МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 7.С4.25-1-з
спеціальності С4– Психологія
освітньо-професійної програми: Психологія
Каргіна Катерина Ігорівна
Керівник: канд. філос. наук, доцент кафедри філософія, публічного управління та соціальної роботи Маловічко О.В.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент кафедри психології Губа Н.О.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність С4 Психологія
Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
в.о. завідувача кафедри психології
канд. психол. наук, доцент Н.О. Губа
_____
«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Каргіній Катерині Ігорівні

1. Тема роботи: Психологічні чинники прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану
керівник роботи Маловічко О.В., канд. філос. наук, доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи
затверджена наказом ЗНУ від «25» вересня 2025 року № 1323-с
2. Термін подання студентом роботи: __23.10.2026_____
3. Вихідні дані до роботи: аналіз наукової літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати теоретичні підходи до розуміння посттравматичної симптоматики і психологічних чинників її прояву; схарактеризувати особливості прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану; емпірично визначити вираженість посттравматичної симптоматики та її взаємозв'язки з обраними психологічними чинниками у цивільних осіб; розробити рекомендації щодо психологічної підтримки цивільних осіб із проявами посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану.
5. Перелік графічного матеріалу: 5 рисунків та 4 таблиці.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Маловічко О.В., доцент		
Розділ 1	Маловічко О.В., доцент		
Розділ 2	Маловічко О.В., доцент		
Висновки	Маловічко О.В., доцент		

7. Дата видачі завдання: ____2026 рік_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2026 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2026 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2026 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2026 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2026 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2026 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2026 р.	Виконано

Студент _____ К. І. Каргіна

Керівник роботи _____ О. В. Маловічко

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ А. О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 64 сторінки, 5 рисунків, 4 таблиці, 56 джерел, 3 додатка.

Об’єкт дослідження: посттравматична симптоматика особистості.

Предмет: психологічні чинники прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану.

Мета: теоретично обґрунтувати й емпірично визначити психологічні чинники, пов’язані з проявами посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану.

Гіпотеза: серед досліджуваних цивільних дорослих, які перебувають в умовах воєнного стану, переважатимуть особи з помірним або високим рівнем сприйнятого стресу, тоді як високий рівень позитивного ментального здоров’я буде менш поширеним, ніж низький і середній рівні

Методи: теоретичні – аналіз, порівняння, систематизація, узагальнення наукових джерел; емпіричні – опитування, шкалювання; методи описової статистики – визначення відносних частот (відсоткових часток) за рівнями досліджуваних показників з описом порівняння розподілів результатів.

Наукова новизна: систематизовано теоретичні підходи до розуміння специфіки посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану; розширено уявлення про прояви посттравматичної симптоматики, рівень сприйнятого стресу та позитивного ментального здоров’я цивільних громадян України, які перебувають у тривалій стресовій ситуації в умовах війни.

Галузь використання: планування консультативної та психоосвітньої роботи.

ПОСТТРАВМАТИЧНА СИМПТОМАТИКА, ЦИВІЛЬНЕ НАСЕЛЕННЯ, ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, СПРИЙНЯТИЙ СТРЕС, ПОЗИТИВНЕ МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ’Я, ВОЄННИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА.

SUMMARY

Karhina K.I. Psychological factors in the manifestation of post-traumatic symptoms among the civilian population under martial law.

The qualifying work consists of Introduction, 2 Chapters, Conclusion, References (56 items, 34 of foreign origin), 3 appendix. The qualifying work volume is 80 pages long, 64 of them – main text. There are 4 tables and 5 illustrations.

This qualifying paper presents a theoretical rationale and an empirical analysis of the psychological factors influencing the manifestation of post-traumatic symptoms among the civilian population under martial law. Additionally, recommendations for providing psychological support to individuals exhibiting such symptoms have been developed. The master's thesis consists of two chapters, each dedicated to a specific aspect of post-traumatic symptoms among the civilian population under martial law.

Object of the study: post-traumatic symptomatology in individuals.

Subject of the study: psychological factors associated with the manifestation of post-traumatic symptoms among civilians under martial law.

Aim of the study: to provide a theoretical rationale for and empirically identify psychological factors associated with post-traumatic symptoms among civilians under martial law, and to develop recommendations for psychological support for individuals experiencing such symptoms.

Research objectives:

1. To analyse theoretical approaches to understanding post-traumatic symptomatology and the psychological factors associated with its manifestation.

2. To characterise the manifestations of post-traumatic symptoms among civilians under martial law.

3. To empirically assess the severity of post-traumatic symptoms and their relationships with selected psychological factors among civilians.

4. To develop recommendations for psychological support for civilian experiencing post-traumatic symptoms under martial law.

The research hypothesis is that, among civilian adults who have experienced potentially traumatic war-related events, greater severity of post-traumatic symptoms is associated with higher perceived stress and lower positive mental health.

Chapter 1. «Theoretical Foundations for Studying Psychological Factors Associated with Post-Traumatic Symptoms among Civilians» examines the principal theoretical approaches to understanding post-traumatic symptomatology; the manifestations of post-traumatic symptoms among civilians under martial law; and perceived stress and positive mental health as psychological factors associated with post-traumatic symptoms.

Chapter 2. «An Empirical Study of Psychological Factors Associated with Post-Traumatic Symptoms among Civilians under Martial Law» presents the organisation, stages, assessment instruments and findings of the empirical study, as well as practical recommendations for psychological support for civilians experiencing post-traumatic symptoms under martial law.

Key words: post-traumatic symptoms, civilian population, psychological factors, perceived stress, positive mental health, martial law, psychological support.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ 12
1.1. Сутність, властивості, компоненти поняття «посттравматична симптоматика особистості» 12
1.2. Варіативність посттравматичної симптоматики у цивільних дорослих в умовах війни 18
1.3. Сприйнятий стрес і позитивне ментальне здоров’я як чинники посттравматичної симптоматики 27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 32
2.1. Організація, етапи та методики емпіричного дослідження 32
2.2. Особливості посттравматичної симптоматики у цивільних дорослих в умовах воєнного стану 36
2.3. Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки цивільних осіб із проявами посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану 43
ВИСНОВКИ 62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 65
ДОДАТКИ 73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна створює для цивільного населення України поєднання безпосередніх загроз життю, вимушених змін повсякденності та невизначеності майбутнього. Переживання обстрілів, втрати близьких, руйнування житла або вимушеного переміщення можуть супроводжуватися нав'язливими спогадами, уникненням нагадувань, емоційним відчуженням і підвищеною настороженістю. Водночас досвід небезпечної події не означає неминучого розвитку психічного розладу. Для психологічного дослідження важливо з'ясувати, з якими особливостями суб'єктивного оцінювання життєвих обставин і психологічного функціонування пов'язана вираженість посттравматичних проявів.

Особливість досліджуваної проблеми полягає в тому, що цивільні особи можуть переживати наслідки минулих травматичних подій одночасно з новими загрозами. Через це розмежування посттравматичної симптоматики, актуального стресу та пристосувальної пильності потребує врахування реальних умов життя. Дослідження реакцій на тривалий травматичний стрес у контексті російсько-української війни підтверджує значущість уваги до загрози, яка продовжується, а не лише до завершеної події.

Теоретичне підґрунтя дослідження становлять когнітивна модель посттравматичного стресового розладу А. Елерс і Д. Кларка, транзакційний підхід до стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, теорія збереження ресурсів С. Гобфолла, які підкреслюють значущість травматичного досвіду, співвідношенні вимог і можливостей подолання та загрозі втрати ресурсів. Екологічний підхід К. Міллера і А. Расмуссена аналізує повсякденні труднощі, що виникають або загострюються внаслідок війни. Концепція К. Кіза розглядає позитивне психічне здоров'я та психопатологічні прояви як пов'язані, але не тотожні виміри.

В українській психології Т. Титаренко аналізує можливості підтримки психологічного здоров'я й самовідновлення за тривалої травматизації, а Н. Фролова – специфіку травматичного досвіду цивільних українців, зумовлениого проявами російської інформаційної війни. Ю. Бойчук, М. Кузнєцов та інші досліджують особистісний вимір симптомів ПТСР. Праці Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер, О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької розширюють можливості українськомовного вимірювання позитивного ментального здоров'я та сприйнятого стресу.

Попри наявність зазначених напрацювань, потребує конкретизації співвідношення посттравматичної симптоматики, сприйнятого стресу та позитивного ментального здоров'я в обраній групі цивільних дорослих. Йдеться про обмежене дослідницьке завдання, а не про встановлення універсальної моделі наслідків війни. Аналіз таких зв'язків може допомогти поєднати увагу до психологічних труднощів із виявленням збережених можливостей повсякденного функціонування. Цим зумовлено вибір теми «Психологічні чинники прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану».

Об'єкт дослідження: посттравматична симптоматика особистості.

Предмет: психологічні чинники прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати й емпірично визначити психологічні чинники, пов'язані з проявами посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану та розробити рекомендації щодо психологічної підтримки осіб із такими проявами.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що серед досліджуваних цивільних дорослих, які перебувають в умовах воєнного стану, переважатимуть особи з помірним або високим рівнем сприйнятого стресу, тоді як високий рівень позитивного ментального здоров'я буде менш поширеним, ніж низький і середній рівні

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння посттравматичної симптоматики та психологічних чинників її прояву.

2. Охарактеризувати особливості прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану.

3. Емпірично визначити вираженість посттравматичної симптоматики у цивільних дорослих, життєдіяльність яких відбувається в умовах воєнного стану.

4. Розробити рекомендації щодо психологічної підтримки цивільних осіб із проявами посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, порівняння, систематизація, узагальнення наукових джерел для визначення змісту посттравматичної симптоматики та обґрунтування обраних психологічних характеристик; емпіричні – Методика «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса в українському перекладі В. Безшейка для оцінювання самозвітної вираженості посттравматичних симптомів; «Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 в адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької для оцінювання суб'єктивного переживання непередбачуваності, неконтрольованості та перевантаження; «Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат та співавторів в адаптації Л. Карамушки для оцінювання позитивних аспектів психологічного функціонування; методи описової статистики – визначення відносних частот (відсоткових часток) за рівнями досліджуваних показників з описом порівняння розподілів результатів.

Наукова новизна: систематизовано теоретичні підходи до розуміння специфіки посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану; розширено уявлення про прояви посттравматичної симптоматики, рівень сприйнятого стресу та позитивного ментального здоров'я цивільних громадян України, які перебувають у тривалій стресовій ситуації в умовах війни; конкретизовано характеристики психологічного стану досліджуваних цивільних осіб у контексті поєднання пережитого травматичного досвіду та актуальної воєнної загрози.

Практичне значення результатів дослідження полягає в розробленні рекомендацій для психологів щодо підтримки цивільних дорослих із посттравматичними проявами та описі доступних практик самотренінгу. Матеріали можуть використовуватися в консультативній і психоосвітній роботі громадських організацій, соціальних служб та центрів психологічної допомоги, а також для самодопомоги: орієнтування в теперішньому, упорядкування навантаження, підтримання значущої активності й соціальних контактів. Вибір практик здійснюється з урахуванням актуальних умов безпеки та індивідуальних потреб людини.

Надійність та обґрунтованість результатів дослідження забезпечено методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження.

Структура кваліфікаційної роботи складається зі вступу, 2 розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 56 найменувань (з них 34 іншомовних) і 3 додатків. Загальний обсяг роботи – 80 сторінок, з них основного тексту – 64 сторінки. Робота містить 4 таблиці та 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

1.1. Сутність, властивості, компоненти поняття «посттравматична симптоматика особистості»

Поняття «посттравматична симптоматика» стає предметом психологічного аналізу тоді, коли пережита загроза продовжує позначатися на спогадах, емоціях, оцінках і поведінці людини. Йдеться про сукупність пов’язаних із потенційно травматичним досвідом проявів повторного переживання, уникнення, негативних змін у пізнавальній та емоційній сферах, а також підвищеного збудження й реактивності [38].

Теоретичне підґрунтя вивчення сутнісних характеристик поняття «Посттравматична симптоматика особистості» становлять когнітивна модель посттравматичного стресового розладу А. Елерса й Д. Кларка; транзакційний підхід до стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман; теорія збереження ресурсів С. Гобфолла, екологічний підхід К. Міллера й А. Расмуссена та інші. При наявності певних розбіжностей в означених наукових підходах, основна увага їх представників зосереджена на значенні травматичного досвіду, співвідношенні вимог і можливостей подолання складних життєвих обставин, а також попередження загрози втрати ресурсів [17; 29; 23; 32].

Передусім, слід зауважити, що розмежування симптоматики та розладу має принципове значення. Якщо симптом є окремим проявом, то клінічний діагноз потребує перевірки сукупності критеріїв, тривалості, функціональних наслідків стану. Відтак, наявність кількох зумовлених травматизацією труднощів не завжди означає відповідність діагностичним вимогам. І

навпаки, зовнішня здатність працювати або виконувати сімейні обов'язки сама по собі не дає підстав заперечувати тяжкість внутрішніх переживань. Тому дослідницьке вимірювання вираженості симптомів має власну цінність, навіть коли клінічне обстеження не входить до процедури.

Уточнення потребує також поняття потенційно травматичної події, яке в діагностичному контексті пов'язане з експозицією до смерті, загрози смерті, тяжкого ушкодження, сексуального насильства тощо. Проте, не кожна складна життєва ситуація автоматично відповідає цьому критерію. Зокрема, втрата доходу, порушення звичного розпорядку чи тривале очікування несприятливих новин можуть створювати значний дистрес, проте не завжди є підставою для встановлення травматичної експозиції [38]. Наприклад, переживання реальної загрози життю під час обстрілу, або виснаження через нестабільні умови праці можуть співіснувати, проте потребують різних підходів до визначення впливу. Перше стосується характеру травматичної події, а друге – поточного навантаження. Їх поєднання є підставою для комплексного опису станів.

За результатами Всесвітніх досліджень психічного здоров'я ВООЗ, ризик ПТСР пов'язаний, зокрема, з типом пережитої травматичної події [27; 49]. Отже, належність до загальної категорії осіб із травматичним досвідом не означає однорідності їхнього психологічного стану. Аналіз воєнного досвіду потребує врахування конкретних подій та умов, у яких вони відбувалися.

Виділяють чотири основні змістових компонентів посттравматичної симптоматики особистості, аналіз яких подано нижче [38].

Перший змістовий компонент посттравматичної симптоматики пов'язаний із повторним переживанням. Йдеться про мимовільне повернення травматичного змісту, яке відрізняється від звичайного цілеспрямованого пригадування. Для аналізу важливе співвідношення пам'яті та актуального переживання небезпеки: людина може усвідомлювати, що подія вже відбулася, але емоційно або тілесно реагувати на нагадування як на

теперішню загрозу. У моделі подвійної репрезентації К. Бревіна, Т. Далгліша та С. Джозефа розрізняються вербально доступні й ситуаційно активовані форми представлення травматичного досвіду [12], відтак значення має пояснення того, чому можливість розповісти про подію не завжди збігається зі здатністю довільно регулювати її повторне переживання (звук, запах або інша ознака ситуації можуть набувати особливого значення незалежно від наміру людини згадувати). Водночас цю теоретичну модель не слід вважати підставою для припущення про однаковість механізмів усіх скарг і вираженості переживань.

