МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-1
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Аксьонова Ольга Володимирівна
Керівник: викладач кафедри психології
Неманежина А. О.
Науковий консультант: д-р психол. наук,
професор кафедри психології Ткалич М. Г.,
Рецензент: к. пед. н., доцент кафедри
педагогіки та психології освітньої
діяльності Козич І. В.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Аксьоновій Ользі Володимирівні

Тема роботи Психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону

керівник роботи Неманежина А. О., викладач кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати теоретичні підходи до трактування психоемоційного стану особистості; охарактеризувати психоемоційний стан особистості в умовах психологічної травми; визначити психоемоційні реакції батьків після повернення дітей з полону; емпірично дослідити психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону; розробити програму психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону, визначити її ефективність та рекомендації щодо психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону.

5. Перелік графічного матеріалу: 5 таблиць, 5 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Неманежина А. О., виклалач		
Розділ 1	Неманежина А. О., виклалач		
Розділ 2	Неманежина А. О., виклалач		
Розділ 3	Неманежина А. О., виклалач		
Висновки	Неманежина А. О., виклалач		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ О. В. Аксьонова

Керівник роботи _____ А. О. Неманежина

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 62 сторінки, 5 таблиць, 5 рисунків, 45 джерел.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан особистості.

Предмет дослідження – психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону; розробити програму психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону.

Гіпотеза дослідження: батьки, чиї діти повернулися з полону, характеризуються підвищеним рівнем тривожності, сприйнятого стресу та вираженою вторинною травматизацією. Вважаємо, що цілеспрямована програма психологічної підтримки сприятиме зниженню психоемоційного напруження, зменшенню проявів тривожності та вторинної травматизації.

Методи дослідження: аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, класифікація; бесіда, опитування; якісний та кількісний аналіз.

Наукова новизна: узагальнено теоретичні підходи до трактування психоемоційного стану особистості; набули подальшого розвитку психоемоційні стани особистості в умовах психологічної травми. Уперше розроблено й апробовано цілісну програму психологічної підтримки, спрямовану на зниження психоемоційного напруження та вторинної травматизації батьків, які повертають дитину до життя після полону.

Галузь використання: практичні психологи, психотерапевти, соціальні працівники.

ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ, ЕМОЦІЙНЕ ВИСНАЖЕННЯ, ІНТРУЗІЇ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА, СТРЕС, ТРИВОЖНІСТЬ, УНИКНЕННЯ.

SUMMARY

Aksonova O. V. Psycho-emotional features of parents whose children returned from captivity.

The qualifying work consists of Iintroduction, 3 Chapters, Conclusion, References (45 items, 12 of foreign origin). The qualifying work volume is 67 pages long, 62 of them – main text. There are 5 tables and 5 illustrations.

The qualification work gives theoretical survey and describes an empirical study of the psycho-emotional features of parents whose children returned from captivity. The master's thesis is composed of 3 chapters, each of which is devoted to a different aspect of studying the psycho-emotional features of parents whose children returned from captivity.

The research object: psycho-emotional features of individual.

The research subject: psycho-emotional features of parents whose children returned from captivity.

The research goal: is to theoretically substantiate and empirically investigate the psycho-emotional features of parents whose children have returned from captivity; to develop a program of psychological support for parents whose children have returned from captivity.

The research tasks are:

– to analyze theoretical approaches to the interpretation of the psycho-emotional state of the individual;

– to characterize the psycho-emotional state of the individual in conditions of psychological trauma;

– to determine the psycho-emotional reactions of parents after the return of children from captivity;

– to empirically investigate the psycho-emotional features of parents whose children have returned from captivity;

– to develop a program of psychological support for parents whose children have returned from captivity, to determine its effectiveness and recommendations for psychological support for parents whose children have returned from captivity.

Chapter 1 «Theoretical principles of researching psycho-emotional features of parents whose children returned from captivity» theoretical approaches to the interpretation of the psycho-emotional state of the individual are analyzed; the psycho-emotional state of the individual in conditions of psychological trauma is characterized; the psycho-emotional reactions of parents after the return of children from captivity are determined.

Chapter 2 «Empirical study of psycho-emotional features of parents of children whose children returned from captivity» the organization and methods of empirical research into the psycho-emotional characteristics of parents whose children returned from captivity are described; the results of the research into the psycho-emotional characteristics of parents whose children returned from captivity are analyzed.

Chapter 3 «Psychological support for parents whose children returned from captives» the program of psychological support for parents whose children returned from captivity was substantiated; the effectiveness of the program of psychological support for parents whose children returned from captivity was analyzed; recommendations were developed for psychological support for parents whose children returned from captivity.

Key words: secondary trauma, emotional exhaust, intrusions, psycho-emotional state, psychological trauma, stress, anxiety, avoidance.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ 13
1.1. Теоретичні підходи до трактування психоемоційного стану особистості 13
1.2. Психоемоційний стан особистості в умовах психологічної травми 17
1.3. Психоемоційні реакції батьків після повернення дітей з полону 25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ 29
2.1. Організація і методи емпіричного дослідження психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону 29
2.2. Аналіз результатів дослідження психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону 35
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ 41
3.1. Програма психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону 41
3.2. Аналіз ефективності програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону 49
3.3. Рекомендації щодо психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону 55
ВИСНОВКИ 60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Російсько-українська війна стала безпрецедентним викликом для українського суспільства, торкнувшись кожної сфери життя та спричинивши масштабні гуманітарні, соціально-психологічні та демографічні наслідки. Одним із найболючіших явищ війни є перебування українських військовослужбовців та цивільних у російському полоні. За останні роки тисячі українських родин зіткнулися з тривалим очікуванням, невизначеністю, страхом за життя близьких та постійним емоційним виснаженням. Повернення дітей, переважно військовослужбовців, із полону є подією, що поєднує радість, полегшення і водночас надзвичайну психологічну складність як для самих колишніх полонених, так і для їхніх батьків.

Батьки, чиї діти перебували в полоні, фактично проживають два шари травми: травму очікування та невизначеності, а згодом – травму адаптації до реальності, у якій їхня дитина повертається з тяжким досвідом катувань, насильства, депривації, психологічного тиску. Після повернення таких військовослужбовців родини часто опиняються в ситуації так званої «прихованої травматизації», коли зовні все виглядає як щасливе завершення історії, однак усередині сімейної системи зберігається високе психоемоційне напруження, нестабільність і страх повторення небезпеки. Батьки стають ключовими фігурами, які намагаються підтримати дитину, забезпечити безпеку, допомогти в реадаптації, водночас долаючи власні переживання. Це призводить до формування виснаження, тривожних розладів, підвищеного рівня стресу та симптомів вторинної травматизації.

В українській та міжнародній науковій спільноті сформувався значний масив досліджень, присвячених вивченню психоемоційних станів та реакцій особистості на стресові й кризові обставини, що представлений працями О. Вавринів, В. Гаврилькевич, О. Кордона, М. Крет, М. Кузнєцова,

Н. Левчук, Т. Палько, Т. Пономаренко, К. Травіної, А. Терещук, О. Хомчук, О. Фірстової, І. Фоменко, О. Христук, М. Шпак та інших дослідників. Поряд із цим окремий науковий напрям становлять дослідження, що зосереджені на аналізі травматичних подій, їх наслідків та механізмів подолання, серед яких праці Н. Абрамян, О. Блінова, Д. Брієра, Дж. Герман, Н. Гоцуляк, Ю. Гундертайло, О. Дейнеки, К. Скота, Ю. Іванової, В. Климчука, З. Ковальчук, Г. Коробейнікова, І. Кучманич, Р. Мороза, Т. Титаренко, О. Туриніної, Ю. Федоренк та ін. Їхні роботи становлять теоретико-методологічне підґрунтя для сучасних досліджень травматичного досвіду, зокрема й у контексті наслідків російсько-української війни.

У контексті триваючої російсько-української війни питання психологічної підтримки членів родин військовослужбовців набуває особливої важливості. Значна кількість українців і надалі перебувають у російському полоні, а процеси їхнього повернення тривають. Кожне повернення супроводжується високим емоційним та психологічним навантаженням для батьків, які часто залишаються поза фокусом державних та громадських програм допомоги. Натомість саме вони потребують цілеспрямованої психологічної підтримки, адже їхній стан безпосередньо впливає як на власне благополуччя, так і на ефективність відновлення дитини після полону.

Попри значну кількість досліджень, що стосуються посттравматичних порушень у військовослужбовців, проблема психоемоційного стану членів їхніх родин, зокрема батьків, залишається недостатньо вивченою. Наявні дослідження здебільшого зосереджуються на подружжях або дітях військових, тоді як батьківська підсистема, яка має іншу мотиваційну, емоційну та рольову структуру, досі залишається поза достатньою увагою науковців та практиків. Крім того, феномен вторинної травматизації батьків, які проживають страждання дитини опосередковано, у вітчизняній психологічній науці майже не досліджений.

Актуальність і означена проблема зумовили вибір теми магістерського дослідження: «Психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону».

Об’єкт дослідження – психоемоційний стан особистості.

Предмет дослідження – психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону; розробити програму психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що батьки, чиї діти повернулися з полону, характеризуються підвищеним рівнем тривожності, сприйнятого стресу та вираженою вторинною травматизацією. Вважаємо, що цілеспрямована програма психологічної підтримки сприятиме зниженню психоемоційного напруження, зменшенню проявів тривожності та вторинної травматизації.

Для досягнення мети було визначено такі завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до трактування психоемоційного стану особистості.

2. Охарактеризувати психоемоційний стан особистості в умовах психологічної травми.

3. Визначити психоемоційні реакції батьків після повернення дітей з полону.

4. Емпірично дослідити психоемоційні особливості батьків, діти яких повернулися з полону.

5. Розробити програму психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону, визначити її ефективність та рекомендації щодо психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, синтез, систематизація, узагальнення, класифікація;

емпіричні: бесіда, опитування; психодіагностичні: «Шкали тривожності» Спілбергера-Ханіна, «Шкала сприйнятого стресу» (PSS) та «Шкала вторинної травматизації» (Б. Брайда, М. Робінсона, Б. Єгідіс, К. Фіглі; математико-статистичні: якісний та кількісний аналіз результатів емпіричного дослідження психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що узагальнено теоретичні підходи до трактування психоемоційного стану особистості; набули подальшого розвитку психоемоційні стани особистості в умовах психологічної травми. Уперше розроблено й апробовано цілісну програму психологічної підтримки, спрямовану на зниження психоемоційного напруження та вторинної травматизації батьків, які повертають дитину до життя після полону.

Практична значущість результатів дослідження полягає в розробці програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону та рекомендацій щодо психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону. Результати дослідження можуть бути корисними для практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, які надають підтримку сім’ям, діти яких повернулися з полону.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечуються комплексом теоретичних, методологічних та емпіричних підходів, які гарантують об’єктивність отриманих даних і точність зроблених висновків. Насамперед достовірність забезпечено опорою на сучасні науково обґрунтовані концепції психології травми, стресу, вторинної травматизації та посттравматичних реакцій, що дозволило інтерпретувати результати в межах визнаних теоретичних моделей. Для збору емпіричного матеріалу застосовано стандартизовані, валідизовані та надійні психодіагностичні методики (методика Спілбергера-Ханіна, шкала сприйнятого стресу PSS, шкала вторинної травматизації Б. Брайда та ін.), які широко використовуються у світовій практиці дослідження травматичних станів.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечуються використанням кількох взаємодоповнювальних показників (тривожності, стресу, вторинної травматизації), що дало змогу сформувати цілісну картину психоемоційного стану батьків, а також опорою на сучасні науково обґрунтовані концепції психології травми, стресу та посттравматичних реакцій, які забезпечили коректність інтерпретації даних у межах визнаних теоретичних моделей; достовірність підсилюється застосуванням стандартизованих, валідизованих психодіагностичних методик та порівнянням результатів констатувального і контрольного етапів, що дозволило чітко відстежити стійку позитивну динаміку після впровадження програми психологічної підтримки.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження представлені на університетській конференції «Молода наука – 2025» на тему «Психологічні особливості адаптації батьків до змін у поведінці звільнених з полоні дітей», яка проходила з 14 по 18 квітня 2025 року в м. Запоріжжі.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 45 найменувань. Загальний обсяг роботи – 67 сторінок, з них основного тексту – 62 сторінки. Робота містить 5 таблиць та 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ

1.1. Теоретичні підходи до трактування психоемоційного стану особистості

Психоемоційний стан особистості є одним із ключових понять сучасної психологічної науки, оскільки він визначає якість взаємодії людини з довкіллям, особливості її поведінки, здатність до адаптації та реагування на життєві події. У наукових дослідженнях психоемоційний стан розглядається як комплексний динамічний феномен, що об’єднує емоційні переживання, когнітивні процеси, фізіологічні реакції та поведінкові прояви, які виникають у відповідь на внутрішні та зовнішні стимули. Саме тому різні наукові підходи трактують дане поняття через призму емоційної регуляції, психофізіологічних механізмів, особистісних особливостей та соціального контексту.

Психоемоційні стани розглядають як змінні, періодично повторювані емоційні реакції людини, що виникають у відповідь на різні чинники – життєві ситуації, фізичний стан, соціальне оточення та інші впливи. Подібно до інших психічних явищ, вони проявляються як у формі внутрішніх переживань і думок, усвідомлюваних особою, так і у вигляді процесів, що можуть перебувати на несвідомому рівні психіки. Важливо підкреслити, що їх природа не завжди піддається безпосередньому спостереженню чи вимірюванню за допомогою інструментів природничих наук.

Попри значну увагу дослідників до проблеми психоемоційних станів, у сучасній психологічній науці все ще немає усталеного, однозначного та універсально прийнятого визначення цього поняття. У науковому дискурсі

дослідники послуговуються різними дефініціями – «психічний стан», «емоційний стан», «психоемоційний стан», що свідчить про багатовимірність і складність самого феномену.

