

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**СУБ'ЄКТИВНІ МЕХАНІЗМИ УСВІДОМЛЕННЯ
ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ДОСВІДУ
Кваліфікаційна робота (проект)**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала здобувачка 2 курсу 231Мз групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної програми «Психологія»
Іванна ДЕРУН

Керівник: кандидатка психологічних наук,
доцентка

Наталія ТАВРОВЕЦЬКА

Рецензент: практичний психолог ДПТНЗ
"Конотопське ВПУ"

Катерина Хрокало

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ТА УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ДОСВІДУ.....	11
1.1. Поняття стресу та травми.....	11
1.2. Загальна характеристика суб'єктивних механізмів усвідомлення.....	16
1.3. Основні аспекти і стадії проживання психотравмуючого досвіду.....	19
1.4. Фактори впливу на проживання психотравмуючого досвіду.....	24
1.5. Психологія усвідомлення.....	27
ВИСНОВКИ ДО I РОЗДІЛУ.....	29
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУБ'ЄКТИВНИХ МЕХАНІЗМІВ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ДОСВІДУ	32
2.1. Процедура та методи емпіричного дослідження	32
2.2. Характеристика вибірки емпіричного дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду	33
2.3. Обґрунтування психологічного інструментарію експериментального дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду.....	34
2.3.1. Діагностичні критерії DSM-5 посттравматичного стресового розладу.....	41
2.3.2. Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-C).....	46
2.3.3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	46
2.3.4. Авторська анкета оцінювання суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду.....	47
ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ.....	54
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57
ДОДАТКИ.....	63

ВСТУП

Актуальність дослідження суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду є цінною для українців, які другий рік поспіль обороняють і відстоюють власну країну України і свободу в результаті збройного нападу росії.

В першу чергу дослідження важливе для збереження психічного здоров'я військовослужбовців та цивільних населення, оскільки участь у війні або перебування в зоні конфлікту може призвести до серйозних психічних наслідків. Вивчення того, як особи сприймають та усвідомлюють психотравмуючий досвід, дозволяє розробляти ефективні стратегії психологічної допомоги та реабілітації. Розуміння суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду може допомогти розробляти інтервенції, спрямовані на полегшення страждань та покращення якості життя тих, хто пережив воєнні події. Дослідження може виявити ключові аспекти, які впливають на соціальну інтеграцію та підтримку осіб, які пройшли психотравмуючий досвід. Це може допомогти суспільству створювати більш ефективні програми підтримки та реабілітації. Розуміння того, які фактори впливають на сприйняття та усвідомлення травмуючих подій, може допомогти у вдосконаленні систем психологічної підготовки перед військовими діями, що в свою чергу може зменшити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для психологів-консультантів важливо розуміти, як саме клієнти усвідомлюють та сприймають свої травматичні досвіди. Це допомагає консультантам адаптувати свій підхід, враховуючи унікальність кожної людини. Для тих, хто пережив травматичний досвід, усвідомлення власних механізмів проживання стане першим кроком до зцілення. Це може допомогти краще розуміти свої реакції та вибирати більш адаптивні стратегії коупінгу. Для фахівців, які працюють з людьми, які пережили травму, важливо визнати можливість вигорання. Розуміння

суб'єктивних механізмів усвідомлення може допомогти зберігати емпатію уникаючи вигорання та вторинної травматизації у фахівців. Також знання про суб'єктивні механізми усвідомлення травматичного досвіду може сприяти загальній свідомості про травму та допомогти в сприянні соціальній емпатії та підтримці, розвитку резилієнтності на рівні не тільки окремої людини, а й цілої спільноти щодо збереження ментального здоров'я. Це може сприяти створенню сприятливого середовища для діалогу та підтримки усіх членів громади, сприяти подоланню стигми, пов'язаної з психічними розладами. Люди, які розуміють і приймають внутрішні переживання інших, можуть стати більш емпатичними та толерантними. Усвідомлення травматичного досвіду та його механізмів допомагає зберегти гідність та аутентичність особи, дозволяючи їй проявляти свої емоції та думки без страху або суджень, допомогти створити сприятливий інтерактивний простір для вираження почуттів та розуміння, може сприяти інтеграції травматичного досвіду в особистий наратив. Це допомагає людині знайти нові шляхи висловлення та визначення свого життєвого сценарію, створити індивідуалізований підхід до підтримки та лікування.

Розуміння та усвідомлення механізмів усвідомлення травматичного досвіду важливо для надання ефективної психологічної передентальної допомоги, зокрема в екстремальних ситуаціях чи подіях масштабного стресу. Знання про суб'єктивні механізми усвідомлення травматичного досвіду також є стимулом для подальших досліджень у галузі психотравматології, психотерапії, психологічного консультування та психічного здоров'я загалом. Вивчення суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду може розкрити гендерні відмінності у сприйнятті та переживанні травматичних подій. Це важливо для розробки гендерночутливих підходів до психологічної підтримки та реабілітації.

Дослідження суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду в ситуації війни може внести значний вклад у розуміння та вирішенням проблем, які пов'язані із психічним здоров'ям, соціальною адаптацією, підтримка постраждалих.

Дослідження суб'єктивних механізмів може відкривати нові можливості для використання технологій, таких як віртуальна реальність чи телемедицина, у психічному лікуванні та підтримці, профілактиці і збереженні ментального здоров'я всіх верств населення. Глибше розуміння суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду дає можливість психологам і психотерапевтам працювати віддалено і відкриває можливості охоплення більшої частини населення, особливо в тих частинах України, де немає можливості надавати якісну психологічну підтримку очно.

Усе це підкреслює важливість проведення досліджень щодо суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду в українських реаліях війни, щоб розширити знання, розвивати ефективні методи підтримки та сприяти покращенню психічного здоров'я та якості життя постраждалих. Загальною метою подальшого досліджень є покращення розуміння впливу суб'єктивних механізмів усвідомлення на психічне здоров'я та розробка конкретних стратегій підтримки для тих, хто пережив психотравмуючий досвід. Це може сприяти створенню більш гуманних та ефективних програм, спрямованих на відновлення та підтримку психічного благополуччя в умовах війни. Розуміння психологічних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду в розрізі післявоєнної реабілітації може впливати на розвиток програм міжнародного співробітництва та миротворчі ініціативи, спрямовані на відновлення та підтримку психічного здоров'я постраждалих українців.

Вперше термін «посттравматичний стресовий синдром» запропонував М. Горовиць і співавтори, ввівши діагностичні критерії

даного розладу у DSM – III і Посттравматичний стресовий розлад досліджували Е. Lindemann, D. Leopold, Н. Dillon (ввели поняття «патологічне горе»), W. Niderland і D. Lifton ввели поняття «синдром тих, що вижили», А. Burgess і L. Holstrom ввели поняття «синдром зґвалтованих», С. Figley запропонував використовувати термін «в'єтнамський постсиндром». Також посттравматичний стресовий розлад досліджували. D. Cormie, J. Howell О. Jones дослідили вплив посттравматичних стресових переживань на членів сім'ї, свідків, сусідів, рятувальників персонал лікарень.

Стратегії усвідомлення суб'єктивних механізмів психотравмуючого досвіду розглядаються в рамках когнітивно-поведінкової терапії (Аарон Бек), а саме як впливає спотворене мислення на емоції та поведінку; психоаналітичної теорії (Зігмунд Фройд), акцентуючи увагу на підсвідомих процесах і витісненні; гуманістичної психології Карла Роджерса, що досліджував суб'єктивний досвід і емоційне прийняття; теорія стресу і копінг-стратегій Р. Лазаруса, який досліджував вплив інтерпретації ситуацій на емоційні реакції; нейропсихології (Бессел ван дер Колк), яка розкриває вплив травми на мозок і тіло, зокрема посттравматичні стани.

Дослідження психотравми як окремого психологічного і психічного феномену проводили такі вчені, як Н. Пезешкіан, П. Левін, Б. Уайнхолд, Б. Колодзін, Д. Калшед, Л. Бурбо, Е. Фредерик, Н. Тарабріна та інші. В Україні посттравматичний стресовий розлад досліджують О. Романчук, З. Кісарчук, В. Климчука, А. Карачевського, П. Горностая, Г. Лазос, Я. Омельченко, Т. Титаренко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін. [15, С. 22]

В Україні дослідженням суб'єктивних особливостей усвідомлення психотравматичного досвіду займаються Попелюшко Р.П. Куліш О., Мазоха І., Титаренко Т., Шебанова В. І., Горбунова В.В., Климчук В.О.,

Ларіна Т.О., Мазоха І., Кірчева Л., Кісарчук З.Г., Кокун О.М., Омельченко Я.М., Лазоренко Б.П., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Туриніна О. Л., Царенко Л. Г. та ін.

Виходячи з вище згаданих досліджень, потерпілими можуть бути не тільки учасники подій, а також члени їх сімей, родин, свідки подій, ті, хто надають допомогу. Враховуючи цей факт, коло людей із психічними розладами через отримання психотравмуючого досвіду може бути вразі більшим, аніж безпосередньо постраждалі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалася у межах науково-дослідної теми кафедри психології «Особистісні та ситуаційні ресурси особистості в умовах життєвої та суспільної кризи» (державний реєстраційний номер 0119U103458).

Мета дослідження – науково обґрунтувати і емпірично дослідити вплив на суб'єктивні механізми усвідомлення на проживання психотравмуючого досвіду.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний та методологічний аналіз впливу суб'єктивних механізмів на усвідомлення психотравмуючого досвіду.
2. Дослідити сприйняття та розуміння подій, емоційні реакції та відчуття, механізми копіngu та адаптації, тобто способи впорядкування, які використовуються для подолання та адаптації до психотравмуючого досвіду.
3. Емпірично вивчити вплив суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
4. Розробити рекомендації для усвідомлення суб'єктивних механізмів психотравмуючого досвіду в ситуації війни з врахуванням емоційного, психологічного та соціального контекстів.

Об'єкт дослідження – психотравмуючий досвід.

Предмет дослідження – суб'єктивні механізми усвідомлення психотравмуючого досвіду.

Вирішення поставлених завдань сприятимуть глибшому розумінню внутрішніх процесів та механізмів, які визначають способи, яким люди усвідомлюють та взаємодіють із своїм психотравмуючим досвідом.

Методи дослідження. Для діагностичного дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду були підібрані надійні та валідні методики, що відповідали теоретичній основі дослідження. Використання кожного інструмента було зумовлене його специфікою для досягнення цілей роботи, а саме:

Анкета для збору номінальних даних – застосовувалась для збору базової інформації про респондентів, яка включала їхній вік, стать, соціальний статус та інші характеристики, важливі для аналізу результатів дослідження.

Контрольний перелік життєвих подій (LEC) Частина 1 – дозволив оцінити кількість та характер травматичних подій, з якими стикалися респонденти, визначивши спектр їхніх життєвих обставин.

Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PCL-5) Частина 2 – використовувався для діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він оцінював рівень вираженості симптомів, пов'язаних з травматичними подіями.

Шкала самооцінки для визначення наявності ПТСР (PCL-5) Частина 3 – застосовувалась для самооцінювання респондентами рівня прояву симптомів ПТСР. Цей метод дозволив визначити наявність або відсутність ПТСР серед учасників дослідження.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) – використовувався для оцінки рівня тривожності та депресії серед респондентів. Ця шкала дозволила проаналізувати психологічний стан учасників у контексті їхнього травматичного досвіду.

Авторська анкета для оцінки суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду – дозволила дослідити механізми, які респонденти використовують для подолання наслідків травматичних подій, вивчаючи емоційні, когнітивні та поведінкові реакції на стрес.

Вибір цих методик забезпечив комплексний підхід до дослідження, дозволив оцінити як загальні характеристики травматичного досвіду респондентів, так і специфіку їхнього емоційного стану та механізми подолання труднощів.

Наукова новизна дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду полягає у вивченні механізмів, які використовують люди, в сім'ях яких є убієнні для подолання наслідків травм. Результати дослідження дозволяють визначити, які саме емоційні та когнітивні стратегії допомагають краще адаптуватися до травми, що може бути корисним для розробки ефективних психотерапевтичних втручань.

Практичне значення одержаних результатів. Емпіричний матеріал важливий для розробки програм психологічного втручання, створення спільнот підтримки з урахуванням суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду, розвитку більш психологічно освіченого та емпатичного суспільства, залучення світової спільноти до психологічної реабілітації осіб, які пережили психотравмуючий досвід війни, адаптація до нових реалій, відновлення повноцінного функціонування, покращення психічного благополуччя, збереження ментального здоров'я українців, покращення якості життя в умовах війни та опора на нові смисложиттєві сенси.

Апробація та публікація результатів дослідження. Результати нашого емпіричного дослідження висвітлено у електронному альманасу «Магістерські студії» Херсонського державного університету (тези

«Основні симптоми та діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР)».