Другий компонент стосується уникнення, яке може охоплювати як внутрішній досвід, так і зовнішні нагадування. Для його розуміння слід з'ясувати функцію поведінки: чи допомагає вона зменшити реальний ризик, чи обмежує контакт з нагадуваннями про минулу подію за відносної безпечності ситуації. Теорія емоційного опрацювання Е. Фоа та М. Козака пов'язує стійкість страху з особливостями структур емоційної інформації й можливістю їх зміни під впливом коригувального досвіду [20]. У контексті цієї теорії поведінкове обмеження має аналізуватися разом з умовами, за яких воно виникає. Звідси випливає відмінність між описом поведінки та поясненням її психологічного змісту. Так, відмова від поїздки може бути пов'язана з реальною небезпекою маршруту, або нестачею коштів або страхом травматичних нагадувань, тож спостереження лише за зовнішньою дією не дозволяє обрати правильне пояснення. Ця відмінність особливо важлива, оскільки вимоги безпеки можуть об'єктивно обмежувати активність, а схожа поведінка за різних умов виконує різні функції.

Третій компонент охоплює негативні зміни в пізнавальній та емоційній сферах. У когнітивній моделі А. Елерс і Д. Кларка центральне місце посідає переживання серйозної актуальної загрози, пов'язане зі значенням, якого набувають травматична подія та її наслідки. Значущими є оцінки власної вразливості, світу й реакцій після травми, а також особливості пам'яті та способів подолання [17]. Така перспектива дозволяє аналізувати не тільки зміст пережитої події, а й те, як людина включає цей досвід у розуміння себе

та своїх можливостей. Для нашої теми це відкриває кілька напрямів осмислення: після загрозливої події людина може сумніватися у власній спроможності діяти, втратити довіру до передбачуваності повсякденності або сприймати емоційні реакції як ознаку незворотної зміни себе. Ці можливі інтерпретації не варто приписувати всім постраждалим, адже вони ілюструють, чому сама тяжкість зовнішньої події не вичерпує психологічного пояснення стану. Важливо розрізняти факт втрати, значення цієї втрати для людини та подальше оцінювання перспектив відновлення.

Четвертий компонент посттравматичних проявів стосується збудження й реактивності. У дослідницькому описі він охоплює труднощі регуляції напруження та підвищену чутливість до загрозливих стимулів. При цьому скарги на поганий сон або концентрацію не є специфічними лише для ПТСР. К. Блевінс та співавтори розглядають інструменти оцінювання пов’язаних симптомів, відмінні від універсальних тестів емоційного неблагополуччя [7], і зауважують необхідність поступового переходу від конкретної відповіді до змістового висновку, адже складність інтерпретації зростає через поєднання зовнішніх перешкод відпочинку та причин внутрішнього напруження. Наприклад, одна людина погано спить через фактичні нічні тривоги, інша – через повернення травматичних спогадів, то третя – через обидва чинники. Тому сумарний показник слід розуміти як міру повідомленої симптомної вираженості, а не як завершене пояснення індивідуального стану.

Поряд із симптомною структурою важливо враховувати часовий вимір. Дж. Бонанно, аргументуючи цю думку, розмежовує стійке збереження функціонування та відновлення після значного погіршення, звертає увагу на різноманітність реакцій на втрати й потенційно травматичні події [8]. Це положення запобігає двом помилкам: по-перше – хибному припущенню, що кожна людина після небезпечної події неодмінно проходить однакові етапи психологічного порушення, а по-друге – висновку про те, що відсутність виражених скарг свідчить про заперечення досвіду або поверхове його переживання.

Метааналіз К. Бревіна, Б. Ендрюс і Дж. Валентайна охоплює різні групи чинників ризику ПТСР у дорослих із травматичним досвідом та показує значення не лише доподієвих характеристик, а й обставин самої травми й післятравматичного середовища [11]. Праця Е. Озер та співавторів також вказує на багатокомпонентність предикторів посттравматичних проявів [34]. Ці роботи підкреслюють важливість урахування різних факторів залежно від контексту травматичної події. Зіставлення таких результатів дозволяє вибудувати багаторівневий аналіз. До першого рівня відносимо характеристики травматичної експозиції; до другого – психологічне оцінювання ситуації; до третього – доступні особистісні та соціальні можливості; до четвертого – актуальні прояви й функціональні обмеження. Це аналітичне розрізнення не означає, що рівні існують ізольовано. Воно допомагає не називати симптом причиною самого себе та не підмінювати вимірювання психологічної оцінки загальним описом зовнішньої небезпеки.

Варто зазначити, що транзакційний підхід Р. Лазаруса та С. Фолкмана розглядає стрес через взаємодію вимог середовища й оцінки доступних можливостей подолання. Первинне оцінювання стосується значення ситуації для благополуччя, вторинне – можливостей відповісти на її вимоги [29]. Цей підхід створює підстави окремо досліджувати сприйнятий стрес: зовнішні обставини не вичерпують того, як людина переживає їхню неконтрольованість і перевантажувальність. Наприклад, якщо людина втратила житло, має обмежений доступ до допомоги або відповідає за залежних членів сім’ї, висока оцінка навантаження може відображати реальний дефіцит можливостей. На наш погляд, продуктивність транзакційної перспективи полягає саме в аналізі співвідношення людини й середовища. Вона не виправдовує перекладання відповідальності за наслідки війни на спосіб мислення постраждалої особи.

Водночас, теорія збереження ресурсів С. Гобфолла акцентує значення загрози втрати, фактичної втрати та недостатнього відновлення ресурсів

після вкладених зусиль [23]. Для цивільного населення це дозволяє одночасно розглядати матеріальні, міжособистісні та психологічні умови. Наприклад, збереження почуття спроможності може бути пов’язане не лише з особистими установками, а й із наявністю часу для відпочинку, стабільного житла та людей, на яких можна покластися.

Отже, порівняння когнітивної, транзакційної та ресурсної перспектив виявляє різні аналітичні акценти. Когнітивна перспектива допомагає з’ясувати, як травматичний досвід набуває значення актуальної загрози. Транзакційна – як оцінюється співвідношення навантаження й можливостей. Ресурсна – які втрати та обмеження супроводжують переживання стресу. У нашій роботі ці перспективи використовуються як взаємодоповнювальні, однак не ототожнюються: короткі самозвітні шкали не вимірюють усього змісту кожної з названих теорій.

На рівні понятійного аналізу варто розрізняти також посттравматичні прояви, страх і тривогу. Якщо страх може бути безпосередньою реакцією на конкретну небезпеку, а тривожне очікування – стосуватися майбутнього, то посттравматична симптоматика визначається не самим фактом наявності цих переживань, а їхнім зв’язком із травматичним досвідом та відповідною структурою проявів. Подібне розмежування стосується переживання горя. Втрата близької людини може поєднуватися із загрозливою подією, але туга за померлим, зміна сімейних ролей та мимовільне повернення образів небезпеки не є одним і тим самим змістом.

Уточнюючи поняття чинників, доцільно розмежувати передумови вразливості, обставини самої події та умови подальшого відновлення. Метааналітичні праці К. Бревіна та співавторів і Е. Озер та співавторів охоплюють ці різні часові рівні: попередній досвід, характеристики травматизації, реакції під час події та післяподієве оточення [11; 34]. Їх зіставлення показує, чому психологічне пояснення не варто обмежувати пошуком стійкої особистісної риси. Показник, пов’язаний із початковою реакцією, не обов’язково матиме таке саме значення для тривалого

збереження труднощів. У нашому дослідженні це розмежування визначає статус сприйнятого стресу.

Ще один рівень пояснення стосується способів подолання. У транзакційній перспективі важливими є дії, спрямовані на зміну ситуації, та способи регулювання емоційного переживання [29]. Проте їх значення залежить від того, що реально можна змінити. Тимчасове відволікання може забезпечувати перепочинок, а за інших обставин – відкладати необхідне рішення. Активне планування може бути корисним за доступного вибору, але не усуває об’єктивної неконтрольованості подій. Тому універсальне протиставлення «гарних» та «поганих» стратегій без контексту є надмірним спрощенням. Для нашої роботи копінг становить теоретичне пояснювальне тло, а не четверту вимірювану змінну.

Окремо варто визначити місце позитивного ментального здоров’я [28], яке актуалізує увагу до засобів збереження життєвої активності, задоволення та суб’єктивної спроможності. Такий підхід особливо доречний для неклінічного дослідження, оскільки учасник не зводиться до носія симптомів, а його психологічний стан описується ширше [10].

Отже, посттравматичну симптоматику доцільно розглядати як багатокомпонентне явище, пов’язане з травматичним досвідом, його оцінюванням і поточними умовами функціонування. Для нашого дослідження основними є три розмежування: симптоми й діагноз; зовнішні обставини й суб’єктивний стрес; вираженість труднощів і позитивне ментальне здоров’я. Вони визначають зміст наступного аналізу цивільного воєнного контексту та запобігають висновкам, які перевищують можливості обраних методик.

1.2. Варіативність посттравматичної симптоматики у цивільних дорослих в умовах війни

Війна, як екстремальна ситуація для певних груп українців стає гіперекстремальною, адже психологічні перенавантаження, спричинені нею

часто перевищують людські можливості, руйнуючи звичну поведінку й спричиняючи небезпечні наслідки. На відміну від традиційних воєн, сучасних збройних конфліктах відмічається постійне нехтування Міжнародним гуманітарним правом, а гібридні російські військові стратегії (дистанційна війна, використання проксі-винищувачів, масивна пропаганда й дезінформація) мають значний негативний психологічний вплив на цивільне населення, поширюючи панічні настрої, розгубленість, страх, невпевненість, недовіру тощо.

Цивільне населення в умовах воєнного стану не становить психологічно однорідної групи. Люди відрізняються за характером пережитих подій, близькістю до активних бойових дій, можливістю переміщення, сімейною ситуацією та доступністю підтримки. Спільний правовий і суспільний контекст не означає однакового ступеня експозиції до загрози. Тому в межах цієї роботи поняття цивільного населення конкретизується через досвід повнолітніх осіб, які постійно проживають в Україні та повідомляють про пов’язану з війною потенційно травматичну подію.

Розглянуті теоретичні підходи висвітлюють різні аспекти посттравматичних проявів: оцінювання загрози, втрату ресурсів і можливості подолання стресу [17; 23; 29]. Відмінність цих пояснювальних акцентів зумовлює потребу враховувати як індивідуальні особливості, так і умови життя цивільних осіб.

У дослідженнях Дж. Бонанно [9; 28] та Г. Хо [22] підкреслюється неоднорідність психологічних наслідків потенційно травматичних подій. З іншого боку, К. Кіз наголошує на тому, що позитивне психічне здоров’я та психопатологічні прояви є пов’язаними вимірами. Т. Титаренко закцентовує увагу на можливості підтримання психологічного здоров’я й самовідновлення в умовах тривалої травматизації. Своєю чергою, праці Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер, О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької розширюють можливості українськомовного вимірювання позитивного ментального здоров’я та сприйнятого стресу [6; 3; 2].

Для сучасного українського суспільства усе більшої ваги набуває необхідність дослідження специфіки реакцій на тривалий травматичний стрес в умовах пролонгованої загрози, виходячи з того, що цивільні особи переживають наслідки минулих травматичних подій одночасно з новими загрозами [21]. Систематичний огляд Ф. Чарлсон та співавторів узагальнює оцінки поширеності психічних розладів у середовищах, уражених збройними конфліктами [13]. Наведені в ньому узагальнення не можна безпосередньо переносити на конкретну українську вибірку.

Т. Караціас та співавтори досліджували воєнну експозицію, ПТСР і комплексний ПТСР серед батьків, які проживали в Україні під час російської війни [26]. Значення цієї праці для нашої теми полягає в урахуванні досвіду цивільних осіб, які продовжують жити у воєнному середовищі. Водночас висновки щодо окремої групи не є характеристикою всього цивільного населення.

Ю. Бойчук, М. Кузнєцов, М. Татієвська, І. Корольов виділяють особливий – особистісний вимір проявів посттравматичної симптоматики. Йдеться про те, що структурні елементи особистості й процеси взаємодії між ними стають своєрідним «екраном», на якому проєктуються симптоми ПТСР. Варіативність основних параметрів такого особистісного виміру проявів симптоматики ПТСР автори бачать таким чином [2]:

1) суб’єктивна оцінка якості власного життя, що залежить від здатності рефлексувати хід власного життя, знаходити причинно-наслідкові й цільові взаємозв’язки, формувати стійкі емоційні установки щодо нього;

2) стійкі переживання, що виникають під час виконання завдань провідної (професійної) діяльності;

3) резилієнтність як системна особистісна якість, яка проявляється в здатності швидко відновлюватись після стресу й продовжувати ефективно функціонувати в умовах небезпеки та загрози;

4) атитюди щодо війни, – система готовностей та установок у сприйнятті, переживанні, в також поведінці особистості відносно такого негативного соціального явища, як війна;

5) апатія, послаблення цілеспрямованості поведінки, дефіцит мотивації, зниження емоційної залученості, спричинені втратою сенсу.

Багатоманіття особливостей проявів посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану доцільно розглянути за кількома взаємопов'язаними напрямами. Більшість з них стосуються умов переживання загрози та можливостей відновлення; додатково врахуємо інформаційний контекст і відмінності життєвих обставин.

Першою особливістю є поєднання пережитих травматичних подій із загрозами, які продовжуються. Людина може пригадувати конкретний обстріл і водночас очікувати нового. Праця І. Франкової та співавторів, присвячена українській версії шкали реакцій на безперервний травматичний стрес, актуалізує необхідність окремого вивчення такого досвіду [21]. Тому слід розрізняти подію, з якою пов'язані посттравматичні прояви, та актуальні умови небезпеки, оскільки це дозволяє точніше розуміти зміст переживань людини.

Другою особливістю є повторюваність і накопичення несприятливих обставин. Переживання небезпеки може поєднуватися з втратою житла, зміною роботи, порушенням звичних зв'язків і необхідністю догляду за близькими тощо. Екологічний підхід К. Міллера та А. Расмуссена поєднує увагу до безпосереднього впливу воєнних подій з аналізом повсякденних стресорів, урахуванням соціальних чи матеріальних труднощів, через які наслідки війни продовжують позначатися на житті [32]. Такий підхід дозволяє уникнути вибору між двома крайнощами: поясненням усіх труднощів лише пережитою травмою або повним ігноруванням травматичної події на користь загальних соціальних обставин. У подальшому осмисленні цієї проблеми автори розглядають значення екологічної перспективи для підтримки психічного здоров'я населення, яке постраждало від конфліктів [31]. Потреба заробляти, підтримувати дітей, допомагати літнім родичам і дотримуватися вимог безпеки може створювати тривале перевантаження навіть за відсутності нової травматичної події. Відповідно,

травматичний досвід і поточні життєві труднощі потребують взаємопов’язаного, але диференційованого розгляду.