На думку В. Гаврилькевич та О. Фірстової, емоційний стан особистості становить собою внутрішню емоційну ситуацію, зумовлену конкретними умовами чи подіями. Він включає сукупність характеристик та емоційних проявів, які відображають те, наскільки людина готова діяти, реагувати або адаптуватися в певний момент. Іншими словами, емоційний стан можна розглядати як суб'єктивне емоційне самопочуття чи настрій особистості [6, 43]. Запропоноване визначення підкреслює двокомпонентну структуру емоційного стану. Перший аспект – зовнішній, що включає поведінкові, мімічні й інші помітні реакції, які можуть бути оцінені як самою людиною, так і оточенням. Другий аспект – внутрішній, який пов'язаний із глибинними переживаннями та почуттями, доступними лише самій особистості й усвідомлюваними через власний досвід та інтерпретацію настрою.

Автори О. Вавринів та О. Христук, які описують психоемоційний стан як інтегральну, цілісну характеристику психічної діяльності особистості протягом певного проміжку часу, яка відображає специфіку перебігу психічних процесів, залежних від інтерпретації людиною подій, її попереднього досвіду, індивідуально-психологічних особливостей та особистісних ресурсів. Формування психоемоційного стану відбувається під впливом різноманітних життєвих обставин, зокрема стресових ситуацій, міжособистісних конфліктів або кризових переживань, які часто можуть провокувати інтенсивні негативні емоційні реакції [5, 12–13].

Психоемоційний стан особистості, на думку Т. Палько та К. Травіної формується під впливом двох ключових чинників: сили та характеру актуальної потреби, а також суб'єктивної оцінки можливості її реалізації. Коли людина вважає, що ймовірність задоволення потреби є високою, виникають позитивні переживання; у разі низької ймовірності – домінують

негативні емоції [23, 836]. Іншими словами, якщо умови довкілля сприяють швидкому та легкому досягненню бажаного, у свідомості з'являються позитивні емоційні стани – радість, піднесення, захоплення. Навпаки, коли задоволення потреби здається малоймовірним або недосяжним, формується емоційно негативний фон, зокрема відчуття тривоги.

Науковці зазначають, що психоемоційні стани охоплюють різні аспекти психічної активності, зокрема емоційні реакції (емоції, настрої, афекти, тривожність), вольові прояви (рішучість, нерішучість), а також когнітивні стани, пов'язані із зосередженістю чи роздумами. У дослідженнях підкреслюється, що ці стани можуть значно різнитися за тривалістю та інтенсивністю: одні з них мають короткочасний, миттєвий характер, інші можуть бути відносно стійкими або навіть переходити у хронічні форми. З практичного погляду психоемоційні стани часто поділяють на короткотривалі, тривалі та перманентні, або ж на оперативні, поточні й стійкі. Формування психоемоційного стану залежить від того, як людина сприймає та інтерпретує обставини, у яких вона перебуває, а також від того, як ці події співвідносяться з її потребами, цінностями та попереднім досвідом [14].

Розширюючи наукове розуміння природи психоемоційних станів М. Кузнєцов, К. Фоменко та О. Кузнецов підкреслюють, що будь-який психоемоційний стан є водночас і суб'єктивним переживанням особистості, і діяльністю різних функціональних систем організму. Науковці зазначають, що психоемоційний стан має зовнішні прояви та відображається у зміні результативності й характеру виконуваної діяльності [19].

Психоемоційний стан людини може супроводжуватися як посиленням, так і зниженням інтенсивності функціонування організму. Залежно від цього виокремлюють стани емоційного збудження та емоційного пригнічення. До емоційно збуджених станів належать піднесення, захоплення, неспокій, хвилювання, пожвавлення, а також тривога, страх, гнів і лють. Такі переживання спричиняють фізіологічні зміни: прискорення серцевого ритму

та дихання, напруження м’язів, підвищення артеріального тиску та рівня глюкози в крові. Подібні реакції виконують мобілізаційну функцію, активізуючи енергетичні ресурси організму. Психоемоційні стани пригнічення – нудьга, смуток, туга, апатія, безпорадність, горе, саможаління характеризуються зниженням настрою та загальної активності. Їх часто відносять до депресивних, оскільки вони гальмують як психічну, так і фізичну діяльність людини [6, 46].

Крім збуджуючих та пригнічуючих емоційних станів, існують також гармонізуючі стани, що позитивно впливають на організм. До них належать переживання любові, вдячності та внутрішньої злагоди. Доведено, що такі емоції урівноважують роботу симпатичного й парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи та сприяють оптимізації енергетичного обміну. Подібні результати були отримані в експериментальних дослідженнях, проведених у HeartMath Institute [40].

Отже, проведений теоретичний аналіз свідчить, що поняття психоемоційного стану є багатовимірним і розглядається сучасною психологічною наукою як інтегральне утворення, що поєднує емоційні переживання, когнітивні процеси, фізіологічні реакції та поведінкові прояви особистості. Попри тривалу історію вивчення цього феномену, у науковому дискурсі не існує єдиного універсального визначення психоемоційного стану, що зумовлено його складністю, мінливістю та залежністю від широкого спектра внутрішніх і зовнішніх чинників.

Узагальнення підходів різних авторів дає змогу стверджувати, що психоемоційний стан визначається як цілісна характеристика психічного функціонування, яка відображає специфіку реагування людини на події, умови та життєві обставини. Різні вчені підкреслюють такі ключові аспекти цього явища: суб’єктивність переживань, їх нерозривний зв’язок із діяльністю організму, двокомпонентну структуру (внутрішні переживання та зовнішні прояви), залежність від актуальних потреб і можливостей їх реалізації, а також від індивідуально-психологічних особливостей і життєвого досвіду.

1.2. Психоемоційний стан особистості в умовах психологічної травми

Психологічна травма є одним із найпотужніших чинників, що впливає на психоемоційний стан особистості, докорінно змінюючи її внутрішню рівновагу, способи реагування та здатність до адаптації. Травматична подія порушує базові відчуття безпеки, стабільності та передбачуваності світу, що призводить до активізації інтенсивних емоційних, когнітивних і фізіологічних реакцій. У таких умовах психоемоційний стан формується не лише як ситуативна відповідь на стресор, а й як прояв глибинних процесів дезорганізації психіки, що впливають на самооцінку, поведінку та міжособистісні взаємини.

Дослідниця О. Христук трактує психологічну травму (психотравму), спираючись на етимологічні витоки поняття (грец. psyche – душа, trauma – пошкодження), як сукупність залишкових афективних переживань, зумовлених впливом зовнішніх стресорів. Такі переживання викликають психічний дискомфорт і чинять патологізуючий вплив на функціонування особистості. У ширшому, метафоричному сенсі психотравму розглядають як будь-яке глибоке потрясіння, здатне суттєво змінювати психоемоційний стан людини, її поведінку та життєвий шлях. Дослідниця наголошує, що ключовою внутрішньою суперечністю травматичного досвіду є зіткнення двох протилежних прагнень: з одного боку, бажання витіснити болісні спогади зі свідомості, з іншого – потреба поділитися ними та висловити пережите вголос [32, 183].

Вчена Н. Гоцуляк визначає психологічну травму як подію або ситуацію, що зачіпає важливі сфери життя людини та спричиняє інтенсивні внутрішні переживання. Науковиця підкреслює, що травматичний досвід виникає тоді, коли природна інстинктивна реакція організму на загрозу не була завершена, що й призводить до появи психічної травми [8, 378].

Дослідниця І. Савченко визначає психологічну травму як особливий тип переживання, у центрі якого перебуває інтенсивний емоційний стан. Провідна роль емоцій у структурі психотравми зумовлена їхнім значенням для цілісної організації психічних процесів та функціонування особистості, а також тісним взаємозв'язком емоційної сфери з соматичними системами [26, 99–100].

За спостереженнями Ю. Іванової, пережита психотравма на фізіологічному рівні порушує біохімічний баланс та функціонування мозку, що здатне зумовлювати появу різноманітних станів – від відчуття емоційного оніміння та підвищеної збудливості до провалів у пам'яті, ослаблення імунного захисту та інших змін у роботі організму. Ключовою особливістю психологічної травми, як специфічної реакції на стрес, є те, що вона формує тривалі, часто стійкі емоційні й поведінкові відповіді на травматичний досвід, які можуть зберігатися значно довше, ніж сама подія [11, 346].

У своєму науковому доробку О. Туриніна пропонує низку характеристик, що дозволяють відрізнити психологічну травму від фізичної:

– по-перше, психологічна травма має зовнішнє походження, але водночас формується на внутрішньому, інтрапсихічному рівні. Це означає, що психіка здатна сама відтворювати та поглиблювати травматичний досвід через думки, спогади, емоції та афективні реакції;

– по-друге, така травма є невидимою та може бути розпізнана лише через непрямі прояви – насамперед через відчуття душевного болю. Природна реакція людини на будь-який біль полягає у прагненні уникнути його або відсторонитися, однак важливо пам'ятати, що біль виконує сигнальну функцію: він вказує на наявність ушкодження й активує механізми відновлення та збереження життя організму [29].

Психотравмуюче переживання розглядається як стан, що впливає на особистість унаслідок своєї глибини, тривалості або повторюваної дії. Не кожна сильна чи вражаюча емоція є травматичною; психотравмою вважаються лише ті негативні переживання, які здатні спричинити

порушення психічного або соматичного характеру. Важливою рисою психотравмуючих переживань є те, що вони займають центральне, значуще місце в системі ставлень особистості, визначаючи її реакції на події та взаємодію з реальністю [26, 100].

Аналіз будь-якого глибокого переживання показує, що його зміст пов'язаний зі ставленням людини до важливих аспектів життя. Болючі події, такі як втрата роботи, наклеп, подружня зрада, смерть близької людини, невдача у досягненні значущої мети чи травмоване самолюбство стають джерелом психотравми лише тоді, коли вони торкаються особистісно важливих сфер і порушують систему значущих взаємин людини з довкіллям.

Наслідки пережитої психологічної травми майже завжди супроводжуються розвитком травматичного стресу. Під травматичним стресом розуміють специфічний різновид загальної стресової реакції, що виникає тоді, коли інтенсивність стресора перевищує індивідуальні психологічні, фізіологічні та адаптивні ресурси людини, фактично руйнуючи її захисні механізми. Водночас не кожен вплив чи подія автоматично призводить до виникнення травматичного стресу. Психологічна травматизація можлива за умов, коли: подія є усвідомленою, тобто людина чітко розуміє, що з нею сталося і як цей досвід вплинув на її психоемоційний стан; пережите докорінно змінює або руйнує звичний перебіг життя, порушуючи усталені моделі поведінки та відчуття внутрішньої стабільності [26, 102].

Для травматичного стану характерний широкий спектр негативних емоційних реакцій, серед яких найчастіше спостерігаються тривога, гнів, сором, почуття провини та депресивні переживання. Поведінкові прояви при цьому включають нав'язливі думки та використання примітивних психологічних захисних механізмів – таких як проекція, витіснення, заперечення чи емоційна ізоляція. Люди, які перебувають у стані кризи, здебільшого втрачають орієнтацію на майбутнє та відчуття життєвої перспективи. Їм важко планувати свої дії, ставити цілі або рухатися до їх

досягнення. Мислення часто фіксується на минулих подіях, що поєднується з емоційним відчуженням і поступовим згасанням ініціативності, яка нерідко переходить у апатію [42].

На думку І. Кучманич та Р. Мороз, людина, яка пережила психотравмуючу подію, часто стикається з порушенням відчуття цілісності, безперервності та стабільності власного фізичного й психічного «Я». Це призводить до втрати звичної ідентичності та зниження здатності свідомо контролювати поведінку відповідно до прийнятих соціальних норм і правил. Інтенсивність та глибина переживання психотравми зумовлюється не лише масштабом, тривалістю чи силою події, а й сукупністю індивідуальних чинників, які можуть виступати як ресурсними, так і дезадаптивними копінг-механізмами. До таких індивідуальних чинників автори відносять:

1) когнітивну схему події, тобто внутрішнє уявлення про травматичну ситуацію, сформоване в процесі суб'єктивної оцінки. Вона містить розуміння особистісного значення події, оцінку рівня загрози, усвідомлення можливих наслідків і перспектив, а також визначення «винуватців» та власної ролі у пережитому. Саме це уявлення визначає, як подія буде інтегрована у подальший життєвий досвід;

2) когнітивну схему «Я» до та після події. Суттєве значення має те, наскільки образ «Я в події» узгоджується з попереднім образом себе. Травматичний досвід нерідко порушує внутрішню цілісність, внаслідок чого людина може по-новому інтерпретувати свої реакції, оцінювати власну поведінку як адекватну або таку, що викликає сором, провину чи огиду. Когнітивна схема «Я» після травми є результатом посттравматичної обробки досвіду, що залежить від оцінки власних дій, динаміки переживань та інтенсивності емоційного відгуку.

3) суб'єктивне відчуття здатності протидіяти небезпеці. Воно формується як на основі особистісних переконань, так і під впливом зовнішніх умов – наявності або відсутності ресурсів, людей чи об'єктів, які можуть забезпечити хоча б мінімальне відчуття захищеності;

4) якість емоційної підтримки в момент травми та після неї. Відсутність співчуття, розуміння чи базової підтримки з боку близьких або оточення значно посилює психотравмуючий ефект, поглиблює емоційний біль та ускладнює процес психологічного відновлення. Осуд, знецінення або недовіра стають додатковими травматичними чинниками, які примножують і без того складні переживання [20, 155–156].

Травматичні події, за Ван С. та його колегами, умовно поділяють на травми I та II типу, причому характер їхнього впливу визначається не лише інтенсивністю та тривалістю пережитих подій. Важливу роль відіграє й те, як сама людина інтерпретує та оцінює травматичний досвід. Індивідуальні реакції на психотравму можуть проявлятися у формі посттравматичного стресового розладу, комплексного ПТСР або ж депресивних станів, що виникають як емоційний наслідок пережитої травми [44].

Переживання психологічної травми супроводжується широким спектром емоційних реакцій – від шоку, страху, тривоги та безпорадності до гніву, провини, сорому та емоційної зайвості. Водночас активізуються когнітивні механізми, пов’язані з переоцінкою подій, нав’язливими спогадами, униканням травматичних подразників та відчуттям втрати контролю над життям. Психофізіологічні зміни (порушення сну, соматичні реакції, підвищена збудливість) також є невід’ємною складовою травматичного впливу та суттєво впливають на загальний психоемоційний стан.

