



УДК 159.922.6:616.895"364"  
DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-9>

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМ ВІЙНИ: ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД

**Кузікова Світлана Борисівна,**  
доктор психологічних наук, професор,  
завідувач кафедри психології

*Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка*

kuzikova\_svetlana@ukr.net  
<https://orcid.org/0000-0003-2574-9985>

**Зливков Валерій Лавтентійович,**  
кандидат психологічних наук, доцент  
завідувач лабораторії методології і теорії психології

*Інститут психології імені Г.С.Костюка Національної академії  
педагогічних наук України*

vzlivkov@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-8404-8866>

**Лукомська Світлана Олексіївна,**  
кандидат психологічних наук,  
старший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології

*Інститут психології імені Г.С.Костюка Національної академії  
педагогічних наук України*

svitluk@ukr.net  
<https://orcid.org/0000-0002-0360-6484>

Статтю присвячено проблемі інтегративного підходу до визначення особливостей переживання множинних травм російсько-української війни.

**Мета** статті – емпіричне вивчення вікових особливостей переживання травм війни в контексті інтеграції психологічних знань про особистість у кризових ситуаціях.

**Методи** дослідження: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, A.S. Zigmond і R.P. Snaith, 1983, адаптація А.В. Андрущенко, 2003), опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 (F.W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, 2013), опитувальник реакцій горювання (HGRC, N. S. Hogan, 2001), опитувальник соціальної підтримки (ISS, N. S. Hogan, L. A. Schmidt, 2016). У даному дослідженні ми порівняли травми війни осіб віком від 13 до 70 років, які перебували в зоні активних бойових дій, залишали її шляхом внутрішньої міграції та були у своїх містах і селищах у тимчасовій окупації (Київська, Сумська, Харківська області України), всього у дослідженні взяли участь 328 осіб.

**Результати** дослідження: досліджуваним незалежно від віку властиві такі травми війни, як відокремленість від членів сім'ї, численні смерті членів родини і друзів, зруйновані будинки та смерть домашніх тварин; найбільше травми війни вплинули на систему цінностей та переконань підлітків та молоді, які чи не вперше в житті стикнулися з неконтрольованим світом, звідси ми можемо констатувати наявність моральної травми, за відсутності симптомів ПТСР. Існують негативні статистично значущі кореляції соціальної підтримки з показниками PCL-5, зокрема уникнення та інтрузій, а також з симптомами депресії Госпітальної шкали HADS.

**Висновки:** у всіх учасників дослідження наявні травматичні події, які зумовлюють роздратованість, підвищену збудливість, проблеми зі сном та з харчовою поведінкою, однак не призводять до посттравматичних розладів; переважна більшість досліджуваних віком до 50 років мобілізовані для подальшої боротьби за перемогу, симптоми ПТСР у них виражені несуттєво, так само як і провина, гнів, відчай, що супроводжують травматичні втрати, натомість, особи старші 50 років важко адаптуються до нового місця проживання, більше прив'язані до своїх будинків і домашніх господарств, розлука з якими супроводжується у них відчаєм і панічними реакціями.

**Ключові слова:** травматичний стрес, ПТСР, горе, втрата, війна, особистість.

## AGE PARTICULARITIES OF WAR TRAUMA EXPERIENCES: INTEGRATIVE APPROACH

**Kuzikova Svitlana Borysivna,**

Doctor of Psychological Sciences, Professor,  
Head of the Department of Psychology

*Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko*

kuzikova\_svetlana@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0003-2574-9985>

**Zlyvko Valeriy Lavrentievich,**

Candidate of Psychological Sciences,

Head of Laboratory Methodology and Theory of Psychology

*G. S. Kostuk's Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine*

vzlivkov@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8404-8866>

**Lukomska Svitlana Oleksiyvna,**

Candidate of Psychological Sciences,

Senior Researcher of Laboratory Methodology and Theory of Psychology

*G. S. Kostuk's Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine*

svitluk@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-0360-6484>

The article is devoted to the problem of an integrative approach to determining the specifics of experiencing multiple traumas of the Russian-Ukrainian war. War encompasses all possible elements of trauma, its impact is long-lasting and, in our conditions, unpredictable in duration and intensity.