Третьою особливістю є порушення звичних соціальних зв’язків. Вимушене переміщення змінює доступність близького оточення, побутової допомоги та відчуття належності. Модель ADAPT Д. Сілова розглядає наслідки масового насильства через порушення безпеки, соціальних зв’язків, справедливості, ролей і систем смислу [36]. Формальна наявність сім’ї або статусу внутрішньо переміщеної особи не відображає всієї якості підтримки: людина може мати дистанційні контакти з близькими, але залишатися без щоденної допомоги. Метааналіз Я. Ван та співавторів висвітлює зв’язки соціальної підтримки та посттравматичних проявів у часі [37]. Це обґрунтовує увагу до соціального оточення поряд з індивідуальними переживаннями.

Четверта особливість пов’язана зі зміною ролей і відповідальності. Якщо цивільна людина може одночасно бути працівником, батьком або матір’ю, доглядальником та волонтером, то у кризових умовах ці ролі або підтримують відчуття сенсу, або створюють додаткові вимоги. Тож, їх психологічне значення залежить від можливості розподіляти обов’язки, мати відпочинок і отримувати допомогу. Тому суспільна активність не повинна автоматично інтерпретуватися як відсутність труднощів, а тимчасове зниження активності – як відсутність ресурсів.

П’ятою особливістю є неоднаковий доступ до психологічної допомоги. Б. Робертс, досліджуючи використання послуг психічного здоров’я внутрішньо переміщеними особами в Україні, виявив розрив між потребами та зверненням по допомогу [35]. Це означає, що належність до неклінічної вибірки не гарантує відсутності виражених труднощів. Люди можуть не мати встановленого діагнозу через особливості доступу, попередній досвід або інші обставини, а не через незначущість своїх переживань.

Шоста особливість стосується співвідношення адаптивної пильності та надмірного напруження. Перевірка повідомлень про загрозу, планування

безпечного маршруту й готовність перейти в укриття можуть бути відповідними ситуації діями. Водночас стійке обмеження активності за відносної безпечності потребує додаткового психологічного пояснення. Систематичний огляд Н. Енніс, І. Сієрчич і К. Монсон присвячений травмофокусованим когнітивно-поведінковим втручанням за умов загрози, яка продовжується [18]. Для теоретичного аналізу це актуалізує необхідність урахування поточної небезпеки під час оцінювання посттравматичних проявів.

Сьомою особливістю є значення повсякденних практик і можливостей самовідновлення. Т. Титаренко розглядає психологічне здоров'я особистості в умовах тривалої травматизації через способи підтримання життєдіяльності та самодопомоги [6]. У праці про воєнну повсякденність авторка зосереджується на розширенні можливостей відновлення в реальних життєвих умовах [5]. Така перспектива узгоджується з необхідністю вивчати збережені можливості людини поряд із симптомами, не зводячи всю підтримку до усунення окремих скарг. У нашому розумінні повсякденне відновлення потрібно відрізняти від вимоги швидко повернутися до попереднього стану. Після втрат або переміщення старий спосіб життя може бути недоступним. Тоді питання полягає в тому, які форми діяльності й взаємодії залишаються можливими тепер. Невеликі сталі домовленості, доступний відпочинок і підтримувальні контакти можуть розглядатися як потенційні напрями допомоги, проте їх фактичну роль у конкретній вибірці не можна вважати доведеною без відповідних показників.

Інформаційне середовище становить ще один контекст цивільного досвіду. Оскільки людина може отримувати повідомлення про загибель знайомих, руйнування рідних місць або загрозу близьким, які перебувають в іншому регіоні, то психологічне значення такого контакту залежить від його змісту й особистої залученості. Водночас повсякденний перегляд новин не можна автоматично прирівнювати до травматичної експозиції за діагностичними критеріями. Це означає, що тип пережитої події слід

розглядати окремо від інтенсивності повсякденного інформаційного навантаження.

Варіативність переживань пов’язана також із життєвим етапом і розподілом відповідальності. Обставини молодої людини, яка розпочинає навчання чи професійну діяльність, можуть відрізнятися від обставин особи, відповідальної за дітей або літніх родичів. Проте вік сам по собі не пояснює цих відмінностей: значення мають конкретні обов’язки, стан здоров’я та доступні соціальні ресурси.

Статеві й гендерні відмінності також потребують аналізу з урахуванням пережитих подій та умов життя. Нерівномірний склад вибірки не дає підстав приписувати окремій групі більшу вразливість або стійкість. Такі характеристики важливі для опису учасників і визначення меж узагальнення результатів.

Значення цивільного контексту полягає також у необхідності уникати протиставлення психологічних і матеріальних потреб. Високий сприйнятий стрес може вимагати уваги до організації повсякденного життя, а виражені травматичні прояви – спеціалізованого оцінювання; ці напрями можуть бути потрібні одночасно. На теоретичному рівні п’ять принципів допомоги після масової травматизації, сформульовані С. Гобфоллом, поєднують увагу до безпеки, заспокоєння, спроможності, зв’язків і надії [24] Вони задають загальну орієнтацію, але не замінюють індивідуального планування допомоги.

Окремої уваги потребують переживання несправедливості та зміни життєвих смислів. Модель Д. Сілова дозволяє розглядати ці аспекти поряд із загрозою безпеці та порушенням зв’язків [36]. Втрата може означати для людини не тільки небезпеку або матеріальні труднощі, а й руйнування уявлень про справедливий порядок, власне місце та майбутнє. Ця перспектива допомагає зрозуміти, чому зміст воєнного досвіду не вичерпується реакцією страху. Разом із тим моральне обурення, незгода з керівництвом і прагнення справедливості не мають автоматично

перетворюватися на ознаки психопатології. Слід розрізняти оцінку події, суспільну позицію та психологічні труднощі, які обмежують повсякденне функціонування.

Теоретичний аналіз варіативності посттравматичної симптоматики цивільних осіб не був би повним без урахування психо-соціального аспекта досліджуваної проблематики, оскільки в сучасних наукових працях усе більшої ваги набувають спроби аналізу пояснення посттравматичної симптоматики цивільного населення не лише через аналіз особистісних чинників, а й через урахування психосоціальних аспектів.

Йдеться про дослідження колективних психотравм в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають. Узагальнення основних сучасних наукових підходів щодо їх пояснення представлено нами на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1 – Сучасні наукові тенденції пояснення психосоціальних аспектів посттравматичної симптоматики у цивільного населення

Отже, психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. Колективну травму Горностай П. визначає як психічну травму, яку отримала соціальна група (будь-якого розміру), і яка спричинена війною, геноцидом у різних проявах, катастрофами (техногенними чи гуманітарними), стихійними лихами, соціальними катаклізмами (державними чи військовими), депортацією або примусовим переміщенням, обмеженням свободи чи репресіями, резоненсними терористичними актами.

Колективна психотравма є необмеженою в просторі й має пролонгований часовий характер. Вона охоплює як прямих, так і непрямих учасників подій травматизації, об'єднаних єдиною територією, ментальністю, культурою і, таким чином, значною мірою впливає не лише для покоління, яке безпосередньо пережило травматизаційну подію, але і на наступні покоління.

Такими чином, особливості посттравматичної симптоматики цивільних осіб в умовах воєнного стану визначаються неоднорідністю досвіду, повторюваністю загроз і поєднанням травматичних подій із поточними життєвими труднощами. Зараз в умовах повномасштабної російської воєнної агресії параллельно формується як індивідуальна (особистісна), так і колективна травматизаця, а їх комбінація посилює негативний вплив як на індивідуальне психосоматичне здоров'я, так і на громадське здоров'я.

Для нашого дослідження важливо зберегти відмінність між загальним суспільним контекстом і конкретною експозицією учасника. Урахування цих положень обґрунтовує спільне вивчення симптоматики, сприйнятого стресу та позитивного ментального здоров'я, а також визначає межі майбутніх висновків.

1.3. Сприйнятий стрес і позитивне ментальне здоров'я як чинники посттравматичної симптоматики

Вибір психологічних чинників для дослідження має спиратися на узгодженість теоретичного змісту, доступного способу вимірювання та масштабу роботи. Велика кількість можливих передумов посттравматичних проявів не означає, що всі вони мають бути включені до однієї діагностичної батареї. У нашій роботі сприйнятий стрес і позитивне ментальне здоров'я розглядаються як психологічні характеристики, теоретично пов'язані з посттравматичною симптоматикою. Так, якщо сприйнятий стрес відображає суб'єктивну оцінку поточного навантаження, то позитивне ментальне здоров'я – благополуччя й позитивне переживання власного функціонування. Їх спільний розгляд дозволяє описувати психологічні труднощі поряд зі збереженими можливостями особистості.

Сприйнятий стрес слід відрізняти від самої несприятливої події. С. Коен, Т. Камарк і Р. Мермельстін запропонували оцінювати міру, якою життєві обставини переживаються як непередбачувані, неконтрольовані та перевантажувальні [15]. Українські дослідження і результати їх апробації в умовах війни представлено в праці О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької [2]. Отже, цей показник характеризує суб'єктивне переживання навантаження, а не кількість чи об'єктивну тяжкість подій.

Теоретичний зв'язок сприйнятого стресу з посттравматичними проявами можна обґрунтувати через оцінювання вимог і можливостей. Якщо людина переживає поточні ситуації як такі, з якими складно впоратися, це може співіснувати з посиленим відчуттям вразливості. З іншого боку, травматичні спогади й напруження можуть ускладнювати виконання щоденних справ, через що ті оцінюються як більш обтяжливі. Обидва напрями є теоретично можливими.

Потрібно враховувати також можливість спільного зовнішнього джерела психологічних труднощів. Актуальна загроза або різке погіршення

житлових умов можуть одночасно супроводжуватися підвищенням сприйнятого стресу та більшою вираженістю посттравматичних проявів. Екологічний підхід обґрунтовує необхідність урахування як воєнних подій, так і поточних стресорів [32]. Тому одночасна наявність високих показників не є достатньою підставою для висновку, що один із них безпосередньо спричиняє інший.

Спираючись на транзакційний підхід до стресу [29], для подальшого аналізу доцільно розрізняти об’єктивні можливості впливу на обставини, суб’єктивне відчуття контролю та доступний вибір власних дій. Таке аналітичне розмежування конкретизує співвідношення вимог середовища й можливостей подолання [23; 41].

Під час війни зазначені аспекти контролю можуть суттєво розходитися, адже особистість не контролює саму воєнну загрозу, але може мати визначений порядок дій або надійний контакт для допомоги. Тому психологічна підтримка не повинна вимагати ілюзії повного контролю над подіями, проте вона має спиратися на доступні можливості дії, враховуючи реальні обмеження. Зміна суб’єктивної оцінки сама по собі не усуває соціальних і матеріальних джерел напруження.

Своєю чергою, термін «позитивне ментальне здоров’я» вводить іншу аналітичну перспективу, оскільки охоплює суб’єктивне благополуччя та позитивне переживання власних можливостей. Дж. Лукат та співавтори обґрунтували психометричні властивості короткої шкали його оцінювання [30], а українську адаптацію представлено в праці Л. Карамушки, К. Терещенко та О. Креденцер [3]. Використання цього інструмента дозволяє оцінювати суб’єктивно пережиті можливості й благополуччя окремо від переліку посттравматичних труднощів. Водночас, це поняття слід відрізняти від резильєнтності, яка в дослідженнях Дж. Бонанно та співавторів характеризує особливості збереження функціонування за несприятливих обставин у часі [9]. Одноразове вимірювання позитивного ментального здоров’я не відтворює траєкторії адаптації.

Не слід також ототожнювати позитивне ментальне здоров’я з соціальною підтримкою, адже висока оцінка здатності справлятися з життєвими складнощами не визначає кількість підтримувальних контактів. Так само вона не є повною оцінкою матеріальних ресурсів, фізичного здоров’я або життєвих смислів. Теоретично можна припустити, що вищий рівень позитивного ментального здоров’я пов’язаний із меншою вираженістю посттравматичної симптоматики. Водночас ці показники не є взаємовиключними. Наприклад, одна особа може зберігати довіру до власних можливостей і водночас мати окремі нав’язливі спогади, проте інша може повідомляти мало травматично специфічних проявів, але мати низький рівень задоволення життям через наявність інших труднощів. Тож, різні поєднання становлять змістовний результат, а не автоматичну ознаку помилки заповнення. У цьому полягає практична перевага аналізу безперервних показників. Таке розуміння узгоджується з розмежуванням позитивного психічного здоров’я та психопатологічних проявів у концепції К. Кіза [28].

Ресурсна інтерпретація позитивного ментального здоров’я характеризує його теоретичне значення для розуміння можливостей особистості. Водночас називати його доведеним захисним чинником лише на підставі одночасного оцінювання показників було б некоректно. Для такого висновку необхідно встановити часову послідовність змін і перевірити альтернативні пояснення. У цій роботі термін «чинники» позначає теоретично значущі психологічні характеристики, без твердження про доведений причинний вплив.

В контексті нашого дослідження варто приділити увагу попередженню ще однієї термінологічної підміни. Йдеться про те, що відсутність перевантаження особистості не обов’язково означає високий рівень її позитивного функціонування. Наприклад, певна особа може мати мало поточних обов’язків, але переживати втрату змістовної активності, або навпаки – мати багато вимог, проте водночас відчувати спроможність і

задоволення від виконання важливих справ. Тому три досліджувані показники слід інтерпретувати окремо: вираженість посттравматичних проявів, суб'єктивне переживання стресу та позитивне ментальне здоров'я. Водночас, їх зіставлення не передбачає створення єдиного сумарного індексу.

Під час інтерпретації слід враховувати часткову змістову близькість показників. Зокрема, посттравматичні прояви можуть включати негативні емоції, зниження інтересу та труднощі переживання позитивних почуттів, тоді як позитивне ментальне здоров'я охоплює різні позитивні аспекти емоційного стану [30; 38]. Це допомагає зрозуміти можливе співвідношення результатів, але не робить методики взаємозамінними. Низький рівень позитивного ментального здоров'я свідчить про недостатню вираженість оцінюваних позитивних характеристик, а не про відсутність психологічних труднощів.

Задоволеність життям, упевненість у власних можливостях, позитивний емоційний стан і суб'єктивна здатність долати труднощі є змістовими характеристиками позитивного ментального здоров'я [4; 30]. Їх доцільно розглядати як аспекти оцінюваного явища, а не автоматично як окремі причини його формування.