Згідно з дослідженнями Р. Тедескі та Л. Калхун, негативні наслідки пережитих травм проявляються у кількох ключових напрямах:

1) емоційні порушення – переважання інтенсивних негативних переживань, таких як тривога, страх, печаль, відчуття провини, депресивність, підвищена дратівливість або спалахи гніву;

2) когнітивні наслідки – нав’язливе повернення болючих думок і спогадів, які можуть супроводжувати людину роками, змінюючи її бачення себе та світу;

3) поведінкові розлади – розвиток деструктивних форм поведінки: надмірне вживання лікарських препаратів, алкоголю чи наркотичних речовин; труднощі у сексуальних стосунках; емоційне відсторонення від соціального оточення; агресивні реакції;

4) психосоматичні прояви – широкий спектр фізичного неблагополуччя, включаючи хронічну втому, тілесні болі, постійне м'язове напруження, розлади сну, проблеми з травленням, диханням або зміною ваги [43, 6–10].

Аналіз представлених у дослідженні Т. Пономаренко та О. Хомчук матеріалів дає змогу окреслити низку психоемоційних станів, які найчастіше виникають у людини в ситуаціях підвищеної напруги, невизначеності та впливу зовнішніх стресорів:

1) тривога як домінантний психоемоційний стан. Тривога розглядається як емоційна реакція, що виникає у ситуаціях, де людина відчуває невизначеність, відсутність контролю або можливу небезпеку. Її прояви включають: внутрішнє напруження та занепокоєння; очікування негативних наслідків; труднощі концентрації; рухове або емоційне збудження. Тривога може бути як ситуативною, так і підсилюватися повторюваними стресами, переходячи у стійку властивість психіки;

2) страх. Страх постає як реакція на реальну чи уявну загрозу добробуту, здоров'ю або статусу. Він може набувати різних форм: страх перед подіями чи змінами, соціальний страх бути відторгнутим або осудженим, страх невдачі. Страх звужує сприймання, знижує гнучкість мислення, ускладнює ухвалення рішень;

3) фрустраційні стани. Фрустрація виникає, коли особа стикається з перешкодами на шляху до мети чи незадоволенням значущих потреб. Її прояви: агресивність та роздратування (екстрапунітивна реакція); пригніченість, апатія, зниження мотивації (інтрапунітивна реакція); знецінення цілі або уникнення її досягнення (імпунітивна реакція). Фрустраційні переживання можуть супроводжуватися гнівом, образою, розчаруванням або відчаєм;

4) емоційно-комунікативні стани: провина та сором. Почуття провини виникає, коли людина усвідомлює порушення власних моральних або соціальних норм. З ним пов’язані: самокритичність та самозвинувачення, внутрішній дискомфорт, страх втрати стосунків або підтримки. Сором постає як реакція на усвідомлення власної неадекватної поведінки або негативної оцінки з боку інших. Його прояви: різкий спад самооцінки, бажання уникати соціальних контактів, почуття «викриття» та внутрішньої оголеності, втрата здатності мислити чітко;

5) емоційна лабільність і нестабільність. У контексті тривалого стресу відзначаються різкі переходи між емоційними станами: перепади настрою, підвищена вразливість, схильність до імпульсивних реакцій. Це пов’язано з психологічними та фізіологічними процесами регуляції емоцій. Ці стани формуються під впливом внутрішніх переживань, особистісних характеристик, копінг-стратегій та умов соціальної взаємодії [31].

Юнгіанський аналітик Д. Калшед у праці «Внутрішній світ травми» підкреслює, що психіка людини після травматичного досвіду схильна відтворювати пережитий біль у формі нав’язливого повторення. Це означає, що особа, яка пережила травму, іноді несвідомо потрапляє в обставини, подібні до первинної травматичної ситуації, знову переживаючи психологічний удар чи його елементи [38].

Найпоширенішим психоемоційним станом в умовах психотравми стає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Сьогодні цей термін є надзвичайно відомим і широко вживаним, хоча вперше він був введений до американської діагностичної класифікації DSM-III ще у 1960 році, де розглядався як різновид невротичних розладів [28, 69].

Особливість ПТСР полягає в тому, що пережитий травматичний досвід продовжує повторно «повертатися» до людини – у формі нав’язливих нічних жахіть, різких флешбеків, емоційно насичених спогадів чи яскравих внутрішніх картин травматичних епізодів. З’являється відчуття «віддаленості» від власного життя, втрата включеності у буденні події,

виникає виснажливе почуття провини перед тими, хто загинув або постраждав. Із часом загострюються труднощі у спілкуванні, погіршується якість міжособистісних взаємин, знижується задоволеність інтимною сферою.

У сучасному науковому дискурсі ПТСР розглядається не стільки як патологічний стан, скільки як прояв зниженої стресостійкості та спроба психіки перевпорядкувати і переусвідомити травматичний досвід [13, 48].

Посттравматичний стресовий розлад може проявлятися по-різному: мати короткотривалий характер, затяжний перебіг або періодично повертатися у формі рецидивів. Інтенсивність ПТСР значною мірою залежить від попереднього життєвого досвіду: якщо сама людина чи її найближчі родичі переживали тяжкі травматичні події в минулому, ризик глибших психотравматичних наслідків зростає [41].

Отже, психоемоційний стан особистості в умовах психологічної травми набуває якісно іншого змісту, оскільки травматичний досвід порушує базові механізми емоційної регуляції, змінює сприймання себе та світу й провокує глибокі зсуви у функціонуванні психіки. Травма чинить комплексний вплив – емоційний, когнітивний, поведінковий та фізіологічний, що зумовлює появу стійких і часто суперечливих емоційних переживань. У центрі цих змін лежить втрата відчуття безпеки, цілісності й передбачуваності життя.

Аналіз наукових підходів свідчить, що психологічна травма не обмежується одноразовим емоційним потрясінням: вона формується як результат незавершеної реакції організму на загрозу, закріплюючись у вигляді тривалих посттравматичних переживань. Особливе значення мають індивідуальні чинники: когнітивні схеми події та власного «Я», суб’єктивне відчуття контролю, а також якість емоційної підтримки. Саме вони визначають глибину травматизації та характер психоемоційних проявів.

У структурі психоемоційних станів, що виникають унаслідок травми, домінують тривога, страх, фрустраційні реакції, почуття провини та сорому, емоційна лабільність і емоційне виснаження. Ці стани супроводжуються

порушеннями сну, соматичними симптомами, нав’язливими спогадами та униканням травматичних тригерів. У тяжчих випадках формується посттравматичний стресовий розлад, який відображає прагнення психіки інтегрувати травматичний досвід і відновити внутрішню рівновагу.

1.3. Психоемоційні реакції батьків після повернення дітей з полону

Повернення дитини з полону є однією з найекстремальніших життєвих подій, що здатна спричинити глибокі психоемоційні потрясіння у батьків, навіть якщо сама подія формально означає завершення небезпеки. Переживання періоду очікування, невизначеності, страху за життя дитини та її фізичний і психологічний стан формують у дорослих складний спектр емоцій, який не зникає із моментом повернення. Навпаки, після звільнення батьки часто переживають вторинну хвилю стресу, оскільки реальність зустрічі з травматичними наслідками, змінами у поведінці та стані дитини актуалізує нові переживання, пов’язані з відповідальністю, безсиллям та потребою адаптувати сімейну систему до нових умов.

Психоемоційні реакції батьків у цей період мають комплексний характер, іноді перевищують їхні звичні адаптаційні можливості. Вони включають переживання шоку, полегшення, провини, гніву, тривоги, емоційного виснаження та амбівалентності. На фоні постійного напруження може формуватися відкладений стресовий розлад або реакції, характерні для вторинної травматизації, коли батьки фактично переживають травму разом із дитиною, інтегруючи її досвід у власний психоемоційний простір.

Дослідження Метью С. Брока та колег засвідчило, що серед посттравматичних реакцій, характерних для людей різного віку, найчастіше спостерігалися проблеми зі сном і повторне відтворення травматичних спогадів. Найпоширенішими симптомами стали саме порушення сну, що підкреслює їх ключове значення у прояві наслідків психотравми. Автори припустили, що травма-асоційований розлад сну може розглядатися як

окрема форма парасомнії – специфічне порушення сну, яке виникає саме у відповідь на травматичний досвід [34].

Одним із виражених проявів, характерних для підлітків і їхніх опікунів після пережитого полону, стала тенденція до надмірного обговорення травматичного досвіду. У деяких випадках така інтенсивна вербалізація виявлялася несподівано різкою та емоційно насиченою, що викликало занепокоєння у спеціалістів через ризик емоційного перенавантаження [36]. Подібне «надкомунікування» нерідко виникає як реакція на сильні психічні потрясіння та шок, які пережила людина в умовах ізоляції, загрози і насильства. Хоча відкритий обмін досвідом справді є важливим і природним кроком у процесі відновлення після травми, неконтрольоване або хаотичне розкриття подій інколи може перевищувати емоційні ресурси як самої людини, так і її оточення, провокуючи занадто інтенсивні переживання та повторне занурення в травматичні стани.

Результати дослідження, проведеного М. Феннінг зі співавторами засвідчили, що ранні психоемоційні реакції після повернення дітей із полону мають комплексний, багаторівневий характер і охоплюють як самих дітей, так і їхніх батьків. Яскраво вираженими виявилися порушення сну, які спостерігалися у представників усіх вікових груп і проявлялися у вигляді нічних жахіть, фрагментованого сну, гіперпильності та повторюваних флешбеків перед засинанням. Сонні розлади було визначено як один із ключових індикаторів пережитої травматичної події та маркер високого ризику розвитку посттравматичних реакцій. Не менш значущою була тенденція до інтенсивного поширення та вербалізації травматичного матеріалу, коли діти та їхні батьки або опікуни активно й часто хаотично відтворювали деталі полону, що призводило до емоційного перевантаження й відчуття внутрішньої дезорганізації. Для батьків така надмірна вербалізація ставала джерелом додаткового стресу, викликала почуття безпорадності, страх за майбутній стан дитини та підсилювала ризик вторинної травматизації. Батьки повідомляли також про хвилю інтенсивних емоцій –

тривогу, провину, шок, пригніченість, гнів та виснаження, що виникали як реакція на сам факт пережитого дитиною насильства та на неможливість убезпечити її в минулому. Дослідження показало, що ранній етап реінтеграції супроводжується порушенням внутрішньої рівноваги всієї сімейної системи: батьки перебирають на себе підвищену відповідальність, стають гіперконтролюючими, а водночас емоційно вразливими, що ускладнює процес адаптації як їх самих, так і дитини [36].

У статті М. Юкіч представлено комплексний аналіз досліджень, які демонструють, що вплив перебування в полоні має тривалу та багатовимірну природу, охоплюючи не лише самих колишніх військовополонених, а й їхні сім'ї. Автори наголошують, що ПТСР, депресія, тривожні розлади, соматичні симптоми та труднощі у міжособистісних взаєминах можуть зберігатися роками після звільнення, формуючи так звані трансгенераційні ефекти. Батьки полонених також зазнають значних психоемоційних навантажень: переживають вторинну травматизацію, емоційне виснаження, зниження відчуття безпеки, а також порушення сімейної динаміки через підвищену дратівливість або емоційну відстороненість колишнього полоненого. Особливо підкреслюється, що повернення додому не означає завершення травматичного досвіду, навпаки, стає точкою початку адаптаційних труднощів, що проявляються у конфліктах, порушеннях комунікації, перевантаженні ролей і підвищеній тривожності членів сім'ї [37].

У дослідженні Р. Алоні та Г. Зехар показано, що психічні наслідки полону не обмежуються самими колишніми військовополоненими, а передаються на сімейні систему, формуючи багатовимірний феномен вторинної травматизації. Хоч основний акцент зроблено на дітях, робота демонструє, що симптоми ПТСР, емоційна нестабільність, підвищена тривожність і труднощі у міжособистісній взаємодії в дітей безпосередньо корелюють зі станом їхніх батьків. Зокрема, емоційні порушення, депресивність, уникання, гнів або емоційна холодність колишніх полонених створюють у сім'ї атмосферу напруженості, небезпеки чи

непередбачуваності, що формує власні травматичні реакції. Г. Зехар підкреслює, що травматичний досвід може впливати на психіку батьків навіть за відсутності прямих розповідей про події полону, через моделі поведінки, стиль емоційного реагування та загальну сімейну динаміку [45].

Отже, аналіз наукових досліджень дає підстави стверджувати, що повернення дитини з полону становить надзвичайно складний психотравмуючий досвід для батьків, який не завершується моментом фізичного возз'єднання. Навпаки, цей період активує нову хвилю емоційної напруги, пов'язаної з необхідністю адаптації до зміненого психічного стану дитини, зіткненням із проявами її травматичного досвіду та відновленням порушеної сімейної рівноваги. Психоемоційні реакції батьків охоплюють широкий спектр: шок, полегшення, ейфорію, тривогу, провину, безсилля, гнів, емоційне виснаження. Значущим є й феномен вторинної травматизації, коли батьки несвідомо «переживають» травму разом із дитиною, інтегруючи її спогади та емоційні стани у власну психіку.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ

2.1. Організація і методи емпіричного дослідження психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону

Вивчення психоемоційного стану батьків, чиї діти повернулися з полону, є надзвичайно актуальним у сучасних умовах збройної агресії проти України. Ця категорія переживань має свою специфіку, обумовлену унікальністю ситуації: поєднання радості повернення з глибинним страхом за майбутнє, необхідністю підтримувати дитину та водночас долати власні наслідки пережитої тривоги, невизначеності й безсилля. Аналіз таких реакцій дає можливість краще зрозуміти психологічні механізми сімейного відновлення після пережитої травматичної події та визначити ключові напрями психологічної допомоги батькам.

