale (TLOC): Factor structure and relationship to risky driving. Personality and Individual Differences,38(3), 533–545. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.007

34. *Papastamatelou, J., Unger, A., & Zachariadis, A* (2021). Time perspectives and proneness to PTSD among Syrian refugees in Greece. Journal of Loss and Trauma, 26 (4), 375–388.https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793552

35. *Stolarski, M., Fieulaine, N., & Zimbardo, P. G.* (2018). Putting time in a wider perspective: The past, the present, and the future of time perspective theory. In V. Zeigler-Hill, & T. Shackelford (Eds.), The SAGE handbook of personality and individual differences (pp. 592–628). Thousand Oakes, CA: SAGE.

36. *Sword, R. M., Sword, R. K., & Brunskill, S. R.* (2015). Time perspective therapy: transforming Zimbardo's temporal theory into clinical practice. In Time perspective theory; Review, research and application (pp. 481–498). Cham: Springer.

37. *Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., & McCann, V.* (2012). Psychology: Core concepts (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon. p. 744

38. *Zimbardo, P., & Boyd, J.* (2008). The time paradox: The new psychology of time that will change your life. Free Press. p.400

39. *Zimbardo, P., Sword, R., Sword, R.* (20121002). The Time Cure: Overcoming PTSD with the New Psychology of Time Perspective Therapy. [VitalSource Bookshelf 10.2.0]. Retrieved from vbk://9781118282298

40. *Weiss, D.S., & Marmar, C.R.* The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook (pp. 399-411). New York: Guilford Press. 1997. The original

Impact of events Scale (IES) was developed in the 1980 s.