Отже, сприйнятий стрес і позитивне ментальне здоров'я є змістово відмінними психологічними характеристиками, спільний розгляд яких доповнює аналіз посттравматичної симптоматики. Перший показник відображає суб'єктивну оцінку непередбачуваності, неконтрольованості та перевантажувальності обставин, а другий – позитивні аспекти психологічного функціонування особи в різних сферах життєдіяльності суспільства. Такий підхід створює теоретичне підґрунтя для емпіричного опису стану цивільних осіб і розроблення рекомендацій щодо їх психологічної підтримки в умовах воєнного стану.

Висновки до першого розділу

Посттравматичну симптоматику визначено як сукупність пов’язаних із потенційно травматичним досвідом проявів повторного переживання, уникнення, негативних змін у пізнавальній та емоційній сферах, підвищеного збудження й реактивності. Її вираженість може вивчатися на рівні безперервного показника без ототожнення з клінічним діагнозом. Самозвітний бал не замінює перевірки характеру події, тривалості, функціональних наслідків та альтернативних пояснень стану.

Зіставлення когнітивного, транзакційного, ресурсного й екологічного підходів обґрунтовує багаторівневий розгляд проблеми. Значення мають характер травматичного досвіду, оцінювання загрози, співвідношення вимог і можливостей подолання, втрата ресурсів та поточні умови життя. Ці підходи взаємодоповнюють один одного й становлять теоретичне підґрунтя спільного вивчення посттравматичної симптоматики, сприйнятого стресу та позитивного ментального здоров’я.

Специфіку наявного травматичного досвіду цивільних осіб зумовлює неоднорідність експозиції, повторюваність загроз, зміни ролей і соціальних зв’язків, поєднання травматичних подій із повсякденними труднощами. Реалістичні дії для збереження безпеки потрібно відрізняти від обмежень, пов’язаних із травматичними нагадуваннями. Сприйнятий стрес є показником суб’єктивної оцінки неконтрольованості, непередбачуваності та перевантажувальності життєвих обставин, а позитивне ментальне здоров’я – це окремий позитивний аспект психологічного функціонування, який не зводиться до відсутності симптомів і не ототожнюється з резильєнтністю чи соціальною підтримкою. Спільне вивчення цих показників дозволяє поєднати симптомний та ресурсний напрями аналізу.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація, етапи та методики емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження спрямоване на визначення вираженості посттравматичної симптоматики у цивільних дорослих, життєдіяльність яких відбувається в умовах війни та постійної стресової ситуації, а загроза безпеці, невизначеність майбутнього, необхідність пристосовувати повсякденне життя до воєнних обставин утворюють тривалий контекст психологічного навантаження.

Базою дослідження стала громадська організація «Альянс за громадянські права».

Характеристика вибірки: 38 представників цивільного населення віком від 27 до 39 років, які на момент опитування перебували у м. Запоріжжя. Вибірка формується за дотримання принципів професійної етики та добровільної участі. Критеріями включення до вибірки були: цивільний статус, поінформована згода, повідомлення про пов’язану з війною подію, з якою учасник співвідносить відповіді.

Емпіричне дослідження відбувалося шляхом послідовної реалізації чотирьох етапів:

І – підготовчий етап – узгодження критеріїв включення респондентів до вибірки й отримання їх згоди на участь в дослідженні, підбір та підготовка діагностичного інструментарію;

ІІ – основний етапі – індивідуальне опитування респондентів із забезпеченням конфіденційності;

III – аналітичний етапі – здійснення кількісно-якісного аналізу та інтерпретації отриманих даних із застосуванням математико-статистичних методів, а саме – описової статистики для визначення відносних частот за рівнями досліджуваних показників;

IV – узагальнювальний етап – зіставлення результатів з теоретичними положеннями та формуювання рекомендації щодо форм, напрямів та методів психологічної підтримки.

Емпіричне дослідження наше передбачає використання трьох психодіагностичних методик:

1. «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса та співавторів в українському перекладі, представленому В. Безшейком [1];

2. «Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 в українській адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької [3];

3. «Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат та співавторів в адаптації Л. Карамушки, О. Креденцер і К. Терещенко [13].

Узагальнено обґрунтування мети використання кожної з методик подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Діагностичний інструментарій дослідження

Методика	Мета використання
«Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса та співавторів в українському перекладі, представленому В. Безшейком	Оцінювання самозвітної вираженості посттравматичних симптомів за останній місяць
«Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 в українській адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької	Оцінка рівня суб'єктивного стресу, психометрична перевірка якого здійснювалася в умовах повномасштабної війни в Україні
«Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат та співавторів в адаптації Л. Карамушки, О. Креденцер і К. Терещенко	Визначення позитивної спрямованості ментального здоров'я, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми

Вважаєм за доцільне детальніше описати означений діагностичний інструментарій.

По-перше, «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса та співавторів застосовується для оцінювання самозвітної вираженості 20 посттравматичних симптомів за останній місяць [1; 38]. Кожен пункт оцінюється від 0 до 4 балів; загальний показник становить 0–80 балів. Симптомні кластери B, C, D та E охоплюють відповідно пункти 1–5, 6–7, 8–14 та 15–20. Вищий сумарний бал відповідає більшій вираженості повідомлених симптомів. Наявність травматичної експозиції, тривалість проявів і вплив на повсякденне функціонування потребують окремого уточнення. По-перше, «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 розроблено Ф. Везерсом, Б. Літцем, Т. Кіном, П. Палмієрі, Б. Марксом і П. Шнурр. Для нашого дослідження обрано український переклад О. Хаустової, Л. Трачук і В. Безшейка [1]. Шкала оцінює основні критерії ПТСР, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу та зміну тяжкості у процесі лікування. Пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР DSM-5. Методика містить 20 пунктів із відповідями від 0 до 4 балів. За повністю заповненим бланком підсумовуються всі відповіді; діапазон становить 0–80 балів. Вищий показник означає більшу самозвітну вираженість симптомів. Основним для аналізу є сумарний бал за стандартною інструкцією щодо останнього місяця. Вираженість функціональних порушень та тяжкості ПТСР визначається на такими ступнями: не виражений, нестійкий, помірний, відчутний, високий [18]. Слід зауважити, що методикою не передбачено визначення відсотка осіб з діагнозом ПТСР [31], тож результат використовуватиметься як дослідницький показник, а не як клінічний висновок. Повний опис методики представлено в Додатку А.

По-друге, методику «Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 було застосовано нами в українській адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької. Вона є валідизованим інструментом для оцінки рівня суб'єктивного стресу, психометрична перевірка якого здійснювалася в умовах повномасштабної війни в Україні. Запитання в цій шкалі стосуються думок і почуттів

респондентів. Для кожного пункту, згідно інструкції, слід обрати один з варіантів відповіді, який відображує, наскільки часто були наявними ці відчуття або міркування протягом останнього місяця: ніколи, майже ніколи, іноді, досить часто, дуже часто. При інтерпретації результатів важливо враховувати, що пункти 4, 5, 7 і 8 мають зворотне кодування, коли 0 замінюється на 4, 1 – на 3, 2 залишається 2, 3 замінюється на 1, 4 – на 0. Після перекодування всі значення підсумовуються. Рівень сприйнятого стресу визначається за 3-ма рівнями (низьким, помірним чи високим), залежно від інтенсивності переживань [3]. .Повний опис методики представлено в Додатку Б.

По-третє, «Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат, Ю. Маргрофа, Р. Лутца, В. ван дер Велда та Е. Беккер використано в адаптації Л. Карамушки, О. Креденцер і К. Терещенко. Українське дослідження адаптації та практикум 2023 року становлять джерела обраної версії [13]. Оригінальна публікація описує психометричні властивості інструмента [30]. Методика містить дев'ять тверджень із чотирма варіантами відповіді від 1 до 4 балів та дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я» зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми. Підсумовуються всі дев'ять відповідей; зворотних пунктів у наведеному бланку немає. Загальний показник становить 9–36 балів: більше значення відповідає вищому позитивному ментальному здоров'ю. В описі наведено такі описові інтервали: 9–24 бали – низький, 25–29 – середній, 30–36 – високий рівень [10, 20]. Ці інтервали доцільно використати для інтерпретації отриманих редультатів. Водночас, вони не трактуватуютья як клінічні діагностичні межі. Повний опис методики представлено в Додатку В.

2.2. Особливості посттравматичної симптоматики у цивільних дорослих в умовах воєнного стану

Методика «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса та співавторів в українській адаптації В. Безшейка спрямована на оцінювання ступня функціональних порушень та клінічної оцінки тяжкості проявів посттравматичної симптоматики, оскільки пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно із настановою DSM-5.

Отримані у процесі дослідження дані були опрацьовані згідно авторського розподілу Ф. Везерса зі співавторами [1] за п’ятьма ступенями вираженості проявів (не виражений, нестійкий, помірний, відчутний, високий).

Результати кількісного аналізу отриманих даних систематизовані нами й розміщені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Оцінка ступеня функціональних порушень та тяжкості ПТСР за методикою «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса (адаптація В. Безшейка)

Критерій ПТСР		**Ступінь (у %)**				
		Не виражений	**Нестійкий**	**Помірний**	**Відчутний**	**Високий**
A	Наявність травматичної події	0	21,1	31,58	31,58	15,8
B	Симптоми інтрузії	0	15,8	36,84	36,84	10,5
C	Симптоми уникнення	10,5	15,8	31,58	26,3	15,8
D	Негативні емоції, думки	5,25	15,8	36,84	36,84	5,25
E	Надмірна реактивна збудливість	0	10,5	42,11	36,84	10,5
F	Тривалість симптомів	0	10,5	36,84	31,58	21,1
G	Значущий дистрес, погіршення у соціальній чи іншій сфері функціонування	5,25	15,8	42,11	26,3	10,53

Графічне представлення отриманих результатів психодіагностики зображено на рисунку 2.1.

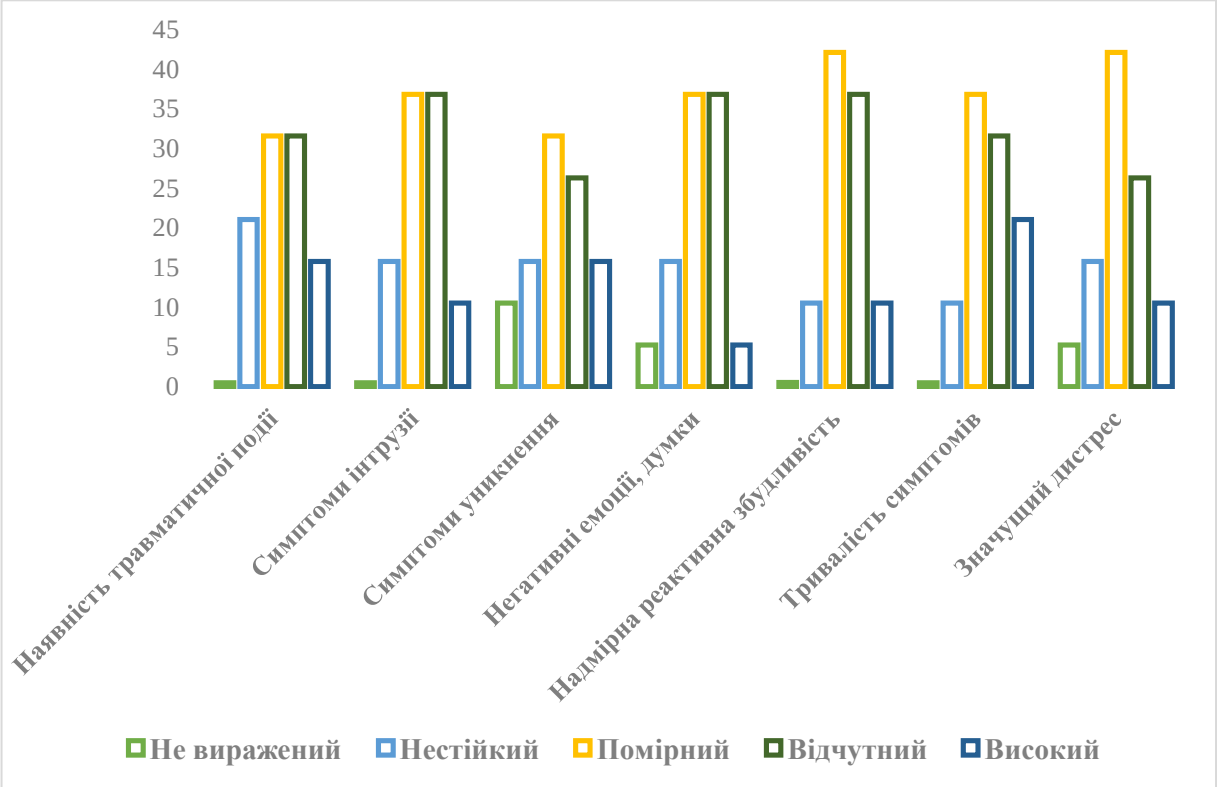

Рисунок 2.1 – Графічне представлення ступеня функціональних порушень та тяжкості посттравматичної симптоматики

Отже, за наведеними вище категоріями переважають помірний і відчутний ступені вираженості симптомів, що свідчить про поширеність посттравматичних проявів у досліджуваній групі, але не означає встановлення клінічного діагнозу ПТСР. Так, за симптомами інтрузії помірний та відчутний ступені виявлено у 36,84 % респондентів відповідно, високий – у 10,5 %, нестійкий – у 15,8 %. Відсутності проявів не зафіксовано. Отже, повторне переживання травматичного досвіду є поширеним у вибірці. Воно може включати мимовільні спогади, сновидіння або емоційні реакції на нагадування про пережите. В умовах війни такі нагадування можуть повторюватися.

Симптоми уникнення мають помірний ступінь у 31,58 % учасників, відчутний – у 26,3 %, високий – у 15,8 %, нестійкий – у 15,8 %. Невиражені прояви встановлено у 10,5 %. Це вказу. на поширеність уникнення думок,

почуттів або нагадувань про травматичну подію. Такі реакції можуть тимчасово знижувати напруження, однак висновок про їхні довготривалі наслідки потребує додаткових даних. Важливо також розрізняти психологічне уникнення нагадувань і обґрунтоване обмеження контакту з реальною небезпекою.

За негативними змінами в думках та емоціях помірний і відчутний ступені становлять по 36,84 %. Нестійкий ступінь виявлено у 15,8 %, високий та невиражений – по 5,25 %. Отже, у значної частини опитаних наявні негативні когнітивні та емоційні переживання. Вони можуть стосуватися уявлень про себе та навколишній світ, відчуженості й труднощів переживання позитивних емоцій. Водночас за цими узагальненими показниками не можна приписувати кожному учаснику всі перелічені прояви.

Надмірна реактивна збудливість найчастіше має помірний ступінь – 42,11 %. А саме: відчутний ступінь встановлено у 36,84 %, високий і нестійкий – по 10,5 %. Невиражених проявів не зафіксовано. Розподіл може відображати поширеність підвищеної настороженості, напруження та труднощів розслаблення. Для цивільних громадян, які живуть в умовах війни, ці результати необхідно співвідносити з поточним контекстом загрози, а не автоматично трактувати кожну реакцію пильності як патологічну.