Дослідження психоемоційних особливостей батьків, чиї діти повернулися з полону, здійснювалося на базі Благодійного фонду «Право на захист», який надає комплексну підтримку сім’ям, постраждалим від воєнних дій та пов’язаних з ними травматичних подій. Участь у дослідженні взяли 30 респондентів – батьки дорослих дітей-військовослужбовців, які перебували в полоні та були звільнені в результаті обмінів. До вибірки увійшли матері та батьки віком від 45 до 67 років, які протягом тривалого часу перебували в умовах емоційної невизначеності, тривоги та очікування, що сформувало специфічні психоемоційні реакції навіть після повернення їхніх дітей додому.

У дослідженні було враховано часовий проміжок, що минув від моменту повернення дітей з полону до участі їхніх батьків у

психодіагностиці. Середній період становив від 1 до 3 місяців після звільнення, що є критично важливим етапом ранньої реінтеграції. Саме в цей час у батьків найінтенсивніше проявляються гострі психоемоційні реакції – тривога, виснаження, стрес, напруження, гіпернастороженість, порушення сну та вторинна травматизація, оскільки сім'я лише починає адаптуватися до наслідків пережитого дитиною полону.

Дослідження проводилося в індивідуальному форматі, з дотриманням етичних норм, принципів конфіденційності та добровільної участі. Респонденти були поінформовані про мету та зміст дослідження, надали усвідомлену згоду та мали можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі без будь-яких наслідків. Усі досліджувані представляли сім'ї, безпосередньо зіткнуті з наслідками полону їхніх дітей, що дало змогу отримати цілісний та достовірний матеріал щодо особливостей переживання вторинної травматизації, емоційного виснаження, тривожності, труднощів емоційної регуляції. Проведення дослідження саме на базі БФ «Право на захист» забезпечило доступ до цільової групи респондентів, які вже отримували психологічну або соціальну підтримку, що створило умови для глибшого вивчення психоемоційного стану батьків після повернення дітей з полону та дозволило сформувати репрезентативні висновки, релевантні для подальшого вдосконалення практик психологічної допомоги.

Емпіричне дослідження психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону, проводилося у кілька взаємопов'язаних етапів, кожен з яких був спрямований на всебічне вивчення специфіки їхнього стану, формування програми підтримки та оцінювання її результативності.

Підготовчий етап включав визначення цілей і завдань дослідження, обґрунтування вибірки та добір психодіагностичних методик, здатних комплексно відобразити рівень тривожності, ознак вторинної травматизації, емоційного виснаження.

Перший етап – організація та проведення емпіричного дослідження передбачав індивідуальне обстеження кожного респондента з використанням

стандартизованих психодіагностичних інструментів: «Шкали тривожності» Спілбергера-Ханіна, «Шкала сприйнятого стресу» (PSS) та «Шкала вторинної травматизації» (Б. Брайда, М. Робінсона, Б. Єгідіс, К. Фіглі. Психодіагностика здійснювалася в умовах психологічного кабінету або у спеціально облаштованій кімнаті фонду при дотриманні принципів конфіденційності, добровільності та емоційної безпеки.

Другий етап – аналіз результатів дослідження полягав у кількісній та якісній обробці отриманих даних, виявленні закономірностей, домінуючих психоемоційних станів, інтенсивності вторинної травматизації та визначенні специфічних емоційних потреб батьків.

Наступним кроком став третій етап – розробка програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону. Програма була створена на основі результатів емпіричного аналізу та включала комплекс заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня тривожності та вторинної травматизації, формування навичок саморегуляції, опрацювання почуття провини й травматичних спогадів, а також відновлення ресурсного потенціалу сім’ї. Програма містила індивідуальні психологічні консультації, групові заняття, елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації, вправи з емоційної регуляції, арт-терапевтичні та наративні методи.

Після впровадження програми було проведено четвертий етап – аналіз ефективності психологічної підтримки, який передбачав повторне використання психодіагностичних методик для оцінки змін у психоемоційному стані батьків. Порівняння результатів до та після реалізації програми дало змогу зафіксувати позитивну динаміку.

Підсумковим п’ятим етапом стало формування рекомендацій щодо подальшої психологічної підтримки батьків, які включали пропозиції щодо індивідуальної та групової терапії, довгострокового супроводу, залучення сімейної терапії, створення груп взаємопідтримки, розширення доступу до

кризових сервісів і впровадження системних програм реабілітації для родин, які пережили наслідки полону.

Розглянемо детальніше психодіагностичний інструментарій за кожною методикою. Методика Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) належить до валідних та широко застосовуваних інструментів для діагностики тривожності, оскільки дозволяє комплексно оцінити її структуру. Її ключовою перевагою є здатність розмежовувати два принципово різні компоненти тривоги: ситуативну, що відображає актуальний емоційний стан людини в конкретний момент під впливом зовнішніх обставин, та особистісну, яка функціонує як відносно стабільна характеристика індивіда і засвідчує загальну схильність до тривожних переживань. Опитувальник складається з 40 тверджень, об’єднаних у два самостійних субтести по 20 пунктів кожний. Перший блок спрямований на оцінку емоційного стану «тут і тепер», другий – на визначення характерного людині емоційного фону. Відповіді на твердження подаються за чотирибальною шкалою інтенсивності, причому частина пунктів потребує реверсного кодування, що сприяє підвищенню точності результатів.

Інтерпретація отриманих балів має чіткий пороговий характер: до 30 балів – низький рівень тривожності, 31-44 – середній, понад 45 – високий. Аналіз показників за окремими шкалами дозволяє визначити природу тривоги – чи є вона реакцією на актуальний стресор, чи відображає глибинну особистісну тенденцію [2, 97–100]. Така диференційована оцінка забезпечує глибше і точніше розуміння емоційного стану респондента, що робить методику надзвичайно корисною для клінічної практики, кризової психології та наукових досліджень.

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) – це універсальний психодіагностичний інструмент, призначений для вимірювання рівня суб’єктивно пережитого стресу, тобто того, наскільки людина відчуває події власного життя як напружені, непередбачувані чи неконтрольовані. Попри те, що методика була створена ще у 1980-х роках,

вона й нині залишається однією з найпопулярніших у дослідженнях стресу, оскільки дозволяє зафіксувати не зовнішні умови, а внутрішню оцінку людиною свого стану. У центрі уваги шкали – особисті переживання, думки та емоційні реакції за останні чотири тижні, що дає змогу визначити актуальний рівень психоемоційного напруження.

Опитувальник складається з 10 тверджень, які відображають різні аспекти переживання стресу: відчуття непередбачуваності ситуацій, нестачу контролю, перевантаження завданнями чи негативними подіями. Респондент оцінює частоту кожного переживання за п’ятибальною шкалою – від «ніколи» до «дуже часто». Частина пунктів (4, 5, 7 та 8) має зворотне кодування, оскільки відображає не напруження, а здатність до самоконтролю та впевненості. Після перерахунку відповідних тверджень усі бали підсумовуються, що дозволяє отримати інтегральний показник сприйнятого стресу – від 0 до 40 [22, 109–110].

Чим вищий підсумковий бал, тим інтенсивніше людина переживає стрес у щоденному житті. Показники 0-13 характеризують низький рівень напруження, 14-26 – помірний (середній), а 27-40 – виражений високий рівень сприйнятого стресу. Особливість методики полягає у фокусі на суб’єктивному досвіді: двоє людей за однакових обставин можуть демонструвати різні результати залежно від власних інтерпретацій і внутрішніх ресурсів. Саме тому PSS пропонує цінну інформацію для психологів, дозволяючи оцінити не лише наявність стресорів, а й спосіб, у який людина реагує на них емоційно та когнітивно.

«Шкала вторинної травматизації» (Б. Брайда, М. Робінсона, Б. Єгідіс, К. Фіглі). Опитувальник містить 17 тверджень, які описують різні аспекти переживання вторинного травматичного стресу. Респондент оцінює частоту прояву кожного симптому за останні сім днів за п’ятибальною шкалою: 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – іноді, 4 – часто, 5 – завжди.Такий формат дозволяє виявити як легкі, так і виражені прояви вторинної травматизації та простежити їхню динаміку [22, 119–120].

Шкала структурована за трьома основними субшкалами, що відображають ключові кластери симптомів, типові для стресових розладів:

– інтрузії – нав’язливі думки, спогади та емоційні реакції, пов’язані з травмою іншої людини (пункти 2, 3, 6, 10, 13). Високий бал свідчить про неконтрольоване «повернення» травматичних образів, емоційне відлуння чужої травми;

– уникнення – спроби дистанціюватися від нагадувань про травматичний досвід, емоційне «відгородження» або зниження чутливості (пункти 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17). Підвищені показники вказують на психологічні механізми захисту, що блокують опрацювання травматичного матеріалу.

– підвищене збудження – фізіологічні та поведінкові прояви надмірної напруги, такі як порушення сну, дратівливість, тривожність, труднощі концентрації (пункти 4, 8, 11, 15, 16). Високі бали за цією субшкалою часто вказують на емоційне виснаження та вигорання [22, 119–120].

Після підрахунку балів за кожним кластером визначається загальний рівень вторинної травматизації. Чим вищий сумарний показник, тим більше вираженим є вплив чужого травматичного досвіду на психіку респондента. Система інтерпретації є багаторівневою: низькі значення свідчать про адаптивний рівень напруги; помірні – про формування ризику вторинної травматизації; високі та дуже високі – вказують на наявність симптомокомплексу, близького до ПТСР, та потребу у професійній психологічній допомозі.

Отже, ретельна організація процедури, опора на етичні принципи, індивідуальний формат роботи та врахування часу, який минув після повернення дітей з полону, забезпечили високу якість емпіричного матеріалу. Сукупність цих чинників створили необхідні умови для отримання об’єктивної та глибокої інформації про психоемоційні особливості батьків, а також дала змогу обґрунтувати напрями розробки програми психологічної підтримки та подальших рекомендацій.

2.2. Аналіз результатів дослідження психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону

Аналіз результатів емпіричного дослідження становить ключовий етап наукової роботи, адже саме він дозволяє виявити реальний психоемоційний стан батьків, чиї діти пережили полон, а також визначити характер, інтенсивність і специфіку їхніх емоційних реакцій. Період після повернення дитини з полону є надзвичайно складним для всієї родини, оскільки поєднує в собі як почуття полегшення та радості, так і глибоко вкорінені переживання страху, провини, виснаження та невизначеності.

У таблиці 2.1 представлено рівні особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону за методикою Спілбергера-Ханіна.

Таблиця 2.1 – Рівні особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону, %

Тип тривожності	**Рівень прояву**		
	Високий	**Середній**	**Низький**
Особистісна	40,0	53,3	6,7
Ситуативна	56,7	33,3	10,0

Аналіз показників особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону, свідчить про наявність значного емоційного напруження, що має як глибинний, так і ситуативно зумовлений характер. За даними таблиці 2.1, рівень особистісної тривожності у вибірці є підвищеним: 40,0% респондентів продемонстрували високі показники, ще 53,3% – середні, і лише 6,7 % – низькі. Така структура свідчить про те, що для більшості батьків тривожність виступає відносно стабільною особистісною характеристикою, сформованою під впливом тривалого емоційного стресу, переживань, невизначеності та багатомісячного очікування повернення дітей. Високі показники особистісної тривожності відображають глибоке

внутрішнє напруження, схильність до катастрофізації подій, підвищену чутливість до загроз та недостатність ресурсів емоційної саморегуляції.

Ще більш вираженою є ситуативна тривожність, яка характеризує емоційний стан батьків у конкретний момент дослідження. У 56,7% досліджуваних вона перебуває на високому рівні, що свідчить про актуальне переживання стресу, страху за теперішнє та майбутнє дитини, невизначеність щодо її психологічного стану та соціальної реінтеграції. Середні показники ситуативної тривожності у 33,3% респондентів також підтверджують нестабільність емоційного фону та підвищену реактивність (рис. 2.1). Лише 10,0% демонструють низькі значення, що може свідчити або про наявність ефективних копінг-стратегій, або про тимчасове емоційне виснаження, при якому інтенсивні переживання можуть пригнічуватися.

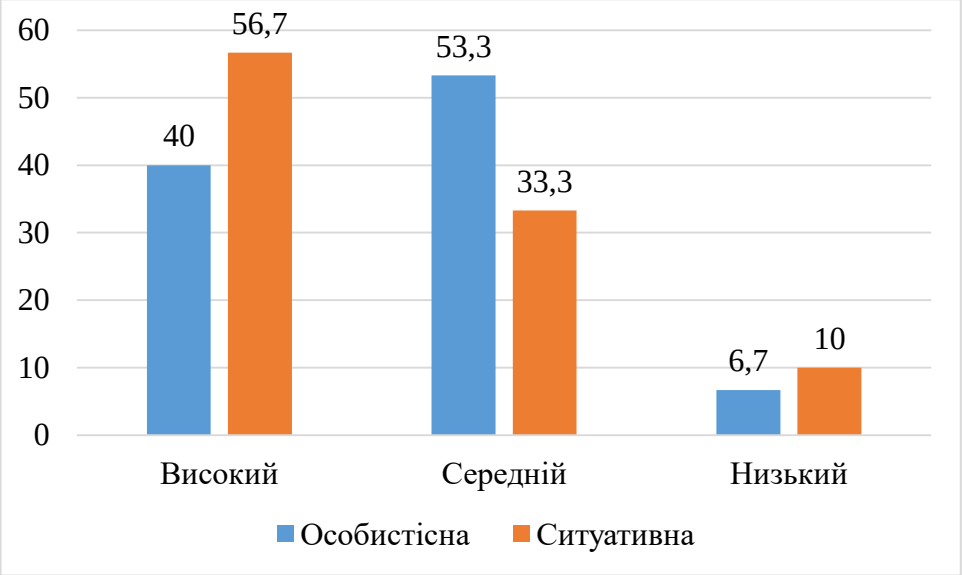


Рисунок 2.1 – Рівні особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону, %

Загальна картина результатів дозволяє стверджувати, що у більшості батьків спостерігається поєднання високої особистісної тривожності як стійкої риси та підвищеної ситуативної тривожності, зумовленої актуальною ситуацією адаптації дітей після полону. Такий дисбаланс свідчить про виснаженість емоційних ресурсів, потребу у психологічній підтримці,

формуванні навичок саморегуляції та зниженні рівня як хронічного, так і ситуативного стресу.