Структура роботи. Наша робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 45 джерел та 5 додатків.

РОЗДІЛ І

ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ТА УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ДОСВІДУ

1.1. Поняття стресу та травми

Поняття «стрес» (англ. «distress» від лат. «stringere» - затягувати) у відомому нині значенні не використовувалося до 1920-х рр., проте тривалий час вживалося у фізиці для позначення внутрішнього розподілу сил, який впливає на матеріальне тіло та призводить до виникнення напруги [1]. У 1920-30-х рр. біологи та психологи іноді використовували це поняття як синонім психічної напруги чи шкідливого чинника середовища, здатного викликати хворобу. У 1926 р. американський психофізіолог В. Кеннон використав поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, які руйнують гомеостаз, втім у науковий обіг дане поняття було введено лише у середині 1940-х рр. [1], [8, С.15]. Виходячи з ідей В. Кеннона і К. Бернара про «внутрішнє середовище організму», канадський фізіолог Г. Сельє у 1936 році вперше опублікував дослідження про загальний адаптаційний синдром, але лише з 1946 року почав систематично використовувати термін «стрес». Сельє показав, що на відміну від інших фізіологічних реакцій, стрес викликається як негативними, так і позитивними подразниками. Він виділив «еустрес» (позитивний стрес, що активізує) та «дистрес» (негативний стрес, який призводить до безпорадності та виснаження) [1], [8, С.15-16].

Г. Сельє вперше докладно описав гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (НРА-вісь) як систему, що допомагає організму справлятися зі стресом. Його ідеї про стадії стресу — тривогу, опір і виснаження — й досі актуальні. Згодом він розробив концепцію двох «резервів» адаптаційної енергії: доступну «поверхневу», що може поповнюватися, і «глибоку», яка мобілізується при значному навантаженні, але виснаження її є незворотним. Сельє порівнював запаси

глибокої енергії з успадкованим капіталом: його можна витратити, але не поповнювати [1], [8, С.15-16].

Стрес (англ. stress – напруга, тиск) – за Г. Сельє стан психічного напруження, що виникає у людини в процесі діяльності, ускладненої певними обставинами (наприклад, під час космічного польоту, при виникненні аварійної ситуації, пожежі, при підготовці до складного екзамену тощо) [21, С. 346]. Адаптаційний синдромом, яким є стрес, може мати різний вплив на стан нашого організму. У деяких випадках людина здатна мобілізувати свої внутрішні ресурси й виконувати дії, які в нормальних умовах їй не під силу, тоді як в інших ситуаціях може відбутися повна дезорганізація, аж до ступору. Тому важливо досліджувати адаптацію людини до стресових обставин для прогнозування її поведінки. Стрес може також включати як негативні, так і позитивні впливи на організм, викликаючи відповідні фізіологічні чи психологічні реакції на стресор [38].

Стресор – це потужний і тривалий негативний вплив, що викликає стресовий стан. До стресорів належать сильні травми, інфекції, м'язові перевантаження, радіація, зміни температури, медикаменти тощо. Стресори поділяються на фізіологічні (як-от гострий біль, раптові температурні зміни, стан невагомості) і психологічні (інформаційне перенапруження, складні іспити, загроза соціальному статусу тощо), залежно від факторів, які викликають стресову реакцію [22], [23].

Травма психічна – шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей. Глибина психічної травми залежить від особистої значущості травмуючої події, емоційної стійкості і психологічної захищеності людини. [22, С. 365]. За характером дії психотравмуючі впливи класифікують на 3 види: 1) за інтенсивністю впливу масовані (катастрофічні), раптові і гострі, які пригнічують

адаптаційні можливості людини; 2) за соціально-значущими наслідками – вузькоспрямовані і багатопланові дії, внаслідок чого змінюється соціальна позиція людини (повага людей, винагороди, можливість самоствердження, соціальний престиж); 3) за особистими наслідками біологічні і особисто-руйнівні, які зумовлюють виникнення неврозів і психосоматичних захворювань [22, С. 365].

Травматичний стрес – це специфічний тип загальної стресової реакції, коли відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних і адаптаційних ресурсів людини. У такій ситуації стрес має травматичний характер і може призводити до виникнення психологічної травми (В. Г. Ромек, В. О. Конторович, О. І. Крукович, 2004) [26, С. 25].

На думку В. Ромека та В. Конторовича, травматичний стрес має певні характерні особливості:

подія усвідомлюється людиною, яка розуміє, що сталося та як це вплинуло на її психічний стан;

наявні зовнішні фактори, що викликають цей стан;

ситуація порушує звичний уклад життя;

подія призводить до почуття жаху та безпорадності. [10].

Термін «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» був вперше запропонований М. Горовіц. Він розробив діагностичні критерії ПТСР, які прийняли за основу при складанні Американської класифікації хвороб. У Міжнародному класифікаторі хворіб – основному діагностичному стандарті європейських країн) зазначається, що услід за травмуючими подіями, що вийшли за межі буденного людського досвіду, можливий розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Під «звичайним» людським досвідом розуміємо такі події, як: втрати близької людини, які відбулася через природні причини; важкі хронічні хвороби; втрата роботи; сімейний конфлікт тощо [26].

До стресорів, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, належать ті події, які можуть завдати травм психіці будь-якій здоровій людині: стихійне лихо; техногенна катастрофа; диверсія, терористичний акт, тортури, масове насильство, бойові діяння, попадання у “ситуацію заручника”, зруйнування власного житла тощо.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є комплексом психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, і тут травма визначається як пережиття, потрясіння, що у більшості людей призводить до відчуття страху, жахиття, почуття безпорадності. Першочергово, це можуть бути ситуація, в якій людина пережила загрозу власного життя, зустрілась із смертю або пораненням іншої людини (особливо близької людини), що відбулася за надзвичайних обставин, або мало місце декілька таких ситуацій. Передбачається, що симптоми ПТСР можуть проявлятися у людини одразу після зустрічі із травматичною ситуацією, але ПТСР може з'явитися й через декілька місяців, років. Це і є основною особливістю ПТСР (І. Г. Малкіна-Пих, 2008) [26].

Щодо поняття «психологічна травма», то в психологічній енциклопедії бачимо наступне визначення: «...шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей» [6, с. 365], [2].

Т. Титаренко подає у словнику-довіднику наступне трактування цього феномену: «Психологічна травма (психотравма, грец. Psyche – душа, trauma – пошкодження, потрясіння) – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість. У метафоричному значенні психотравма – це будь-яке потрясіння психіки, що виявляє сильний вплив

на функціонування особистості та її подальший розвиток» [25, с. 102], [16, С. 70].

Наведені вище визначення не розділяють, а ототожнюють поняття про психологічну і психічну травму. Спроби виокремлення поняття «психологічна травма» є дещо новою у психологічній літературі, як зазначає Л. Заграй, проте, про існування травматичного досвіду було відомо давно. Авторка відзначає: «Психологічна травма ґрунтується на суб'єктивній інтерпретації ситуації, що передбачає можливість контролювати чи регулювати ситуацію і знижувати невизначеність й вразливість. Відповідно, психологічна травма – це реакція людини на життєвих обставини, що викликає тривалі емоційні переживання негативного характеру [16].

1.2. Загальна характеристика суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду

Психотравмуючий досвід є особистісним переживанням, яке виникає в результаті сильної емоційної чи психологічної травми, викликані подією або ситуацією. Усвідомлення такого досвіду – це складний процес, в якому суб'єктивні механізми відіграють вирішальну роль. Вони визначають, як людина сприймає, обробляє і реагує на травму, а також як відновлюється після неї.

Основні суб'єктивні механізми усвідомлення психотравмуючого досвіду визначено:

1. Когнітивна інтерпретація травми. Це те, як людина осмислює подію, надає їй значення та оцінює її вплив на себе. Інтерпретація може бути як конструктивною, так і деструктивною, залежно від когнітивних установок особистості.

Механізм усвідомлення полягає у тому, що людина може сприймати подію як незворотну трагедію або як досвід, який можна використати для особистісного зростання. Конструктивна інтерпретація допомагає знизити негативний вплив травми, тоді як деструктивні думки (наприклад, відчуття безпорадності) підсилюють психологічний дискомфорт [23].

2. *Механізми психологічного захисту* – це несвідомі реакції, які допомагають людині знизити або відхилити тривогу та стрес, викликані травмою. Найбільший внесок в розробці захисних механізмів належить Анні Фройд. Щоб повністю оцінити її внесок у розробку концепції захисних механізмів, необхідно взяти до уваги роботи її батька. Зігмунд Фройд описав кілька захисних механізмів, які Его використовує для вирішення конфліктів між Воно та Супер-Его. Він вважав, що головним стимулом для більшості людей є зниження напруги, яка здебільшого викликана тривожністю. Фройд виділяв три типи тривожності [13]:

1. *Тривожність перед реальністю* – страх перед реальним світом, подіями, що можуть статися. Наприклад, коли людина, опинившись поруч із загрозливим на вигляд собакою, боїться, що тварина її вкусить. Найкращий спосіб зменшити напруження у зв'язку з тривожністю перед реальністю це уникнення відповідних ситуацій.

2. *Невротична тривожність* – несвідомий страх перед втратою контролю над пориваннями Воно, що може взяти гору та призвести до покарання.

3. *Моральна тривожність* – страх перед порушенням моральних принципів і цінностей, що призводить до виникнення почуття провини й сорому. Джерелом такої тривожності є Супер-Его [13, С. 28].

На переконання Зігмунда Фрейда, у разі виникнення тривожності захисні механізми допомагають подолати тривожне відчуття і вберегти від реальності Его, Воно і Супер-Его. Він стверджував, що людина

нерідко використовує такі механізми для викривлення реальності та зловживає ними, щоб уникнути проблеми. Тому важливо зрозуміти й проаналізувати захисні механізми, щоб людина могла позбутися тривожності здоровішим шляхом. [13, С. 28].

На думку Анни Фройд, є конкретні захисні механізми, які Его використовує для зниження напруги. Перелік цих механізмів: *заперечення* – відмова визнавати або усвідомлювати, що певна подія відбувається або відбулася; *вимищення* – перенесення власних почуттів або емоцій на щось або когось, що видається менш загрозливим; *інтелектуалізація* – оцінка ситуації холодним, об'єктивним поглядом, що дозволяє уникнути концентрації на стресовій або емоційній складовій; *проекція* – присвоєння власних неприємних почуттів іншій людині та відповідне переконання, що ця людина відчуває щось замість вас; *раціоналізація* – пошук правдоподібних, однак фальшивих виправдань людиною, яка уникає справжніх причин виникнення певного почуття або поведінки; *формування реакцій* – протилежна поведінка для приховування справжніх почуттів; *регресія* – повернення до дитячої поведінки (Анна Фройд стверджувала, що людина практикуватиме певні моделі поведінки на основі тієї стадії психосексуального розвитку, на якій зациклилася: наприклад, людина, яка застрягла в оральній стадії, може почати переїдати, курити або вживати нецензурну лексику); *витіснення* – відсунення думок, що викликають відчуття незручності, до підсвідомості; *сублімація* – приведення неприйнятної поведінки до більш прийнятної форми (наприклад, охоплена гнівом людина боксиє для емоційного полегшення; на думку Зігмунда Фрейда, сублімація ознака зрілості). [13, С. 28].

Приклади механізмів психологічного захисту: *дисоціація* – відчуття відчуження або відокремлення від своїх думок і емоцій як спосіб уникнути переживання травми; *емоційна регуляція* – це здатність людини

розуміти і керувати своїми емоціями, що виникають в результаті психотравмуючого досвіду, емоційна регуляція включає усвідомлення своїх почуттів (горе, злість, страх) і здатність контролювати емоційні реакції на травму, людина може використовувати стратегії для регулювання емоцій, такі як дихальні вправи, медитація, або розмова з близькими; самоспівчуття – здатність ставитися до себе з добротою і підтримкою під час переживання травми, людина може розвивати самоспівчуття через практики усвідомленості (майндфулнес), коли вона усвідомлює свої емоції і приймає їх без засудження [17].

Важливо надавати собі підтримку так, як це б зробив близький друг, з розумінням і добротою, замість критики або самозвинувачень, самоспівчуття сприяє зменшенню відчуття провини або сорому, пов'язаних з травмою, і допомагає людині швидше оговтатися; локус контролю – віра людини в те, наскільки вона може контролювати події у своєму житті, може бути внутрішнім (людина вважає, що вона контролює події) або зовнішнім (людина вірить, що її життя контролюють зовнішні обставини), травматичні події часто змінюють локус контролю – людина з внутрішнім локусом контролю може легше впоратися з травмою, оскільки вважає, що може впливати на ситуацію або знайти вихід, тоді як зовнішній локус контролю може призвести до відчуття безпорадності та посилення травматичного досвіду; соціальна підтримка – родини, друзів або фахівців, які можуть допомогти людині впоратися з травмою, оскільки підтримка близьких або спеціалістів (психотерапевтів) допомагає людині розповісти про свої переживання, отримати визнання та допомогу, спілкування з тими, хто розуміє або може надати емоційну підтримку, допомагає зменшити ізоляцію і тривогу [11].