За критерієм «Наявність травматичної події» помірний і відчутний ступені становлять по 31,58 %, високий – 15,8 %, нестійкий – 21,1 %. З іншого боку, щодо критерію «Тривалість симптомів» – помірний ступінь становить 36,84 %, відчутний – 31,58 %, високий – 21,1 %, нестійкий – 10,5 %. Без визначення часових меж категорій неможливо встановити фактичну тривалість симптомів.

За критерієм значущого дистресу та погіршення функціонування помірний ступінь виявлено у 42,11 %, відчутний – у 26,3 %, високий – у 10,53 %, нестійкий – у 15,8 %, невиражений – у 5,25 %.

Таким чином, за поданою класифікацією більшість учасників повідомляє про наявність посттравматичної симптоматики, яка зумовлює певну вираженість труднощів.

Здійснення психодіагностичних вимірів з використанням методики «Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 (в українській адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької) виявила не менш цікаві результати, які систематизовані у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Рівень сприйнятого стресу за методикою «Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 (адаптація О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької)

Рівень (у %)		
Низький (слабо сприйнятий стрес)	**Помірний (помірно сприйнятий стрес)**	**Високий (сильно сприйнятий стрес)**
21,1	47,37	31,58

Графічно отримані результати представлені на рисунку 2.2.

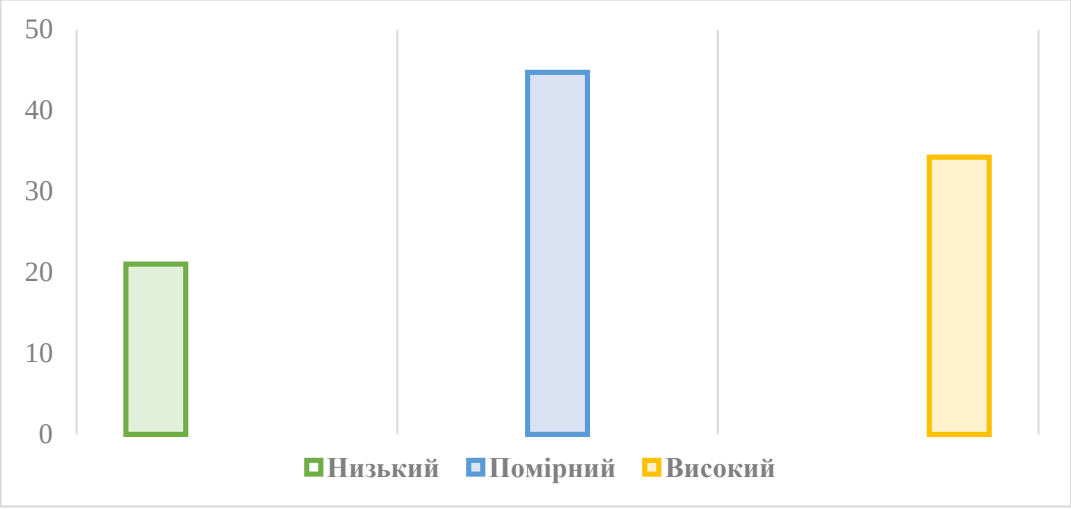

Рисунок 2.2 – Графічне представлення рівня сприйнятого стресу за методикою «Шкала сприйнятого стресу»

Як можна пересвідчитись з представлених вище кількісних даних, помірний рівень сприйнятого стресу встановлено у 47,37 % респондентів, високий – у 31,58 %, низький – у 21,1 %. Найчисельнішою є група з помірним рівнем, тоді як майже третина учасників має високі показники.

Таким чином, для більшості вибірки характерне помітне суб'єктивне стресове навантаження.

Помірний рівень указує на переживання життєвих вимог як таких, що потребують психологічних зусиль. Високий рівень може відображати виражене відчуття непередбачуваності, недостатнього контролю та перевантаженості. У цивільних громадян України ці переживання формуються в умовах тривалого воєнного стресу, коли можливості впливати на зовнішні обставини обмежені.

Низький рівень сприйнятого стресу у 21,1 % респондентів характеризує менше суб'єктивне відчуття перевантаження. Він може бути сумісним із більш сприятливою оцінкою власних можливостей подолання труднощів, але не доводить відсутності травматичного досвіду або інших психологічних проблем.

Вимірювання за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат та співавторів в адаптації Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко виявили не менш цікаві та важливі дані, які представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Рівень позитивного ментального здоров'я за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат (адаптація Л. Карамушки)

Рівень (%)		
Низький	**Середній**	**Високий**
36,84	47,37	15,8

Графічно отримані результати представлені на рисунку 2.3.



Рисунок 2.3 – Графічне представлення рівня позитивного ментального здоров'я за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я»

Аналіз представлених вище кількісних показників дає підстави для таких висновків. Так, середній рівень позитивного ментального здоров'я виявлено у 47,37 % учасників, низький – у 36,84 %, високий – у 15,8 %. Це свідчить про переважання помірних показників, у той час, як частка низького рівня перевищує частку високого рівня.

Середній рівень позитивного ментального здоров'я може відображати збереження певних складових суб'єктивного благополуччя, впевненості та відчуття здатності долати труднощі.

Низький рівень указує на менш сприятливу оцінку власного психологічного благополуччя й доступних внутрішніх ресурсів. В умовах тривалого воєнного стресу цей результат привертає увагу до потреби підтримувати не лише здатність витримувати навантаження, а й можливості відновлення та повсякденної участі.

Високий рівень позитивного ментального здоров'я у 15,8 % респондентів характеризує більш сприятливу суб'єктивну оцінку благополуччя, хоча він і не виключає переживання стресу чи окремих посттравматичних проявів. Так само низький рівень позитивного ментального здоров'я сам по собі не є ознакою встановленого психічного розладу.

З метою опрацювання отриманих у процесі емпіричного дослідження кількісних результатів, нами було застосовано методи описової статистики, а саме: визначення відносних частот (відсоткових часток) за рівнями досліджуваних показників, а також було здійснено описове порівняння розподілів результатів

Згідно результатів описового статистичного аналізу, виявлено кілька цікавих фактів.

По-перше, за методикою «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса та співавторів в українській адаптації В. Безшейка, за умовного об'єднання категорій «відчутний» і «високий» для симптоматичних кластерів отримано: інтрузія – 47,37 %; уникнення – 42,11 %; негативні зміни в думках та емоціях – 42,11 %; надмірна реактивна збудливість – 47,37 %. Зауважимо, що частка двох вищих категорій за інтрузією та реактивною збудливістю перевищує відповідну частку за уникненням і негативними змінами на 5,25 %.

По-друге, за методикою «Шкала сприйнятого стресу» PSS-10 в адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької сумарний показник помірного або високого рівня сприйнятого стресу разом дорівнює 78,95 % вибірки. Високий рівень перевищує низький на 10,5 %, а найчастішою категорією виявився помірний рівень сприйнятого стресу.

По-третє, за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» PMH-scale Дж. Лукат в адаптації Л. Карамушки, сумарний показник низького та середнього рівня позитивного ментального здоров'я рівень дорівнює 84,21 % вибірки. Низький рівень перевищує високий на 21,1 %, і чисельність групи з низьким рівнем у 2,33 раза більша за чисельність групи з високим. Найчастішою категорією виявився середній рівень позитивного ментального здоров'я.

Отже, наведені розподіли показують одночасну наявність стресового навантаження, посттравматичних проявів і неоднорідності позитивного ментального здоров'я на рівні вибірки. У цивільних громадян України, які взяли участь у дослідження виявлено ознаки перебування у тривалій

стресовій ситуації в умовах війни, а за наведеними категоріями переважають помірні та відчутні посттравматичні прояви.

Таким чином, отримані в ході емпіричного дослідження результати підкреслюють актуальність психологічної підтримки цивільних осіб з досвідом війни з урахуванням як пережитих ними травматичних подій в умовах воєнного стану, так і поточної небезпеки й потреби у відновленні наявних ресурсів.

2.3. Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки цивільних осіб із проявами посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану

Практичні рекомендації, розроблені нами, орієнтовані на психологів, які здійснюють консультування та психосоціальну підтримку цивільних дорослих з досвідом війни. Мета рекомендацій – допомогти визначати актуальні потреби, зменшувати доступні для зміни джерела перевантаження та підтримувати збережені можливості функціонування.

Зміст рекомендацій узгоджується з трьома напрямами дослідницької моделі: посттравматичними проявами, сприйнятим стресом; позитивним ментальним здоров’ям. Водночас варто зауважити, що під час планування психологічного супроводу слід з’ясувати, що саме турбує клієнта найбільшою мірою, які обставини підтримують труднощі, і яких змін він очікує від роботи з психологом.

Схематично змістовні компоненти наших практичних рекомендацій представлено на рисунку 2.4.

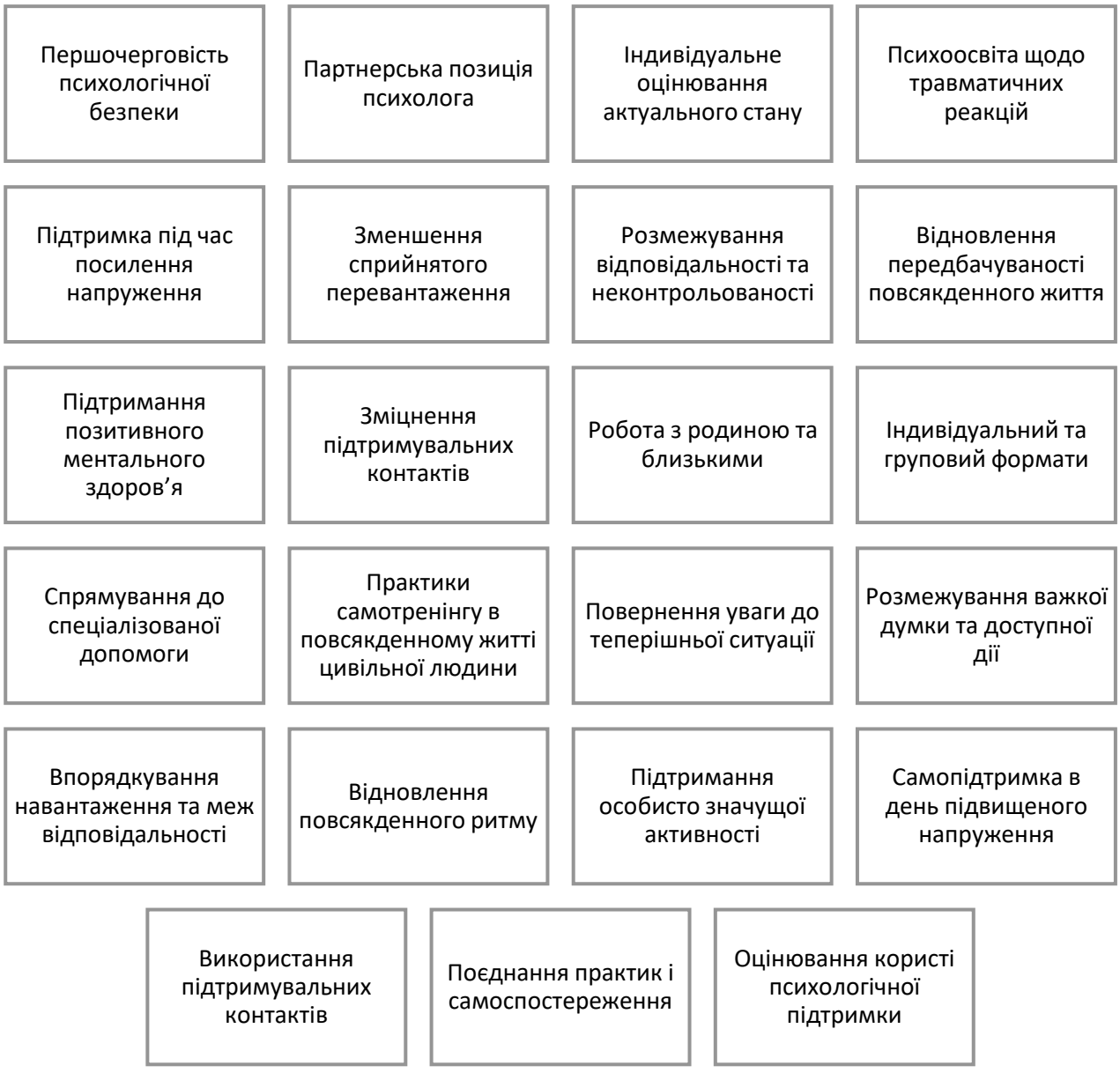

Рисунок 2.4 – Змістовні компоненти практичних рекомендації щодо психологічної підтримки цивільних осіб із проявами посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану

Переходимо до детального висвітлення змісту практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки цивільних осіб, які мають прояви посттравматичної симптоматики в умовах воєнного стану.

1. Першочерговість психологічної безпеки.

Перед початком психологічної бесіди потрібно перевірити, чи має людина можливість залишатися в місці зустрічі та чи не потребує невідкладної медичної або практичної допомоги. У настанові з першої психологічної допомоги ВООЗ наголошено на гуманній, практичній підтримці з повагою до гідності, культури та можливостей постраждалої особи [39]. Це означає, що контакт починається з орієнтації в потребах, а розповідь про подію залишається добровільною. Для організації контакту доцільно запропонувати прості запитання: «Що вам потрібно зараз насамперед?», «Чи є тут умови, за яких можна спокійно розмовляти?», «З ким ви можете зв’язатися, якщо знадобиться допомога?». Якщо першочерговою проблемою є житло, транспорт або доступ до необхідних послуг, психолог разом із людиною визначає відповідний наступний крок. Такий порядок допомагає зробити зустріч корисною вже на початку та не витрачати обмежені сили на завдання, що зараз не є пріоритетними.

Безпеку потрібно пояснювати конкретно, адже під час війни психолог не може гарантувати відсутність нових загроз. Можна обговорити доступне безпечніше місце, спосіб переривання зустрічі під час тривоги, порядок відновлення зв’язку та контакт на випадок допомоги. За дистанційного консультування ці домовленості визначаються заздалегідь. Якщо зв’язок зникає, фахівець має діяти відповідно до погодженого порядку й відомих умов, а не вимагати негайного продовження психологічної роботи.

2. Партнерська позиція психолога.

На початку слід назвати свою роль, пояснити тривалість зустрічі та межі конфіденційності. Людині потрібно надати можливість обирати, з чого почати, які теми відкласти та коли зробити перерву. Підтримувальна бесіда має зберігати керованість для учасника: він повинен розуміти, що відбувається, навіщо ставиться запитання і який наступний крок пропонується. Принципи першої психологічної допомоги передбачають слухання без тиску та поєднання людини з доступними ресурсами [39].

Психологу доцільно уникати категоричних запевнень і оцінювання «правильності» реакції. Висловлювання про те, що іншим складніше або потрібно швидше повернутися до активності, можуть перешкоджати відкритому обговоренню потреб. Більш придатним є уточнення: «Що стало найважчим у повсякденному житті?», «Що ви вже пробували?», «Що хоча б трохи допомогло?». Ці запитання переводять бесіду від зовнішніх вимог до досвіду самої людини.