На рис. 2.2 представлено рівні сприйнятого стресу батьків, діти яких повернулися з полону за шкалою PSS.

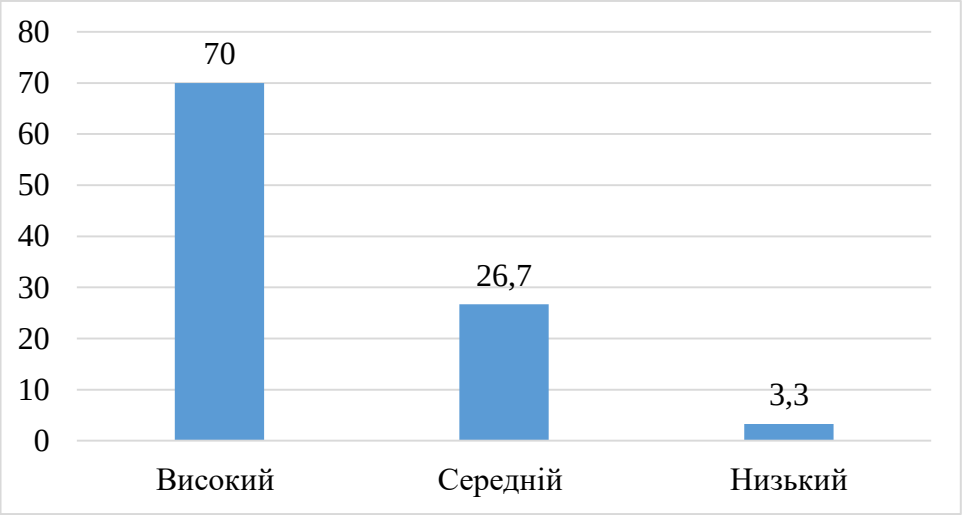


Рисунок 2.2 – Рівні сприйнятого стресу батьків, діти яких повернулися з полону, %

Аналіз даних, поданих на рисунку 2.2, свідчить про вкрай високий рівень психоемоційного напруження серед батьків, чиї діти нещодавно повернулися з полону. Переважна більшість респондентів – 70,0% продемонстрували високий рівень сприйнятого стресу, що вказує на значне психологічне перевантаження та труднощі з адаптацією до посттравматичної ситуації. Такий показник можна розглядати як наслідок тривалого періоду невизначеності, страху за життя дитини та емоційного виснаження, що зберігається й після її звільнення. Додатковим чинником є необхідність підтримувати дитину, яка пережила жорстокі умови полону, що підсилює рівень стресу та формує відчуття відповідальності, тривоги та безсилля.

Значна частина досліджуваних – 26,7% продемонстрували середній рівень стресу, який свідчить про наявність активних копінг-стратегій, водночас означає, що емоційна напруга все ще суттєво впливає на їхній психологічний стан. Лише 3,3% досліджуваних повідомили про низький рівень сприйнятого стресу, що може пояснюватися або високою

резильєнтністю, або тимчасовим запереченням чи емоційним відстороненням, як захисною реакцією. Загалом отримані дані демонструють, що батьки перебувають у стані значного психоемоційного виснаження, що підтверджує необхідність системної та цілеспрямованої психологічної підтримки в ранній період після повернення дітей з полону.

У табл. 2.2 представлено рівні вторинної травматизації батьків, діти яких повернулися з полону за шкалою вторинної травматизації Б. Брайда, М. Робінсона, Б. Єгідіс, К. Фіглі.

Таблиця 2.2 – Рівні вторинної травматизації батьків, діти яких повернулися з полону, %

Шкала	**Рівні вторинної травматизації**				
	Невиражений	**Низький**	**Помірний**	**Високий**	**Дуже високий**
Інтрузії	0,0	6,7	56,6	26,7	10,0
Уникнення	6,7	16,7	50,0	23,3	3,3
Збудження	0,0	16,7	40,0	33,3	20,0
Загальний показник	3,3	10,0	43,4	26,7	16,6

Аналіз результатів, поданих у таблиці 2.2, свідчить про високий рівень поширеності вторинної травматизації серед батьків, чиї діти повернулися з полону, що проявляється у всіх трьох ключових кластерах – інтрузіях, уникненні та збудженні. Досить вираженим є компонент інтрузій: понад половина респондентів (56,6%) демонструють помірні прояви нав’язливих думок і емоційних «повернень» до травматичних подій їхніх дітей, а ще 26,7% – високий рівень, що вказує на значну емоційну включеність батьків у пережитий травматичний досвід. Наявність 10,0% респондентів з дуже високим рівнем інтрузій підтверджує сформованість симптоматики, близької до посттравматичного стресового розладу. За шкалою уникнення домінує помірний рівень (50,0%), що відображає поширені захисні реакції – емоційне

дистанціювання, приглушення почуттів, уникнення розмов або ситуацій, які нагадують про полон дитини. Водночас високий (23,3%) та дуже високий (3,3%) рівні уникнення засвідчують ризик формування хронічного уникального патерну реагування, який може ускладнювати адаптацію та побудову емоційного контакту в сім'ї.

Особливо тривожними є дані за шкалою підвищеного збудження: значна кількість досліджуваних (33,3%) демонструють високий рівень фізіологічної напруги, гіпервозбудливості, труднощів сну та концентрації, а 20,0% – дуже високий рівень, що вказує на виражене емоційне виснаження, перевантаження нервової системи та ризик розвитку тривожно-депресивних станів (рис. 2.3).

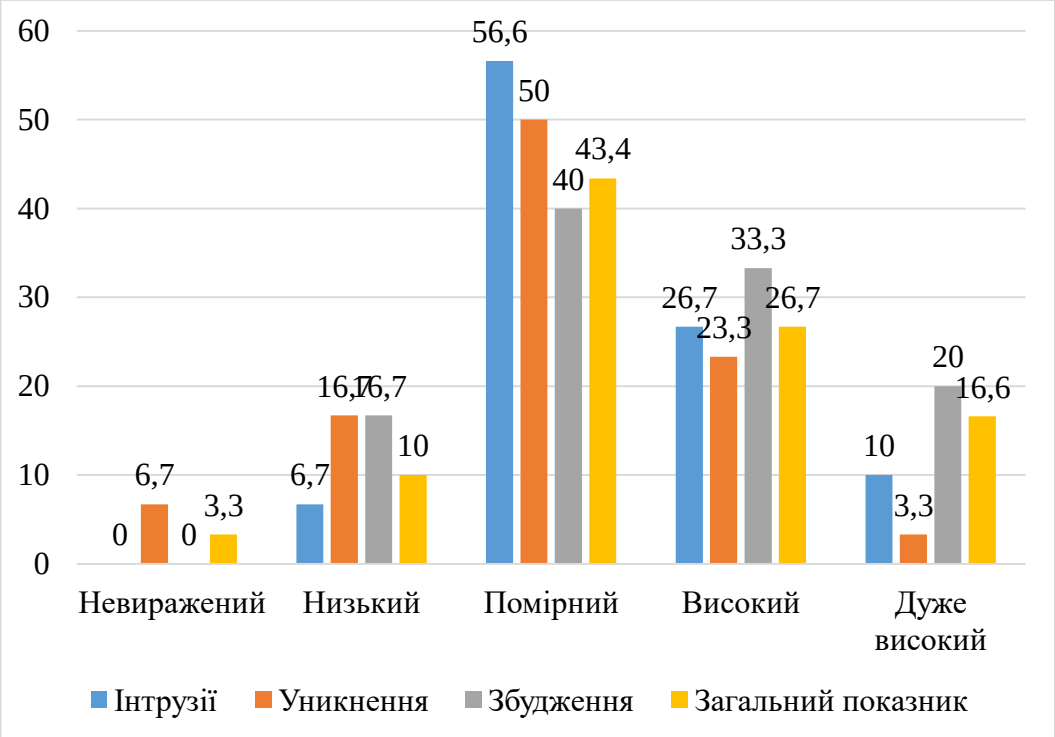


Рисунок 2.3 – Рівні вторинної травматизації батьків, діти яких повернулися з полону, %

Загальний інтегральний показник вторинної травматизації підтверджує ці тенденції: лише 3,3% респондентів мають невиражені симптоми, тоді як 43,4% перебувають на помірному рівні, а ще 26,7% – на високому або дуже високому (16,6%). Отримані результати свідчать, що у більшості батьків

переживають значне психоемоційне напруження, пов’язане з досвідом полону їхніх дітей, яке проявляється як у нав’язливих переживаннях, так і у захисному уникненні та хронічному збудженні. Такий профіль вторинної травматизації підкреслює необхідність комплексної психологічної підтримки, орієнтованої на стабілізацію емоційного стану, відновлення ресурсів та попередження формування тривалих посттравматичних наслідків.

Отже, аналіз результатів демонструє, що батьки переживають комплексний травматичний стрес, який поєднує хронічну тривожність, підвищену емоційну чутливість, порушення сну, емоційне виснаження та вторинну травматизацію. Це підтверджує необхідність своєчасного психотерапевтичного втручання, спрямованого на стабілізацію емоційного стану, розвиток навичок саморегуляції, опрацювання травматичного досвіду та зміцнення внутрішніх ресурсів. Отримані дані слугують обґрунтованою основою для розробки та впровадження спеціальної програми психологічної підтримки, що дозволить знизити психоемоційне напруження батьків та сприятиме їхній адаптації у посттравматичному періоді.

РОЗДІЛ 3
ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ПОВЕРНУЛИСЯ З ПОЛОНУ

3.1. Програма психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону

Повернення дитини з полону є надзвичайно емоційно насиченою та водночас складною подією, яка потребує значних адаптаційних ресурсів не лише від самої дитини, а й від її батьків. Тривале перебування у стані невизначеності, страху за життя дитини, безсилля та хронічного очікування формують у батьків високе психоемоційне навантаження, що призводить до розвитку тривожних, стресових та вторинно-травматичних реакцій. У цей період родина, попри зовнішнє полегшення, часто стикається з новими викликами: необхідністю підтримати дитину в процесі реінтеграції, подолати власні переживання, відновити почуття безпеки і навчитися функціонувати в оновлених умовах.

Саме тому розробка комплексної програми психологічної підтримки батьків, чиї діти повернулися з полону, є надзвичайно актуальною та соціально значущою. Вона покликана забезпечити системну допомогу в опрацюванні травматичного досвіду, зниженні рівня тривожності й вторинної травматизації, відновленні внутрішніх ресурсів та формуванні конструктивних стратегій подолання стресу. Програма базується на сучасних науково обґрунтованих підходах, враховує специфіку пережитого досвіду, стан батьків на момент початку роботи.

Мета програми – зниження рівня психоемоційного напруження, тривожності та вторинної травматизації батьків, чиї діти повернулися з полону, шляхом формування навичок емоційної саморегуляції, опрацювання травматичного досвіду, відновлення внутрішніх ресурсів та розвитку

ефективних стратегій подолання стресу, що сприятиме покращенню їхнього психологічного благополуччя та конструктивній підтримці дитини в процесі реабілітації.

Завдання програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону:

– ознайомити батьків із поняттями стресу, тривожності, вторинної травматизації та механізмів їхнього впливу на емоційний стан;

– розвинути навички усвідомлення та вираження власних емоцій;

– формувати вміння керувати тривогою та стресом за допомогою технік саморегуляції (дихальні техніки, тілесні практики, емоційна стабілізація);

– знизити інтенсивність симптомів тривоги, напруження, гіперзбудливості;

– опрацювати нав’язливі думки, образи та емоції, пов’язані з переживанням дитиною полону;

– знизити рівень уникнення та емоційного відсторонення;

– сприяти зниженню проявів вторинної травматизації;

– сприяти зміцненню внутрішніх психологічних ресурсів батьків;

– розвивати адаптивні стратегії подолання складних життєвих ситуацій;

– підвищити рівень відчуття контролю, безпеки та впевненості у власних силах;

– сприяти закріпленню набутих навичок та їх перенесенню у повсякденне життя;

– сформувати індивідуальний план подальшої самодопомоги та психологічного відновлення.

Розроблена програма психологічної підтримки для батьків, чиї діти повернулися з полону, має структурований, поетапний та поступовий характер і реалізовувалася протягом 10 занять (1 заняття на тиждень). Така тривалість є оптимальною для поступового зниження психоемоційного

напруження, стабілізації емоційного стану, формування стійких навичок саморегуляції та забезпечення можливості для інтеграції нових стратегій поведінки у щоденне життя. Тривалість однієї зустрічі – 90 хвилин, залежно від змісту заняття та динаміки групи. Заняття проводилися у груповому форматі (8-12 учасників), що сприяло взаємній підтримці та нормалізації емоційного досвіду.

Реалізація програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону, ґрунтувалася на сукупності базових психологічних, етичних та організаційних принципів, що забезпечили її ефективність, безпечність та відповідність специфічним потребам цільової групи. Оскільки батьки перебувають у стані підвищеної емоційної чутливості, тривалого стресу та вторинної травматизації, особливо важливою була побудова програми на принципах, які не лише сприяють корекційним змінам, але й гарантують психологічну стабілізацію та ресурсність учасників.

Насамперед програма ґрунтувалася на принципі безпечного терапевтичного середовища, що передбачає створення простору, у якому батьки можуть відкрито висловлювати свої переживання, не побоюючись осуду. Безпека забезпечувалась конфіденційністю, емпатійною позицією психолога, чітко структурованими вправами та поступовим переходом від стабілізаційних технік до опрацювання складних емоцій. Важливо наголосити, що безпечне середовище є ключовою умовою роботи з травматичним досвідом, особливо у контексті війни та пережитого полону.

Наступним був принцип добровільності та інформованої участі, який передбачав, що кожен учасник самостійно приймає рішення про участь у програмі та має право відмовитися від виконання вправ, якщо відчуває надмірну емоційну напругу. Це особливо важливо для людей, які пережили тривалий період безсилля та втрати контролю, адже повернення суб’єктивного відчуття вибору є терапевтично значущим.

Не менш важливим є принцип конфіденційності, який гарантує, що всі висловлювання, переживання, приклади з життєвого досвіду та результати

діагностики не підлягають розголошенню. Конфіденційність підсилює довіру, сприяє відкритості та зменшує тривожність, пов’язану зі страхом стигматизації або нерозуміння.