Суб'єктивні механізми усвідомлення психотравмуючого досвіду є важливими факторами, які впливають на те, як людина сприймає, інтерпретує і реагує на травму. Вони можуть відігравати як позитивну

роль у процесі відновлення, так і негативну, якщо обробка травматичного досвіду є деструктивною (наприклад, через використання нездорових механізмів захисту). Робота з цими механізмами через психотерапію або підтримку близьких може сприяти кращому усвідомленню травми та сприяти процесу зцілення.

1.3. Основні аспекти і стадії проживання психотравмуючого досвіду

Психотравмуючий досвід, такий як втрати, насильство, нещасні випадки або війна, впливає на різні аспекти людської психіки та життя. Проживання травматичного досвіду *включає фізичні, психологічні, соціальні та когнітивні аспекти*, які визначають, як людина адаптується до травми і відновлюється після неї.

1. Емоційний аспект. Психотравма часто супроводжується інтенсивними емоціями, такими як страх, горе, гнів, відчай, вина, сором і тривога. Після травми емоційна реакція може бути гострою або хронічною. Емоції допомагають виразити внутрішнє переживання травми, але водночас можуть ускладнювати процес адаптації, якщо залишаються невирішеними або пригніченими [15].

2. Когнітивний аспект. Це спосіб, у який людина осмислює і інтерпретує травматичну подію. Людина може почати ставити питання "Чому це сталося?" або змінювати свої переконання про світ, інших людей або себе. Негативні когнітивні переконання, такі як відчуття безпорадності, зневіра в майбутньому, зниження самооцінки, втрата сенсу життя. Людина може поступово переосмислювати травму і знаходити в ній новий сенс або досвід. Негативні когнітивні переконання можуть призвести до розвитку депресії, тривожних розладів або

посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Навпаки, конструктивне переосмислення допомагає відновленню [23].

3. *Фізіологічний аспект.* Психотравмуючий досвід часто викликає фізичні симптоми, які є результатом реакції на стрес. Організм може реагувати на травму через підвищену активність симпатичної нервової системи, такі як прискорене серцебиття, напруження м'язів, підвищена тривожність, безсоння, головний біль. Хронічні стани стресу можуть призводити до виснаження нервової системи, порушень сну і порушень у роботі імунної системи. Фізіологічна реакція може посилювати психічні симптоми і ускладнювати процес відновлення [11].

4. *Соціальний аспект.* Травма може впливати на соціальні взаємодії людини, її стосунки з іншими людьми та здатність отримувати соціальну підтримку. Людина може відчувати ізоляцію, відчуженість від оточуючих або уникати соціальних контактів через сором або тривогу. Іноді травма може призвести до конфліктів у стосунках через нерозуміння, особливо якщо людина не може або не хоче поділитися своїми переживаннями. Наявність або відсутність соціальної підтримки відіграє ключову роль у проживанні травми. Підтримка близьких людей допомагає зменшити негативний вплив травми і сприяє швидшому відновленню [11].

5. *Екзистенційний аспект.* Психотравма може змінювати відчуття сенсу життя і впливати на те, як людина бачить своє існування в контексті цієї травми. Це може викликати глибокі питання про сенс життя, справедливість світу і власне місце в ньому. Після травматичної події людина може сумніватися в своїх життєвих цілях, відчувати втрату сенсу або мотивації. Водночас деякі люди знаходять новий сенс у житті після травми, переживаючи "посттравматичне зростання", що включає нове розуміння себе та свого місця у світі. Екзистенційний аспект може бути як джерелом глибокої кризи, так і можливістю для особистісного розвитку [14].

7. *Психологічні механізми захисту.* Механізми захисту – це психологічні процеси, які допомагають людині впоратися з емоційним болем, викликаним травмою. Ці механізми можуть бути як корисними, так і деструктивними. Психологічні механізми захисту тимчасово полегшують емоційний біль, але їх тривале використання може ускладнювати процес відновлення, оскільки людина не стикається безпосередньо з причиною своїх емоційних страждань.

Проживання психотравмуючого досвіду включає багато аспектів, які впливають на те, як людина справляється з травмою і як швидко вона може відновитися. Психологічні, емоційні, когнітивні, соціальні та фізіологічні чинники взаємодіють між собою, визначаючи хід процесу адаптації. Знання цих аспектів допомагає краще зрозуміти, що переживає людина після травми, і як можна їй допомогти у відновленні [10].

Схема розгортання основних видів порушень (реакцій та розладів) після травматичної події:

Гостра стресова реакція (F.43.0). – виникає під час проживання травматичної події і може тривати до 3–4 днів після неї зі згасанням і/або зникненням симптомів.

Безпосередньо після впливу гострого стресу, коли виникає загроза, люди часто відчують розгубленість і не розуміють, що відбувається. Цей короткий етап при простій реакції на страх супроводжується помірним підвищенням активності. Порушення мовлення зводяться до пришвидшеного темпу, запинок, голос стає гучним і дзвінким. Відзначається мобілізація сили волі; при цьому настають певні розлади сприйняття, тобто знижується фокус на навколишньому, спогади про події стають розмитими, хоча власні дії та переживання добре запам'ятовуються. Спостерігається зміна відчуття часу, рух його уповільнюється, і гострий період здається тривалішим. При складних реакціях на страх з'являються сильніші моторні розлади, які

проявляються у вигляді гіпер- або гіподинамії. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих у цей період недиференційовані, сумарні [23, С. 15-16].

Поруч із власне психопатологічною симптоматикою нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстань між предметами, їх розміри і форма. Часом навколишнє видається «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом кількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії. При простій та складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається до- ступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного стану [23, С. 15-16].

Гострий стресовий розлад (ГСР) – є розладом, що виникає у деяких людей після пережитих травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування, інші загрози життю під час війни, випадки сексуального або фізичного насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо. Дані травматичні події мають бути пов'язаними з загрозою, яка впливає на власне життя, чи життя іншої людини, або порушення фізичної недоторканності тіла і спровокували сильний страх, жах, безпорадність, чи все одразу. Під час ГСР людина відчуває чимало симптомів (див. табл. нижче) високої інтенсивності, які здебільшого демонструються протягом перших 4-6 тижнів з моменту травматичної події і мають тенденцію до зменшення або повного припинення [13, С.15].

Якщо зниження інтенсивності і частоти прояву симптомів не відбувається або у людини спостерігається погіршення стану, то є висока вірогідність розвитку посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний розлад, який може виникнути через переживання одної чи декількох подій, які травмують психіку людини (наприклад, військові дії, теракти, аварія, стихійне лихо, катастрофа, важка фізична травма, побутові або статеві насильства, загроза смерті або ставання свідком або заподіювачем/заподіювачкою чужої смерті. Це порушення психічного стану, що може розвинути після травматичної події. Існують дослідження, згідно яких близько 8% чоловіків та 20% жінок, які пережили травматичні події, мають ПТСР [14, С.15-16].

ПТСР здебільшого проявляється як пролонгована реакція на стрес, тоді, коли прояви такі як при гострій реакції на стрес зберігаються чотири тижні після травматичної події. Симптоми можуть виникати в менш короткий або триваліший період після травматичної події – але, зазвичай, протягом перших трьох місяців.

При ПТСР проявляються чотири основні групи симптомів: уникнення, гіперзбудження (проблеми зі сном, схильність до ризикової поведінки, відчуття непереможності), перепроживання, флешбеки та нав'язливі думки, а також труднощі з пам'яттю та емоційною сферою (наприклад, відчуття обрізаності власного життя чи ізольованості від інших). ПТСР супроводжується частими і повторюваними спогадами про травматичні події, відчуттям, що подія була нереальною або ніби сталася не з потерпілим; підвищеним рівнем гніву, чутливістю до стресу, психологічною вразливістю до нових стресів, униканням або розривами в послідовності спогадів, випадінням важливих деталей події, надмірною пильністю, що триває понад місяць після травматичної події. [23].

Хронічний посттравматичний стресовий розлад – характерне поступове наростання ознак патології, що заважає нормальному функціонуванню людини, зростає виснаження нервової системи, відбувається зміна характеру, інтересів. ПТСР підлягає лікуванню і навіть

через багато років після травматичної події. Це означає, що ніколи не пізно звернутися по допомогу [13, С.15-16].

1.4. Фактори впливу на проживання психотравмуючого досвіду

Проживання психотравмуючого досвіду є індивідуальним процесом, який залежить від багатьох факторів. Ці фактори можуть як полегшувати адаптацію до травми, так і посилювати негативні наслідки. Розглянемо основні фактори, що впливають на цей процес.

1. Індивідуальні фактори, до яких відносимо: *особистісні риси* (люди з високим рівнем емоційної стійкості, оптимізму, здатністю до адаптації та розвитку ефективних копінг-стратегій легше справляються з наслідками травми, оптимістичні особистості швидше знаходять позитивні сторони або шляхи виходу із ситуації, тоді як песимістичні особистості частіше концентруються на негативних аспектах); *психологічні ресурси* (самооцінка, самовпевненість, самоспівчуття та здатність регулювати емоції, впливають на здатність особи справлятися з травмою, люди з високою самооцінкою та здатністю до самопідтримки можуть зберігати внутрішню рівновагу, навіть переживаючи сильні потрясіння); *попередній життєвий досвід* (раніше пережиті травми або стресові ситуації можуть як підготувати людину до майбутніх викликів, так і поглибити психологічний біль, тобто людина, яка вже пережила кілька важких подій у житті, може бути більш підготовленою до нових випробувань, проте накопичення травм може призвести до хронічного стресу); *стиль мислення* (люди з конструктивним і рефлексивним підходом до мислення легше адаптуються до травматичних подій, наприклад, людина, яка здатна переосмислювати травматичні події і знаходити в них новий сенс, швидше відновлюється) [19].

2. Соціальні фактори – коли є соціальна підтримка (з боку сім'ї, друзів, колег і фахівців є ключовим фактором у подоланні травматичних наслідків, позитивні соціальні взаємодії можуть значно полегшити процес відновлення, тобто люди, які мають підтримку від близьких або отримують професійну психологічну допомогу, краще справляються з наслідками травми); *соціальна ізоляція* (відсутність соціальної підтримки або ізоляція можуть посилювати почуття відчуженості, зневіри і безнадійності, людина може відчувати себе покинутою і знехтуваною, тобто люди, які залишаються наодинці з проблемами і не отримують підтримки від інших, часто схильні до розвитку депресивних або тривожних розладів); *культурні та релігійні переконання* (культурні та релігійні цінності можуть надавати сенс переживаній травмі, підтримуючи людину на шляху до адаптації і відновлення, люди, які сприймають травму через призму релігійних переконань, можуть знаходити розраду і віру в те, що події мають вищий сенс) [18].

3. Характеристики самої травми (*інтенсивність та характер травматичної події*, тяжкість травматичної події, її тривалість та раптовість мають значний вплив на те, як людина буде її проживати, травматична подія, що пов'язана з насильством або втратою близької людини, може викликати глибокі емоційні потрясіння та вимагати більше часу для відновлення; *час від події*, з часом гострі реакції на травму можуть зменшуватися, але деякі люди можуть відчувати наслідки навіть через багато років, особливо при розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), симптоми ПТСР можуть виникнути навіть через багато років після події, коли нові стресові ситуації активізують пережиту травму); *повторюваність травми* (повторювані або хронічні травми (наприклад, домашнє насильство) можуть викликати глибокий стрес і тривале погіршення психічного здоров'я, постійний стрес від хронічних

травм може призводити до розвитку тривожних і депресивних розладів, а також проблем із психосоматичним здоров'ям) [18].

4. Психотерапевтичні фактори (наявність психотерапевтичної допомоги – психотерапія може надати людині важливі інструменти для осмислення та опрацювання психотравмуючого досвіду, люди, які звертаються за професійною психологічною допомогою, зазвичай демонструють кращу адаптацію до травми; *доступ до ресурсів самопомоги* – люди, які регулярно практикують усвідомленість або інші техніки релаксації, часто краще контролюють свої емоції і справляються з переживаннями) [23].

5. Біологічні фактори (*генетична схильність* до тривожних або депресивних розладів може впливати на те, як людина проживає травму і як швидко вона відновлюється, люди, які мають сімейну історію психічних розладів, можуть бути більш вразливими до розвитку ПТСР або інших психічних проблем після травматичних подій; *фізіологічні реакції на стрес* – організм реагує на травму через активацію стресової реакції (збільшення рівня кортизолу, підвищення артеріального тиску та серцевого ритму), ці фізіологічні зміни можуть як сприяти адаптації, так і затримувати одужання, люди з підвищеною реактивністю нервової системи можуть відчувати хронічний стрес і потребувати додаткової підтримки для відновлення).