3. Індивідуальне оцінювання актуального стану.

Перед плануванням підтримки слід з’ясувати вираженість труднощів і те, як вони впливають на сон, самообслуговування, роботу, турботу про близьких та взаємини. Якщо використовуються PCL-5, PSS-10 і PMH-scale, результати обговорюють зрозумілою мовою, пояснюючи зміст кожного показника. Найважливішим є співвідношення балів із конкретними скаргами та обставинами. Значення шкали не повинно перетворюватися на оцінку характеру, сили волі або здатності людини переживати війну.

Після отримання відповідей доцільно обрати один або два пріоритети, сформульовані через повсякденне функціонування. Наприклад, людина прагне краще зосереджуватися на необхідних справах або мати можливість відпочити після виконання обов’язків. Разом із нею потрібно уточнити, як вона помітить невелику позитивну зміну. Це робить мету конкретною й дозволяє надалі оцінювати користь допомоги. Формальна вимога знизити сумарний бал не замінює такого узгодження.

4. Психоосвіта щодо травматичних реакцій.

Психологу варто коротко пояснювати, що після загрозливих подій можуть змінюватися увага, емоційне реагування, сон і ставлення до нагадувань. Пояснення має відповідати запиту, без надмірного переліку можливих симптомів. Настанова NICE включає психоосвіту, роботу з напруженням і планування безпеки до змісту професійної травмофокусованої допомоги [33]. У підтримувальному контакті важливо дати людині зрозумілу інформацію й перевірити, як саме вона її сприйняла. Після пояснення можна

запропонувати запитання: «Що з цього відповідає вашому досвіду?», «Яка інформація допомогла краще зрозуміти свій стан?». Якщо людина вважає свої реакції незворотними, доцільно обговорити можливості професійного оцінювання та допомоги.

Водночас не потрібно обіцяти однаковий строк відновлення для всіх. Ознайомлення з типовими реакціями має підтримувати розуміння себе, а не створювати готову схему, до якої учасник повинен пристосувати власний досвід.

5. Підтримка під час посилення напруження.

Психолог може запропонувати одну просту навичку, пояснити її призначення та випробувати разом із людиною. Мета такого кроку – допомогти залишатися в контакті з поточною ситуацією; він не є самостійним лікуванням посттравматичного розладу. Як приклад короткого повернення уваги до теперішнього можна запропонувати відчути опору під ногами або спиною, назвати місце перебування та звернути увагу на один доступний нейтральний стимул. Людина обирає, що для неї комфортніше: дотик до поверхні, звук або інше відчуття. Вправу слід проводити в доступних безпечних умовах і припиняти за посилення дискомфорту. Для осіб із порушеннями зору чи слуху інструкція має спиратися на доступний канал сприймання.

Важливо перевіряти не формальне виконання, а суб’єктивну користь: «Що змінилося?», «Чи стало легше помічати, де ви перебуваєте?». Якщо вправа не допомагає, потрібно обрати інший спосіб підтримки. Не слід наполягати на закриванні очей, незвичному диханні або зосередженні на тілесних відчуттях, які людина вважає неприємними. Саморегуляція має підвищувати доступність вибору та повсякденних дій, а не створювати нове завдання, яке учасник оцінює як обов’язкове.

6. Зменшення сприйнятого перевантаження.

Психологу доцільно разом із людиною конкретизувати, які поточні вимоги найбільше виснажують. Для цього можна запропонувати назвати

кілька справ, що потребують сил, і визначити серед них нагальні, такі, які можна відкласти, та такі, у яких можлива допомога іншої особи. Результатом обговорення має бути невелика реалістична зміна, а не повний перегляд життя. Такий підхід узгоджується з увагою до повсякденних стресорів у цивільному воєнному досвіді [31].

Авторське завдання «Один доступний крок» можна використати для конкретизації плану. Людина обирає одну справу, яку реально виконати найближчим часом, називає необхідний ресурс і можливу перешкоду. Психолог запитує, як зменшити обсяг завдання, якщо початковий варіант виявиться надто складним. Наприклад, замість вимоги вирішити всі організаційні питання може бути визначено один дзвінок або підготовку одного документа. Обсяг наступного кроку узгоджують із поточними можливостями людини.

7. Розмежування відповідальності та неконтрольованості.

У роботі зі сприйнятим стресом корисно з’ясувати, які обставини людина здатна змінити самостійно, де потрібна допомога та що зараз не залежить від неї. Відповідальність формулюється в межах доступних дій. Якщо результат залежить від багатьох зовнішніх умов, психолог допомагає відокремити виконаний крок від остаточного наслідку. Це може бути особливо важливим для осіб, які звинувачують себе за неможливість забезпечити повний захист усіх близьких. Для такого обговорення можна використати запитання: «Що було реально доступним у тих умовах?», «Які рішення приймали інші люди?», «На що ви можете вплинути сьогодні?».

Психолог не встановлює фактичної відповідальності за події, яких не оцінював. Його завдання – допомогти людині точніше розглянути межі власних можливостей та поточний запит. За виражених травматично пов’язаних переконань доцільно запропонувати спеціалізовану допомогу відповідно до компетентності фахівця.

8. Відновлення передбачуваності повсякденного життя.

Разом із клієнтом психологу варто обрати кілька доступних опор у розпорядку: час необхідної справи, короткий відпочинок або домовлений контакт із близьким. Розпорядок має бути гнучким щодо тривог, переміщень і догляду за іншими, тож його призначення – зменшити кількість рішень, які потрібно щоразу приймати заново.

Психолог уточнює, що можна зберегти за зміни умов і як повернутися до звичного порядку після вимушеного переривання. Не варто оцінювати людину за бездоганним дотриманням плану. Якщо домовлений крок не виконано, потрібно з'ясувати причину: нова загроза, брак ресурсу, завеликий обсяг або невідповідність самого завдання; після цього план коригується. Подібний перегляд допомагає зберігати реалістичну оцінку можливостей, а також дає психологу інформацію щодо контексту, який не завжди вдається зрозуміти під час першої зустрічі.

9. Підтримання позитивного ментального здоров'я.

У психологічній роботі доцільно з'ясовувати, які заняття й взаємини залишаються для людини джерелами задоволення, упевненості або відчуття спроможності. Позитивний вимір здоров'я не зводиться до відсутності симптомів [28]. Тому увага до нього може бути потрібна й тоді, коли людина продовжує переживати сум, страх або втрату. Психолог допомагає визначити доступну активність відповідно до її власних цінностей та умов. Авторське завдання «Доступні опори» передбачає називання трьох різних можливостей: людини, до якої можна звернутися; справи, що має особистий зміст; умови, яка полегшує повсякденне функціонування.

Далі обирається одна опора, яку реально використати найближчим часом, і якщо клієнт не може назвати жодної, це є підставою для спільного пошуку допомоги, а не для висновку про недостатню мотивацію. Завдання має допомагати конкретизувати можливості, не нав'язуючи готового списку позитивних переживань, а підтримка життєвої активності – відповідати доступному ресурсу. Якщо заняття, яке раніше приносило задоволення, може

зараз бути пов’язане з втратою або залишатися недоступним, то варто обговорити іншу, меншу за обсягом форму активності [5]. Позитивні зміни не слід вимірювати вимогою постійно відчувати радість.

10. Зміцнення підтримувальних контактів.

Психологу варто уточнити, яку допомогу людина вважає прийнятною та хто може її надати. Важливо розрізняти емоційний контакт, практичну допомогу й інформацію. Метааналіз поздовжніх досліджень соціальної підтримки та посттравматичних проявів обґрунтовує увагу до їхнього взаємозв’язку [37].

У практичній роботі це спонукає досліджувати якість і доступність контактів, а не лише формальну кількість знайомих. Як приклад можна разом сформулювати конкретне прохання: про допомогу з однією справою, спільний короткий відпочинок або можливість поговорити без порад. Психолог уточнює, кому безпечно адресувати це прохання та який запасний варіант можливий. Розширення контактів не повинно означати обов’язкового спілкування з людьми, які знецінюють досвід або чинять тиск. Якщо родинні зв’язки не забезпечують підтримки, потрібно шукати інші прийнятні ресурси.

11. Робота з родиною та близькими.

За згодою людини можна пояснити близьким, яка допомога потрібна зараз і як узгоджувати побутові обов’язки. Доцільно домовитися про спосіб повідомляти про перевантаження та про одну конкретну форму підтримки. Інформація, отримана на індивідуальній консультації, передається лише в погодженому обсязі. Включення сім’ї має підтримувати самостійність людини й не перетворюватися на контроль за кожною її реакцією.

Близьким можна запропонувати слухати без вимоги докладно переказувати травматичну подію, запитувати про потреби та уникати оцінювання темпу відновлення. Водночас члени родини також можуть мати власне виснаження. Психологу потрібно допомогти визначити реалістичні межі взаємної допомоги. Якщо всі обов’язки покладаються на одну особу, підтримка буде нестійкою. Доцільніше обговорити розподіл доступних дій і зовнішні ресурси, на які сім’я може спиратися.

12. Індивідуальний та груповий формати.

Індивідуальна робота дає змогу точніше визначити запит і межі обговорення. Групова підтримка може використовуватися для психоосвіти, обміну доступними способами організації повсякденності й розвитку контактів. Її проведення потребує попереднього пояснення правил участі, конфіденційності та можливості утриматися від відповіді. Кожен має право обрати прийнятний рівень відкритості. Обов'язкового публічного відтворення травматичного досвіду в запропонованому форматі не передбачається. Для підтримувальної групи можна обрати тему перевантаження або доступних опор, а завершення присвятити одному реалістичному кроку на найближчий час. Ведучий стежить, щоб порівняння досвіду не ставало змаганням у тяжкості втрат.

Тривалість, склад та частоту зустрічей визначає підготовлений фахівець відповідно до умов проведення.

13. Спрямування до спеціалізованої допомоги.

За наявності стійких або виражених посттравматичних проявів, істотного порушення повсякденного функціонування чи потреби в клінічному оцінюванні слід обговорити звернення до відповідного фахівця. NICE рекомендує травмофокусовані психологічні втручання для дорослих із ПТСР або клінічно значущими симптомами; психологічний дебрифінг не рекомендується як спосіб профілактики чи лікування ПТСР [33]. Самодопомога та підтримувальні зустрічі не мають відкладати потрібного спеціалізованого оцінювання. Таке спрямування потрібно зробити конкретним: пояснити мету, назвати доступний вид послуги, уточнити прийнятність формату та можливі перешкоди. Якщо людина погоджується, можна допомогти організувати перший контакт.

За безпосередньої небезпеки для життя, наміру самоушкодження або іншого невідкладного стану потрібні екстрена допомога та погоджений із фахівцями план безпеки [33]. Психолог діє в межах своєї компетентності й не призначає медикаментозного лікування.

14. Оцінювання користі психологічної підтримки.

Після погодженого періоду роботи потрібно повернутися до початкових цілей і запитати, що змінилося у конкретних повсякденних діях. Доцільно оцінити доступність відпочинку, виконання необхідних справ, звернення по допомогу та суб'єктивну керованість навантаження. Повторні шкали можуть доповнювати оцінювання за дотримання їхніх часових інструкцій. Водночас зміна балів у звичайному супроводі сама по собі не доводить причинної ефективності заходів, оскільки могли змінитися зовнішні обставини. Психологу варто фіксувати погоджені цілі, запропоновані кроки, реакцію людини та причини коригування плану. Якщо допомога не приносить очікуваної користі, потрібно переглянути відповідність формату потребам і необхідність спрямування.

Завершення контакту має включати обговорення того, що людина може застосовувати самостійно, які ознаки свідчитимуть про потребу повторного звернення та куди вона може звернутися. Узгоджений план має бути коротким і доступним у зручному для неї форматі.

15. Практики самотренінгу в повсякденному житті цивільної людини.

Викладені рекомендації можуть бути доповнені самотренінгом, під яким у цій роботі розуміємо регулярне самостійне вправляння в навичках саморегуляції, організації посильних дій і використання підтримки. Його зміст відповідає трьом напрямам аналізу психологічного стану: реагуванню на посттравматичні прояви, зменшенню суб'єктивного перевантаження та підтриманню позитивного ментального здоров'я. Практики призначені для цивільних дорослих, які прагнуть краще організовувати повсякденне життя в умовах тривалого воєнного стресу. Вони можуть використовуватися після ознайомлення з рекомендаціями психолога або як доступні способи щоденної самодопомоги. Загальними орієнтирами є запропоновані ВООЗ навички заземлення, дистанціювання від важких думок, дій відповідно до цінностей і доброзичливого ставлення до себе [40]. Наведені нижче назви, побутові

приклади та способи поєднання завдань є нашим методичним опрацюванням рекомендацій для цивільного воєнного контексту. Принцип добровільності, повага до можливостей людини та пріоритет практичних потреб узгоджуються з підходом першої психологічної допомоги [39].

Самотренінг доцільно включати в уже наявний розпорядок, обираючи короткий проміжок відносної безпеки. Для початку достатньо однієї практики тривалістю кілька хвилин. Людина визначає прийнятну тривалість і може завершити вправу раніше. Не потрібно одночасно виконувати всі запропоновані завдання або надолужувати пропущене. Під час повітряної тривоги, обстрілу чи іншої реальної загрози першочерговими залишаються захисні дії. Продовжувати вправляння можна після переходу в доступне безпечніше місце й задоволення нагальних потреб. Перед початком корисно відповісти собі на три запитання: «Що зараз відбувається навколо мене?», «Що найбільше ускладнює найближчу дію?», «Яка невелика допомога собі була б доречною?». Таке уточнення дозволяє обирати практику відповідно до потреби. Якщо увага захоплена спогадом, варто почати з орієнтування в теперішньому; якщо виснажує кількість справ, доречніше впорядкувати навантаження; якщо бракує контакту, обрати посильне звернення до іншої людини. Вибір не потребує самостійного встановлення діагнозу.

16. Повернення уваги до теперішньої ситуації,

Практика «Місце, опора, наступна дія» призначена для ситуацій, коли хвилювання або нав’язливий спогад заважає орієнтуватися в поточній справі. Спочатку людина називає місце, у якому перебуває, та одну ознаку теперішнього часу: наприклад, «Я зараз у квартирі, сьогодні ранок, я готуюся до робочої розмови». Далі помічає доступну зовнішню опору: контакт долоні зі столом, опору спини або звичний предмет поруч. Необхідно обирати нейтральне відчуття, яке не посилює дискомфорт. Після цього визначає одну конкретну дію, до якої можна повернутися: налити воду, відкрити потрібний документ або відповісти на повідомлення.