У процесі реалізації програми дотримувався також принцип гуманізму та поваги до індивідуального досвіду, відповідно до якого кожен учасник розглядався як особистість із власним темпом проживання травми та власними механізмами адаптації. Терапевтичний вплив не мав директивного характеру, а спрямовувався на підтримку, прийняття й активізацію внутрішніх ресурсів.

Програма базувалася на принципі наукової обґрунтованості, що передбачає використання лише тих методів, технік і втручань, ефективність яких підтверджена сучасними дослідженнями у сфері травматерапії, кризової інтервенції та психології стресу. Крім того, реалізація програми спиралася на принцип поступовості та дозованості терапевтичного впливу. Робота з травматичним досвідом здійснювалася поступово: спершу формувалися навички саморегуляції, стабілізації та відновлення контролю над тілесними реакціями, і лише після цього – опрацювання глибших емоційних переживань. Такий підхід мінімізує ризики погіршення стану, запобігає емоційному перенавантаженню та забезпечує більш стійкі позитивні зміни.

Ще одним ключовим був принцип опори на ресурси, який передбачав активізацію внутрішніх і зовнішніх сил учасників: соціальної підтримки, особистісних якостей, життєвого досвіду, навичок подолання труднощів. Робота з ресурсами є фундаментом у відновленні після травми, особливо коли члени сім’ї одночасно підтримують дитину, яка пережила полон.

Також у програмі реалізовано принцип системності, який відображає взаємозв’язок емоційних, когнітивних і поведінкових компонентів травматичного досвіду. Терапевтичні інтервенції були спрямовані не лише на зниження симптомів, але й на комплексну нормалізацію психоемоційної, поведінкової та соматичної сфери.

Важливою складовою роботи був і принцип партнерської взаємодії, коли психолог виступав не як авторитарний експерт, а як фасилітатор, який допомагає учасникам знаходити власні рішення, підтримує їхню активність, сприяє формуванню альтернативних стратегій поведінки та самопідтримки.

У процесі реалізації програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону, було застосовано комплекс методів і психотерапевтичних технік, спрямованих на зниження тривожності, подолання вторинної травматизації, стабілізацію емоційного стану та відновлення внутрішніх ресурсів. Структура програми спиралася на сучасні науково обґрунтовані підходи, рекомендовані для роботи з травмою війни, хронічним стресом та переживаннями, що виникають у членів сімей військовослужбовців. Усі методи були підібрані з урахуванням підвищеної вразливості учасників, тому вони мали стабілізуючий, підтримувальний та відновлювальний характер.

Одним із ключових став метод психоедукації, за допомогою якого учасники отримували знання про природу травматичного стресу, вторинної травматизації, механізми тривоги, фізіологічні реакції організму та способи їх регуляції. Психоедукація дозволила батькам нормалізувати власні переживання, зменшити відчуття «ненормальності» або безсилля, а також сформувати реалістичне розуміння процесів адаптації після полону дитини.

У програмі також застосовувалися техніки стабілізації та заземлення, які є основою травма-орієнтованої допомоги. До них належали вправи на тілесну усвідомленість («Сканування тіла», «Якоріння в опорі»), дихальні техніки (повільне діафрагмальне дихання, метод «4-6») і прийоми сенсорного заземлення («5-4-3-2-1»). Ці техніки допомагали знижувати рівень фізіологічної напруги, зменшувати прояви збудження, стабілізувати емоційний стан і повернути відчуття контролю над тілом.

Значне місце у програмі посідали когнітивно-поведінкові методи, спрямовані на роботу з тривожними думками, катастрофізацією, почуттям провини та неадаптивними переконаннями, які часто виникають у батьків,

чиї діти пережили полон. Використовувалися техніки когнітивного оскарження, заміни деструктивних думок більш збалансованими, аналіз думок через моделі «ситуація – думка – емоція – дія», а також вправи на відстеження тригерів та формування альтернативних інтерпретацій подій. Це дозволяло зменшувати інтенсивність тривоги та підвищувати рівень психологічної гнучкості.

Окремим напрямом були ресурсні техніки, спрямовані на підвищення внутрішньої стійкості, зміцнення відчуття опори та формування позитивного образу майбутнього. Серед них – техніка «Ресурсне місце», створення індивідуальної «Карти ресурсів», робота з образом сили, щоденник позитивних подій, методика «Три опори сьогодення». Вони допомагали батькам усвідомити власні можливості, актуалізувати мережу соціальної підтримки та подолати емоційне виснаження.

У роботі з тілесними реакціями на стрес використовувалися елементи тілесно-орієнтованої терапії, зокрема вправи на релаксацію, техніки напруження-розслаблення за Джейкобсоном, м’які рухові практики («розтягування напруги», «вивільнення затисків у плечовому поясі»). Ці техніки допомагали зменшити соматичні прояви тривоги, нормалізувати дихання та покращити сон.

Для підтримки емоційної саморегуляції застосовувалися техніки майндфулнес, спрямовані на розвиток навички перебування в поточному моменті, зниження рівня румінацій та емоційної реактивності. Використовувалися вправи на спостереження за диханням, фокус уваги на теперішньому, практика короткої щоденної медитації «3 хвилини усвідомленості».

У програмі застосовувалися також групові форми роботи, що включали колективне обговорення, взаємну підтримку, обмін досвідом і методи фасилітованої групової рефлексії. Такі формати допомагали зменшити почуття ізоляції, посилити відчуття спільності та отримати емоційну підтримку від інших батьків, які мають подібний досвід.

З метою опрацювання інтенсивних почуттів використовувалися емоційно-орієнтовані техніки, такі як вербалізація почуттів, метод «Лист емоціям», проєктивні метафоричні картки, техніка «Незакінчене речення». Ці методи дозволяли безпечно виявляти переживання, знижувати внутрішню напругу та формувати навичку емоційної грамотності. Для зміцнення міжособистісних зв'язків та покращення взаємодії у сім'ї застосовувалися комунікативні вправи, спрямовані на розвиток навичок конструктивного спілкування, підтримуючого діалогу, вербалізації потреб і встановлення психологічних меж.

Важливою частиною програми стали домашні завдання, що сприяли закріпленню навичок саморегуляції, формуванню стабільного терапевтичного ефекту та переносу отриманих умінь у щоденне життя. Це були короткі практики, щоденні спостереження за емоційними реакціями, вправи на усвідомленість і техніки самодопомоги.

У таблиці 3.1 представлено тематичний план програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону.

Таблиця 3.1 – Тематичний план програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону

№	Тема	Мета	Вправи і техніки
1	Психоедукація про травму та стрес	формування розуміння природи стресових і травматичних реакцій; нормалізація переживань.	міні-лекція «Травма і вторинна травматизація»; обговорення очікувань; техніка «Мій стан зараз»; «Емоційний термометр»
2	Техніки стабілізації та заземлення	зниження фізіологічної напруги та формування навичок саморегуляції	вправа «Сканування тіла»; дихальна техніка «4-6»; сенсорне заземлення «5-4-3-2-1»; «Якоріння в опорі»
3	Робота з тривогою та нав'язливими думками	усвідомлення та корекція тривожних думок, зменшення когнітивного перевантаження	Когнітивний аналіз; техніка «Зупинка думки»; «Раціональна відповідь».

Продовження таблиці 3.1

4	Подолання почуття провини і самозвинувачення	опрацювання почуття провини, формування реалістичних переконань	техніка «Порожній стілець»; «Факти і припущення»; «Історія без провини»
5	Емоційна регуляція та робота з переживаннями	розпізнавання та вираження емоцій адаптивним способом	вправа «Колесо емоцій»; «Лист емоціям»; МАК; техніка «Я-повідомлення»
6	Ресурсні техніки та відновлення внутрішньої опори	формування відчуття внутрішньої сили та резильєнтності	вправа «Ресурсне місце»; «Карта ресурсів»; «Три опори сьогодення»; щоденник ресурсів
7	Тілесні методи та робота з психофізичним напруженням	зменшення соматичних проявів тривоги, нормалізація дихання та сну	прогресивна релаксація Джейкобсона; «розтягування напруги»; м'язове розслаблення.
8	Майндфулнес і практики усвідомленості	зниження румінацій, тренування уваги	медитація «3 хвилини усвідомленості»; «Фокус на диханні»; «Заземлений рух»
9	Комунікативні навички та підтримуючий діалог	покращення взаємодії в сім'ї; розвиток емпатійного слухання	вправа «Активне слухання»; «Підтримуючі фрази»; рольові сценарії; «Безоцінне відображення»
10	Інтеграція навичок та план подальшої підтримки	узагальнення результатів, формування плану самодопомоги	вправа «Мій план відновлення»; «Кроки вперед»; групова рефлексія; підсумкова медитація

Отже, програма психологічної підтримки виступає важливим інструментом у відновленні психоемоційного стану батьків, допомагає зменшити тривогу, стрес і вторинну травматизацію, зміцнити внутрішні

ресурси та покращити якість життя сім'ї загалом. Її реалізація створює міцне підґрунтя для подальших терапевтичних змін, сприяє формуванню психологічної стійкості та забезпечує батькам можливість ефективно підтримувати своїх дітей у процесі реабілітації після полону.

3.2. Аналіз ефективності програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону

Оцінка ефективності розробленої програми психологічної підтримки є ключовим етапом дослідження, оскільки саме вона дозволяє визначити, наскільки запропоновані психокорекційні заходи дійсно сприяють зниженню психоемоційного напруження, покращенню емоційної стабільності та відновленню внутрішніх ресурсів батьків, чиї діти повернулися з полону. Психологічні наслідки очікування, тривалого стресу, страху за життя дитини та необхідності підтримувати її під час післятравматичної адаптації формують у батьків комплекс реакцій, які іноді виходять за межі звичайних адаптаційних можливостей. Саме тому розроблена програма була спрямована на зменшення рівня тривожності, подолання вторинної травматизації, відновлення емоційної рівноваги та формування ефективних стратегій подолання стресу.

Аналіз ефективності програми передбачає порівняння результатів діагностики на констатувальному та на контрольному етапах дослідження, оцінку динаміки психоемоційних показників, а також виявлення якісних змін у переживаннях та поведінці досліджуваних. У таблиці 3.2 представлено динаміку рівнів особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону за методикою Спілбергера-Ханіна після реалізації програми психологічної підтримки батьків.

Таблиця 3.2 – Динаміка рівнів особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону, %

Тип тривожності	**Рівень прояву**					
	Високий		**Середній**		**Низький**	
	ДО	ПІСЛЯ	ДО	ПІСЛЯ	ДО	ПІСЛЯ
Особистісна	40,0	20,0	53,3	46,7	6,7	33,3
Ситуативна	56,7	26,7	33,3	46,6	10,0	26,7

Аналіз динаміки показників особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону, демонструє чіткі позитивні зміни після реалізації програми психологічної підтримки. Зменшення рівня тривожності спостерігається за всіма показниками, що свідчить про ефективність застосованих психокорекційних заходів.

По-перше, особистісна тривожність, яка відображає стійку схильність до тривожних переживань і є значно менш гнучкою, ніж ситуативна, зазнала суттєвого зниження. Кількість досліджуваних із високим рівнем особистісної тривожності зменшилася удвічі – з 40,0% до 20,0%, що вказує на покращення загального емоційного фону та зниження хронічного напруження. Водночас кількість осіб із низьким рівнем особистісної тривожності зросла з 6,7% до 33,3%. Така динаміка свідчить про відновлення внутрішніх ресурсів, підвищення емоційної стабільності та формування ефективніших стратегій подолання стресу. Незначне зменшення кількості осіб із середнім рівнем (з 53,3% до 46,7%) демонструє поступовий перехід частини респондентів до низької тривожності (рис 3.1).

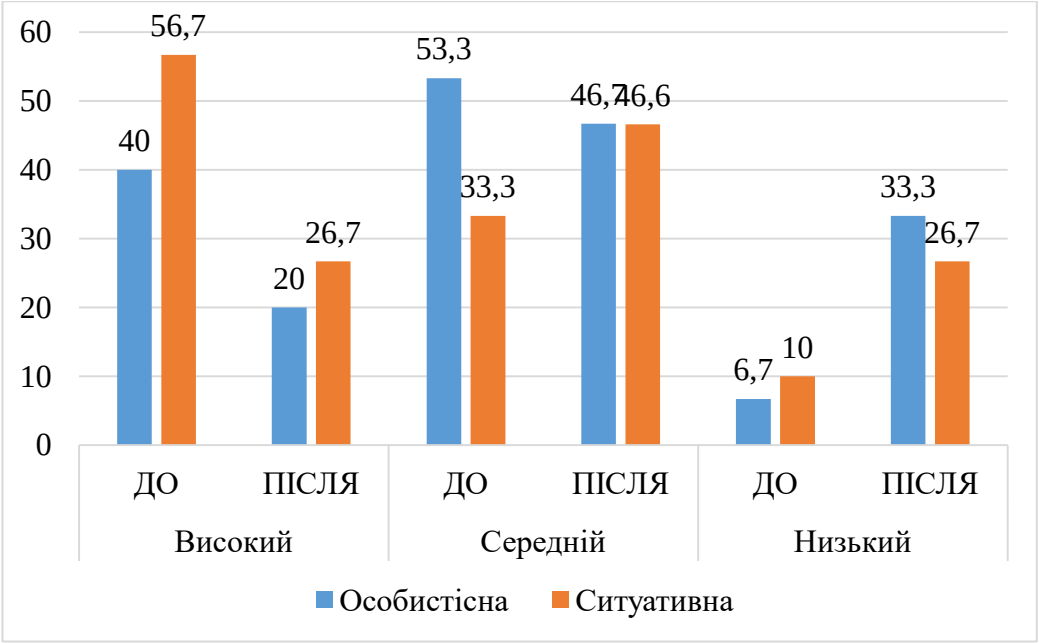


Рисунок 3.1 – Динаміка рівнів особистісної та ситуативної тривожності батьків, діти яких повернулися з полону, %

По-друге, ситуативна тривожність, яка залежить від актуальних стресорів та відображає реакцію на конкретні життєві обставини, також показала значне зниження. Високий рівень ситуативної тривожності зменшився із 56,7% до 26,7%, що є важливим свідченням зниження інтенсивності емоційного напруження у ситуаціях, пов'язаних із пережитою травмою чи невизначеністю. Паралельно кількість учасників із середнім рівнем підвищилася з 33,3% до 46,6%, а з низьким – із 10,0% до 26,7%.

Важливо зазначити, що покращення стосується тривожності як стійкої особистісної риси, так і ситуативних проявів, що особливо важливо для групи з високими ризиками вторинної травматизації. Отримані результати підтверджують, що участь батьків у програмі психологічної підтримки сприяла відновленню їхнього емоційного ресурсу, зниженню інтенсивності переживань та формуванню адаптивніших стратегій регуляції стресу.

На рис. 3.2 представлено динаміку рівнів сприйнятого стресу батьків, діти яких повернулися з полону за шкалою PSS після реалізації програми психологічної підтримки батьків.

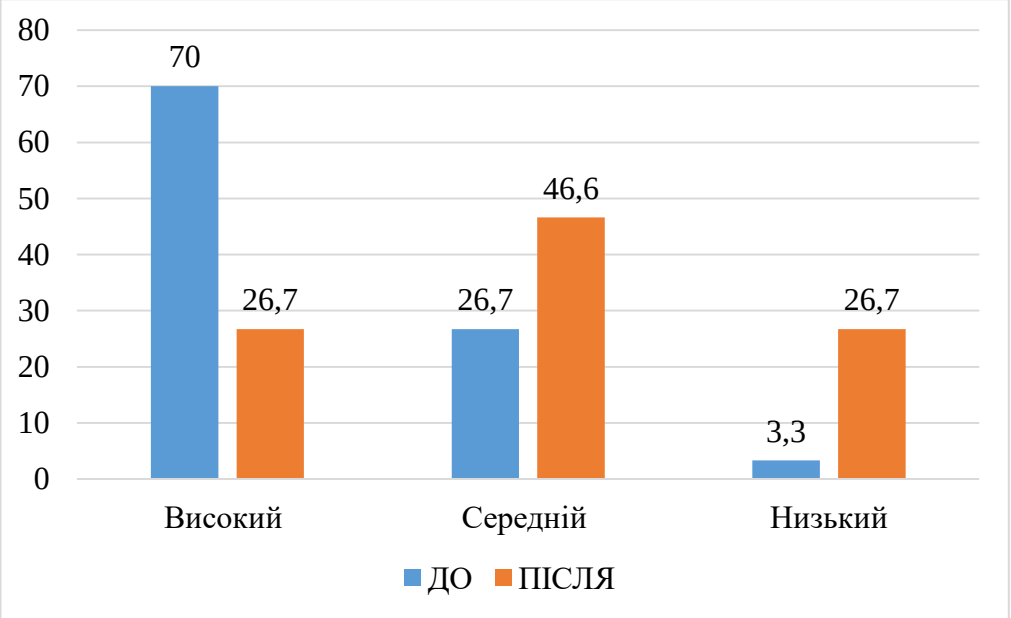


Рисунок 3.2 – Динаміка рівнів сприйнятого стресу батьків, діти яких повернулися з полону, %

Аналіз динаміки рівнів сприйнятого стресу за даними рисунка 3.2 демонструє суттєве покращення психоемоційного стану батьків після реалізації програми психологічної підтримки. Якщо до втручання домінуючим показником був високий рівень стресу (70,0%), що свідчило про глибоке психоемоційне виснаження, хронічну напругу та відчуття безпорадності, то після впровадження програми цей показник знизився до 26,7%. Така позитивна зміна вказує на зменшення рівня емоційної перевантаженості та поступове відновлення внутрішньої регуляції. Водночас значне збільшення кількості респондентів із середнім рівнем стресу – з 26,7% до 46,6% свідчить про перехід від критичного стану до більш керованого емоційного напруження, коли стрес зберігається, але вже не має дезорганізуючого впливу.

Найпозитивнішою є зміна у групі з низьким рівнем стресу: з 3,3% до 26,7%, що підтверджує появу значної кількості батьків, які продемонстрували ефективне відновлення, підвищення відчуття контролю та повернення до адаптивного функціонування. Загалом отримані результати свідчать про високу ефективність програми психологічної підтримки: вона

сприяла зменшенню стресового навантаження, активізації ресурсних станів, стабілізації емоційної сфери у батьків, діти яких повернулися з полону.

У табл. 3.3 представлено динаміку рівнів вторинної травматизації батьків, діти яких повернулися з полону за шкалою вторинної травматизації Б. Брайда, М. Робінсона, Б. Єгідіс, К. Фіглі після реалізації програми психологічної підтримки батьків.

Таблиця 3.3 – Динаміка рівні вторинної травматизації батьків, діти яких повернулися з полону, %

Шкала	**Рівні вторинної травматизації**									
	Невиражений		**Низький**		**Помірний**		**Високий**		**Дуже високий**	
	ДО	ПІСЛЯ	ДО	ПІСЛЯ	ДО	ПІСЛЯ	ДО	ПІСЛЯ	ДО	ПІСЛЯ
Інтрузії	0,0	13,3	6,7	16,7	56,6	60,0	26,7	10,0	10,0	0,0
Уникнення	6,7	20,0	16,7	33,3	50,0	36,7	23,3	6,7	3,3	3,3
Збудження	0,0	10,0	16,7	23,3	40,0	53,4	33,3	10,0	20,0	3,3
Загальний показник	3,3	13,4	10,0	23,3	43,4	50,0	26,7	10,0	16,6	3,3

Аналіз динаміки рівнів вторинної травматизації батьків, діти яких повернулися з полону, після впровадження програми психологічної підтримки свідчить про суттєві позитивні зміни у їхньому психоемоційному стані. Дані таблиці 3.3 демонструють зниження вираженості ключових симптомів вторинної травматизації: інтрузій, уникнення та збудження, що свідчить про ефективність розроблених психотерапевтичних заходів.

За шкалою інтрузій спостерігається помітне зменшення кількості респондентів із високими та дуже високими рівнями симпотоматики: високе значення зменшилося з 26,7% до 10,0%, тоді як дуже високий рівень, який до програми становив 10,0%, після участі в ній не виявлено зовсім (0,0%). Також відбулося зростання кількості батьків із невираженими та низькими інтрузіями: невиражений рівень підвищився з 0,0% до 13,3%, низький – з 6,7% до 16,7%. Помірні інтрузії залишилися домінуючими (60,0%), що є

закономірним, адже інтрузивні переживання є найстійкішим компонентом травматичного досвіду. Проте загальна тенденція свідчить про зниження гостроти нав'язливих спогадів та емоційних «повернень» до травматичних подій.

Динаміка за шкалою уникнення демонструє ще виразніший прогрес: високий рівень уникнення зменшився з 23,3% до 6,7%, тоді як кількість респондентів із невираженим та низьким рівнем суттєво зросла (з 6,7% до 20,0% та з 16,7% до 33,3% відповідно). Помітне зменшення уникаючої поведінки та емоційного «відгородження» вказує на те, що батьки стали більше готовими до опрацювання травматичного досвіду дитини, повернення до звичних соціальних контактів і участі в реінтеграційних процесах. Натомість кількість помірних значень дещо знизилася (з 50,0% до 36,7%), що підтверджує зменшення потреби в психологічному захисті через уникання.

За шкалою збудження також простежується позитивна динаміка: кількість респондентів із дуже високим рівнем збудження зменшилася з 20,0% до 3,3%, а високого – з 33,3% до 10,0%. Це свідчить про значне зниження проявів гіперзбудливості, таких як дратівливість, порушення сну, тривога, труднощі концентрації. З іншого боку, збільшилася кількість респондентів із помірним (з 40,0% до 53,4%), низьким (з 16,7% до 23,3%) та невираженим (з 0,0% до 10,0%) рівнями збудження, що вказує на загальне відновлення психофізіологічної рівноваги.

Підсумовуючи інтегральний показник вторинної травматизації, слід зазначити, що кількість респондентів із високим рівнем зменшилася з 26,7% до 10,0%, а з дуже високим – з 16,6% до 3,3%. Водночас суттєво збільшилася кількість тих, у кого вторинна травматизація або не проявляється (з 3,3% до 13,4%), або має низький рівень (з 10,0% до 23,3%). Домінування помірного рівня після реалізації програми (50,0%) свідчить не про погіршення ситуації, а про перехід більшості батьків із високих та критичних значень до більш адаптивних, контрольованих проявів.

Представлені результати свідчать, що програма психологічної підтримки здійснила позитивний вплив: знизила інтенсивність симптомів вторинної травматизації, відновила емоційні й фізіологічні ресурси батьків, сприяла зменшенню їхнього емоційного виснаження та підвищенню здатності справлятися з наслідками пережитої травми.

Отже, програма довела свою результативність та може бути рекомендована для подальшого застосування в роботі з батьками, діти яких повернулися з полону.

3.3. Рекомендації щодо психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону

Повернення дитини з полону є не лише важливим етапом у житті сім'ї, але й складним періодом посттравматичної адаптації, який вимагає від батьків значних емоційних, когнітивних і фізичних ресурсів. Пережитий досвід тривалого стресу, невизначеності, страху за життя дитини, а також необхідність підтримувати її у процесі відновлення часто призводять до виснаження, тривожності, зниження відчуття контролю й появи вторинної травматизації у самих батьків. Отримані результати емпіричного дослідження та аналіз ефективності програми психологічної підтримки засвідчили наявність у цієї категорії значних психоемоційних труднощів, які потребують не лише корекційної роботи, але й подальшого системного супроводу.

У цьому контексті розроблення практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки батьків має особливе значення. Вони покликані забезпечити сталість позитивних змін, досягнутих у межах програми, допомогти батькам інтегрувати отримані знання та навички у щоденне життя, запобігти повторному загостренню травматичних симптомів та сприяти гармонійному відновленню сімейної системи. Рекомендації ґрунтуються на результатах дослідження, сучасних наукових підходах

травматерапії, принципах кризової інтервенції та практичному досвіді роботи із сім’ями військовополонених.

1. Забезпечення емоційної стабілізації та зниження психоемоційного напруження є одним із ключових напрямів підтримки батьків, чиї діти повернулися з полону, оскільки саме емоційний стан дорослих значною мірою визначає ефективність подальшої реабілітації всієї сім’ї. Насамперед важливо формувати безпечний емоційний простір, у якому батьки можуть відкрито висловлювати свої переживання без страху засудження чи нерозуміння. Створення передбачуваної побутової атмосфери, упорядкування щоденних рутин і мінімізація зайвих стресових чинників сприяють відновленню внутрішнього відчуття стабільності, якого часто бракує після тривалого періоду невизначеності та страху за життя дитини.

Важливим компонентом емоційної стабілізації є регулярні практики саморегуляції, що допомагають знизити фізіологічну напругу та повернути контроль над тілесними реакціями. До таких практик належать дихальні техніки (4-7-8, квадратне дихання), тілесні вправи заземлення, м’язова релаксація, а також короткі мікропаузи відпочинку протягом дня, які дають змогу «перезавантажити» нервову систему. Регулярне застосування цих технік поступово зменшує прояви тривожності, нормалізує стан і допомагає уникнути емоційного виснаження.

Окремої уваги потребує опрацювання емоційних реакцій. Страх, гнів, провина, сором чи розпач, які виникають у батьків після повернення дитини з полону, є природними та закономірними, і тому важливо їх не пригнічувати. Ігнорування або «заморожування» емоцій підвищує ризик розвитку вторинної травматизації та може призвести до хронічного напруження. Рекомендовано звертатися до психолога для усвідомлення й нормалізації цих переживань, а також для безпечної інтеграції травматичного досвіду у власне життя. Професійна підтримка допомагає зменшити емоційне перевантаження, зберегти внутрішню рівновагу та відновити ресурсність, необхідну для подальшої взаємодії з дитиною, яка сама переживає складний процес адаптації.

2. Запобігання та подолання вторинної травматизації є одним із ключових завдань психологічної підтримки батьків, адже саме вони часто опиняються в ситуації, коли травматичний досвід дитини накладається на їхні власні переживання, формуючи подвійне навантаження. Важливим елементом є психоедукація, що допомагає батькам усвідомити психологічні механізми травми та зрозуміти, що такі реакції дитини, як агресивність, емоційна відстороненість, замкнутість, нічні кошмари чи тимчасовий регрес у поведінці, є типовими наслідками пережитого полону, а не ознакою небажання контактувати чи «неправильного виховання». Розуміння нормальності цих проявів знижує рівень батьківської тривоги, пом’якшує почуття провини та запобігає надмірній контрольованості чи гіперопіці.

Домінантною стратегією профілактики вторинної травматизації є зменшення надмірного занурення в травматичну тематику. Постійне повернення до подій полону, детальні розпитування дитини про її переживання, часте переглядання новин або матеріалів, що містять травмуючий зміст, можуть посилювати емоційне виснаження та підвищувати інтенсивність болючих спогадів. Важливо, щоб батьки знаходили баланс між підтримкою та обережним дистанціюванням, не форсували діалог про травматичні події та дозволяли дитині самій визначати, коли і в якому обсязі вона готова ділитися своїми переживаннями.

Значну роль у запобіганні вторинній травматизації відіграє розвиток навичок здорової психологічної дистанції. Батьки мають навчитися розрізняти власні емоції та емоції дитини, щоб не зливатися з її переживаннями та не проживати травму повторно. Техніки встановлення «емоційних кордонів», вправи на усвідомлення власного емоційного стану та методи підтримки внутрішнього ресурсу сприяють збереженню психологічної рівноваги та дають змогу допомагати дитині без самопожертви й емоційного виснаження. Формування таких навичок допомагає батькам підтримувати дитину ефективно, не втрачаючи власної стабільності та не підсилюючи власних травматичних реакцій.

3. Підтримка та відновлення внутрішніх ресурсів. Батькам корисно застосовувати техніки «Ресурсних станів»: візуалізація безпечного місця;робота з ресурсними метафорами; техніки підсилення внутрішньої опори. Спільні вечері, прогулянки, сімейні традиції відновлюють почуття пов'язаності та стабільності. Рекомендується нормалізувати сон, харчування, рівень фізичної активності. Навіть легкі регулярні навантаження знижують рівень стресу та підвищують емоційну стійкість.

4. Підтримка ефективної комунікації в сім'ї. Важливо дозволяти дитині говорити стільки, скільки вона готова, не допитуючи і не нав'язуючи теми. Батьки мають демонструвати прийняття, уникати критики та жорстких оцінок. Вислови на кшталт «ти сильний/сильна», «ми разом пройдемо це» сприяють відновленню почуття безпеки. Це допомагає дитині відновити почуття передбачуваності та контролю.

5. Соціальна підтримка як чинник відновлення. Спільноти батьків, чиї діти пережили подібний досвід, зменшують відчуття ізоляції та допомагають отримати емоційний відгук. Батькам рекомендується користуватися доступними програмами допомоги: юридичною, психологічною, медичною. Спілкування з друзями, родиною та професійними спільнотами сприяє соціальній реінтеграції, що знижує ризик емоційного вигорання.

6. Профілактика емоційного вигорання батьків. Постійний контроль і гіперопіка виснажують. Важливо знаходити час на власне відновлення. Рекомендується хоча б раз на місяць проходити психологічну перевірку стану та отримувати професійну підтримку. Техніки когнітивної реструктуризації, майндфулнес, арт-терапія допомагають зменшити вплив стресу та відновити емоційний баланс.

7. Налагодження довготривалої системи підтримки. Створення індивідуального плану відновлення родини – він може включати психологічні консультації, медичні огляди, освітні плани для дитини, сімейні заходи. Відновлення не є лінійним процесом, тому важливо враховувати можливі рецидиви стану та працювати з ними без самозвинувачення.

Отже, рекомендації спрямовані на формування цілісної системи підтримки батьків, яка враховує психологічні наслідки пережитого досвіду, особливості взаємодії з травмованою дитиною та потребу у тривалому супроводі. Застосування цих рекомендацій сприятиме емоційній стабілізації, підвищенню стресостійкості батьків, відновленню їхніх ресурсів і здоровому функціонуванню всієї сімейної системи.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження з проблеми психоемоційних особливостей батьків, діти яких повернулися з полону можна зробити такі висновки.

1. Психоемоційний стан особистості є складним, багатовимірним і динамічним феноменом, який формується під впливом широкого спектру внутрішніх і зовнішніх чинників та відображає інтегративний характер психічної діяльності людини. Аналіз різних теоретичних підходів засвідчив, що дослідники розглядають психоемоційний стан у контексті емоційної регуляції, психофізіологічних процесів, особистісних ресурсів, соціальної взаємодії та суб'єктивного сприймання життєвих ситуацій. З огляду на розмаїття наукових дефініцій, більшість підходів сходяться на розумінні того, що психоемоційний стан відображає поточний емоційний фон особистості, який суттєво впливає на її поведінку, адаптивні можливості та здатність до ефективного реагування на стресові обставини. У структурі психоемоційних станів виокремлюють збуджуючі, пригнічуючі та гармонізуючі стани, кожен із яких по-своєму впливає на функціонування організму та психіки, змінюючи рівень активності, ресурсності та стійкості людини. Водночас наукові джерела підкреслюють, що переживання людини мають як внутрішній, так і зовнішній вимір, включаючи як суб'єктивні переживання, так і поведінкові та фізіологічні реакції.

2. Встановлено, що травматичний досвід істотно змінює функціонування емоційної, когнітивної, поведінкової та психофізіологічної сфер особистості, порушуючи відчуття внутрішньої цілісності та базової безпеки. Травма не обмежується моментом події – її вплив триває у часі, відтворюючись у нав'язливих спогадах, емоційних реакціях, соматичних симптомах і змінених моделях поведінки. Психоемоційний стан людини в умовах травматизації формується під впливом низки чинників: індивідуальних особливостей, особистісних ресурсів, особливостей

когнітивної інтерпретації події, якості соціальної підтримки та рівня емоційної регуляції. Аналіз літератури засвідчив, що пережита психотравма здатна викликати широкий спектр негативних станів – тривогу, страх, фрустрацію, почуття провини й сорому, емоційну нестабільність, а також посттравматичний стресовий розлад, який часто стає провідною формою психоемоційної дезорганізації. При цьому травматичні переживання порушують внутрішню структуру «Я» та ускладнюють здатність до адаптації й відновлення.

3. За результати теоретичного аналізу психоемоційних реакцій батьків після повернення дітей з полону, можна стверджувати, що переживання цього періоду є глибокими та такими, що суттєво впливають на всю сімейну систему. Повернення дитини не усуває автоматично наслідків травматичного досвіду, а навпаки – актуалізує приховані емоційні конфлікти, страхи та відкладені реакції, пов’язані з тривалим стресом очікування, невизначеності й безсилля. Батьки стикаються з інтенсивними переживаннями тривоги, провини, шоку, виснаження й амбівалентності, які взаємодіють з поведінковими та емоційними змінами дитини, формуючи вторинну травматизацію. Наукові джерела підтверджують, що після повернення з полону актуалізуються порушення сну, надмірна вербалізація травматичних подій, гіперпильність, емоційна нестабільність, що стає значним навантаженням для батьків та може провокувати повторне проживання травми.

4. Емпірично становлено, що психоемоційний стан батьків, діти яких повернулися з полону, характеризується критично високими показниками тривожності, стресу та вторинної травматизації. Зокрема, 40,0% респондентів мають високий рівень особистісної тривожності, а 56,7% – високий рівень ситуативної, що відображає як хронічне виснаження, так і гостру реакцію на актуальні події. Показники сприйнятого стресу також свідчать про значне перевантаження: 70,0% батьків демонструють високий рівень стресу, тоді як низький рівень виявлено лише у 3,3%. Дані щодо вторинної травматизації підтверджують складність емоційного стану: 43,4% перебувають на помірному рівні, 26,7% – на високому та 16,6% – на дуже високому.

Сукупність отриманих даних свідчить про системне психоемоційне виснаження батьків.

5. Проведена психокорекційна робота та аналіз її результатів засвідчили високу ефективність розробленої програми психологічної підтримки батьків, діти яких повернулися з полону. Після участі у 10-тижневій програмі відбулися значущі позитивні зміни за всіма основними показниками психоемоційного стану. Рівень особистісної тривожності знизився: високі показники зменшилися з 40,0% до 20,0%, а низький рівень зріс із 6,7% до 33,3%. Ситуативна тривожність також помітно зменшилась: високий рівень знизився з 56,7% до 26,7%, а низький – зріс із 10,0% до 26,7%. Показники сприйнятого стресу підтверджують аналогічну динаміку: кількість батьків із високим рівнем стресу скоротилася з 70,0% до 26,7%, а низький рівень підвищився з 3,3% до 26,7%. Не менш значущими є зміни у вторинній травматизації: кількість батьків із високим інтегральним рівнем зменшилася з 26,7% до 10,0%, а з дуже високим – із 16,6% до 3,3%; водночас кількість учасників із невираженими проявами зросла з 3,3% до 13,4%. Загалом результати підтверджують, що програма сприяла зниженню тривожності, стресу, інтенсивності інтрузій та уникнення, а також формуванню кращої психологічної стійкості батьків. Це свідчить про її високу ефективність та доцільність подальшого впровадження у роботі з родинами, які пережили досвід полону дитини. Рекомендації, розроблені на основі емпіричних даних та сучасних підходів травматерапії, окреслюють ключові напрями роботи, спрямовані на стабілізацію емоційного стану батьків, запобігання вторинній травматизації, розвиток навичок саморегуляції, зміцнення внутрішніх ресурсів. Особлива увага приділяється формуванню безпечного емоційного простору, відновленню фізіологічного та психічного балансу, налагодженню здорової комунікації в сім’ї та забезпеченню доступу до соціальної підтримки.

Отже, мета досягнута, завдання вирішені, гіпотезу підтверджено.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамян Н., Блінов О. Роль психотерапії в реабілітації після травматичних обставин. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 7–12.

2. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

3. Аксьонова О. Психологічні особливості адаптації батьків до змін у поведінці звільнених з полоні дітей. *Молода наука-2025* : збірник наукових праць студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених у 5 т. / Запорізький національний університет. Запоріжжя : ЗНУ, 2025. Т. 1. С. 335–337.

4. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.

5. Вавринів О. С., Христук О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2023. № 2. С. 11–15.

6. Гаврилькевич В. Я., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 41–50.

7. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. О. А. Наконечна, О. В. Шлапак. Львів : Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.

8. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Вісник національної академії державної прикордонної служби України*. 2015. № 1. С. 378–390.

9. Гундертайло Ю. Д. Використання арт-терапевтичних методів для накопичення ресурсів особами, що пережили травматичні події. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : збірник статтей, (м. Київ, 21–22 червня 2015 р.). Київ, 2015. С. 57–67.

10. Дейнека О. С. Психологічне консультування постраждалих від травматичних подій. Харків : Фоліо, 2021. 256 с.

11. Іванова Ю. Психотравмувальні події: фактор травматичного досвіду особистості. *Universum*. 2024. № 8. С. 344–348.

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

13. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. 2016. № 5. С. 46–52.

14. Ковальчук З. Я. Негативні психічні стани військовослужбовців, що отримали бойовий стрес. *Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології* : збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції., (м. Дніпро, 21 лютого 2022). Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ. 2022. С. 27–31.

15. Кордон І. В. Вплив екстремальних умов на психоемоційний стан особистості. *Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції курсантів і студентів, (м. Черкаси, 13 травня 2021 р.). Черкаси : Черкаський інститут пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2021. С. 179–180.

16. Коробейніков Г. О. Психологічна допомога у кризових ситуаціях. Київ : Видавництво «Освіта України», 2020. 320 с.

17. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навчальний посібник. Київ : Ніка-Центр, 2009. 576 с.

18. Крет М., Левчук Н. Музикотерапія як чинник впливу на психоемоційний стан особистості. *New pedagogical thought*. 2021. № 106 (2). С. 164–168.

19. Кузнєцов М. А., Фоменко К. І., Кузнецов О. І. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності : монографія. Харків : ХНПУ, 2015. 338 с.

20. Кучманич І., Мороз Р. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2017. № 36. С. 146–159.

21. Оксютович М., Мельничук Д. Конструктивні стратегії поведінки особистості у психогенних кризових ситуаціях. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2023. № 1 (69). С. 253–260.

22. Особистість в умовах війни: психологічна діагностика та допомога : навч. посіб. / уклад. Н. Євдокимова, В. Зливков, С. Лукомська, О. Котух. Київ, 2025. 198 с.

23. Палько Т. В., Травіна К. В. Вплив війни на психоемоційний стан підлітків. *Перспективи та інновації науки.* Серія «Психологія». 2024. Вип. № 8 (42). С. 832–844.

24. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Логос», 2015. 207. 206 с.

25. Розумовська Т. В. Арттерапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2023. № 1. С. 58–67.

26. Савченко І. Є. Вплив травматичних подій на психоемоційний стан особистості. *Сучасна освіта в Україні: актуальні виклики та можливості* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції педагогічних та науково-педагогічних працівників, аспірантів, молодих учених, (м. Ніжин, 23 листопада 2023 р.). Ніжин, 2022 С. 98–104.

27. Терещук А. Д. Психоемоційний стан і поведінка військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми психології. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості.* 2017. № 15. С. 526–534.

28. Титаренко Т. М. Психологічне здоров’я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

29. Туриніна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

30. Федоренко Ю., СТАСЮК Н. В. Методи та техніка психологічної допомоги постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. *Проблеми психології діяльності в особливих умовах* : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф., (м. Черкаси, 23 квіт. 2025 р.). Харків : «ФОПСупрун Т.О.», 2025. С. 273–274.

31. Хомчук О. П., Пономаренко Т. І. Особливості психоемоційних станів підлітків. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. Вип. 1. С. 109–113.

32. Христук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2017. № 2. С. 183–192.

33. Шпак М. М. Психоемоційний стан студентів в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія «Психологічні науки». 2021. № 4. С. 115–121.

34. Brock Matthew S., et al. Trauma associated sleep disorder: clinical developments 5 years after discovery. *Current psychiatry reports* 2019. № 21.9. P. 80.

35. De Haene L., Rousseau C., Kevers R., Deruddere N., Rober P. Stories of trauma in family therapy with refugees: Supporting safe relational spaces of narration and silence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2018. № 23 (2). P. 258–278.

36. Fennig M., Snir A., Shorer M., Harlev E. B., Fennig S. Early psychological responses of children and caregivers in the immediate aftermath of release from war captivity. *Front Psychol*. 2025. № 23 (16). P. 1588422.

37. Jukić M., Malenica L., Đuričić V., Talapko J., Lukinac J., Jukić M., Škrlec I. Long-Term Consequences of War Captivity in Military Veterans. *Healthcare*. 2023. № 11 (14). URL : https://www.mdpi.com/2227-9032/11/14/1993 (дата звернення: 11.11.2025).

38. Kalsched D. The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit. London : Routledge, 1996. 240 p.

39. Kulchytska A., Polikarchyk S. Psychological analysis of the problems of psycho-emotional states of individuals in the conditions of separation. *Psychological Prospects Journal*. 2023. № 41. P. 133–145.

40. McCratyR. M. Emotional Stress, Positive Emotionsand Psychophysiological Coherence. Stressin Healthand Disease. Wiley-VCH, Weinheim, 2006. P. 342–365.

41. Solomon Z., Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*. 2006. № 163. P. 659–666.

42. Stelmach J. The Nature and Character of the Psychological Crisis in the *Aspect of Police Activities. Security Dimensions*. 2018. 26. 130–142.

43. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inq*. 2004. № 15 (1). P. 1–18.

44. Wang S. K., Feng M., Fang Y., Lv L., Sun G. L., Yang S. L., Guo P., Cheng S. F., Qian M. C., Chen H. X. Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. *World J Psychiatry*. 2023. № 13 (6). 331–339.

45. Zerach G., Aloni R. Secondary traumatization among former prisoners of wars' adult children: the mediating role of parental bonding. *Anxiety Stress Coping*. 2015. № 28 (2). P. 162–178.