Проживання психотравмуючого досвіду залежить від багатьох факторів, таких як індивідуальні психологічні ресурси, соціальна підтримка, характер травми та наявність психотерапевтичної допомоги. Розуміння цих факторів допомагає краще адаптувати допомогу кожній людині на її шляху до відновлення та зцілення після травматичного досвіду [1].

1.5. Психологія усвідомлення

Переосмислення сенсу життя охоплює три основні сфери: ставлення до себе (негативні переконання на зразок «Я нещасний» або відторгнення свого тіла, як-от «Я каліка»), ставлення до світу і оточення («Світ жорстокий», «Я приречений на невдачу»), а також ставлення до майбутнього («Майбутнє безнадійне», «У мене немає майбутнього»).

У перекладі з англійської «mindfulness» означає «уважність, усвідомленість» [24]. Першочергово слово використовували для перекладу з палі буддиського терміну «саті» (санскр. «Смріті» тиб. Дрепа). Дослідник мови палі Томас Вільям Ріс Девідс (1843-1922) вперше перекладений «саті». У 1881 році слово «саті» визначили як усвідомленість, активну та уважну свідомість. У палійських текстах його часто перекладають українською як «пильність», проте в буддійській психології «саті» має ширше значення. Зокрема, існують інші варіанти перекладу цього поняття, такі як концентрована увага (за М. Sayadaw), інтроспекція (за Н. Guenther), та вторинна усвідомленість. [11]. Термін «mindfulness» широко використовується в англійській буддійській літературі, і його значення значно відрізняється від сучасного, популярного у психології та психотерапії. Буддійські методи розвитку «саті» (усвідомленості) були адаптовані західною клінічною психологією та психіатрією у 1970–1980-х роках, ефективно інтегрувавшись у контекст західної психотерапії, практичної психології та навіть нейронауки. Сьогодні йдеться про формування окремого «mindfulness approach» (підходу майндфулнес) у психотерапії. [8, С.188-189].

Фундатор програми зниження стресу шляхом усвідомленості (англ. Mindfulness-Based Stress Reduction), засновник і директор Клініки роботи зі стресом Медичного центру Університету Массачусетсу Дж. Кабат-Зінн (Jon Kabat-Zinn) визначає майндфулнес як безоціночну обізнаність, що виникає в результаті свідомого спрямування уваги на досвід, що розгортається у даний момент. У своїй праці «Coming to Our Senses:

Healing Ourselves and the World Through Mindfulness» він стверджує: «Майндфулнесс може розглядатися як такий, що триває від одного моменту до іншого, не базована на міркуваннях обізнаність, що створюються завдяки спрямуванню уваги особливим чином: тобто на поточний момент, максимально без емоційно, але щиро» [9, С.188-189].

Інший дослідник, автор тренінгів асертивності, професор університету Торонто С.Бішоп дав наступне визначення: «Майндфулнесс – це самоскерування уваги на те, щоб вона базувалася на поточному досвіді з метою посилення розпізнавання психічних подій, що мають місце у даний момент ... йому притаманні такі якості як цікавість, відкритість, прийняття» [9]. Ключовими аспектами майндфулнесс є саморегуляція уваги (здатність бути уважним протягом тривалого часу та володіти навичками самоспостереження, даний аспект використовується як медитативна техніка, коли людина зосереджується на відчуттях власного тіла та на своєму диханні); орієнтованість на досвід (прийняття кожного моменту власного досвіду, під прийняттям мається на увазі відкритість до сприймання реальності у кожний конкретний момент, іншими словами, життя «тут-і-зараз»); часова стабільність і ситуативна специфічність (здатність до саморозвитку при збереженні своїх базових психологічних якостей). Найкоротше визначення майндфулнесс дане фахівцями Інститут медитації та психотерапії, а саме: поінформованість про теперішній момент із його прийняттям [9].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

У розділі розглянуто індивідуальні особливості проживання та усвідомлення психотравмуючого досвіду, зокрема визначено ключові поняття, етапи цього процесу, а також фактори, що впливають на адаптацію до травматичних подій.

Психотравма є результатом впливу надзвичайно стресової події, яка виходить за межі звичного досвіду і перевищує адаптаційні можливості людини. Стрес, пов'язаний із психотравмою, викликає глибокі психологічні та фізіологічні реакції. Травматичний досвід часто супроводжується відчуттям небезпеки, безпорадності та втрати контролю. Це може проявлятися у вигляді короткочасних стресових реакцій або призвести до розвитку тривалих психічних порушень, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Таким чином, поняття травми включає в себе не лише подію, але й індивідуальні реакції на неї.

Усвідомлення психотравмуючого досвіду – це складний процес, який залежить від суб'єктивних механізмів обробки інформації та емоційних реакцій. Серед основних механізмів можна виділити когнітивну інтерпретацію травми, емоційну регуляцію, використання психологічних захисних механізмів (таких як заперечення або раціоналізація) та процеси самоспівчуття. Важливу роль відіграє також когнітивне перетворення – переосмислення події, завдяки якому людина може знайти новий сенс у пережитому досвіді. Загалом, суб'єктивні механізми допомагають людині адаптуватися до травми, але їх деструктивні прояви можуть ускладнювати відновлення.

Проживання травми можна розділити на кілька стадій. Першою є стадія шоку і заперечення, коли людина не до кінця усвідомлює, що трапилось. На цьому етапі можуть спрацьовувати захисні механізми, щоб уникнути емоційного перевантаження. Друга стадія характеризується гострими емоційними реакціями, такими як тривога, страх, горе та відчай. Людина починає усвідомлювати реальність травми і активно реагує на неї. На третій стадії опрацювання і адаптації людина поступово інтегрує травматичний досвід у своє життя, знаходячи нові стратегії для його подолання. Нарешті, стадія інтеграції та відновлення передбачає прийняття події та відновлення емоційної рівноваги. Проживання травми

також включає емоційні, когнітивні, фізіологічні та соціальні аспекти, що впливають на процес адаптації.

Існує багато факторів, що визначають, як людина справляється з травматичними подіями. До індивідуальних факторів належать особистісні риси, такі як емоційна стійкість, самооцінка та наявність копінг-стратегій. Люди з високим рівнем самоспівчуття та здатністю регулювати свої емоції легше адаптуються до травми. Соціальна підтримка також відіграє важливу роль: наявність близьких людей або фахівців, які можуть допомогти, значно полегшує процес відновлення. Характер самої травми, її тривалість і інтенсивність також впливають на адаптацію. Також біологічні фактори, такі як генетична схильність до тривожних або депресивних розладів, можуть підвищити вразливість до негативних наслідків травми.

Психологія усвідомлення, або майндфулнес, відіграє важливу роль у проживанні психотравмуючого досвіду. Усвідомлення полягає в здатності бути присутнім у теперішньому моменті, не оцінюючи свої емоції та думки. Це дозволяє людині краще розуміти свої емоційні реакції і не бути «заручником» негативних думок. Практики майндфулнес сприяють розвитку емоційної стійкості, допомагають знизити рівень стресу і тривоги, а також покращують здатність до саморефлексії.

Проживання психотравмуючого досвіду є індивідуальним і складним процесом, що визначається суб'єктивними механізмами усвідомлення. Психологія усвідомлення надає людині важливі інструменти для інтеграції травматичного досвіду і підтримує емоційну рівновагу під час процесу відновлення.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУБ'ЄКТИВНИХ МЕХАНІЗМІВ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ДОСВІДУ

2.1. Процедура та етапи емпіричного дослідження

Для організації і проведення емпіричного дослідження ми в першу чергу сформували вибірку, розробили та обрали інструменти дослідження (анкети, тести). При підборі вибірки дослідження, встановили контакти з потенційними учасниками, підготували інструкції для учасників та інформування їх про цілі дослідження. Дослідження

проводилось з червня по вересень 2024 року в Івано-Франківській області очно, з допомогою Google форми, для того, щоб спостерігати за реакціями учасників, виявляти зміни у рівні стресу, тривожності та інших показників, а також для того, щоб респонденти могли задати уточнюючі питання щодо процедури проведення.

До організації і проведення емпіричного дослідження ми залучили сім'ї убієнних військових.

Для складання програми дослідження ми використовували схематичний підхід, щоб структурувати етапи проведення:

1. Сформулювали мета експерименту, проблему, яку планували перевірити: дослідити вплив суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду у людей, що пережили травматичний досвід.

2. Описали учасників експерименту (вік, стать, кількість, критерії включення/виключення) – 35 учасників, віком від 18 до 70 років, які пережили травматичний досвід.

3. Обрали незалежні змінні (ті, які контролює експериментатор) та залежні змінні (ті, які вимірюються і залежать від впливу незалежної змінної – обрали рівень тривоги, вимірюваний за шкалою HADS).

4. Етапи проведення емпіричного дослідження:

1-й етап. Попереднє оцінювання. Проведення попереднього тестування (наприклад, оцінка рівня тривоги за допомогою HADS у всіх учасників).

2-й етап. Опис інструментів для збору даних (шкали, опитувальники, спостереження тощо). Оцінка рівня тривоги за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) на початку та наприкінці експерименту.

3-й етап. Аналіз результатів. Методи статистичного аналізу (порівняння середніх показників, кореляційний аналіз тощо).

4-й етап. Формування висновків. Інтерпретація отриманих результатів, порівняння з гіпотезою.

5-й етап. Формулювання рекомендацій на основі отриманих даних для збільшення кількості інструментів у переживання травматичного досвіду.

2.2. Характеристика вибірки емпіричного дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду

Опитування здійснювалося з допомогою Google форми в присутності дослідника. До експерименту було залучено 35 осіб з числа сімей, родин та близьких друзів і подруг убієнних військовослужбовців віком від 18 до 60 років.

У дослідженні взяли участь 35 осіб, з них – 2 чоловіки і 33 жінки. Вік респондентів: 18-24 роки – 3 респонденти (8,6 %), 25-34 роки – 6 респондентів (17,1 %), 35-44 роки – 12 респондентів (34,3 %), 45-55 років – 8 респондентів (22,9 %), 55 і більше років – 6 респондентів (17,1 %). Місце проживання респондентів Івано-Франківська область. З них - 12 респондентів (34,3 %) з сільської місцевості, 1 респондент (2,9 %) проживає в селищі міського типу і 22 респонденти (62,9 %) – жителі міст. Рівень освіти вибірки: повна загальна середня освіта – 3 респонденти (8,6 %), професійно-технічна – 3 респонденти (8,6 %), фахова передвища освіта – 4 респонденти (11,4 %), вища освіта – 25 респондентів (71,4 %). Щодо трудової зайнятості респондентів, то на даний момент 6 респондентів (17,1 %) безробітних, 2 респонденти (5,7 %) навчаються і 27 (77,1 %) – працюють. Сімейний стан респондентів: одружений/заміжня – 17 респондентів (48,6%), розлучений/розлучена – 1 респондент (2,9%), перебуваю в громадянському шлюбі – 1 респондент (2,9%), неодружений/незаміжня – 4 респонденти (11,4%), без пари – 12 респондентів (34,3 %). Щодо наявності дітей, то 6 респондентів (17,1 %) не мають дітей, 1 дитина є у 12 респондентів (34,3 %), 2 дітей у 12

респондентів (34,3 %), 3 дітей є у 3 респондентів (8,6 %), у одній респондентки є 1 син, 1 син загинув (2,9 %), і в 1 респондентки є 5 дітей (2,9 %). На запитання, чи є у їхній сім'ї убієнні, 27 респондентів (74,3 %) відповіли, що так, 9 вказали, що ні (22,9 %). На уточнююче запитання, хто саме загинув у вашій сім'ї респонденти відповіли: 14 респонденток (40%) – чоловік, син – 5 респондентів (14,3%), батько – 3 респонденти (8,6 %), брат – 5 респондентів, (14,3 %), ніхто з родичів, друзі – 4 (10,6%), племінник – 1 респондент (2,9%), одразу чоловік і батько – 1 респондент (2,9%), хресний батько – 1 респондент (2,9%), сусід - 1 респондент (2,9%).

2.3. Обґрунтування психологічного інструментарію експериментального дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду

Для діагностичного дослідження суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду було використано наступні методики, які підбирались нами відповідно до вимог надійності. Вибір методик обумовлений результатами теоретичного аналізу. Нами були використані такі опитувальники та методики:

1. Анкета з номінальними даними.
2. Контрольний перелік життєвих подій (ЛЕС) Частина 1. *(Додаток А)*.
3. Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР (PCL-5) Частина 2. *(Додаток Б)*.
4. Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-5) Частина 3 *(Додаток В)*.
5. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) *(Додаток Г)*.
6. Анкета оцінювання суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду *(Додаток Д)*.

Підбір та обґрунтування діагностичних методик дослідження суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду спонукав нас підготувати підібрати наступні інструменти для проведення діагностики.

Анкета з номінальними даними дасть нам можливість охарактеризувати вибірку та отримати інформацію про різні характеристики, які можуть бути важливими для аналізу даних (стать, вік, соціальний статус тощо), виявлення зв'язків, наприклад, чи впливає місце проживання на ставлення до певної теми, для збору базової, простої інформації, яка не потребує складних вимірювань або розрахунків. Основною метою анкети є класифікація респондентів, наприклад, такі питання, як «Ваша стать?» (чоловік/жінка) або «Ваше місце проживання?» (місто/село), дозволяють розділити вибірку на групи для подальшого аналізу.

1. **Контрольний перелік життєвих подій (LEC, Life Events Checklist) Частина 1.** [15, С.133-134]. призначений для оцінювання впливу різноманітних потенційно травматичних подій, які могла пережити людина. Частина 1 LEC включає перелік різних подій, таких як: фізичне насильство, природні катастрофи, бойові дії, сексуальне насильство. Опитувальник містить 17 питань, які відповідають критеріям діагностики ПТСР відповідно до DSM-5 (діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів) [15, С.133-134].

Мета цієї методики – з'ясувати, чи траплялися з людиною такі події, і якщо так, то яким чином вони були пережиті. Людині пропонують зазначити, чи відбулася подія: особисто з нею, чи вона була свідком події, дізналася про подію через іншу людину, ця подія трапилась на роботі, не певен, чи ця подія не стосується мене.

Визначення впливу різних типів травматичних подій, з якими людина стикалася або про які чула, що є ключовим фактором у діагностуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

2. Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР (PCL-5) Частина 2. використовується для оцінки наявності та інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Друга частини містить 8 відкритих питань, які відповідають критеріям діагностики ПТСР відповідно до DSM-5 (діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів). [8, С. 142-143]

Методика Контрольного переліку питань для оцінювання ПТСР (PCL-5), Частина 2 включає детальний опис найгіршої травматичної події, яку людина пережила, і використовується для оцінки психологічного впливу цієї події на її життя. Ця частина фокусується на визначенні ключових характеристик найгіршої травматичної події, що найбільше турбує респондента, з метою подальшої оцінки посттравматичного стресового розладу.

Якщо в Частині 1 респондент відмітив подію в рядку 17 (травматична подія), йому пропонується коротко описати цю подію. Важливо надати інформацію про те, що сталося, хто був залучений, та інші ключові деталі. Основна мета – з'ясувати, яка саме подія викликає найбільший емоційний та психологічний вплив, для кращого розуміння специфіки травматичного досвіду [8, С. 142-143].

Якщо респондент пережив більше ніж одну травматичну подію, він має визначити, яка з них є для нього найгіршою, тобто тією, яка досі викликає найбільший стрес і турбує найбільше [18].

Далі респонденту пропонуються конкретні питання для більш детального опису цієї події: *короткий опис найгіршої події* (респондент описує саму подію, зокрема, що сталося, хто був учасником (якщо це можливо), давність події (потрібно вказати, як давно сталася подія (навіть

приблизно); *форма переживання події* (респондент має зазначити, як саме він пережив цю подію – сталося безпосередньо зі мною, був свідком події, дізнався про подію від близького родича чи друга, повторно стикався з подібними подіями через професійну діяльність (медик, військовий, поліцейський тощо); *чи була загроза життю?* (потрібно вказати, чи існувала загроза для власного життя або життя іншої особи); *чи був хтось серйозно травмований або загинув?* (описується, чи була особа серйозно травмована або загинула в результаті події); *чи було сексуальне насильство?* (відповідає на запитання про наявність сексуального насильства під час події); *причини смерті близького родича чи друга* (якщо в події була смерть близької людини, респондент вказує причини цієї смерті: нещасний випадок / насильство, природні причини, не підходить (смерті близької людини не було); кількість подібних подій (респондент вказує, скільки разів він переживав подібні події, які викликали значний стрес: тільки одного разу, більше ніж раз (потрібно вказати кількість таких випадків). [15, С.135].

Метою Частини 2 є точна ідентифікація та опис найбільш значущої травматичної події в житті респондента. Це допомагає психологу оцінити глибину впливу травми і подальше застосування даних для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Така інформація є важливою для визначення інтервенцій.

3. Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-5) – Частина 3. є завершальним етапом, де респондент самостійно оцінює свої симптоми ПТСР. Ця частина зосереджується на загальній самооцінці людини щодо того, як травматичні події впливають на її повсякденне життя. Опитувальник містить 20 питань, які відповідають критеріям діагностики ПТСР відповідно до DSM-5 (діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів) [16, С.136-138]. Респондент, пам'ятаючи про подію, яку ви визначив як найгіршу для себе,

позначає наскільки названа в кожному пункті проблема турбувала впродовж останнього місяця, тобто респондент самостійно оцінює, наскільки симптоми ПТСР заважають йому функціонувати в різних сферах життя: на роботі, в сім'ї, у соціальних відносинах та під час відпочинку. Питання стосуються того, наскільки сильно протягом останнього місяця респондент переживав специфічні симптоми ПТСР, такі як: повторювані та небажані спогади про подію, тривожні сни або кошмари, емоційна відчуженість від оточуючих, уникання ситуацій, які нагадують про подію, підвищена пильність, дратівливість та складність з концентрацією уваги [16, С.136-138].

Кожен пункт шкали також оцінюється за шкалою від 0 до 4: 0 – ніскільки, 1 – трохи впливає, 2 – помірно впливає, 3 – сильно впливає, 4 – дуже сильно впливає.

Мета 3 частини – оцінити загальний функціональний вплив симптомів ПТСР на життя людини. Це допомагає психологам виявити ступінь дезадаптації та необхідність втручання. Часто використовують для самоспостереження у процесі лікування, щоб відслідковувати покращення або погіршення стану.

4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [5].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – це короткий інструмент для скринінгу рівня тривожності та депресії у пацієнтів, який був розроблений у 1983 році Zigmond і Snaith. Ця шкала використовується переважно в медичних та клінічних закладах для виявлення психічних розладів у пацієнтів із соматичними хворобами, але вона також може застосовуватися у психологічному консультуванні.

Шкала HADS складається з 14 питань, поділених на дві підшкали – 7 питань для оцінки тривоги (HADS-A), 7 питань для оцінки депресії (HADS-D). Кожне питання стосується того, як респондент почувався протягом останнього тижня. Кожна відповідь оцінюється за 4-бальною

шкалою від 0 до 3, де: 0 – означає відсутність симптомів, 3 – максимальна вираженість симптомів) [8, С. 55].

Для тривожності (HADS-T) запитання можуть включати такі теми, як занепокоєння, напруження або фізичні симптоми тривоги (наприклад, «Я відчуваю страх без видимих причин»). Для депресії (HADS-D) запитання стосуються таких аспектів, як втрата інтересу до життя, відчуття смутку або відсутність енергії (наприклад, «Мені важко отримувати задоволення від того, що колись було приємним»).

Основними недоліками шкали є те, що вона не може забезпечити повну діагностику, а лише виявляє наявність тривожних або депресивних симптомів, які потребують подальшої оцінки, може не виявити більш складних або прихованих психологічних станів) [8, С. 58].

Проте Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – це ефективний інструмент для швидкого оцінювання рівня тривожності та депресії у клієнтів/пацієнтів з соматичними хворобами та в загальній популяції. Вона допомагає медичним фахівцям, психологами, психотерапевтам виявити можливі психічні розлади на ранніх стадіях і спрямувати пацієнтів на подальшу психотерапевтичну чи медикаментозну допомогу.

5. Авторська анкета оцінювання суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду [8, С. 46-48] [17, С. 39–45].

Анкета оцінювання суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду – це авторський інструмент, призначений для самостійної оцінки респондентом його емоційного стану, механізмів подолання стресу та адаптації після травматичних подій. Вона допомагає дослідити, як людина реагує на травматичний досвід і які стратегії використовує для управління стресом та подолання наслідків травми.

Основні частини анкети складаються із:

1. Оцінки емоційного стану. Респонденту пропонується оцінити різні емоції (інтерес, радість, страх, сором тощо) за шкалою від 1 (повністю не

погоджуюся) до 5 (повністю погоджуюся). Це допомагає визначити емоційний стан на момент заповнення анкети. [17, С. 39–45.]

2. Оцінки стратегій подолання стресу. Ця частина фокусується на різних стратегіях, які людина використовує для управління стресом та адаптації до травматичних подій. Кожна стратегія оцінюється за шкалою від 1 до 5. Шкали, за якими оцінюємо стратегії подолання стресу: фізичне уникання (чи уникає респондент місць або людей, що асоціюються зі стресом), психологічне уникання (фокусування на інших думках або заняттях для відвернення уваги від стресової ситуації), емоційне уникання (спроби придушити або приховати емоції замість того, щоб виразити їх), пошук підтримки (звернення до друзів, родини або консультантів для допомоги), фізична активність (залучення до фізичних вправ для зняття напруги), активне вирішення проблем (пошук шляхів для зміни стресової ситуації або розробка конкретного плану дій), позитивне переоцінювання (перегляд ситуації для пошуку можливостей для зростання або позитивних аспектів), прийняття ситуації (визнання того, що деякі аспекти життя не можуть бути змінені) [8, С. 46-48].

3. Прийняття та розуміння травматичного досвіду. Ця частина спрямована на оцінку здатності респондента прийняти та зрозуміти свій травматичний досвід. Оцінка варіюється від «повністю не можу» до «повністю можу».

4. Травматичний досвід як можливість для особистого зростання. Респондент оцінює, чи вважає травматичний досвід можливістю для особистого розвитку та зростання.

5. Поліпшення психічного стану з часом. Оцінюється зміна психічного стану та способу усвідомлення травматичного досвіду з плином часу.

6. Здатність до емоційного саморегулювання. Оцінка здатності респондента керувати своїми емоціями у зв'язку з травматичним досвідом.

7. *Розвиток нових навичок або ресурсів.* Респондент оцінює, чи відчуває розвиток нових навичок для подолання травматичного досвіду.

8. *Підтримка оточення.* Оцінка рівня підтримки від родини, друзів чи спеціалістів у подоланні травматичного досвіду [17, С. 39–45].

Анкета дозволяє отримати детальну картину того, як людина переживає травматичний досвід, які механізми використовує для подолання стресу, і наскільки вона здатна адаптуватися до наслідків травми. Інформація, отримана з анкети, є цінною для розуміння індивідуальних особливостей реакцій на травму і може використовуватися для розробки ефективних інтервенцій або психологічної підтримки.

2.3.1. Діагностичні критерії DSM-5 посттравматичного стресового розладу

Таблиця 2.1.

Контрольний перелік життєвих подій (LEC, Life Events Checklist)

Частина 1

	Це сталося особисто з вами		Ви були свідком того, що це сталося з кимось іншим		Ви дізналися, що це сталося з вашим близьким родичем чи другом		Ви стикалися з цим на роботі (наприклад, як санітар, міліціонер, військовик чи працівник інших підрозділів першої допомоги)		Ви не певні, чи це вас стосується		Це не стосується вас			
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%		
1	Стихійне лихо (повінь, ураган,		6	17,1	8	22,9	7	20	0	0	0	0	19	54,3

	торнадо, землетрус тощо)												
2	Пожежа чи вибух	5	14,3	11	31,4	11	31,4	0	0	0	0	14	40
3	Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію корабля, потяга, літака)	8	22,9	5	14,3	9	25,7	1	2,9	1	2,9	17	48,6
4	Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку	1	2,9	0	0	5	14,3	1	2,9	3	8,6	26	74,3
5	Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, випромінювання тощо)	1	2,9	2	5,7	5	14,3	1	2,9	2	5,7	25	71,4
6	Фізичне насильство (наприклад, на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, лягнули, побили)	10	28,6	6	17,1	3	8,6	1	2,9	2	5,7	17	48,6
7	Збройний напад (наприклад, у Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою)	4	11,4	2	5,7	3	8,6	1	2,9	0	0	27	77,1
8	Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)	4	11,4	0	0	4	11,4	0	0	1	2,9	28	80
9	Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід	2	5,7	0	0	2	5,7	1	2,9	2	5,7	30	85,7
1	Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовослужбове	6	17,1	3	8,6	9	25,7	1	2,9	1	2,9	18	51,4

	ць або цивільна особа)												
1	Полон (наприклад, як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)	0	0	1	2,9	6	17,1	1	2,9	0	0	27	77,1
1	Хвороба чи травма з погрозою для життя	3	8,6	4	11,4	6	17,1	0	0	6	17,1	18	51,4
1	Тяжкі страждання	20	57,1	2	5,7	4	11,4	0	0	3	8,6	9	25,7
1	Раптова насильницька смерть (наприклад, убивство або самогубство)	3		2	5,7	8	22,9	1	2,9	1	2,9	21	60
1	Раптова смерть від нещасного випадку	4	11,4	4	11,4	8	22,9	1	2,9	3	8,6	17	48,6
1	Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні вами комусь іншому	2	5,7	0	0	1	2,9	0	0	2	5,7	31	88,6
1	Будь-яка інша подія чи досвід, що спричинили для Вас важкий стрес	23	65,7	5	14,3	6	17,1	0	0	0	0	5	14,3

Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР (PCL-5)

Частина 2

Іншими травматичними подіями, які озвучили респонденти є:

На руках загинув побратим - 1, смерть дитини знайомої – 1, загибель чоловіка на війні – 12 (коментарі - загибель чоловіка на війні була раптовою і це найгірше що зі мною трапилося), дізналася, що чоловік загинув у ДТП, їдучи додому у відпустку – 1, смерть чоловіка, за невизначених обставин -1, Загибель сина на війні – 1, Загибель батька на війні – 6, Загибель брата – 5, Загибель друзів – 3, Смерть матері – 1, Неочікувана смерть батьків – 2 (коментар: загинув батько, коли була закордоном, від початку війни не бачила його), Дізналась, що помер свекор – 1, Смерть близьких – 2, Смерть хресного – 1, Хвороба дочки – 1,

вбивство родички – 1, загибель племіника – 1, розлучення – 1, Особисті стосунки в сім'ї, родині – 1, Окупація рідного міста двічі в житті, але головне втрата коханої людини та будь-якої впевненості у завтрашньому дні – 1, Війна – 2.

Всі учасники дослідження пережили більше, ніж одну подію з-поміж наведених у Частині 1. Найгіршою подією, яка досі турбує найбільше, респонденти обрали:

Смерть побратима – 1, Смерть чоловіка на війні – 12, Загибель батька – 7, Смерть сина на війні – 4, Загинув Брат на війні – 3, Загибель племіника – 1, Втрата хресного – 1, Спроба вбивства – 1, Я до смерті сина мучилась депресією – 1, Смерть молодих батьків – 1, Повінь – 1, Не стосується мене – 1.

На запитання, як давно трапилась ця травматична подія, багато респондентів назвали точну дату, оскільки більшість відповідей стосуються загибелі найрідніших на війні (чоловік, батько, син, племінниця, хресний тато, мама, обоє батьків, друзів)

До пів року – 4, Більше ніж пів року, менше ніж 2 роки – 10, Більше 2 років – 20, Ще триває – 1.

На запитання, в якій формі ви пережили цю подію респонденти відповіли: це сталося безпосередньо зі мною – 17, я був свідком цього – 5, я дізнався, що це сталося з моїм близьким родичем чи другом – 16, я неодноразово стикався з цим на роботі (як медик, поліцейський, військовий, психолог чи правцівник інших підрозділів першої допомоги) – 1, інше – 1.

На запитання, була загроза життю респонденти відповіли: так, моєму – 3, так, життю іншої особи – 17 (48,6 %), ні – 17 (48,6 %)

На запитання, чи був хтось серйозно травмований або загинув респонденти відповіли: так, я був(-ла) серйозно травмований(-а) – 1, так, інша особа була серйозно травмована або загинула – 23 (65,7 %), ні (12%).

На запитання, чи було при цьому сексуальне насильство респонденти відповіли: так – 0, ні – 35 (100%).

На запитання чи в події була смерть близького родича або друга, чи було це наслідком якогось нещасного випадку, насильства чи природних причин респонденти відповіли: нещасного випадку / насильства – 20 (57,1%), природних причин – 3 (8,6%), не підходить (в події не було смерті близького родича або друга) – 12 (37,1%).

На запитання про те, скільки загалом разів респонденти переживали подібну подію, що була таким або майже таким великим стресом для них, як і найгірша подія, респонденти відповіли: тільки одного разу – 15 (42,9%), більше ніж раз (просимо дати конкретну цифру або оцінку загальної кількості таких випадків) – 17 (48,6%), 2 події – 7, 3 події – 1, більше не було – 1.

2.3.2. Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-C)

За Шкалою самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-C) ми отримали наступні результати:

Не мають посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – 12 респондентів 34,3%. Сирі бали коливаються в діапазоні від 5 до 37 (5, 6, 11, 13, 15, 17, 22, 27, 28, 32, 33, 37).

Мають ПТСР – 23 із 35 респондентів (65,7 %). Сирі бали коливаються в діапазоні від 38 до 71 бала. З них:

38-47 балів – 8 респондентів 22,9 % (сирі бали - 38, 38, 39, 42, 42,45, 46, 47)

48-57 балів – 9 респондентів 25,7 % (сирі бали – 48, 50, 51, 52, 52, 52, 52, 52, 56)

58-67 балів - 4 респонденти 11,4 % (сирі бали - 58, 60, 61 65)

68-77 балів – 2 респонденти 5,7 % (сирі бали - 70, 71)

Серед опитаних респондентів з числа сімей загиблих бачимо високий показник посттравматичного стресового розладу. Також невтішні результати щодо висоти балів, оскільки в 2 респондентів рівень посттравматичного стресового розладу є більшим ніж 70 балів. При 80 балах маємо розвиток розладу особистості, який є незворотнім.

2.3.3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Оцінки за кожною підшкалою тривоги та депресії окремо підсумовуються і містять: нормальний рівень (0-7 балів – немає тривожних або депресивних симптомів), легкий рівень тривоги або депресії (8-10 балів – наявність симптомів, які можуть потребувати уваги), помірний рівень тривоги або депресії (11-14 балів – симптоми вимагають клінічної уваги), високий рівень тривоги або депресії (15-21 бал – виражені симптоми, які потребують втручання) [28, С. 55-58].

HADS був розроблений спеціально для використання у медичних установах, тому виключає питання, пов'язані з фізичними симптомами, щоб уникнути плутанини між психологічними розладами та соматичними захворюваннями. Шкала є простою у використанні і не вимагає багато часу на заповнення (приблизно 5-10 хвилин). HADS може бути використана як для первинного скринінгу, так і для моніторингу змін у стані клієнта/пацієнта протягом терапії. [28, С. 55-58].

Для оцінки рівня тривоги та депресії було застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS).

Таблиця 2.2.

Шкала Тривоги

	Кількість респондентів	%
0 – 7 балів – норма	9	25,7
8 – 10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія	8	22,9

11-14 – клінічно виражена тривога/депресія помірний ступінь	13	37,1
15-21 – клінічно виражена тривога/депресія важкий ступінь	5	14,2

Таблиця 2.3.

Шкала Депресії

	Кількість респондентів	%
0 – 7 балів – норма	12	34,3
8 – 10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія	5	14,3
11-14 – клінічно виражена тривога/депресія помірний ступінь	13	37,1
15-21 – клінічно виражена тривога/депресія важкий ступінь	5	14,2

2.3.4. Авторська анкета оцінювання суб'єктивних механізмів переживання травматичного досвіду [5], [10], [29], [20]

Анкета розділ 1. Оцінка емоційного стану на момент дослідження

Таблиця 2.4.

Емоції і почуття	Інтерес	Радість	Подив	Сум	Гнів	Відраза	Презирство	Страх	Сором	Відчуття надії	Втома
Середній показник балів за шкалою від 1 до 5	3,1	2,6	2,5	3,5	2,9	2,8	2,3	2,5	1,7	3,1	3,5

Найбільше учасники під час дослідження відчували сум, втому – 3,5 бали та інтерес – 3,1 бали.

Найменше учасники відчували – сором (1,7 бала). Під час дослідження у більшості учасників були велика інтенсивність емоцій.

Анкета. Розділ 2. Як ви оцінюєте свої методи або стратегії, які використовуєте для управління стресом, адаптації до складних ситуацій та подолання життєвих труднощів, пов'язаних із травматичним досвідом?

Таблиця 2.5.

	Методи або стратегії, які респонденти використовують для управління стресом, адаптації до складних ситуацій та подолання життєвих труднощів, пов'язаних із травматичним досвідом	Бали і відсотки									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
1.	Фізичне уникання (уникання місць, де виникає стрес, або певних людей, які можуть бути джерелом стресу)	6	17,1	10	28,6	10	28,6	5	14,3	4	11,4
2.	Психологічне уникання (пробуєте відвести увагу від стресової ситуації шляхом фокусування на інших думках чи справах).	3	8,6	5	14,3	21	60	2	5,7	4	11,4
3.	Емоційне уникнення (пробуєте забути про неприємні емоції, приховати їх або утримати в собі, замість того, щоб відчувати їх та виразити).	4	11,4	8	22,9	14	40	8	22,9	1	2,9
4.	Пошук підтримки. Звертаєтесь до друзів, родини або професійних консультантів для отримання підтримки та порад.	5	14,3	8	22,9	11	31,4	7	20	4	11,4

5.	Залучаєтеся до групи або спільноти, яка надає підтримку та розуміння, для отримання відчуття приналежності	1	28,6	3	8,6	11	31,4	5	14,3	6	17,1
6.	Займається фізичною активністю, яка може допомогти зняти напругу та стрес.	4	11,4	11	31,4	8	22,9	4	11,4	8	22,9
7.	Активно шукаєте рішення проблем, спрямованих на зміну стресової ситуації.	5	14,3	8	22,9	13	37,1	4	11,4	5	14,3
8.	Розробляєте конкретний плану дій для вирішення проблеми або подолання стресу.	10	28,6	7	20	10	28,6	3	8,6	5	14,3
9.	Переглядаєте ситуації з іншого кута зору з метою знайти позитивні аспекти або можливості для зростання (позитивне переоцінювання)	7	20	10	28,6	7	20	8	22,9	3	8,6
10.	Використовуєте техніки релаксації, такі як глибоке дихання, йога або медитація, для зниження рівня стресу.	13	37,1	10	28,6	3	8,6	4	11,4	5	14,3
11.	Приймаєте ситуацію такою, яка вона є, замість спроби змінити або контролювати її.	7	20	9	25,7	12	34,3	2	5,7	5	14,3
12.	Дозволяєте собі відчувати емоції, які виникають у вас у зв'язку зі стресом	2	5,7	8	22,9	14	40	8	22,9	3	8,6

	або травмівними ситуаціями, без спроби приховати або змінити їх.										
13.	Приймаєте свої думки і переконання такими, як вони є, навіть якщо вони можуть бути неприємними чи небажаними.	1	2,9	8	22,9	13	37,1	7	20	6	17,1
14.	Приймаєте, що деякі аспекти життя можуть бути поза вашим контролем або не можуть бути змінені.	1	2,9	7	20	7	20	9	25,7	11	31,4
15.	Розрізняєте, що можна змінити, що змінити не можна, і приймаєте це.	3	8,6	6	17,1	10	28,6	7	20	9	25,7
16.	Розвиваєте позитивні та підтримуючі переконання про себе і травмівну ситуацію.	5	14,3	6	17,1	13	37,1	6	17,1	5	14,3

Як бачимо з таблиці, респонденти використовують різноманітні стратегії для управління стресом та подолання життєвих труднощів, пов'язаних із травматичним досвідом. Методи варіюються від уникнення до активних дій і використання технік релаксації, залежно від індивідуальних вподобань і особливостей. Аналіз показав, що найбільш популярними стратегіями є пошук рішень і планування дій, техніки релаксації, позитивне переосмислення ситуацій та емоційна регуляція.

Фізичне уникання було досить поширеною стратегією, яку використовували 17,1% респондентів (1 бал) і 28,6% респондентів (2-3 бали). Це може свідчити про прагнення уникати ситуацій або людей, які можуть викликати стрес.

Психологічне уникання через фокусування на інших думках було стратегією, яку застосовували 60% респондентів (3 бали), що показує її популярність для зниження рівня напруги.

Емоційне уникнення: близько 40% респондентів відзначили, що часто намагаються не звертати увагу на свої емоції або приховувати їх (3 бали). Це може бути свідченням емоційної ізоляції та відмови від проживання емоційного досвіду, що може перешкоджати здоровій адаптації.

Пошук підтримки з боку друзів, родини чи професіоналів використовували 31,4% респондентів (3 бали), що свідчить про значну роль соціальної підтримки в подоланні стресових ситуацій.

Участь у групах підтримки також була важливою для 31,4% респондентів (3 бали), що підкреслює значення соціальних спільнот для подолання життєвих труднощів.

Активний пошук рішень та розробка плану дій використовувалися 37,1% і 28,6% респондентів відповідно (3 бали), що вказує на те, що для багатьох респондентів важливо активно вирішувати стресові ситуації, намагаючись знайти вихід.

Позитивне переосмислення ситуацій було популярною стратегією серед 28,6% респондентів (2 бали) і 22,9% (4 бали), що свідчить про прагнення знайти позитивні аспекти в складних ситуаціях.

Прийняття ситуації такою, яка вона є, використовувалося 34,3% респондентів (3 бали), що може бути важливою стратегією для тих, хто не може змінити ситуацію, але вчиться адаптуватися до неї.

Найменш популярністю користувалися техніки релаксації (йога, медитація, глибоке дихання), які практикували 37,1% респондентів (1 бал) і 28,6% (2 бали). Це підкреслює важливість фізичних та психічних технік для зниження стресу.

Емоційна регуляція: близько 40% респондентів (3 бали) дозволяли собі відчувати емоції, які виникають у зв'язку зі стресом, що вказує на значення відкритого проживання емоцій для психічного здоров'я.

Прийняття того, що деякі аспекти життя не можуть бути змінені, використовували 31,4% респондентів (5 балів), що свідчить про ефективність цієї стратегії для зниження стресу у складних обставинах.

Загальний висновок: Дослідження показало, що респонденти використовують широкий спектр стратегій для управління стресом та адаптації до складних ситуацій. Найбільш популярними були техніки релаксації, активне вирішення проблем та позитивне переосмислення ситуацій. Проте значна частина респондентів також використовує стратегії уникнення, що може перешкоджати повноцінному проживанню емоційного досвіду та ефективній адаптації. Результати підкреслюють важливість розвитку усвідомлених стратегій, таких як техніки релаксації, позитивне переосмислення та емоційна регуляція, для подолання наслідків травматичних подій.

Таблиця 2.6.

Анкета розділ 3.

	Кількість респондентів	%
<i>3.1. Чи відчуваєте ви, що ви здатні приймати та розуміти свій травматичний досвід?</i>		
Повністю не можу прийняти та розуміти	5	14,3
Недостатньо можу прийняти та розуміти	5	14,3
Частково можу прийняти та розуміти	9	25,7
Досить можу прийняти та розуміти	8	22,9
Повністю можу прийняти та розуміти	8	22,9
<i>3.2. Чи вважаєте ви, що травматичний досвід став можливістю для особистого зростання та розвитку?</i>		
Абсолютно не вважаю	12	34,3
Не дуже вважаю	5	14,3
Помірно вважаю	14	40

Досить вважаю	1	2,9
Повністю вважаю	3	8,6
<i>3.3. Чи відчуваєте ви покращення в своєму психічному стані та способі усвідомлення травматичного досвіду з часом?</i>		
Зовсім ні	4	11,4
Трохи	18	51,4
Помітно	7	20
Дуже сильно	2	5,7
Повністю	4	11,4
<i>3.4. Як ви оцінюєте вашу здатність до емоційного саморегулювання у зв'язку з травматичним досвідом?</i>		
Дуже слабка	3	8,6
Слабка	5	14,3
Помірна	19	54,3
Сильна	3	8,6
Дуже сильна	5	14,3
<i>3.5. Чи відчуваєте ви, що ви розвиваєте нові навички або ресурси для подолання травматичного досвіду?</i>		
Зовсім ні	2	5,7
Не дуже	13	37,1
Трохи	10	28,6
Помітно	1	2,9
Дуже сильно	3	8,6
Повністю	6	17,1
<i>3.6. Чи відчуваєте ви підтримку від свого оточення (родина, друзі, спеціалісти) у подоланні травматичного досвіду?</i>		
Зовсім ні	2	5,7
Не дуже	8	22,9
Трохи	7	20
Помітно	7	20
Дуже сильно	5	14,3
Повністю	2	17,1

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

У розділі було описано проведене емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду. Дослідження охоплювало оцінку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), рівня тривоги і депресії, а також аналіз здатності респондентів приймати свій травматичний досвід і використовувати його для особистісного зростання.

Дослідження показало, що більшість респондентів мають високий рівень симптомів ПТСР, тривоги та депресії, що значно ускладнює їх адаптацію до травматичного досвіду. Водночас, відсутність належної соціальної підтримки і проблеми з емоційною саморегуляцією у багатьох учасників дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до допомоги таким людям. Психотерапевтична підтримка, розвиток практик усвідомленості та саморегуляції є ключовими елементами для відновлення після травми і підвищення якості життя постраждалих.

ВИСНОВКИ

Отримати комплексну картину психічного стану респондентів в рамках дослідження суб'єктивних механізмів усвідомлення психотравмуючого досвіду і оцінити вплив психотравмуючого досвіду на їхнє життя вдалося отримати з допомогою процедури та кількох методів емпіричного дослідження, включаючи діагностичні критерії DSM-5 для визначення наявності ПТСР, Шкалу самооцінювання PCL-C для оцінки тяжкості симптомів ПТСР, а також Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS).

Вибірка дослідження включала 35 респондентів, серед яких 65,7% мали ПТСР, а 34,3% не мали цього розладу. Особливо тривожними є результати респондентів з високими показниками на Шкалі

самооцінювання щодо наявності ПТСР, де 2 учасники набрали більше 70 балів, що свідчить про ризик розвитку незворотніх змін особистості. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики і психотерапевтичної допомоги таким людям.

Методи дослідження психотравмуючого досвіду. Діагностичні критерії DSM-5 використовувалися для ідентифікації наявності симптомів ПТСР у респондентів. Шкала PCL-C показала, що 65,7% респондентів мали симптоми ПТСР, з них у 22,9% симптоми були на рівні 38-47 балів, у 25,7% — в межах 48-57 балів, а у 5,7% — більше 68 балів, що свідчить про високий рівень вираженості ПТСР. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) виявила, що 14,2% респондентів мали клінічно виражену тривогу і депресію важкого ступеня, а 37,1% мали помірний ступінь тривоги та депресії, що вказує на значний рівень психічного страждання серед учасників дослідження.

Аналіз суб'єктивних оцінок проживання травматичного досвіду показав, що лише 22,9% респондентів повністю здатні приймати та розуміти свій травматичний досвід, тоді як 28,6% учасників зазначили, що частково можуть прийняти цей досвід. Водночас 34,3% учасників не вважають, що травматичний досвід став для них можливістю для особистісного зростання, що свідчить про низький рівень адаптації до травми.

Респонденти демонстрували різні рівні здатності до емоційної саморегуляції. Більшість (54,3%) оцінили свою здатність як "помірну", проте 22,9% респондентів відзначили значні труднощі у саморегуляції своїх емоцій. Це вказує на важливість розробки та впровадження інтервенцій, спрямованих на розвиток стійкості до стресу та здатності до управління емоціями.

Підтримка з боку оточення. Лише 17,1% учасників відчували повну підтримку зі сторони оточення у процесі подолання травматичного

досвіду, тоді як 28,6% респондентів відзначали, що майже не отримують підтримки. Це підкреслює важливість соціальної підтримки в процесі відновлення після травми.

Дослідження виявило, що більшість респондентів демонструють високий рівень симптомів ПТСР, тривоги та депресії, що суттєво ускладнює їхню адаптацію до травматичних переживань. Відсутність належної соціальної підтримки та труднощі з емоційною саморегуляцією у багатьох учасників підкреслюють важливість комплексного підходу до допомоги. Психотерапія, розвиток навичок усвідомленості та саморегуляції є ключовими елементами відновлення після травми та покращення якості життя постраждалих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Брієр Н. Джон, Скотт Кетрін. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Манускрипт, 2023. 448 с.
2. Бессель ван дер Колк. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Вид-во: Vivat. 2022. 624 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
4. Горностай П. П. Колективна травма і групова ідентичність. *Психологічні перспективи*. Київ, 2012. Спец. вип.: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. С. 89–95.

5. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. Посібник. Київ: Літера, 2015. 207 с.
6. Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 р. № 1003.
7. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text> (дата звернення: 19.09.2024).
8. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
9. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
10. Ігумнова О. Б. Дослідження копінг-стратегій осіб у складних життєвих обставинах. *Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. пр.* Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2020. № 1, т. 2. С. 28-33.
11. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації *Актуальні проблеми психології*. Том I. Випуск 55. С.23–30
12. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія, [та ін.]. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

13. Клейман Пол. Психологія 101. Факти, теорія, статистика, тести й таке інше. Харків. вид-во: Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. 240 с.
14. Макієнко Н., Гершанов О. Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій. Israel Trauma Coalition (ITC). 2022. 72 с. URL: <http://israeltraumacoalition.org/>
15. Москалець В. П. Психологія особистості. Підручник. 2-ге вид., перероб., доповн. Київ-Івано-Франківськ: «Нова зоря». 2020. 436.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
17. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Том 32 (71) № 6. 2021 С. 68-72
18. Попелюшко Р. П. Суб'єктивні особливості усвідомлення психотравматичного досвіду. *Психологічний журнал.* Умань: ВПЦ «Візаві», 2023. Вип. 10. С. 39–45. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.10.2023.285319>.
19. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія. Київ: «Видавництво Людмила», 2020. 392 с.
20. Пророк Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
21. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету. *Видавнича Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія».* Львів. 2015. 64 с.
22. Психологічна енциклопедія. автор-упорядник О. М. Степанов. К.: «Академвидав», 2006. 424 с.

23. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навч. посіб. / В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 127 с.
24. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *Нейроnews: Психоневрологія і нейропсихіатрія*. № 1 (36). Режим доступу: [<http://neuro.healthua.com/page/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-jsuchasni-pidhodi-do-terapiyi>].
25. Сафін О. Д. Теорія та практика психокорекції особистості [Електронний ресурс] : електрон. зб. матер. II Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Умань, 27 жовт. 2022 р.) МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини, Каф. Психології. Умань, 2022. Режим доступу: <https://fspo.udpu.edu.ua/kafedra-psykholohii/>
26. Титаренко Т.М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.
27. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
28. Чабан О.О, Хустова О.О. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник. К.: Видавничий дім Медкнига, 2020. 116 с.
29. Чабан О.О, Хустова О.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник за заг ред. 2-ге вид, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
30. Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans / Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A. Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration, 2011. November
31. Armeli, S., Gunthert, K. C., & Cohen, L. H. Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related

- growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2001. Vol. 20. P. 366-395.
32. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing. 2022. 977 c.
 33. Fontana A, Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 2004. 579–84.
 34. Fragedakis, T. M., & Toriello, P. The development and experience of combat-related PTSD: A demand for neurofeedback as an effective form of treatment. *Journal Of Counseling & Development*, 92(4), 2014. Pp. 481–488. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2014.00174.x.
 35. Geiling, J., Rosen, J. M. & Edwards, R. D. Medical Costs of War in 2035: Long-term care challenges for veterans of Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 177, 11, 2012. Pp. 1235–1244.
 36. Ghaffarzadegan, N., Ebrahimvandi, A., & Jalali, M. S. *A Dynamic Model of Post Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans*. Plos ONE, 11(10), 2016. P.1–17. DOI: 10.1371/journal.pone.0161405.
 37. Hendin, H., & Haas, A.P. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 1991. P. 586–91.
 38. Henry, C. S., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. W. Family Resilience: Moving into the Third Wave. *Family Relations*, 64(1), 2015. Pp. 22–43. DOI: 10.1111/fare.12106.
 39. Horowitz, M. J., Wilner, N., and Alvarez, W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med.*, 41, 1979. 209–218.
 40. Joseph S., Butler L. Positive Changes Following Adversity PTSD Research Quarterly, 2010. Vol. 21 (3). P.1-3.

41. Koh, E. The Healing of Historical Collective Trauma. *Genocide Studies and Prevention*, 2021. Vol. 15(1). Pp. 115–133.
42. O'Connor, A. Moral injury. Therapy can help military veterans and NHS frontline staff come to terms with the soul-wound of moral injury. *Therapy today*. 2021. Pp. 35–37.
43. Vasterling, J. J. et al. Establishing a methodology to examine the effects of war-zone PTSD on the family: the family foundations study. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 24(2), 2015. Pp. 143–155.
44. Williamson, V., Stevelink, S. A., Greenberg, N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2018. Pp. 339–346.
45. Zasiakina, L., Zasiakin S. Verbal Emotional Disclosure of Moral Injury in Holodomor Survivors. *Psycholinguistics*. 2020. Vol. 28(1). Pp. 41–58.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Контрольний перелік життєвих подій (ЛЕС, Life Events Checklist)

Частина 1.

Нижче наведено події, що іноді трапляються в нашому житті, завдаючи нам тяжких переживань та стресу.

Для кожної такої події позначте одну чи дві клітинки в тому ж рядку праворуч, щоб підтвердити, що:

- а) це сталося особисто з вами;
- б) ви були свідком того, що це сталося з кимось іншим;
- в) ви дізналися, що це сталося з вашим близьким родичем чи другом;
- г) ви стикалися з цим на роботі (наприклад, як санітар, міліціонер, військовик чи працівник інших підрозділів першої допомоги);
- д) ви не певні, чи це вас стосується;
- е) це не стосується вас.

Відповідаючи на запитання переліку, не забувайте розглядати події протягом вашого життя (дитинства, юності, дорослого періоду).

ПОДІЯ		С Т а л о с я з і м н о ю	Б у в с і д к о м	Д і з н а в с я п р о ц е	Н а р о б о т і	Н е п е в е н	Н е с т о с у є т ь с я м е н е
1.	Стихійне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо)						
2.	Пожежа чи вибух						
3.	Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію корабля, потяга, літака)						
4.	Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку						
5.	Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, випромінювання тощо)						
6.	Фізичне насильство (наприклад, на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, лягнули, побили)						
7.	Збройний напад (наприклад, у Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою)						
8.	Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)						
9.	Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід						
10.	Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовослужбовець або цивільна особа)						
11.	Полон (наприклад, як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)						
12.	Хвороба чи травма з погрозою для життя						
13.	Тяжкі страждання						
14.	Раптова насильницька смерть (наприклад, убивство або самогубство)						
15.	Раптова смерть від нещасного випадку						
16.	Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні вами комусь іншому						
17.	Будь-яка інша подія чи досвід, що спричинили для Вас важкий стрес						

Додаток Б

Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР (PCL-5)

Частина 2.

А. Якщо ви позначили ту чи іншу клітинку в рядку 17 частини 1, коротко опишіть подію, яку ви мали на увазі: _____

Б. Якщо ви пережили більше, ніж одну подію з-поміж наведених у частині 1, подумайте, котру з них ви вважаєте для себе найгіршою, що для цілей цього опитувальника означає ту, яка досі турбує вас найбільше. Якщо ви пережили тільки одну подію з-поміж наведених у частині 1, вважайте її найгіршою.

Просимо відповісти на такі запитання про найгіршу подію (позначте всі варіанти, які стосуються події):

1. Коротко опишіть цю найгіршу подію (що сталося, хто був учасником тощо). _____

2. Як давно це сталося? _____

(просимо дати приблизну оцінку, якщо ви не впевнені точно).

3. В якій формі ви пережили цю подію?

- це сталося безпосередньо зі мною;
- я був свідком цього;
- я дізнався, що це сталося з моїм близьким родичем чи другом;
- я неодноразово стикався з цим на роботі (як медик, поліцейський, військовий, психолог чи правцівник інших підрозділів першої допомоги);
- інше (просимо описати).

4. Чи була загроза життю?

- так, моєму;
- так, життю іншої особи;
- ні.

5. Чи був хтось серйозно травмований або загинув?

- так, я був(-ла) серйозно травмований(-а);
- так, інша особа була серйозно травмована або загинула;
- ні.

6. Чи було при цьому сексуальне насильство?

- так;
- ні.

7. Якщо в події була смерть близького родича або друга, чи було це наслідком якогось нещасного випадку, насильства чи природних причин?

- нещасного випадку / насильства;
- природних причин;
- не підходить (в події не було смерті близького родича або друга).

8. Загалом скільки разів Ви переживали подібну подію, що була таким або майже таким великим стресом для вас, як і найгірша подія?

- тільки одного разу;
- більше ніж раз (просимо дати конкретну цифру або оцінку загальної кількості таких випадків).

Додаток В

Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-5) Частина 3

Нижче наведено перелік проблем, з якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на суттєвий стрес.

Пам'ятаючи про подію, яку ви визначили як найгіршу для себе, прочитайте, будь ласка, кожний рядок і позначте одну з цифр праворуч, щоб показати, наскільки названа в ньому проблема турбувала вас протягом останнього місяця.

		Н і с к і л ь к и	Т р о х и	П о м і р н о	С и л ь н о	Д у ж е с и л ь н о
1.	Спогади про стресову подію повторюються, тривожать, і є небажані?	0	1	2	3	4
2.	Сни про стресову подію тривожать, і є небажані?	0	1	2	3	4
3.	Раптом ви відчували або почали діяти так, ніби стресова подія відбувається з вами знову (ніби ви «знову там» і переживаєте все наяву)?	0	1	2	3	4
4.	Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало вам про стресову подію?	0	1	2	3	4

5.	У вас була сильно виражена фізична реакція, коли щось нагадувало вам стресову подію (наприклад, сильне серцебиття, було важко дихати, ви спітніли)?					
6.	Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?					
7.	Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?					
8.	Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?					
9.	Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або до світу загалом (наприклад, ви думали: «Я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, всюди небезпека»)?					
10.	Ви звинувачували себе чи когось іншого за те, що сталася стресова подія або за те, що сталося після неї?					
11.	У вас були різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сором?					
12.	Ви втратили інтерес до тих занять, що раніше приносили вам задоволення?					
13.	Ви відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми?					
14.	Вам було важко отримувати позитивні емоції (наприклад, радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?					
15.	Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії?					
16.	Ви свідомо йшли на великий ризик чи робили речі, які могли заподіяти вам шкоду?					
17.	У вас був стан «надмірної настороженості», пильності, обережності?					
18.	Ви нервово реагували, легко лякалися?					
19.	Вам було важко зосередитися?					
20.	Вам було важко заснути або залишатися у стані сну?					

PCL-5 – метод самооцінювання. Заповнення опитувальника триває 5-10 хв. Інтерпретація PCL-5 є справою лікаря або клінічного психолога.

Шкалу надав Національний центр з ПТСР на сайті www.ptsd.va.gov.

Підрахунок результатів PCL-5 можна здійснити різними способами.

Підрахунок загальної важкості симптомів (від 0 до 80) можна зробити, склавши результати за всіма 20 пунктами.

Підрахунки важкості груп симптомів за DSM-5 можна одержати, клавши результати для окремої групи, тобто групи В (рядки 1-5), групи С (рядки 6-7), групи D (рядки 8-14) та групи Е (рядки 15-20).

Попередній діагноз ПТСР можна зробити, якщо вважати, що оцінка 2 («Помірно»), або вища, є підтвердженням симптому.

Далі визначаємо, дотримуючись правил діагностики за DSM-5.

Потрібно як мінімум:

- один рядок із групи В (питання 1-5);
- один – із групи С (6-7);
- два рядки з групи D (8-14);
- два з групи Е (15-20).

Попередньої роботи з підтвердження достовірності інформації достатньо для початкових пропозицій щодо визначення значення, після чого починається клінічне відхилення від норми, але ця інформація може змінитися.

Загалом 38 балів, щоб встановити діагноз ПТСР за PCL-5 є слушним як пропозиція для отримання подальших результатів психометрії.

Додаток Г

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Шкала HADS має високу валідність щодо двох феноменів тривоги депресії. Вона часто використовується для виявлення та оцінки тяжкості цих симптомів в умовах загальносоматичної мережі. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробка (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта).

Рекомендації щодо застосування. Бланк шкали видається для самостійного заповнення пацієнту та супроводжується інструкцією наступного змісту: «Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні багатьох захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе відчуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розташовані в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня.

Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною». Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: підшкала. Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11 «депресія» парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 для депресії та 21 для тривоги.

Критерії оцінювання

0-7- норма;

8-7 - зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості;

11 або вище - вказує на ймовірну наявність розладу настрою;

11-15- помірний ступінь;

16-21- важкий ступінь.

Як і у всіх випадках застосування суб'єктивних шкал для досягнення валідних результатів необхідно забезпечити самостійне заповнення шкали пацієнтом (без обговорення варіантів відповіді з родичами, знайомими). За необхідності слід надати пацієнтові відокремлене місце, а для забезпечення спонтанності відповіді бажано встановити пацієнту чіткі часові рамки для заповнення шкали (20-30 хвилин). За цей інтервал часу шкала повинна бути заповнена повністю. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти або перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин), рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланка. Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

D	A	Симптом
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто

	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИ КЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТЕН РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТІЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Зовсім не здатен
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
	3	Зовсім не відчуваю
	2	Дуже рідко
	1	Іноді
	0	Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
	3	Практично увесь час
	2	Часто
	1	Іноді
	0	Зовсім ні
	A	9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
	3	Безумовно це так
	2	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
	1	Може бути, я став менше приділяти цьому увагу

0		Я стежу за собою так само, як і раніше
	A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЮЧІСТЬ, НАЧЕ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Це так лише деякою мірою
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
	0	Точно так само, як і зазвичай
	1	Так, але не в тій мірі, як раніше
	2	Значно менше, ніж зазвичай
	3	Зовсім не вважаю
	A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО. ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ
	0	Часто
	1	Іноді
	2	Рідко
	3	Дуже рідко
		Загальна сума балів

Інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (Т і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0-7 балів норма; 8-10 балів субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище - клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток Д

**Анкета оцінювання суб'єктивних механізмів переживання
травматичного досвіду**

Анкета розділ 1. Оцінка емоційного стану на момент дослідження

Інструкція. Будь ласка, оцініть кожен заявлений аспект, використовуючи шкалу від 1 до 5, де:

- 1 - Повністю не погоджуюся
- 2 - Не дуже погоджуюся
- 3 - Помірно погоджуюся
- 4 - Досить погоджуюся
- 5 - Повністю погоджуюся

Інструкція. Оцініть ваш емоційний стан зараз за 5 бальною шкалою

Емоції і почуття	1	2	3	4	5
Інтерес					
Радість					
Подив					
Сум					
Гнів					
Відраза					
Презирство					
Страх					
Сором					

Відчуття надії					
Втома					

Анкета. Розділ 2. Як ви оцінюєте свої методи або стратегії, які використовуєте для управління стресом, адаптації до складних ситуацій та подолання життєвих труднощів, пов'язаних із травматичним досвідом?

	Методи або стратегії, які респонденти використовують для управління стресом, адаптації до складних ситуацій та подолання життєвих труднощів, пов'язаних із травматичним досвідом	1	2	3	4	5
1.	Фізичне уникання (уникання місць, де виникає стрес, або певних людей, які можуть бути джерелом стресу)					
2	Психологічне уникання (пробуєте відвести увагу від стресової ситуації шляхом фокусування на інших думках чи справах).					
3	Емоційне уникнення (пробуєте забути про неприємні емоції, приховати їх або утримати в собі, замість того, щоб відчувати їх та виразити).					
4	Пошук підтримки. Звертаєтеся до друзів, родини або професійних консультантів для отримання підтримки та порад.					
5	Залучаєтеся до групи або спільноти, яка надає підтримку та розуміння, для отримання відчуття приналежності					
6	Займаєтеся фізичною активністю, яка може допомогти зняти напругу та стрес.					
7	Активно шукаєте рішення проблем, спрямованих на зміну стресової ситуації.					
8	Розробляєте конкретний плану дій для вирішення проблеми або подолання стресу.					
9	Переглядаєте ситуації з іншого кута зору з метою знайти позитивні аспекти або можливості для зростання (позитивне переоцінювання)					
10	Використовуєте техніки релаксації, такі як глибоке дихання, йога або медитація, для зниження рівня стресу.					
11	Приймаєте ситуацію такою, яка вона є, замість спроби змінити або контролювати її.					
12	Дозволяєте собі відчувати емоції, які виникають у вас у зв'язку зі стресом або травматичними ситуаціями, без спроби приховати або змінити їх.					
13	Приймаєте свої думки і переконання такими, як вони є, навіть якщо вони можуть бути неприємними чи небажаними.					
14	Приймаєте, що деякі аспекти життя можуть бути поза вашим контролем або не можуть бути змінені.					

15	Розрізняєте, що можна змінити, що змінити не можна, і приймаєте це.					
16	Розвиваєте позитивні та підтримуючі переконання про себе і травмівну ситуацію.					

Анкета розділ 3.

	<i>3.1. Чи відчуваєте ви, що ви здатні прийняти та розуміти свій травматичний досвід?</i>
1	Повністю не можу прийняти та розуміти
2	Недостатньо можу прийняти та розуміти
3	Частково можу прийняти та розуміти
4	Досить можу прийняти та розуміти
5	Повністю можу прийняти та розуміти
	<i>3.2. Чи вважаєте ви, що травматичний досвід став можливістю для особистого зростання та розвитку?</i>
1	Абсолютно не вважаю
2	Не дуже вважаю
3	Помірно вважаю
4	Досить вважаю
5	Повністю вважаю
	<i>3.3. Чи відчуваєте ви покращення в своєму психічному стані та способі усвідомлення травматичного досвіду з часом?</i>
1	Зовсім ні
2	Трохи
3	Помітно
4	Дуже сильно
5	Повністю
	<i>3.4. Як ви оцінюєте вашу здатність до емоційного саморегулювання у зв'язку з травматичним досвідом?</i>
1	Дуже слабка
2	Слабка
3	Помірна
4	Сильна
5	Дуже сильна
	<i>3.5. Чи відчуваєте ви, що ви розвиваєте нові навички або ресурси для подолання травматичного досвіду?</i>
1	Зовсім ні
2	Не дуже
3	Трохи
4	Помітно
5	Дуже сильно
6	Повністю
	<i>3.6. Чи відчуваєте ви підтримку від свого оточення (родина, друзі, спеціалісти) у подоланні травматичного досвіду?</i>
1	Зовсім ні
2	Не дуже
3	Трохи
4	Помітно
5	Дуже сильно

6	Повністю
---	----------