Можливий приклад застосування: після різкого звуку людина відволіклася від приготування їжі та відчула сильне напруження. Вона спочатку перевіряє, чи є реальна небезпека, за потреби виконує захисні дії. Якщо ситуація дозволяє залишатися на місці, помічає поверхню робочого столу, називає своє місцеперебування й обирає наступний безпечний крок. Метою є відновлення орієнтування та здатності діяти. Наявність страху після виконання вправи сама по собі не означає невдачі. Після практики можна запитати себе: «Чи краще я розумію, де перебуваю?», «Чи можу обрати наступний крок?», «Яка опора виявилася прийнятною?». Якщо зосередження на тілі неприємне, увагу переводять на нейтральний предмет або просте зовнішнє завдання. Корисно заздалегідь визначити дві доступні опори, щоб не шукати їх у момент сильного напруження.

17. Розмежування важкої думки та доступної дії.

Практика «Я помічаю цю думку» допомагає впорядкувати ситуацію, коли повторюване самозвинувачення або тривожний прогноз повністю захоплює увагу. Людина коротко називає думку, уникаючи докладного переказу травматичної події. Наприклад, замість безперервного повторення «Я нічого не здатний зробити» можна сказати: «Я помічаю думку, що зараз ні з чим не впораюся». Таке формулювання вводить невелику паузу між переживанням і наступною дією. Після паузи доречно уточнити: «Який факт мені відомий?», «Що залишається невизначеним?», «Що я можу зробити в найближчі десять хвилин?». Наприклад, цивільна людина відкладає звернення до соціальної служби, оскільки очікує відмови й повторює, що будь-які зусилля марні. Вона може назвати цей прогноз, перевірити, чи має фактичну відповідь установи, та обрати підготовчу дію: знайти номер телефону або записати одне запитання. Виконання такого кроку не гарантує позитивного рішення установи, але дозволяє відокремити прогноз від отриманої інформації. Якщо перешкода реальна, наступним завданням буде пошук іншого способу допомоги.

Не потрібно замінювати кожну важку думку позитивним твердженням чи переконувати себе у відсутності небезпеки. У воєнному контексті частина побоювань має реальні підстави. Доцільно зосереджуватися на тому, чи допомагає обраний спосіб міркування виконати необхідну дію, звернутися по підтримку або відпочити. Якщо повторення думки посилює переживання, вправу припиняють і повертаються до зовнішнього орієнтування. Після завершення можна відзначити, яку посильну дію вдалося обрати, навіть якщо емоційне напруження ще зберігається.

18. Впорядкування навантаження та меж відповідальності

Практику «Мій найближчий вплив» доцільно використовувати, коли кількість обов'язків створює відчуття безвиході. Людина називає одну конкретну проблему, а потім розмежовує три її складові: доступну власну дію, можливість залучити допомогу та обставини, які зараз неможливо змінити. Записувати всі проблеми життя одночасно не потрібно. Наприклад, у ситуації вимушеного переміщення власною дією може бути зібрати документи, допомогою – супровід знайомого до установи, а неконтрольованою обставиною – строк розгляду заяви. Такий поділ конкретизує відповідальність і дозволяє планувати зусилля відповідно до реальних можливостей.

Наступний крок полягає у визначенні мінімально достатньої дії. Замість завдання «вирішити всі побутові питання» людина обирає «уточнити порядок отримання однієї послуги». Потрібно назвати, коли й за яких умов цей крок доступний, а також що можна скоротити в разі виснаження. Якщо дзвінок виявляється складним, підготовчим кроком може бути запис запитання або прохання до близької людини бути поруч. Зменшення обсягу завдання є способом пристосувати його до стану й обставин.

Для щоденного застосування корисно обирати одну необхідну справу, одну відновлювальну дію та один можливий контакт. Ці орієнтири не повинні ставати новою нормою продуктивності. У день значного виснаження необхідною справою може бути задоволення базової потреби,

відновлювальною дією – коротка пауза, контактом – повідомлення довіреній людині. Наприкінці дня оцінюють, що було реально доступним, що завадило й яку частину плану варто змінити. Об’єктивні перешкоди не потрібно трактувати як особисту неспроможність.

19. Відновлення повсякденного ритму.

Практика «Дві опори дня» передбачає обрання двох повторюваних дій, які можна зберігати за більшості доступних умов. Однією опорою може бути коротке ранкове впорядкування необхідних справ, іншою – вечірнє завершення активності та підготовка до відпочинку. Важливим є зрозумілий порядок дій, який можна відновити після вимушеної перерви. Для людини, що доглядає за близькими, опорою може бути домовлена зміна догляду; для переміщеної особи – час контакту з родиною або доступний побутовий ритуал.

Доцільно заздалегідь обрати скорочений варіант кожної опори. Якщо звичний ранковий план потребує п’ятнадцяти хвилин, у складніший день достатньо назвати одну нагальну справу. Якщо вечірній відпочинок перервано тривогою, повернення до нього починають із найпростішої доступної дії після завершення захисних заходів. Така гнучкість дозволяє уникнути оцінювання дня як повністю втраченого через порушення розпорядку. Відновлення ритму пов’язується з повторним поверненням до опор, а не з бездоганним виконанням плану.

Окремого впорядкування може потребувати споживання інформації. Людина визначає, які повідомлення потрібні для безпеки й практичних рішень, а які лише багаторазово повторюють уже відоме. Обов’язкові сповіщення про загрозу залишають доступними; для додаткового перегляду новин можна обрати прийнятні проміжки часу. Перед відкриттям чергового повідомлення корисно запитати: «Яке рішення допоможе прийняти ця інформація?». Якщо відповіді немає, увагу можна повернути до поточної справи або контакту. Для людини, яка чекає звісток від близьких, такий порядок слід узгоджувати з реальною потребою залишатися на зв’язку.

20. Підтримання особисто значущої активності.

Практика «Мала дія зі змістом» починається з вибору того, що залишається важливим для людини: турботи, взаємності, навчання, професійної участі або збереження зв'язку з родиною. Далі потрібно назвати невелику дію, яка виражає цей напрям за теперішніх умов. Наприклад, цінність турботи може реалізуватися через коротку розмову з дитиною, цінність професійної участі – через одну посильну робочу дію, цінність навчання – через ознайомлення з невеликим фрагментом матеріалу. Обрана дія має відповідати власному вибору людини, а не зовнішнім очікуванням.

Корисно розрізняти особисто значущий напрям і конкретний результат. Людина може прагнути підтримувати родину, але не здатна самостійно усунути всі її труднощі. Вона може підтримувати цінність взаємності, навіть якщо сьогодні потребує допомоги більше, ніж може надати іншим. Це дозволяє зберігати зміст діяльності без вимоги постійно демонструвати силу. У разі втрати попередніх можливостей потрібно шукати доступну форму участі: коротший контакт, дистанційне долучення або тимчасово менший обсяг відповідальності.

Після виконання доцільно оцінювати, наскільки дія відповідала обраному напряму й наявним силам. Запитання «Чи стало одразу радісно?» може бути надто вузьким: значуща дія іноді супроводжується сумом або втомою. Більш доречно запитати: «Чи було це для мене важливим?», «Чи можу повторити це без надмірного виснаження?», «Яка підтримка потрібна наступного разу?». Якщо дія систематично забирає більше сил, ніж доступно, її обсяг переглядають. Підтримання позитивного ментального здоров'я не передбачає обов'язку відчувати позитивні емоції за будь-яких обставин.

21, Самопідтримка в день підвищеного напруження

Практика «Підтримувальна відповідь собі» доречна, коли до втоми або страху додається жорстке самооцінювання. Спочатку людина називає актуальний стан без оцінки характеру: «Мені важко зосередитися після тривожної ночі». Потім визнає конкретну потребу: «Мені потрібні

перепочинок і менший обсяг завдання». Завершує формулюванням доступної дії: «Я виконаю нагальну частину, а щодо решти домовлюся про інший строк». Така відповідь пов’язує саморозуміння з практичним рішенням.

Можна використати запитання: «Що я сказав би близькій людині за таких самих обставин?». Відповідь варто сформулювати просто й правдоподібно. Загальні запевнення, яким людина не довіряє, краще замінити конкретним визнанням зробленого: вона виконала захисні дії, подбала про базові потреби або звернулася по допомогу. Якщо частину справ не вдалося завершити, потрібно відокремити обставини, власне рішення та можливість виправлення. Самопідтримка сумісна з відповідальністю за доступні дії.

Після вправи доцільно зробити невеликий практичний крок: погодити перерву, відкласти несуттєве навантаження або попросити про участь. Якщо доброзичливі звернення до себе викликають неприйняття, можна обрати нейтральний стиль: «Зараз мої можливості такі; наступний доступний крок такий». Не потрібно примушувати себе до певного емоційного ставлення. Важливо, щоб формулювання допомагало точніше оцінювати потреби й обирати посильну дію.

22. Використання підтримувальних контактів

Практика «Конкретне прохання» допомагає перейти від загального відчуття самотності до перевірки доступних можливостей взаємодії. Спочатку людина визначає вид потрібної допомоги: вислухати, надати інформацію, допомогти зі справою або побути поруч. Потім обирає того, кому прийнятно адресувати прохання, і формулює його з урахуванням часу та обсягу. Наприклад: «Чи можеш сьогодні десять хвилин мене послухати без порад?» або «Чи зможеш допомогти уточнити одну адресу?». Чітке прохання полегшує іншій людині розуміння потреби й власних можливостей.

Доцільно передбачити запасний варіант на випадок відмови або відсутності зв’язку. Ним може бути інший знайомий, відповідна служба чи перенесення звернення на погоджений час. Відмову окремої людини не слід автоматично трактувати як доказ відсутності будь-якої підтримки. Водночас

повторне знецінення або тиск є підставою шукати інший контакт. Людина має право не пояснювати подробиць пережитої події для отримання побутової допомоги та може обмежити тему розмови.

Окремо корисно домовитися, як повідомляти про перевантаження у звичних стосунках. Коротке формулювання «Зараз мені потрібна пауза, повернуся до розмови пізніше» допомагає позначити межу без тривалого виправдовування. За можливості визначають час повернення до обговорення. У родині доцільно погодити одну конкретну форму взаємної підтримки, яка доступна обом сторонам. Це може бути розподіл побутового завдання або короткий контакт після складного дня. Кожна домовленість має враховувати стан та ресурси інших учасників.

23. Поєднання практик і самоспостереження

Для засвоєння навичок можна обрати гнучкий тижневий цикл. Спочатку людина знайомиться з однією практикою орієнтування в теперішньому й перевіряє її прийнятність у спокійніший момент. Далі додає один спосіб упорядкування справ, а потім – дію з підтримання значущої активності або контакту. Протягом наступних днів повертається до тих практик, які виявилися доречними. Послідовність може змінюватися залежно від актуальної потреби. Якщо зовнішні обставини різко погіршилися, цикл скорочують до задоволення базових потреб і доступної підтримки.

Самоспостереження доцільно вести коротко, письмово, усно або за допомогою доступного електронного запису. Достатньо відзначити ситуацію, обрану дію та її суб’єктивний результат. Наприклад: «Після тривожної ночі важко розпочати роботу; обрав одну нагальну справу й попросив перенести іншу; стало зрозуміліше, з чого почати». Такий запис описує конкретну користь і не потребує щоденного підрахунку всіх симптомів. За бажанням можна фіксувати напруження за особистою шкалою, використовуючи її лише для власного порівняння, а не для діагностування.

Показниками прийнятності практики можуть бути краща орієнтація в поточному завданні, можливість зробити паузу, реалістичніше визначення

навантаження або успішне звернення по допомогу. Зниження напруження може бути одним із результатів, але не є єдиним критерієм. Важливо помічати й небажані реакції: різке посилення переживань, виснаження або труднощі повернення до повсякденної ситуації. За таких реакцій конкретну вправу припиняють і обирають простішу форму підтримки. Повторюваний дискомфорт доцільно обговорити з психологом.

Для закріплення навичок людина може сформулювати особисту пам’ятку в одному абзаці: які ознаки перевантаження помічає першими, що допомагає орієнтуватися в теперішньому, яку справу може скоротити й до кого звернутися.

На наш погляд, самостійні практики не передбачають докладного відтворення травматичних спогадів, примусового контакту з нагадуваннями чи перевірки власної витривалості. За стійкого погіршення сну, значного обмеження повсякденних дій, частих епізодів втрати орієнтації або інших виражених труднощів доцільно звернутися до фахівця. Психологічну підтримку й спеціалізовану допомогу узгоджують із потребами людини та професійними рекомендаціями [33]. У межах запропонованого самотренінгу людина вправляється в доступних навичках підтримання функціонування, обираючи прийнятний темп і обсяг участі.

Отже, практичні рекомендації, розроблені нами поєднують професійну підтримку з доступними способами самодопомоги цивільних дорослих. Їх зміст охоплює актуальну безпеку, орієнтування в теперішньому, упорядкування навантаження, особисто значущу активність і підтримувальні контакти. Описані практики конкретизують можливі дії в умовах тривалого воєнного стресу та дозволяють враховувати індивідуальні потреби без вимоги однакового способу відновлення для всіх.

Висновки до розділу 2

У процесі емпіричного дослідження обстежено 38 цивільних громадян України віком 27–39 років, які постійно проживають в Україні та на момент опитування перебували в Запоріжжі.

За наведеними результатами методики PCL-5 переважають помірні та відчутні посттравматичні прояви. Сукупна частка категорій «відчутний» і «високий» становить 47,37 % за інтрузією та надмірною реактивною збудливістю, по 42,11 % – за уникненням і негативними змінами в думках та емоціях. За методикою PSS-10 помірний рівень сприйнятого стресу встановлено у 47,37 % респондентів, високий – у 31,58 %, низький – у 21,1 %. Помірний і високий рівні разом становлять 78,95 %, що характеризує переважання суб'єктивного стресового навантаження у вибірці. За методикою PMH-scale середній рівень позитивного ментального здоров'я виявлено у 47,37 % учасників, низький – у 36,84 %, високий – у 15,8 %. Сукупна частка низького та середнього рівнів становить 84,21 %, що актуалізує підтримку благополуччя та можливостей відновлення. Результати опрацьовано методами описової статистики: визначено відносні частоти та порівняно розподіли. Вони характеризують досліджувану групу, але не встановлюють індивідуальних зв'язків або причинного впливу між показниками.

Розроблено рекомендації щодо актуальної безпеки, психоосвіти, саморегуляції, впорядкування навантаження та підтримання позитивного ментального здоров'я. Їх доповнено описом самотренінгу для цивільних дорослих, який охоплює орієнтування в теперішньому, розмежування важких думок і доступних дій, визначення меж відповідальності, підтримання повсякденного ритму, значущої активності та соціальних контактів. Вибір практик узгоджується з потребами людини та актуальними умовами безпеки.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтувано й емпірично проаналізовано психологічні чинники прояву посттравматичної симптоматики цивільних громадян України, які проживають в умовах воєнного стану. Відповідно до поставлених завдань сформульовано такі висновки.