The **purpose** of the article is an empirical study of the age-specific peculiarities of war trauma experiencing in the context of psychological knowledge about personality in crisis situations integration.

**Research methods:** Hospital scale of anxiety and depression (HADS, Zigmond, Snaith, 1983), PCL-5 (Weathers, Litz, Keane, 2013), questionnaire of grief reactions (HGRC, Hogan, 2001), Inventory of Social Support (Hogan, Schmidt, 2016). In this study, we compared the war traumas of persons aged 13 to 70 who were in the zone of active hostilities, left it through internal migration, and were in their cities and towns under temporary occupation (Kyiv, Sumy, Kharkiv region), in total 328 people participated in the study.

**Results** of the study: regardless of age, such war traumas as separation from family members, numerous deaths of family members and friends, destroyed houses, and the death of pets are characteristic of the subjects, regardless of age; most of all, war trauma affected the system of values and beliefs of teenagers and young people who, for almost the first time in their lives, encountered an uncontrolled world, in them we can state the presence of moral trauma, in the absence of PTSD symptoms. There are statistically significant negative correlations of social support with PCL-5 scores, particularly avoidance and intrusions, and with HADS depressive symptoms.

**Conclusions:** all study participants have traumatic events that cause irritability, increased excitability, problems with sleep and eating behavior, but do not lead to post-traumatic disorders; the vast majority of subjects under the age of 50 are mobilized for further struggle for victory, PTSD symptoms are not significantly expressed in them, as well as guilt, anger, despair accompanying traumatic losses, on the other hand, those over 50 have difficulty adapting to a new place of residence, more attached to their homes and households, separation from which is accompanied by despair and panic reactions.

**Key words:** *traumatic stress, PTSD, grief, loss, war, personality.*

**Вступ.** Психологічна допомога та підтримка особистості в кризових життєвих ситуаціях завжди були в центрі уваги науковців та практиків. Однак російсько-українська війна, яка набула широких масштабів у лютому 2022 року і триває дотепер, поставила перед психологами нові виклики, зокрема зумовлені необхідністю створення власної системи психологічної допомоги дітям і дорослим, постраждалим від воєнних дій. Війна охоплює всі можливі елементи травми, її вплив є тривалим і, в наших умовах, непередбачуваним за поширеністю

та інтенсивністю. Окрім ризиків фізичного ушкодження та безпосередньої загрози життю, особистість зазнає множинних і хронічних психологічних травм, тобто відбувається раптова та часто масова втрата ресурсів, яка потенційно посилюється з часом.

Натепер ситуація у галузі допомоги цивільним жертвам війни є доволі кризовою: з одного боку, існує накопичений роками зарубіжний досвід, а з іншого – він почасти суперечливий і його складно адаптувати до реалій сучасної України, на території якої війна



ще триває. Унікальність ситуації в Україні полягає насамперед в тому, що дотепер психологічні проблеми жертв збройних конфліктів вивчалися переважно на спільнотах з низьким соціально-психологічним статусом (Сирія, Сомалі, В'єтнам, Камбоджа), тобто в центрі уваги дослідників були особи, які вже в довоєнному житті неодноразово ставали жертвами насильства. Крім того, часто медіатором негативного впливу на їхню психіку було сповідання мусульманської віри та адаптивний фаталізм, а адаптація, відновлення визначалися особливостями колективістських суспільств, а не західних індивідуалістичних культур, однією з яких є Україна. По суті, війна – це більше колективний, а не індивідуальний досвід, а тому не можна ігнорувати руйнування соціальних світів дорослих і дітей, насамперед це стосується зміни світосприйняття на рівні цінностей, втрати відчуття «безпечного і контрольованого світу», який дітям забезпечують саме дорослі.

### 1. Теоретичне обґрунтування проблеми.

У сучасній психологічній науці існують два основні підходи до психологічної підтримки осіб, постраждалих від війни: перший – передбачає психосоціальну та психологічну допомогу окремим або малим групам, він орієнтований на травму та сприяє тому, аби люди швидше впоралися зі своїми стресовими переживаннями (Alipour, Ahmadi, 2020); другий – профілактичний, замість того, щоб зосереджуватися на минулому досвіді, інтервенції спрямовані на вирішення актуальних проблем людей, щоб вони змогли адаптуватися до максимально продуктивного життя у безпечному місці (Silove, 2013). Тобто ми можемо констатувати, що нині у психології екстремальних ситуацій акцент з психопатологічного впливу (ПТСР, депресія, відхилення в розвитку) зміщено на зміну цінностей, життєвих пріоритетів і соціальних стосунків потерпілих від війни.

У даному дослідженні ми базуємось на поняттях посттравматичного стресового розладу, травмівного стресу, травмівного горювання та соціальної підтримки як інтегративного ресурсу зниження негативних впливів травм війни на особистість різного віку.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яке може викликати глибокий стрес майже у кожній людині (Bryant, 2019). Несприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних

переживань травмівної події в нав'язливих спогадах, думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена надмірна настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, не поодинокими є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу різний, але в більшості випадків настає відновлення. У деяких випадках стан може набути хронічного перебігу на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості.

У дослідженнях, що стосуються питання психічного стану людини після смерті рідних, розглядаються такі поняття, як «grief (grief)», «втрата (bereavement, loss)», «розрада (consolation)». Часто поняття «grief» та «bereavement» перекладаються як горе, горювання, вважаються синонімами, але в останні роки загальноприйнятим є їх розрізнення, так «grief» – це суб'єктивне переживання втрати, емоційні, когнітивні, функціональні та поведінкові реакції на смерть, а «bereavement» – стан, об'єктивний статус відносно померлої людини, позначення факту втрати. Перше поняття за сенсом ширше і стосується не лише смерті близької людини, а й інших видів втрат – молодості, здоров'я, тощо. Відповідно, є ще одне поняття, яке неможливо оминути про аналізі реакцій горювання, це «mourning» – траур, що іноді вживається як синонім страждання та горя, як правило, більш конкретно посиляючись на поведінкові прояви горя, на які впливають соціальні та культурні ритуали, такі як похорони, поминальні дні.

Єдиної загальноприйнятої класифікації періодів горювання на тепер не існує, хоча дослідники відзначають наявність загальних тенденцій в різних періодизаціях цього процесу. У нашому дослідженні ми базуємось на моделі подвійних процесів у вправленні з втратою (DPM, Stroebe, Schut, 2021), яка інтегрує теорію когнітивного стресу та традиційні теорії горя. Спочатку вона розроблялася у контексті втрати одного з подружжя, а потім стала застосовуватися й щодо інших видів втрати й травми в цілому. Згідно з DPM, ефективне вправлення з горюванням охоплює стресори, орієнтовані на втрату (loss-oriented, LO) та стресори, орієнтовані на відновлення (restoration-oriented, RO). Стресори LO означають вправлення із втратою померлої людини (наприклад, переживаючи горе, шукаючи сенс втрати, аналізуючи її). Адаптація до втрати полягає в коливаннях між цими

двома орієнтаціями, що відбувається доти, поки не буде знайдено сенс як у втрачених відносинах, так і в новому (повторно) побудованому житті.

Травмівне горювання частіше трапляється після певних видів смерті, включаючи раптову та несподівану смерть, пов'язану з насильством, смерть в ДТП, в результаті вбивства чи самогубства. Зазвичай травмівне горювання властиве людям, які вважають, що могли б запобігти смерті близького. Ситуації, в яких вижилий був свідком смерті, його власному життю загрожувала небезпека, він стикався зі смертю багатьох людей за невеликий проміжок часу, також можуть спричинити травмівне горювання. У випадку травмівної втрати тяжкості симптоми горя перекриваються симптомами травми. Насправді, оскільки вплив раптової травмівної втрати настільки руйнівний, це часто призводить до симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тобто перед вижившими стоїть подвійне завдання – оплакувати втрату та впоратися з травмою, яка супроводжувала смерть. Після травмівної втрати симптоми горя, зазвичай, є більш інтенсивними (Bryant, 2019).

Під час війни травмівний стрес і горе завжди виникають одночасно і негативно позначаються на адаптаційних ресурсах особистості (Sagberg, Røen, 2011). Однак, якщо у дорослих ПТСР та ускладнене горювання можуть відбуватися одночасно, у дітей травмівна втрата домінує над реакціями горювання, а тому вимагає першочергової уваги. Наприклад, діти, які стали свідками жакливої смерті рідних, тортур, руйнувань, можуть страждати від повторюваних нав'язливих образів, які заважають згадувати померлого, особливо позитивні моменти з їхнього життя. Тому насамперед, працюючи з дітьми та підлітками, слід акцентувати на відновленні нетравматичного образу померлого, за допомогою якого діти можуть згадати та запам'ятати позитивний досвід життя із близькою померлою людиною (Alvis, Zhang, Sandler, 2022). Нами розроблено рівнево-часову модель сприяння соціальній адаптації цивільних осіб, які стали свідками бойових дій. Основним компонентом даної моделі є міжособистісна, інструментальна та соціальна підтримка, під якою розуміється задоволення специфічних соціальних потреб: в близькості, захисті, інформації, практичній допомозі, розрядці і заспокоєнні (Morese, Lamm, Bosco, 2019). Ми припускаємо, що соціальна підтримка сприяє мінімізації вираженості посттравматичних симптомів та адаптації особистості різного віку до необхідності виживання в умовах війни.

Загалом дослідження психологічних особливостей травм війни осіб різного віку в Україні лише набувають популярності, пере-

важно вони проводяться з біженцями, які знаходяться на вільних від небезпеки війни територіях, дане ж дослідження є пілотажним, оскільки реалізоване в умовах існування загрози обстрілів на території Київської, Сумської та Харківської областей.

**2. Методологія і методи.** Для реалізації цілей дослідження нами було використано такі методики: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, A.S. Zigmond і R.P. Snaith, 1983, адаптація А.В. Андрущенко, 2003), опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 (F.W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, 2013), опитувальник реакцій горювання (HGRC, N. S. Hogan, 2001), опитувальник соціальної підтримки (Inventory of Social Support (ISS), N. S. Hogan, L. A. Schmidt, 2016).

Госпітальна шкала тривоги і депресії призначена для оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики, містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає чотири варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики: норма, межовий стан, помірна виражена тривога/депресія, важка форма тривоги/депресії. Дані методики PCL-5 спрямовані на моніторинг симптомів посттравматичного стресового розладу в процесі медико-психологічної реабілітації і часто використовується для попередньої постановки діагнозу ПТСР. Опитувальник PCL-M містить 17 пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою (наскільки часто симптоми, подані в методичці, у нього виявлялися протягом останнього місяця, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто). Опитувальник реакцій горювання (HGRC) базується на особистих розповідях людей, які втратили близьких і відчували безнадійність та безглуздість у ранньому горюванні, але були спрямовані на пошук нових сенсів і цілей подальшого життя. Опитувальник соціальної підтримки – це короткий, зручний і одновимірний інструмент, спрямований на оцінку вираженості соціальної підтримки горюючої людини. Складається із п'яти тверджень – атрибутів соціальної підтримки: наявності інших, які знайшли час, щоб вислухати горюючого, можливості відкрито та чесно висловити почуття, відсутності осуду з боку інших, доступності принаймні однієї людини для розмови у будь-який час та отримання допомоги у горюванні. Отримані дані опрацьовано шляхом статистичного аналізу (кореляційний r-критерій Пірсона, t-критерій Стьюдента, U-критерій Манна-Вітні) з подальшою їх якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS 21.0.

У даному дослідженні ми порівняли травми війни осіб віком від 13 до 70 років, які перебували в зоні активних бойових дій,



залишали її шляхом внутрішньої міграції та були у своїх містах і селищах у тимчасовій окупації (Київська, Сумська, Харківська області України), всього у дослідженні взяли участь 328 осіб, з них 13–18 років – 94 (28,66%), 19–30 років – 66 (20,12%), 31–50 років – 72 (21,95%), 51–70 років – 96 (32,27%). Середній вік досліджуваних становить  $47,5 \pm 10,3$  років; жіночої статі – 206 (62,81%), чоловічої статі – 122 (37,19%), зазначимо, що статистично значущих відмінностей між цивільними чоловіками та жінками, які взяли участь у даному дослідженні, нами виявлено не було, найбільше чоловіків представлено у вікових групах до 18 і старше 50 років, ймовірно, це зумовлено тим, що багато чоловіків віком від 20 до 50 років, особливо на території Харківської області, беруть участь у ЗСУ та ТРО.

Ключовими аспектами нашого дослідження визначено наявність множинних травмівних подій, реакції на горе та втрату, зокрема субклінічні тривога та депресія, симптоми ПТСР, наявність соціальної підтримки та її зв'язок із впливом травмівних подій на психологічний стан осіб різного віку.

**3. Результати та дискусії.** Насамперед нами визначено особливості вираженості симптомів ПТСР за методикою PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Даним опитувальником передбачено підрахунок балів за чотирима критеріями В (інтрузії), С (уникнення), D

(негативні зміни в емоціях і переконаннях) і Е (збудження). Крім того, констатується наявність критерію А (травмівної події). У табл. представлено результати дослідження за методикою PCL-5, а також частотний аналіз травмівних подій, які цивільні свідки, а й іноді – учасники бойових дій, визначили як найбільш значущі, такі, що потенційно можуть зумовлювати стресові розлади та ПТСР.

Досліджуваним віком від 13 до 18 років найбільше властиві такі травми війни, як відокремленість від членів сім'ї, найчастіше від батька, однак нерідко й переміщення з сиблінгами без обох батьків (97,86%); смерть домашніх тварин (97,88%); переїзд на гірше місце проживання (91,49%) та численні смерті членів родини і друзів (77,65%). Особам від 19 до 30 років найбільше властиві такі травмівні події, як численні смерті членів родини (93,94%), відокремленість від членів сім'ї (95,45%), смерть домашніх тварин (89,39%) і бачити померлих людей на вулицях, у будинках, які лежать там тривалий час (86,36%). Подібна ситуація спостерігається й щодо досліджуваних віком від 31 до 50 років, для яких найбільшими психотравмами стали численні смерті членів родини (94,44%) та смерть домашніх тварин (88,89%). Досліджувані старшого віку у переважній більшості не залишали місць свого постійного проживання, або ж залишали на нетривалий час, втім, для них

Таблиця

### Особливості симптомів ПТСР осіб різного віку за методикою PCL-5, а також частотний аналіз травмівних подій досліджуваних

Показники	13–18 років	19–30 років	31–50 років	51–70 років
Середні значення вираженості симптомів ПТСР				
Інтрузії (критерій В)	1,16	2,46	2,87	3,25**
Уникнення (критерій С)	2,19	2,38	2,32	2,94**
Негативні зміни в емоціях і переконаннях (критерій D)	3,19**	0,29	1,19	1,08
Збудження (критерій Е)	3,94**	2,06	2,18	3,67**
Частотний аналіз травмівних подій (Критерій А)				
Переїзд на гірше місце проживання	86 (91,49%)	42 (63,64%)	38 (57,78%)	12 (12,51%)
Зруйнований будинок	62 (65,96%)	36 (54,55%)	49 (68,05%)	74 (77,08%)
Приниження перед іншими людьми	3 (3,19%)	27 (40,91%)	18 (25,01%)	0
Тортури	0	12 (18,19%)	9 (12,51%)	0
Відокремленість від членів сім'ї	92 (97,86%)	63 (95,45%)	51 (70,83%)	46 (47,92%)
Численні смерті членів родини	73 (77,65%)	62 (93,94%)	68 (94,44%)	42 (43,75%)
Бачити померлих людей на вулицях, у будинках, які лежать там тривалий час	29 (30,84%)	57 (86,36%)	53 (73,61%)	37 (38,54%)
Бути свідками з'валтування та інших видів насильства	1 (1,06%)	16 (24,23%)	11 (26,19%)	2 (2,08%)
Смерть домашніх тварин	92 (97,88%)	59 (89,39%)	64 (88,89%)	83 (86,46%)

\*\* відмінності статистично значущі при  $p < 0,001$

найбільш значущими травмівними подіями стали зруйнований будинок (77,08%) і смерть домашніх тварин (86,46%).

Ми зазначаємо, що найбільше травм війни зазнали саме підлітки та молодь, втім, внаслідок наявних внутрішніх і зовнішніх ресурсів, вони переважно ефективно адаптувалися до ситуації, що з ними склалася. Травмівна подія (критерій А) статистично значуще корелює лише із критерієм Е (збудження), тобто можемо констатувати, що травмівна подія зумовлює роздратованість, підвищену збудливість, настороженість і проблеми зі сном, але загалом сам факт наявності травмівної події не завжди зумовлює розвиток симптомів ПТСР (оскільки для його діагностики лише одного критерію Е недостатньо).

Найбільше травми війни вплинули на систему цінностей та переконань підлітків та молоді, які чи не вперше в житті стикнулися з неконтрольованим і небезпечним світом, почасти ми можемо констатувати наявність моральної травми саме у молоді. Зазвичай моральна травма стосується негативних наслідків для сумління, коли люди вчиняють, стають свідками або не запобігають діям, які суперечать їхнім особистим цінностям та моральним переконанням. На відміну від психопатології, моральна шкода є нормальною реакцією людини на аномальну травмівну подію. Крім того, для молоді, так само як і для осіб старшого віку (після 50 років), у якості основної реакції на травму виявлено збудження, що часто виражається у панічній поведінці, неможливості заснути (посиленій акустичним нічним терором), проблемах харчової поведінки, зокрема у підлітків після окупації ми неодноразово спостерігали симптоми булімії. Симптоми уникнення та інтрузій найбільше властиві досліджуваним старше 50 років, натомість у осіб віком від 19 до 50 років симптоми ПТСР за методикою PCL-5 статистично значуще не виражені.

За методикою HADS в усіх вікових групах досліджуваних виявлено субклінічно виражену тривогу, так званий межовий стан, однак симптомів депресії у досліджуваних не спостерігалось (враховуємо специфіку дослідження, яке проводилося під час війни, коли мобілізація усіх особистісних ресурсів максимальна). Панічна поведінка, мається на увазі не лише панічні напади, які також дуже властиві досліджуваним, а й тривога та психосоматичні симптоми, включаючи головні болі, болі в животі та болі в спині, властива більше молоді та особам до 40 років, тоді як розпач характерний для всіх досліджуваних, однак особливо старших 50 років, для яких розпач позитивно корелює зі збудженням ( $r=0,794$ ) та інтрузіями ( $r=0,691$ ). Натомість провина (провина особи, яка вижила, врятувалася),

гнів та відстороненість більше притаманні досліджуваним віком від 30 до 50 років, особливо якщо вони проживають в тилу, де поодинокі повітряні тривоги і відсутні руйнування внаслідок ракетних обстрілів. Ми констатуємо, що концептуально пункти Опитувальника соціальної підтримки представляють ступінь, за яким горючий сприймає, що є принаймні одна людина, яка знайде час, щоб беззаперечно вислухати його, поки вони щиро і чесно висловлюють свої думки та почуття про горе. Існують негативні статистично значущі кореляції соціальної підтримки та показниками PCL-5, зокрема уникнення та інтрузій, а також з симптомами депресії Госпітальної шкали HADS. Відповідно, депресія та уникнення травмівних подій і горювання негативно пов'язані з наявністю соціальної підтримки. Найсильніший зв'язок між соціальною підтримкою та особистісним зростанням був зафіксований через 2,5 місяці після втрати, однак при цьому людина вже тривалий час перебувала на безпечній від війни території. Іншими словами, соціальна підтримка знижує інтенсивність горювання, тим самим відкриваючи можливості посттравматичного зростання особистості після нього.

**Висновки.** Отже, досліджуваним незалежно від віку властиві такі травми війни, як відокремленість від членів сім'ї, численні смерті членів родини і друзів, зруйновані будинки та смерть домашніх тварин. Найбільше травми війни вплинули на систему цінностей та переконань підлітків та молоді, однак симптоми ПТСР більше властиві досліджуваним старшим 50 років, у яких спостерігається нестача внутрішніх і зовнішніх ресурсів (соціальної підтримки). Нами доведено, що модель соціальної підтримки, розроблена нами для учасників бойових дій, з якими ми працювали у 2014–2020 роках, релевантна для використання із цивільними особами різного віку під час нинішньої широкомасштабної війни. Дана модель базується на послідовних посттравматичних періодах, коли розширюється система соціальних зв'язків: від обмежених в гострий адаптаційний період, коли близьке оточення виконує практично всі функції, до поступової диференціації зв'язків за рахунок включення в групу індивідів зі спільним травмівним досвідом в якості члена цієї групи в адаптаційний період і інші соціальні групи в період резилентно-інтеграційний. Ми наголошуємо на необхідності вивчення найкращих світових практик надання психологічної допомоги жертвам війни, а у разі їх відсутності – створення та поширення своїх власних, оскільки досвід України значною мірою є унікальним та стане в нагоді психологам різних країн, де потенційно ймовірні збройні конфлікти. Дане завдання є важливою перспективою подальших наукових досліджень.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Alipour F., Ahmadi, S. Social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in earthquake survivors: A systematic review. *Social Work in Mental Health*. 2020. Vol. 18(5). P. 501–514.
2. Alvis L., Zhang N., Sandler I. N., Kaplow J. B. Developmental Manifestations of Grief in Children and Adolescents: Caregivers as Key Grief Facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2022. Vol. 1. P. 1–11.
3. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18(3). P. 259–269.
4. Morese R., Lamm C., Bosco F. M., Valentini M. C., Silani G. Social support modulates the neural correlates underlying social exclusion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2019. Vol. 14(6). P. 633–643.
5. Sagberg S., Røen I. Social practices of encountering death: a discussion of spiritual health in grief and the significance of worldview. *International Journal of Children's Spirituality*. 2011. Vol. 16(4). P. 347–360.
6. Silove D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*. 2013. Vol. 11(3). P. 237–248.
7. Stroebe M., Schut H. Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2021. Vol. 82(3). P. 500–522.

**REFERENCES:**

1. Alipour, F., & Ahmadi, S. (2020). Social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in earthquake survivors: A systematic review. *Social Work in Mental Health*, 18(5), 501–514.
2. Alvis, L., Zhang, N., Sandler, I. N., & Kaplow, J. B. (2022). Developmental Manifestations of Grief in Children and Adolescents: Caregivers as Key Grief Facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1–11.
3. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry*, 18(3), 259–269.
4. Morese, R., Lamm, C., Bosco, F. M., Valentini, M. C., & Silani, G. (2019). Social support modulates the neural correlates underlying social exclusion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(6), 633–643.
5. Sagberg, S., & Røen, I. (2011). Social practices of encountering death: a discussion of spiritual health in grief and the significance of worldview. *International Journal of Children's Spirituality*, 16(4), 347–360.
6. Silove, D. (2013). The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*, 11(3), 237–248.
7. Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522.

Стаття надійшла до редакції 27.07.2022.  
The article was received 27 July 2022.