1. Проаналізовано теоретичні підходи до розуміння посттравматичної симптоматики та психологічних чинників її прояву. Посттравматичну симптоматику визначено як сукупність пов'язаних із потенційно травматичним досвідом проявів повторного переживання, уникнення, негативних змін у пізнавальній та емоційній сферах, підвищеного збудження й реактивності. Зіставлення когнітивного, транзакційного, ресурсного та екологічного підходів обґрунтовує необхідність урахування значення травматичної події для особистості, оцінювання життєвих вимог і можливостей подолання, втрати ресурсів та поточних стресорів. Сприйнятий стрес і позитивне ментальне здоров'я розглянуто як теоретично значущі психологічні характеристики, що доповнюють аналіз посттравматичних проявів. Наявність симптомів не ототожнюється з клінічним діагнозом, а позитивне ментальне здоров'я – з відсутністю психологічних труднощів.

2. Охарактеризовано особливості прояву посттравматичної симптоматики у цивільного населення в умовах воєнного стану. Її аналіз потребує врахування поєднання пережитих травматичних подій із загрозою, яка продовжується, повторюваності несприятливих обставин, порушення соціальних зв'язків, зміни життєвих ролей та обмеження можливостей відновлення. Для цивільних громадян, які постійно проживають в Україні, психологічне навантаження пов'язане як із травматичним досвідом, так і з необхідністю підтримувати повсякденну життєдіяльність у небезпечному середовищі. Тому адаптивну пильність і виконання вимог безпеки слід

відрізняти від реакцій на травматичні нагадування, а зовнішнє збереження активності не є достатньою підставою для висновку про психологічне благополуччя.

3. Емпірично описано вираженість посттравматичної симптоматики, сприйнятого стресу та позитивного ментального здоров'я у 38 цивільних громадян України віком 27–39 років, які на момент дослідження перебували в Запоріжжі. За поданою в роботі класифікацією результатів PCL-5 переважають помірні та відчутні прояви. Сукупна частка категорій «відчутний» і «високий» становить 47,37 % за інтрузією та надмірною реактивною збудливістю і по 42,11 % за уникненням та негативними змінами в думках і емоціях. Ці значення характеризують розподіл результатів у вибірці, а не поширеність клінічно встановленого ПТСР. За PSS-10 помірний рівень сприйнятого стресу мають 47,37 % респондентів, високий – 31,58 %, низький – 21,1 %. Отже, помірний або високий рівень встановлено у 78,95 % опитаних. За PMH-scale середній рівень позитивного ментального здоров'я виявлено у 47,37 %, низький – у 36,84 %, високий – у 15,8 %; сукупна частка низького та середнього рівнів становить 84,21 %. Частка низького рівня перевищує частку високого на 21,1 %, а чисельність відповідної групи є більшою приблизно у 2,33 раза. Таким чином, описовий статистичний аналіз виявив переважання помірного й високого сприйнятого стресу та середнього й низького позитивного ментального здоров'я на тлі наявних посттравматичних проявів.

4. Розроблено рекомендації щодо психологічної підтримки й самодопомоги цивільних дорослих із посттравматичними проявами. Професійна підтримка охоплює уточнення актуальної безпеки та потреб, психоосвіту, допомогу в саморегуляції, впорядкуванні навантаження й залученні соціальних ресурсів. Описаний самотренінг конкретизує доступні практики орієнтування в теперішньому, дистанціювання від важких думок, визначення посильних дій, підтримання повсякденного ритму, значущої активності та контактів. Практичне значення матеріалів полягає в можливості

їх використання психологами громадських організацій, соціальних служб і центрів психологічної допомоги, а також цивільними особами для щоденної самодопомоги з урахуванням актуальних умов життя.

Межі узагальнення результатів визначаються обсягом і локальним характером вибірки, використанням самозвітних методик та описовим способом статистичного опрацювання. Перспективи подальших досліджень пов’язані з аналізом індивідуальних зв’язків між показниками, розширенням вибірки та перевіркою ефективності запропонованих напрямів психологічної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В. Г. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т. 1, № 1. e010108. URL : https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8 (дата звернення: 01.09.2026).

2. Бойчук Ю., Кузнєцов М, Татієвська М., Корольов *І.* Специфіка прояву симптоматики птср в особистісному вимірі життя і діяльності військовослужбовців і цивільних осіб під час війни. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди.* Серія : Психологія. 2025. Випуск 72. URL : https://www.researchgate.net/publication/390929804_[accessed Oct 26 2026].

3. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*. 2022. № 2. С. 16–27. DOI : 10.26661/2310-4368/2022-2-2. (дата звернення: 11.09.2026).

4. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження : навч. посібник Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 241 с.

5. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.

6. Гершанов О. Основи роботи з травмою за підтримки Ради Європи у межах проекту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», 2014. 26 с.

7. Головаха Є. Зміни інтегральних показників соціального самопочуття і морально-психологічного стану населення України в роки незалежності. *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін*. Вип. 5 (19). Київ : Інститут соціології НАН України, 2018. С. 300–308.

8. Горностай П. Психологія колективних травм : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.

9. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України*, 2015. №1 (74). 390 с.

10. Данилюк І., Богучарова О. Вплив травмувального досвіду загрози життя на особистісний розвиток українців. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка.* Серія : Психологія. 2023. № 2(18). С. 47–55. DOI : https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.2(18).7

11. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

12. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. Серія : Педагогіка, психологія, філософія. Київ, 2016. Вип. 239. 95 с. 62

13. Карамушка, Л., Терещенко, К., Креденцер, О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія,* 2022, Вип. 3-4 (27), С. 85-94. DOI : https://doi.Org/10.31108/2.2022.3.27.8)

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

15. Кліманська М.Б., Галецька І.І. Психометрична характеристика опитувальника позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS. *Психологічний часопис.* 2020. №6 (4). С. 119–132. DOI : https://doi.org/10.31108/1.2020.6.4.10

16. Костючков С.К. Нейрокогнітивний хакінг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. *Вісник Львівського університету.* Серія : Філософсько-політологічні студії. 2020. Вип. 30. С. 161–169.

17. Лещук І, Бут Т, Зеленько Y, Франкова І. Чинники, асоційовані з тривалим горюванням, ПТСР та тривожно-депресивним дистресом серед осіб, які втратили близьких під час війни в Україні. *PMGP*. 2025. № 10 (3). URL : https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/658 (дата звернення: 06.10.2026).

18. Малогулко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Т.1. Київ, 2018. 208 с.

19. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум / Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

20. Олійников Г. Психогенії та протиправна поведінка осіб із посттравматичними стресовими розладами, постраждалих у результаті антитерористичної операції. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2017. № 2. Т. 2. С. 125–130.

21. Титаренко Т. М. Воєнна повсякденність: як розширити вікно можливостей для самовідновлення. *Вісник Національної академії педагогічних наук України.* 2023. Т. 5, № 2. С. 1–5. DOI : 10.37472/v.naes.2023.5224. (дата звернення: 06.10.2026).

22. Фролова Н. В. Психологічні особливості травматичногодосвіду українців під час війни. *Психологія і суспільство*. 2024. № 1. С. 188-196. DOI : https://doi.org/10.35774/pis2024.01.188

23. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28, № 6. P. 489–498. DOI : https://doi.org/10.1002/jts.22059. (дата звернення: 06.10.2026).

24. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?

American Psychologist. 2004. Vol. 59, № 1. P. 20–28. DOI : https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20. (дата звернення: 06.10.2026).

25. Bonanno G. A., Westphal M., Mancini A. D. Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 7. P. 511–535. DOI : https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526. (дата звернення: 19.10.2026).

26. Bovin M. J., Marx B. P., Weathers F. W., Gallagher M. W., Rodriguez P., Schnurr P. P., Keane T. M. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28, № 11. P. 1379–1391. DOI : https://doi.org/10.1037/pas0000254. (дата звернення: 06.10.2026).

27. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68, № 5. P. 748–766. DOI : https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748. (дата звернення: 11.10.2026).

28. Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996. Vol. 103, № 4. P. 670–686. DOI : https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670. (дата звернення: 15.10.2026).

29. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019. Vol. 394, № 10194. P. 240–248. DOI : https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1. (дата звернення: 06.10.2026).

30. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., Bisson J. I., Roberts N. P., Maercker A., Karatzias T., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. Acta *Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138, № 6. P. 536–546. DOI : https://doi.org/10.1111/acps.12956. (дата звернення: 18.09.2026).

31. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24, № 4. P. 385–396. DOI : https://doi.org/10.2307/2136404. (дата звернення: 09.09.2026).

32. Dunn T. J., Baguley T., Brunsden V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*. 2014. Vol. 105, № 3. P. 399–412. DOI : https://doi.org/10.1111/bjop.12046.

33. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, № 4. P. 319–345. DOI : https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0. (дата звернення: 06.10.2026).

34. Ennis N., Sijercic I., Monson C. M. Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 88. 102049. DOI : https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102049. (дата звернення: 06.10.2026).

35. Figueiredo S., Hefter D. PTSD assessment in Ukrainian refugees using the PCL-5: linguistic and cultural challenges. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. 1659301. DOI : https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1659301. (дата звернення: 17.10.2026).

36. Foa E. B., Kozak M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986. Vol. 99, № 1. P. 20–35. DOI : https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20. (дата звернення: 06.10.2026).

37. Frankova I., Senyk O., Avramchuk O., Leshchuk I., Rudys A., Kurapov A., Goral A. Psychometric properties of the revised Ukrainian version of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) in the context of the Russo-Ukrainian war. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. Vol. 16, № 1. 2463186. DOI : https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2463186. (дата звернення: 06.10.2026).

38. Ho G. W. K. et al. Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war.

Journal of Traumatic Stress. 2023. Vol. 36, № 4. P. 820–829. DOI : https://doi.org/10.1002/jts.22943.

39. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, № 3. P. 513–524. DOI : https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513. (дата звернення: 21.10.2026).

40. Hobfoll S. E. et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007. Vol. 70, № 4. P. 283–315. DOI : https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283. (дата звернення: 21.10.2026).

41. Holm S. A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*. 1979. Vol. 6, № 2. P. 65–70. URL : https://www.jstor.org/stable/4615733 (дата звернення: 06.10.2026).

42. Karatzias T. et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147, № 3. P. 276–285. DOI : https://doi.org/10.1111/acps.13529. (дата звернення: 25.10.2026).

43. Kessler R. C. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8, suppl. 5. 1353383. DOI : https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383. (дата звернення: 25.10.2026).

44. Keyes C. L. M. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005. Vol. 73, №3. P. 539–548. DOI : https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539.

45. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984. 445 p.

46. Lukat J., Margraf J., Lutz R., van der Veld W. M., Becker E. S. Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*. 2016. Vol. 4. Article 8. DOI : https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x. (дата звернення: 06.10.2026).

47. Miller K. E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health 15 years on: implications of an ecological framework for addressing the mental health of conflict-affected populations. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2024. Vol. 33. e78. DOI : https://doi.org/10.1017/S2045796024000830. (дата звернення: 01.09.2026).

48. Miller K. E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 70, № 1. P. 7–16. DOI : https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029. (дата звернення: 06.10.2026).

49. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder : NICE guideline NG116. 2018. URL : https://www.nice.org.uk (дата звернення: 06.10.2026).

50. Ozer E. J., Best S. R., Lipsey T. L., Weiss D. S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003. Vol. 129, № 1. P. 52–73. DOI : https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52. (дата звернення: 06.10.2026).

51. Roberts B. et al. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019. Vol. 28, №1. P. 100–111. DOI : https://doi.org/10.1017/S2045796017000385. (дата звернення: 06.10.2026).

52. Silove D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*. 2013. Vol. 11, № 3. P. 237–248. DOI : https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000005.

53. Wang Y., Chung M. C., Wang N., Yu X., Kenardy J. Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 85. 101998. DOI : https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998.

54. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P., Schnurr P. P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD.

2013. URL : https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp (дата звернення: 06.10.2026).

55. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid : guide for field workers. Geneva : World Health Organization, 2011. 60 p. URL : https://www.who.int/publications (дата звернення: 06.10.2026).

56. World Health Organization. Doing what matters in times of stress : an illustrated guide. Geneva : World Health Organization, 2020. 132 p. URL : https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927 (дата звернення: 06.10.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Перелік симптомів ПТСР» PCL-5 Ф. Везерса та співавторів в українському перекладі, представленому В. Безшейком

Інструкція*:* Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт)

Перелік симптомів ПТСР						
№	**Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували**	**Зовсім не виражено**	**Інколи**	**Помірно**	**Відчутно**	**Дуже часто**
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов’язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4

7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць…), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4

15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Інтерпретація результатів

Шкала оцінює основні критерії ПТСР, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу та зміну тяжкості у процесі лікування. Пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР DSM-5:

— Критерій A – наявність травматичної події.

— Критерій B – 5 запитань стосовно симптомів інтрузії.

— Критерій C – 2 запитання щодо симптомів уникнення.

— Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій.

— Критерій E – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості.

— Критерій F – тривалість симптомів (має бути >1 місяця).

— Критерій G – Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв B та C, а також 2 або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та E.

Тривалість симптомів має складати >1 місяця. «Загальні рейтинги» є допоміжними для визначення ступеню функціональних порушень, тяжкості розладу.

Додаток Б

«Шкала сприйманого стресу»

(Perceived Stress Scale-10, PSS-10) -Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R., 1983 в адаптації Вельдбрехт О. О., Тавровецької Н. І.

Інструкція: Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує ЯК ЧАСТО ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

№	питання	варіанти відповідей				
		0	1	2	3	4
1	Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
2.	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
3.	Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
4.	Як часто за останній місяць ви не були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
5.	Як часто за останній місяць ви не відчували, що все відбувається по- вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
6.	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто

7.	Як часто за останній місяць ви не були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
8.	Як часто за останній місяць ви не почувалися «господарем становища»?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
9.	Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто
10.	Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?	ніколи	майже ніколи	інколи	доволі часто	часто

Індивідуальні бали за PSS можуть варіюватися від 0 до 40, причому вищі бали вказують на вищий рівень стресу.

Інтерпретація результатів:

Отримані бали	**Рівень сприйнятого стресу**	**Опис**
0 – 13	Низький	Слабо сприйнятий стрес
14 – 26	Помірний	Помірно сприйнятий стрес
27 – 40	Високий	Сильно сприйнятий стрес

Додаток В

«Шкала позитивного ментального здоров'я»

(Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W M. van der Veld, & E.S. Becker)

Загальна характеристика методики:

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W M. van der Veld, & E.S. Becker) включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала. Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Інструкція для учасників опитування:

Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

Пункт	**Не вірно**	**Скоріше не вірно**	**Скоріше вірно**	**Вірно**
	1	2	3	4
1. Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої				
2. Я насолоджуюся життям				
3. Загалом я відчуваю задоволення від життя				
4. Загалом я відчуваю впевненість				
5. Я справляюся із задоволенням своїх потреб				
6. Я – в гарній фізичній формі і в гарному емоційному стані				

7. Я відчуваю, що здатний/здатна справлятися з життям і його труднощами				
8. Багато з того, що я роблю, приносить мені радість				
9. Я – спокійна і врівноважена				

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів. Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів.