

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Вплив психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей із різним
рівнем тривоги та ПТСР симптоматики**

Здобувача (ки) 2 курсу КП-246 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Ірини КОЛОКОЛУШ
(прізвище та ініціали)

Керівники

Дар'я ТРОФІМОВА, к.психол.н., доц.,
Ірина САВЕЛЬЄВА, доктор філософії в галузі
психології
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові) д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

Зав. кафедри соціальної психології _____
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові) к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.

Київ—2026

Анотація

У магістерській роботі теоретично проаналізовано та емпірично досліджено вплив психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей із різним рівнем тривоги та ПТСР симптоматики під час війни.

Розглянуто тривогу та тривожність, що мають вплив на суб'єктивне благополуччя населення під час війни, зокрема людей із різним рівнем тривоги та ПТСР симптоматики. Проаналізовано поняття суб'єктивне благополуччя в історичному аспекті та із врахуванням впливу психологічної допомоги.

Представлені методики та описи емпіричного вивчення психологічної допомоги для покращення суб'єктивного благополуччя людей із різним рівнем тривоги та ПТСР симптоматики.

На основі аналізу результатів емпіричного дослідження сформовано основні практичні рекомендації щодо підвищення ефективності впливу психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей.

Теоретична значення роботи полягає у розширенні наукових знань про динаміку суб'єктивного благополуччя під впливом психологічної корекції. Визначено специфіку взаємозв'язків між рівнем тривоги, інтенсивністю симптомів ПТСР та психологічними ресурсами, що визначають успішність психологічної реабілітації в процесі відновлення ментального здоров'я.

Практична значущість дослідження полягає у розробці та апробації рекомендацій щодо психологічної допомоги особам із різним ступенем тривожності та проявами ПТСР. Отримані результати можуть бути впроваджені в діяльність реабілітаційних центрів та служб психологічної підтримки для створення спеціалізованих програм корекції, спрямованих на підвищення рівня суб'єктивного благополуччя.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: суб'єктивне благополуччя, психологічна допомога, тривога, тривожність, ПТСР симптоматика.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ.....	9
1.1. Теоретичні підходи до понять тривоги та тривожність.....	9
1.2. Феномен суб'єктивного благополуччя у психологічних дослідженнях.....	13
1.3. Психологічні особливості проявів тривожності та ПТСР-симптоматики, як наслідок військових дій	18
1.4. Методи психологічної роботи з людьми із проявами тривоги та ПТСР-симптоматики.....	22
Висновки до розділу I.....	30
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	33
2.1. Організація емпіричного дослідження та формулювання гіпотез.....	33
2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію.....	36
2.3. Опис та характеристика вибірки респондентів.....	40
Висновки до розділу II	45
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ.....	47
3.1. Порівняльний аналіз показників благополуччя в осіб із різним рівнем тривоги та ПТСР до надання допомоги.....	47
3.2. Практичні рекомендації щодо допомоги при тривозі та ПТСР.....	66
3.3. Опис програми психологічного втручання/допомоги	68
Висновки до розділу III.....	72
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена триваючою військовою агресією РФ проти України, що призвела до значного зростання кількості осіб із високим рівнем тривоги та симптомами ПТСР. Стан суб'єктивного благополуччя населення сьогодні є не лише показником індивідуального здоров'я, а й чинником національної стійкості. Водночас існує гостра потреба у верифікації результативності різних форм психологічної допомоги, які б дозволили не лише знизити психопатологічну симптоматику, а й відновити внутрішній ресурс особистості та її відчуття задоволеності життям у кризових умовах.

Обрана нами тема має необхідність наукового пошуку результативних стратегій психологічної допомоги цивільному населенню, що перебуває під постійним тиском воєнних реалій. Оскільки травматичні події оцінюються психікою як тривалі та напружені, вони не лише провокують зростання тривоги та ПТСР-симптоматики, а й суттєво деформують відчуття суб'єктивного благополуччя особистості. У зв'язку з цим критичного значення набуває дослідження того, як фаховий психологічний супровід здатний модулювати вибір конструктивних захисних механізмів, стабілізуючи психоемоційний стан людини. Вивчення впливу психологічної допомоги на відновлення відчуття задоволеності життям у осіб із різним ступенем травматизації є перспективним напрямом, що дозволить оптимізувати процес реабілітації та подолання глибоких кризових переживань.

Теоретико-методологічну основу роботи становлять положення вітчизняної та зарубіжної психологічної науки, представлені у працях українських дослідників, які розкривають проблематику тривоги, психологічної травми, суб'єктивного благополуччя та психологічної допомоги як ресурсу збереження психічного здоров'я особистості. Методологічно важливими для розуміння тривоги є положення загальної, клінічної та соціальної психології, представлені у працях І. О. Блохіної, О. В. Волошок, А. Я. Гринечко, О. Войтенко, М. В. Патруль,

А. С. Кузняк, які розглядають тривогу як складний психоемоційний феномен з емоційними, когнітивними та поведінковими компонентами. У зазначених дослідженнях тривожність трактується як адаптивна реакція на загрозу або невизначеність, яка за умов підвищеної інтенсивності чи хронічного перебігу може призводити до зниження психологічного благополуччя та дезадаптації особистості. Вагоме місце у теоретико-методологічній основі дослідження посідають наукові підходи до вивчення психологічної травми та кризових станів, представлені у працях І. М. Кучманич, Т. М. Дзюби, Є. О. Варбан, Л. О. Гресь, Д. Герман, які розкривають механізми виникнення й перебігу психологічної травми, життєвих криз та їх вплив на внутрішній світ дорослої людини. Ці підходи дозволяють розглядати тривогу як один із ключових проявів кризового та травматичного досвіду, що безпосередньо пов'язаний зі зниженням суб'єктивного благополуччя.

Вперше поняття “суб'єктивне благополуччя” належить Е. Дінер, в цій теорії, суб'єктивне благополуччя, яке має ключові компоненти: загальне задоволення життям, приємні емоційні переживання та обмеженість негативними емоціями, його рівень залежить як від зовнішніх чинників (соціальне оточення, умови життя, підтримка з боку інших), а також і від внутрішніх психологічних характеристик особистості. В даній роботі буде досліджуватись психологічні чинники рівня суб'єктивного благополуччя. Теоретичним підґрунтям дослідження є концепції суб'єктивного та психологічного благополуччя, розроблені в межах позитивної психології та психології особистості. У працях Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер, Л. З. Сердюк, Н. Д. Володарської, С. В. Карсканової суб'єктивне благополуччя розглядається як багатовимірний інтегративний конструкт, що поєднує емоційний стан, життєву задоволеність, психологічний комфорт, ціннісні орієнтації та здатність особистості до саморегуляції. Зокрема, дослідження Л. М. Карамушки та співавторів підкреслюють значення суб'єктивного благополуччя як показника психічного здоров'я та ефективного функціонування особистості в умовах організаційного та соціального стресу.

Дослідження дозволяє заповнювати існуючу прогалину в психологічній науці, подано оновлений рівень розуміння того, як сучасний досвід психотерапії впливає на суб'єктивне благополуччя людей із різним рівнем тривоги та ПТСР симптоматики.

Об'єкт дослідження: суб'єктивне благополуччя.

Предмет дослідження: вплив психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей під час війни.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично дослідити вплив психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей із різним рівнем тривоги та ПТСР симптоматики під час війни.

Відповідно до мети сформовано такі **завдання дослідження:**

дослідити та проаналізувати теоретичні дослідження проблематики суб'єктивного благополуччя та психологічної травматизації особистості в умовах війни;

визначити зміст та методи психологічної допомоги, спрямованої на підтримку ментального здоров'я особистості в умовах воєнного стану;

емпірично дослідити поточний рівень суб'єктивного благополуччя та інтенсивність симптомів ПТСР у респондентів;

розробити практичні рекомендації на основі отриманих результатів дослідження.

Методи дослідження: **Теоретичні:** теоретичний аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення науково-методичної літератури з визначеної тематики. **Емпіричні:** анкетування. *Психодіагностичні методики, що використовувались:* методика Шкала Сприйнятого Стресу (PSS-10); Тривога депресія – методика Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); Самооцінка проявів ПТСР – Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР); Суб'єктивне благополуччя – МЕТОДИКА «МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ БІБІСІ»; Життестійкість/стресостійкість – Шкала

стресостійкості Коннора-Девідсона (адаптація та валідизація україномовної версії шкали CD-RISC-10: Н.В. Школіна, І.І. Шаповал, І.В. Орлова, І.О. Кедик, М.А. Станіславчук). Методиками та їх інтерпретації див. в додатках.

Характеристика вибірки. Вибірку склали 98 респондента віком від 17 до 67 років, опитування було розповсюджено у вигляді Google-форми в соціальних мережах.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про механізми підтримання та відновлення суб'єктивного благополуччя особистості в екстремальних умовах війни. Теоретико-емпіричний аналіз дозволив розкрити специфіку впливу психологічної допомоги на внутрішні ресурси людини залежно від вираженості в неї тривожних станів та симптомів ПТСР. Зокрема, конкретизовано зв'язки між отриманою психологічною підтримкою та такими детермінантами благополуччя, як стресостійкість, емоційна регуляція та здатність до пошуку сенсу життя в кризових ситуаціях.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів практичними психологами та психотерапевтами для вдосконалення протоколів реабілітації осіб із травматичним досвідом. Глибше розуміння того, як саме психологічна допомога трансформує суб'єктне благополуччя при різному рівні тривоги та ПТСР-симптоматики, дозволить фахівцям розробляти більш персоналізовані та результативні терапевтичні стратегії.

Крім того, результати дослідження мають високий потенціал для психологізації освітнього процесу. Науково обґрунтовані дані про позитивний вплив психологічної підтримки на якість життя можуть бути використані для подолання стигматизації ментальних розладів і підвищення рівня довіри до інститутів психологічної допомоги. Поширення інформації про результативність фахового втручання сприятиме формуванню культури

звернення по допомогу, що є критично важливим для подолання наслідків психічної травми та збереження ментального здоров'я нації у довгостроковій перспективі.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Теоретичні підходи до понять тривога та тривожність

Тривога є одним із фундаментальних емоційних станів людини, що характеризується внутрішньою напругою, відчуттям невизначеної небезпеки та очікуванням негативних подій. Вона виникає як реакція на реальні або уявні загрози, а також на ситуації невизначеності, які потребують підвищеної уваги та готовності до дії. На відміну від страху, який має чітко окреслений об'єкт і безпосередню причину, тривога здебільшого є дифузною, розмитою та суб'єктивною, що ускладнює її усвідомлення й контроль (29, с. 223).

У нормі тривога виконує важливу адаптивну функцію, виступаючи своєрідним сигнальним механізмом. Вона попереджає особистість про потенційну небезпеку та сприяє мобілізації психічних і фізіологічних ресурсів для подолання складних життєвих ситуацій. Помірний рівень тривоги може стимулювати активність, підвищувати рівень відповідальності, уважності та продуктивності діяльності. Саме завдяки тривозі людина здатна передбачати можливі ризики, планувати свої дії та уникати загрозливих наслідків.

Разом із тим, коли інтенсивність тривоги не відповідає реальній ситуації, вона набуває дезадаптивного характеру. Надмірна або тривала тривога призводить до виснаження психічних ресурсів, зниження ефективності діяльності та погіршення загального психоемоційного стану. У таких випадках тривога перестає виконувати захисну функцію і трансформується у чинник, що порушує психологічне благополуччя особистості (4, с. 81).

У межах різних психологічних підходів тривога розглядається з позицій як внутрішніх, так і зовнішніх детермінант. Згідно з психоаналітичними концепціями,

представленими у працях Зигмунда Фрейда та Карен Хорні, тривога виникає внаслідок внутрішніх конфліктів, загрози цілісності «Я» та порушення почуття безпеки. У цьому контексті тривога виступає сигналом про неблагополуччя внутрішнього психічного простору особистості (1).

Фундаментальний внесок у розмежування поняття тривоги як ситуативного стану та тривожності як стійку рису особистості, зробив Ч. Спілбергер, який визначив ситуативну тривогу як емоційну реакцію на стресову ситуацію, що характеризується суб'єктивними відчуттями напруги та активованістю вегетативної нервової системи. Натомість особиста тривожність розглядається як індивідуальна схильність сприймати широке коло ситуацій як загрозливі, що зумовлює частіші та інтенсивніші стани тривоги. Це розрізнення є критичним для розуміння впливу військових дій на цивільне населення, де хронічний стрес сприяє трансформації ситуативних реакцій у стійкі особисті паттерни.

Представники біхевіористичного напрямку (Дж. Уотсон, Скіннер) трактують тривогу як набуту реакцію на певні подразники. Згідно з теорії научіння, тривога є результатом класичного або оперативного обумовлення: якщо певна ситуація супроводжувалася болем чи страхом, залишає слід у пам'яті як загрозлива. В умовах сьогоденної російсько-української війни цей механізм пояснює виникнення тривожних станів у відповідь на звуки сирени або вибухів, які стають умовними стимулами небезпеки.

У когнітивно-поведінковому підході, зокрема в концепції Аарона Бека, тривога розглядається як результат неадаптивних когнітивних процесів: негативних автоматичних думок, перебільшення ймовірності загроз та схильності до катастрофізації. Відповідно, переживання тривоги підтримується не стільки самою ситуацією, скільки її суб'єктивною інтерпретацією. Таким чином, незалежно від теоретичної моделі, тривога визнається багатовимірним феноменом, що поєднує емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти (8, с. 145).

Сучасні когнітивно-біхевіоральні підходи розширюють це бачення, акцентуючи увагу на когнітивних викривленнях та катастрофізації пізнавального процесу мислення, що підтримують стан високої тривоги навіть за відсутності прямої загрози.

Структурно тривога включає кілька взаємопов'язаних компонентів. Когнітивний компонент проявляється у надмірному занепокоєнні, труднощах концентрації уваги, постійному очікуванні негативних подій та схильності до негативного прогнозування майбутнього. Емоційний компонент характеризується переживанням напруження, внутрішнього неспокою, невпевненості та відчуття неминучої загрози. Фізіологічний компонент пов'язаний з активацією симпатичної нервової системи та включає такі прояви, як прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, м'язова напруга, запаморочення, порушення сну й дихання. Поведінковий компонент тривоги виявляється у прагненні уникати потенційно загрозливих ситуацій або, навпаки, у надмірному контролі, перевірках та ритуалізованих діях.

Гуманістична та екзистенційна психологія пропонують специфічний погляд на природу тривоги, пов'язуючи її з фундаментальними аспектами людського буття. Ролло Мей та Віктор Франкл розглядають тривогу як онтологічну, що виникає внаслідок усвідомлення можливості небуття, обмеженості часу та необхідності нести відповідальність за власний вибір. В екзистенційному вимірі тривога – це реакція на загрозу втратити сенс життя. Для людей, що перебувають в умовах війни, така тривога стає домінуючою, оскільки руйнуються звичні життєві опори, а майбутнє стає абсолютно невизначеним. У цьому контексті тривога є лише патологією, й стимулом пошуку нових сенсів та актуалізації внутрішніх ресурсів.

Когнітивний підхід (А. Бек, А. Елліс) фокусується на процесах сприйняття та переробки інформації. Згідно з концепцією, тривога є наслідком специфічних схем мислення, спрямованих на переоцінку небезпеки та недооцінку власних набутих здатностей до подолання труднощів. Тривожна особистість схильна до вибіркового

сприйняття негативних сигналів, що створює суб'єктивну картину світу як ворожого та непередбаченого місця. Такий когнітивний (мислительно-уявний) фокус безпосередньо впливає на суб'єктивне благополуччя, оскільки постійне очікування загрози унеможливорює стан внутрішнього спокою та задоволення.

Важливим для розуміння феномену є розмежування понять «тривога» і «тривожність». Тривога розглядається як ситуативний, тимчасовий стан, тоді як тривожність є відносно стійкою особистісною рисою, що відображає схильність до частого та інтенсивного переживання тривоги. Рівень тривожності формується під впливом поєднання біологічних чинників, зокрема особливостей нервової системи та генетичної зумовленості, а також психологічних і соціальних факторів, таких як життєвий досвід, умови виховання, стресові події та рівень самооцінки (6, с. 43).

Сучасна психологія розглядає тривожність у тісному зв'язку з адаптаційним потенціалом особистості. Як зазначають дослідники, рівень тривожності виступає індикатором успішності або деструктивності процесу соціально-психологічної адаптації. Висока тривожність розглядається як дезадаптивний чинник, що блокує реалізацію інтелектуальних та творчих можливостей людини. Водночас у межах системного підходу наголошується на багаторівневій структурі тривожності, яка включає фізіологічний, емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти.

З позиції сучасної клінічної психології тривога поділяється на нормативну (адаптивну) та патологічну. Нормативна тривога є природною реакцією на стрес, невизначеність або нові умови та, як правило, зникає після усунення причин її виникнення. Патологічна тривога характеризується надмірною інтенсивністю, тривалістю, труднощами самоконтролю та істотним негативним впливом на повсякденне функціонування, що може свідчити про наявність тривожних розладів.

Підсумовуючи теоретичний огляд, можна стверджувати, що тривога та тривожність є багатограними конструктами, що відображають взаємодію біологічних задатків, індивідуального досвіду та соціокультурного контексту. Усвідомлення теоретичних засад виникнення цих станів є необхідною умовою для

розробки програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження симптомів ПТСР та відновлення суб'єктивного благополуччя особистості в умовах тривалого соціального напруження.

1.2. Феномен суб'єктивного благополуччя у психологічних дослідженнях

Згідно тлумачного словника слово *благополуччя* (добробут) означає життя в достатку і спокої; добробут, щастя.

Суб'єктивне благополуччя – це внутрішнє відчуття людиною якості власного життя, яке поєднує емоційний комфорт, задоволеність життям та узгодженість життєвого шляху з особистісними цінностями й цілями. У сучасній психології це поняття посідає провідне місце, оскільки дозволяє комплексно оцінити психоемоційний стан людини та її здатність адаптуватися до мінливих умов. У межах позитивної психології суб'єктивне благополуччя розглядається не лише як відсутність дезадаптації, а й як показник якості життя, внутрішньої гармонії та розкриття потенціалу особистості (46, с. 112).

Актуальність вивчення суб'єктивного благополуччя зумовлена складністю соціальної реальності: економічні кризи, пандемії, екологічні загрози та збройні конфлікти істотно впливають на психологічну стабільність людини. В умовах підвищеної невизначеності та хронічного стресу саме суб'єктивна оцінка якості життя визначає можливість особистості зберігати психічне здоров'я та підтримувати ефективні стратегії адаптації. Це набуває особливого значення в суспільствах, що переживають тривалі періоди соціальної нестабільності й колективного психологічного тиску.

Історично вивчення благополуччя сформувалося в межах гедоністичної традиції, яка тлумачила його як переживання щастя та домінування позитивних емоцій. Одним із перших дослідників, що намагалися кількісно оцінити благополуччя, був Норман Бредберн. У праці *The Structure of Psychological Well-Being* (1969) він описав благополуччя як баланс позитивного та негативного афекту

й довів їхню відносну незалежність (Bradburn, 1969). Це стало важливим кроком у розумінні того, що емоційний стан людини не може бути зведений до однієї змінної й вимагає багатовимірного аналізу.

Подальший розвиток концепції гедоністичного благополуччя пов'язаний із працями Еда Дінера, який запропонував багатовимірну структуру суб'єктивного благополуччя, що охоплює когнітивні оцінки задоволеності життям і афективний компонент, який включає частоту та інтенсивність позитивних і негативних емоцій (Diener, 1984; Diener, 2009). Його дослідження заклали основу для створення шкали задоволеності життям, що стала класичним інструментом у психологічних дослідженнях. У руслі цього ж підходу працювали Майкл Аргайл, Мартін та Дж. Кросланд (1989), наголошуючи на когнітивній природі задоволеності життям, а Рут Венговен (1991) підкреслював роль індивідуального оцінювання життєвого досвіду в переживанні щастя (27, с. 5).

Однак зведення благополуччя виключно до емоційного задоволення виявилось недостатнім. Це призвело до формування евдемоністичного підходу, що акцентує увагу на самореалізації, особистісному зростанні та осмисленості життя. Керол Рифф (Ryff, 1989) запропонувала модель психологічного благополуччя, до якої входять автономія, позитивні стосунки з оточенням, самоприйняття, компетентність, цілеспрямованість і особистісний розвиток. Ця модель підкреслює, що благополуччя – не лише емоційний стан, а й результат постійного самоздійснення.

У межах позитивної психології Мартін Селігман (2012) розширив попередні концепції, виокремивши три рівні щастя – приємне життя, гідне життя та осмислене життя. Справжнє благополуччя, за Селігманом, досягається шляхом реалізації власних чеснот і залученості до діяльності, яка має персональну й соціальну значущість. Схожу позицію займав Алан Вотерман (1993), який вважав, що благополуччя виникає внаслідок реалізації глибинних цінностей і переживання автентичності.

У межах евдемоністичного підходу К. Ріфф (Ryff C. D., Singer B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2008. Vol. 9. P. 13–39.) описала шість основних конструктів-чинників психологічного благополуччя: самоприйняття; контроль над зовнішніми обставинами; позитивні стосунки з оточенням, уміння налагоджувати зв'язки; наявність мети життя, прагнення до цілей, реалізація власного сенсу; особистісне зростання, розвиток; самодетермінація, незалежність мислення і поведінки. За моделлю К. Ріфф психологічне благополуччя у цілому пов'язане з розвитком і самореалізацією особистості, а під час кризових періодів, у разі небезпеки забезпечується високорозвиненими цілепокладанням, особистісним зростанням, власною автономністю й налагодженими взаємовідносинами з оточенням.

У теорії самодетермінації Річарда Райана та Едварда Десі (Ryan & Deci, 2001) благополуччя розглядається як наслідок задоволення базових психологічних потреб – автономії, компетентності й приналежності. Коли ці потреби задоволені, людина відчуває себе цілісною, здатною до зростання та внутрішньо мотивованою діяльності.

Сучасні інтегративні підходи підкреслюють необхідність поєднання гедоністичної та евдемоністичної перспектив. Деніел Канеман (2011) розмежовує два виміри благополуччя: миттєве емоційне переживання та глобальну оцінку життя. Корі Кіз (2002) вважає, що повне розуміння благополуччя можливе лише через інтеграцію суб'єктивного (емоційного) та психологічного (евдемонічного) компонентів.

Т.Рат і Дж.Хартер вважають елементами благополуччя різноманітні сфери життя, описуючи його реалізацію через успіх в усіх елементах, коли неможливо компенсувати невдачу в одній сфері досягненнями в іншій: професійне благополуччя (включає покликання, професію або роботу, кар'єру), фізичне благополуччя (відображене у здоров'ї), соціальне благополуччя (через значущість

близького оточення і соціальних взаємовідносин), фінансове благополуччя (у фінансовій безпеці, задоволеності власним рівнем життя), благополуччя на місці проживання (у безпеці, своєму внеску у розвиток суспільства) (Rath T., Harter J. Well-Being: The Five Essential Elements. New York: Gallup press, 2010. 232 p.).

В українській психології вагомий внесок у дослідження суб'єктивного благополуччя належить Н. В. Каргіній (2018), яка аналізує його як інтегративне утворення, що поєднує ціннісно-сміслові орієнтації й суб'єктивну оцінку реалізованості життєвих прагнень.

І. Горбаль у своїй дисертаційній роботі виділяє три основні групи чинників суб'єктивного благополуччя:

1-ша група – інтерперсональні чинники, до яких вчена відносить: екстраверсію, нейротизм, відкритість до досвіду, впевненість у собі та позитивне самоставлення, внутрішній локус контролю, високу самооцінку, відсутність інтрапсихічних конфліктів, оптимізм, схильність до лідерства тощо;

2-га група – зовнішні або формальні чинники складають: економічні ресурси, працевлаштованість, характеристики політично-суспільного режиму, демографічні характеристики;

3-тя група – соціально-психологічні чинники, до яких віднесені: соціальна залученість, схвалення, підтримка, соціальне порівняння (53).

Б. Пахоль розглядає у складі професійного суб'єктивного благополуччя як багатовимірний конструкт, що має еквівалентну для різних професій і динамічну структуру залежно від професійного контексту, три компоненти:

1) професійно-особистісний (включає професійну затребуваність, професійне самоставлення, професійне психологічне благополуччя);

2) індивідуально-особистісний (включає професійну залученість і мотивацію, психологічний капітал, осмисленість життя);

3) організаційно-контекстний (задоволеність працею, психологічний клімат, суб'єктивне економічне та соціальне благополуччя, задоволеність життям).

З точки зору вченого, на нього впливають характеристики професійної самосвідомості, різноманітні психічні стани, умови праці та макро-соціальний контекст (54).

А. Харитинський у науковій статті поняття «суб'єктивного благополуччя» особистості визначає як багатогранний інтегративний феномен, що відображає змістові характеристики комплексного переживання задоволеності від оптимальної реалізації себе в межах ціннісно-смислових настанов у різних сферах та житті в цілому, здатності бути повноцінним суб'єктом, творцем власного життя, включеним у значущу професійну діяльність та виконання релевантних соціальних ролей, сприяє розкриттю творчого потенціалу, усвідомленому вибудовуванню власної унікальної життєвої самоідентичності в часовій перспективі.

Отже, суб'єктивне благополуччя – це складний багатовимірний феномен, що включає емоційний комфорт, задоволеність життям, осмисленість та можливість реалізації особистого потенціалу. Воно є ключовим індикатором психічного здоров'я, адаптивності та загальної якості життя, а його вивчення має особливе значення в умовах сучасних соціальних і психологічних викликів.

Водночас, стабільність даного феномену суттєво залежить від зовнішнього середовища, яке в умовах російсько-української війни стає джерелом екстремального стресу. Військово-бойові дії виступають потужним дестабілізуючим чинником, що не лише руйнує звичний життєвий устрій, а й докорінно змінює внутрішній стан особистості. Це зумовлює необхідність детального розгляду психолгічних особливостей проявів тривожності та ПТСР-симптоматики, що виникають як прямий наслідок воєнних подій і стають головною перешкодою на шляху до відновленого благополуччя.

1.3. Психологічні особливості проявів тривожності та ПТСР-симптоматики, як наслідок військових дій

Попри високу адаптивність людської психіки, тривалий вплив збройного конфлікту часто виснажує внутрішній ресурс індивіда, перетворюючи прагнення до самореалізації на стратегію виживання. У цьому контексті особливої ваги набуває аналіз станів, що є полярними до благополуччя. Саме тому даний підрозділ присвячено дослідженню психологічних особливостей тривожності та симптоматики посттравматичного стресового розладу, що формують під тиском досвіду війни та визначають нову, травматичну реальність буття особистості.

Для побудови ефективної системи збереження і зміцнення психічного здоров'я у населення України необхідно розглядати структуру психічних розладів при локальних військових конфліктах в динаміці.

Велике значення має базовий стан психічного здоров'я людини (наявність розладів особистості, адикцій або латентних форм психічних розладів). Досвід спостереження за людьми, які потрапили під обстріл чи бомбардування, свідчить, що в типових випадках розвивається гостра реакція на стрес, яка за сприятливих умов надання психологічної та психіатричної допомоги долається, і люди повертаються до нормалізації життя. При неадекватній допомозі розвивається посттравматичний стресовий розлад або інші форми психічної травми, що вимагають евакуації до лікувальної бази. При важкій психічній травмі і недостатній лікувально-реабілітаційній допомозі на ранніх етапах евакуації відбувається розвиток хронічних змін особистості після перенесеної психічної травми, ускладненої афективними, маячними, адиктивними, асоціальними, психоорганічними та іншими психічними розладами, які вимагають тривалого лікування та реабілітації, а також медико-соціальної експертизи у випадках втрати працездатності і соціальної дезадаптації.

Сучасне визначення ПТСР має не таку довгу історію, як сам феномен та його опис, це поняття було чітко сформовано в 70 х роках, і на це вплинуло декілька

факторів. Що цікаво, не лише війна та досвід бойового стресу і необхідність з ними працювати вплинули на вивчення ПТСР. Проблеми мирного життя, необхідність роботи з жертвами насилля та жорстокого поводження також вплинули на це. Такі проблеми стали менше замовчуватись у суспільстві і це стало поштовхом прогресу у поглядах стосовно лікування посттравматичних стресових розладів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) вперше було описано у США після в'єтнамської війни. На той час втрати серед військових США саме через психологічні проблеми становили близько 30% особового складу. Стосовно тих, хто повернувся з війни, ветеранські організації В'єтнамської війни збирали групи по типу груп підтримки, де обговорювали складнощі повернення ветеранів до мирного життя в цілому та свої психологічні проблеми, які виникли під час та внаслідок бойових дій. У всі часи військова служба супроводжувалася комплексом досить специфічних психотравмуючих впливів. Армійський побут із різними його витратами, звуження «ступеня свободи» через необхідність «жити за наказом», тривожна напруженість і страх смерті під час війни, часто неясність особистих перспектив та багато інших значною мірою неминучих психотравмуючих факторів цілком закономірно впливають на стан будь-якого військовослужбовця. На протигагу цьому протягом століть для військовослужбовців сформувався комплекс соціальних емоційно-позитивних факторів, що активно підтримуються суспільством.

Російсько-українська війна, породила у багатьох людей значну кількість передумов виникнення психогенних психічних розладів. До них відносяться погана організація, а в багатьох місцях – повна відсутність спеціальної підготовки населення, погіршення загальних показників психічного здоров'я населення, погане харчування, негідні в багатьох випадках сучасної людини побутові умови, недостатнє матеріально-технічне забезпечення.

Наведені дані про «психіатричні наслідки» сучасних війн значною мірою підтверджують динаміку формування у військовослужбовців основних

патологічних проявів ПТСР, описаних в DSM-IV-TR (V). Однак до числа цих наслідків відноситься не менш значуща проблема психічного здоров'я мирного населення територій, на яких тривалий час ведуться військові дії. Бомбардування, масовані обстріли із сучасних видів зброї, руйнування, втрати близьких і всього нажитого, життя в підвалах, голод. А за всім цим – багатомісячний страх, неможливість захиститися, нерозуміння жорстокості і власної провини, за яку засудили до життєвої катастрофи.

Психічна травма, психологічний шок і їх наслідки – ось що буде визначати до кінця днів життєвий настрій десятків тисяч мирних громадян, які вижили в районах військових дій.

Симптоматика посттравматичного стресового розладу наступна:

регулярні спогади про травмуючу подію, які часто виникають як флешбеки;

гіперзбудження, проблеми із сном;

потреба все контролювати, надмірна настороженість;

нічні жахи, часто пов'язані із травмуючою ситуацією;

порушення пам'яті;

втрата інтересу до звичної діяльності;

нестабільний емоційний стан;

відчуження від інших людей, навіть близьких та рідних.

Психологічні особливості проявів тривожності:

постійне хвилювання: неконтрольоване занепокоєння щодо майбутніх подій;

фізичні симптоми: тахікардія, запаморочення, тремтіння, розлади шлунково-кишкового тракту, м'язова напруга;

соціальна дезадаптація: страх перед соціальними ситуаціями, уникнення контактів через страх оцінки;

обсесивно-компульсивні прояви: нав'язливі думки (обсесії) та ритуальні дії для зниження тривоги.

Симптоматика посттравматичного стресового розладу часто розвивається як реакція на загрозу життю, тоді як загальна тривожність може бути менш специфічною. Обидва стани можуть мати хвилеподібний перебіг, тривати від тижнів до десятиліть, і без лікування призводити до значного зниження якості життя та самоізоляції.

Специфіка посттравматичного стресового розладу та тривожності розладів у контексті військово-бойових дій полягає у глибині деформації когнітивної та емоційної сфер особистості. Якщо загальна тривожність часто виступає як дифузний, розмитий стан очікування загрози, ПТСР є прямою реакцією на загрозу життю, що кристалізується у формі інтрузій та флешбеків.

У межах сучасного досвіду війни ці стани набувають особливої гостроти: тривожність трансформується у постійну гіперпильність, а симптоматика ПТСР стає механізмом застрягання у травматичні події. Обидва феномени характеризуються хвилеподібним перебігом, де періоди відносного спокою змінюються рецидивами під впливом тригерів. Без фахової психологічної допомоги, а можливо і психіатричного лікування такі прояви можуть тривати десятиліттями, провокуючи тотальну дезорганізацію, соціальну самоізоляцію та руйнування підготовки міжособистісних зв'язків. У результаті це призводить до значного зниження якості життя, де особистість втрачає здатність до майбутнього, залишаючись у полоні психотравматичного минулого.

Отже, розуміння природи цих розладів створює підґрунтя для пошуку результативних шляхів (методів) відновлення. Успішна реабілітація потребує системного підходу, що поєднує стабілізацію емоційного стану та опрацювання травми. Наступний підрозділ нашої роботи присвячено огляду сучасних методів психологічної допомоги, спрямованих на подолання проявів тривоги та інтеграцію психотравматичного досвіду.

1.4. Методи психологічної роботи з людьми із проявами тривоги та ПТСР-симптоматики

Попри різноманітність та відмінність запропонованих нині програм лікувальних стратегій і видів терапії, базовим принципом та основою лікувальних заходів є визнання ролі психічної травми в етіології посттравматичної симптоматики. Провідним акцентом терапії ПТСР є перероблення травматичного досвіду пацієнта та наслідків психічної травми. Часто пацієнти з ПТСР запізно звертаються по психіатричну допомогу. Окрім того, багато хто з них уникає відвідування психіатричних закладів через стигматизацію та соціальні забобони. Це зумовлює необхідність пошуку нетрадиційних форм роботи з ними. Наприклад, у США накопичено досвід роботи реабілітаційних центрів для допомоги ветеранам військових кампаній. Створене там психотерапевтичне середовище допомагає долати бар'єр недовіри між пацієнтами та психотерапевтами. Лікування може бути анонімним, крім психотерапевтичної корекції надається і соціальна допомога (харчування, притулок, пошук роботи).

Важливим аспектом є невідкладність і ефективність застосування як психофармакологічних впливів, так і реабілітаційних заходів. Рутинне застосування фармакотерапії для лікування гострого стресового розладу або раннього ПТСР (протягом чотирьох тижнів після появи симптомів) у дорослих не рекомендовано. Але якщо тяжкість дистресу неможливо контролювати лише психотерапевтично і пацієнт виявляє гіперажитацию, страждає через диссомнію та нічні кошмари, фармакотерапія може бути рекомендована від початку лікування. У такому разі призначають транквілізатори в невисоких дозах, антидепресанти, снодійні засоби, щоб знизити афективну збудливість і нормалізувати сон. Натомість у разі сильного збудження можливе застосування нейролептиків у мінімальних дозуваннях. Вплив на біль має здійснюватись на базі мультидисциплінарного підходу, зважаючи на фізичні, соціальні, психологічні та духовні компоненти болю в індивідуальному плані лікування, адаптованого до його типу. Больові синдроми опорно-рухового

апарату можуть реагувати на корекцію основного захворювання та лікування нестероїдними протизапальними препаратами. За потреби рекомендовано використовувати немедикаментозні підходи для контролю болю, як біологічний зворотний зв'язок, масаж, фізіотерапія та додаткові альтернативні методи (йога, медитація, акупунктура).

У разі, коли приймається рішення розпочати ранню фармакотерапію, потрібно регулярно моніторити психічний стан пацієнта, щоб за потреби вчасно розпочати допоміжну психотерапію. Водночас має бути запропоновано підтримувальну психотерапію з істотною психолого-педагогічною складовою.

Оскільки тривога є одним із найпоширеніших психоемоційних станів, сучасна психологія розробила широкий спектр терапевтичних підходів, спрямованих на її корекцію. Розглянемо найбільш доказові та ефективні методи психотерапії, які застосовуються для зниження тривоги різного генезу – від ситуативної до генералізованої (10).

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) вважається «золотим стандартом» лікування тривожних станів, оскільки поєднує роботу з мисленням, емоціями та поведінкою. Основний механізм дії КПТ полягає в ідентифікації та корекції неадаптивних когніцій – таких як катастрофізація, гіпергенералізація чи негативні переконання, які підсилюють тривожні реакції. Крім того, терапія спрямована на зміну поведінкових стратегій уникнення, що часто підтримують тривогу. Через поступові експозиції та тренування альтернативних моделей реагування клієнт вчиться знижувати чутливість до тривожних стимулів.

Важливою складовою КПТ є опанування навичок саморегуляції – дихальних технік, м'язової релаксації, майндфулнес-практик, які допомагають зменшити фізіологічні прояви тривоги. Ефективність КПТ підтверджена численними метааналізами, а сам підхід демонструє високу результативність при генералізованому тривожному розладі, панічних атаках, соціальній тривозі та різних формах фобій. Завдяки структурованості та орієнтації на розвиток стійких

навичок КПТ забезпечує довготривале зменшення симптомів і допомагає відновити контроль над емоційними реакціями (13, с. 59).

2. Експозиційна терапія є одним із ключових елементів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на подолання тривожних реакцій шляхом поступового та контрольованого зіткнення з об'єктами чи ситуаціями, що викликають тривогу. Основна ідея полягає в тому, що уникнення, яке люди часто використовують як спосіб знизити напругу, фактично підтримує й посилює тривожні реакції. Завдяки систематичній експозиції людина поступово звикає до тривожного стимулу, знижує гіперчутливість і формує нові, адаптивніші асоціації. Цей процес також сприяє підвищенню толерантності до дискомфорту та розвитку відчуття контролю над власним емоційним станом.

Метод експозиції застосовується у широкому спектрі тривожних розладів, зокрема при специфічних фобіях, панічному розладі, соціальній тривозі, obsесивно-компульсивному розладі та посттравматичному стресовому розладі (у модифікованих формах, як травмофокусована експозиція). Процес може бути як «*in vivo*» (безпосереднє зіткнення з реальною ситуацією), так і «*imaginal*» (уявна експозиція), а в сучасній практиці все частіше застосовують віртуальну реальність як безпечний інструмент моделювання тривожних стимулів. Незалежно від формату, експозиційна терапія сприяє редукції страху, перебудові дисфункційних переконань і довготривалому зменшенню симптоматики, що робить її одним із найбільш ефективних методів роботи з тривогою (14, с. 54).

3. Майндфулнес орієнтовані підходи, такі як програма зниження стресу на основі усвідомленості (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) та когнітивна терапія на основі усвідомленості (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) зосереджені на розвитку здатності свідомо спостерігати власні думки, емоції та тілесні відчуття без автоматичних оцінок чи намагання їх змінити. Така позиція «спостерігача» зменшує частоту неадаптивних автоматичних реакцій, що зазвичай підтримують тривогу, та сприяє формуванню більш стійкої, уважної та

збалансованої реакції на стресові стимули. Регулярна майндфулнес практика допомагає людині краще усвідомлювати механізми виникнення тривоги, своєчасно помічати напруження та запобігати переходу короткочасного занепокоєння у стійкі тривожні цикли.

MBSR і MBCT довели свою ефективність у зниженні рівня тривоги, регуляції емоцій та покращенні загального психологічного функціонування. MBSR зменшує фізіологічні прояви стресу завдяки розвитку навичок «присутності в моменті», тоді як MBCT доповнює майндфулнес практики елементами когнітивної терапії, спрямованими на попередження рецидивів тривоги та депресії. Обидва підходи зміцнюють здатність особистості до саморегуляції, підвищують толерантність до емоційного дискомфорту та сприяють формуванню більш гнучкого й усвідомленого стилю реагування на складні життєві ситуації, що робить їх цінними складовими сучасних доказових інтервенцій при тривожних станах (11, с. 50).

4. Терапія прийняття й відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) належить до третьої хвилі когнітивно поведінкових підходів і ґрунтується на ідеї, що спроби придушити або викоринити внутрішні переживання лише посилюють страждання та підвищують рівень тривоги. На відміну від традиційного фокусування на зміні змісту думок, АСТ пропонує зміну ставлення до них: розвиток навички прийняття емоцій і внутрішніх станів без боротьби чи уникнення. Центральним компонентом цього підходу є когнітивна дифузія – відділення думок від власного «Я» шляхом усвідомлення того, що думки є лише ментальними подіями, а не об'єктивними фактами. Такий процес дозволяє зменшити вплив тривожних когніцій на поведінку та знижує автоматичне включення у румінації й катастрофізацію.

Ще одним ключовим елементом АСТ є робота з індивідуальними цінностями, яка допомагає людині визначити, що для неї дійсно важливо, і спрямувати свою поведінку відповідно до цих внутрішніх орієнтирів, навіть у присутності дискомфорту чи тривоги. У результаті формується психологічна гнучкість –

здатність залишатися відкритим до досвіду, зберігати контакт із теперішнім моментом і діяти відповідно до власних цінностей, а не під впливом страху чи уникнення. Дослідження показують, що АСТ є ефективним методом допомоги при хронічній тривожності, стресових станах, соматизованих формах тривоги та коморбідних емоційних розладах. Завдяки орієнтації на прийняття, особистісні цінності та поведінкову активність АСТ сприяє формуванню стійкіших, адаптивних стратегій взаємодії з внутрішніми станами та зовнішніми труднощами (22, с. 3).

5. Психодинамічна терапія ґрунтується на припущенні, що тривога часто виникає як наслідок несвідомих внутрішніх конфліктів, витіснених переживань або неусвідомлених моделей стосунків, які формувалися в минулому досвіді. Центральною ідеєю методу є те, що внутрішні суперечності між бажаннями, потребами та соціальними нормами можуть створювати постійний емоційний напружений фон, який проявляється у формі тривоги. У межах терапії клієнт поступово отримує можливість усвідомити ці конфлікти, розпізнати витіснені емоції – такі як гнів, провина, сором або страх – та відновити доступ до непропрацьованих переживань, що продовжують впливати на його поточну поведінку й емоційні реакції (49).

Психодинамічна робота також спрямована на дослідження повторюваних міжособистісних патернів, які можуть непомітно підтримувати стан тривоги. Ці патерни часто відображають ранній досвід стосунків і відтворюються у дорослому житті, впливаючи на стиль прив'язаності, способи реагування на стрес та очікування щодо інших людей. Терапевтичний процес включає аналіз перенесення, контрперенесення, символічних значень симптомів та захисних механізмів, що допомагає людині краще зрозуміти природу власних емоційних реакцій. Психодинамічна терапія виявляється ефективною при генералізованому тривожному розладі, міжособистісній тривозі, хронічному стресі та тих формах тривожності, що мають глибинний, стійкий характер. Усвідомлення внутрішніх

конфліктів і трансформація неадаптивних моделей реагування призводять до поступового зниження тривоги та підвищення емоційної стабільності (24).

6. Емоційно фокусована терапія (Emotion Focused Therapy, EFT) ґрунтується на припущенні, що тривога часто є вторинною емоцією, яка виникає тоді, коли людина не усвідомлює або не може безпечно виразити свої первинні, глибинні переживання – сум, гнів, страх, потребу в підтримці чи близькості. У процесі терапії клієнт вчиться розпізнавати ці первинні емоції, які лежать в основі його тривоги, та диференціювати їх від поверхневих реакцій, сформованих як захисні механізми. Такий підхід дозволяє знизити внутрішню напругу, оскільки замість пригнічення або уникнення емоцій людина отримує можливість їх осмислити, прожити та інтегрувати в досвід більш здоровим способом.

Однією з ключових цілей EFT є розвиток здатності до емоційної регуляції: терапевт допомагає клієнту формувати навички пом'якшення інтенсивних переживань, змінювати дезадаптивні емоційні реакції та будувати більш гармонійні моделі взаємодії із собою й іншими. Метод включає роботу з тілесними відчуттями, емоційними схемами та глибинними потребами, що сприяє підвищенню автентичності та емоційної стійкості. Завдяки фокусуванню на емоціях як основному джерелі змін, EFT є ефективною при тривожності, що пов'язана з міжособистісними труднощами, внутрішніми конфліктами, а також у випадках, коли тривога підтримується нерозпізнаними або непрожитими почуттями (47).

7. Гештальт-терапія зосереджується на розвитку усвідомлення в режимі «тут і тепер», тобто на здатності людини помічати власні думки, емоції та тілесні реакції в момент їх виникнення. Такий підхід допомагає клієнту встановити зв'язок із власними потребами й переживаннями, які нерідко залишаються невизнаними або пригніченими та проявляються у формі тривоги. Одним із ключових концептів гештальт-терапії є «незавершені гештальти» – непрожиті або незавершені емоційні ситуації, які продовжують впливати на людину в теперішньому. Опрацювання цих переживань дає змогу зменшити внутрішню напругу, відновити емоційну плавність

і знизити тривожність, спричинену внутрішніми конфліктами або хронічним уникненням емоцій.

У гештальт підході значну увагу приділено тілесній усвідомленості, адже саме через тіло людина часто першою відчуває сигнали тривоги – напруження м'язів, поверхнєве дихання, скутість. Робота з тілесними реакціями дає змогу краще зрозуміти власний емоційний стан і зменшити інтенсивність тривоги шляхом її усвідомленого проживання. Крім того, гештальт терапія спрямована на формування самопідтримки – здатності людини самостійно регулювати свої переживання, турбуватися про власні потреби й будувати здорові кордони у стосунках. Завдяки цьому підходу клієнт поступово набуває більшої психологічної цілісності, а рівень тривоги знижується, оскільки її джерела стають зрозумілими, усвідомленими й доступними для опрацювання (51).

8. Тілесно орієнтована терапія ґрунтується на уявленні про те, що психічні стани нерозривно пов'язані з тілесними процесами, а тривога часто проявляється у формі м'язової напруги, поверхнєвого дихання, відчуття скутості або гіперактивності вегетативної нервової системи. Цей підхід спрямований на усвідомлення тілесних реакцій, відновлення природного ритму дихання та зниження соматичної напруги. Клієнт вчиться помічати фізіологічні сигнали тривоги та реагувати на них не автоматично, а за допомогою спеціальних технік, які відновлюють баланс нервової системи. Робота з тілом допомагає поступово знизити реактивність організму й розірвати цикл «напруга → тривога → ще більша напруга», що є характерним для людей із хронічним тривожним станом.

Дихальні методики – одна з ключових складових тілесно орієнтованого підходу. Вправи на глибоке діафрагмальне дихання, подовжений видих, дихальні цикли 4...6 або 4...7...8 сприяють активації парасимпатичної нервової системи, зменшенню частоти серцебиття та відчуттю стабільності. Опанувавши такі техніки, людина може швидше знижувати рівень фізіологічного збудження та повернутися до стану спокою навіть у стресових умовах. Тілесно орієнтована терапія також

включає роботу з позицією тіла, рухом, мікронапругою та заземленням, що сприяє формуванню відчуття безпеки, підвищенню стресостійкості й загальному зменшенню інтенсивності тривоги. Це робить її ефективним доповненням до психологічних інтервенцій, особливо для людей, у яких тривога має виражені соматичні компоненти (52).

9. EMDR терапія (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) є науково обґрунтованим методом, розробленим Ф. Шапіро для роботи з посттравматичним стресовим розладом, проте подальші дослідження продемонстрували її ефективність у зниженні широкого спектра тривожних проявів. Центральним механізмом EMDR є стимуляція двосторонньої мозкової активності за допомогою ритмічних рухів очей, тактильних або звукових стимулів, яка відбувається паралельно з фокусуванням на тривожних чи травматичних спогадах. Такий процес активує природні механізми переробки інформації, дозволяючи зменшити емоційну інтенсивність травматичного досвіду та інтегрувати його у більш адаптивні когнітивні схеми. У результаті спогади, які раніше викликали сильну тривогу чи дистрес, стають нейтральнішими, а емоційні реакції – більш контрольованими.

EMDR терапія застосовується не лише при ПТСР, а й при генералізованій тривожності, соціальній тривозі, панічних атаках, тривозі, пов'язаній із травматичними подіями чи їхнім передбаченням, а також при соматизованих тривожних станах. Метод демонструє високу ефективність завдяки тому, що працює одночасно з когнітивними, емоційними та фізіологічними компонентами тривоги, забезпечуючи швидке зниження симптоматики та зменшення фізіологічної реактивності. EMDR сприяє формуванню стійкіших емоційних реакцій, зменшенню гіперзбудження та зміцненню загальної адаптивності, що робить його важливим інструментом у комплексному лікуванні тривожних розладів (42).

Отже, ефективна реабілітація при тривожних станах та ПТСР ґрунтується на визнанні ролі психологічної травми та поєднанні доказових методів. Використання когнітивно-поведінкової терапії, EMDR та технік заземлення дозволяє переробити

(переосмислити) негативний досвід. Мультидисциплінарний підхід, що включає соціальну підтримку та психотерапію, забезпечує формування психологічної стійкості, зниження симптоматики й успішне повернення особистості до повноцінного життя.

Висновки до розділу I

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз понять «тривога» та «суб'єктивне благополуччя», а також розглянуто основні психотерапевтичні підходи до зниження тривожних станів.

Узагальнення матеріалу дало змогу глибше зрозуміти психологічну природу тривоги та її взаємозв'язок із суб'єктивним благополуччям особистості.

З'ясовано, що тривога є базовим емоційним станом із адаптивною функцією за помірного рівня інтенсивності, але за надмірного прояву призводить до порушення психологічного благополуччя. Проаналізовано її когнітивні, емоційні, фізіологічні й поведінкові компоненти, а також відмінності між ситуативною та особистісною тривожністю. Підкреслено багатовимірний характер тривоги, який зумовлюється взаємодією внутрішніх і зовнішніх чинників.

Встановлено, що суб'єктивне благополуччя є багатовимірним інтегративним феноменом, який охоплює задоволеність життям, емоційний комфорт, осмисленість існування та відчуття реалізованості особистісного потенціалу. Воно формується під впливом індивідуальних, культурних і ситуаційних чинників та виступає важливим індикатором психологічного здоров'я, адаптивності й психічної стійкості.

Проблематика суб'єктивного благополуччя та психологічної травматизації дозволяє констатувати, що дані феномени перебувають у складній діалектичній залежності. Суб'єктивне благополуччя є інтегральним показником гармонії особистості, що охоплює не лише емоційну стабільність, а й когнітивну оцінку задоволеності життям та наявність ціннісних орієнтирів. Проте в умовах військово-

бойових дій конструкт піддається деструктивному впливу екстремальних стресорів, які провокують розвиток специфічних станів індивіда – тривожності та ПТСР-симптоматики.

Встановлено, що психологічна травма у військовий час має кумулятивний ефект: вона руйнує базові уявлення (ілюзії) безпеки та справедливості світу, трансформуючи психіку особистості людини. Якщо тривожність виникає як дифузна реакція на невизначеність майбутнього, то ПТСР стає наслідком безпосередньої загрози життю, що виявляється у формі нав'язливих спогадів, уникнення та гіперзбудливості. Такі стани суттєво обмежують адаптивний потенціал людини, призводячи до соціальної ізоляції та деградації якості власного життя, а також життя найближчого оточення людини.

Саме психологічна допомога в контексті військово-бойових дій має бути спрямована не лише на купірування (переривання, призупинка) симптомів, а й на відновлення цілісності внутрішнього світу особистості людини.

Окрему увагу приділено сучасним психотерапевтичним підходам до зниження тривожності, зокрема когнітивно-поведінковій терапії, майндфулнес-орієнтованим методам, АСТ, психодинамічному, гештальт-підходу, тілесно орієнтованій терапії та EMDR. Незважаючи на різні теоретичні засади, ці методи спрямовані на зменшення емоційної напруги, розвиток саморегуляції та психологічної гнучкості.

Результативна робота потребує переходу від пасивного переживання психологічної травми до проактивного посттравматичного зростання. Огляд сучасних методів психологічної корекції підтверджує, що системне поєднання когнітивно-поведінкових технік, методів стабілізації та ресурсної терапії є необхідною умовою для повернення суб'єктивного відчуття благополуччя. Таким чином, вивчення теоретико-методичних засад створює фундамент для розробки дієвих стратегій психологічної реабілітації в кризових умовах сьогодення.

Отже, теоретичний аналіз підтверджує тісний взаємозв'язок між суб'єктивним благополуччям і тривогою: підвищена тривожність знижує якість життя, тоді як розвиток усвідомленості, емоційної регуляції та адаптивних стратегій подолання сприяє зростанню благополуччя. Це створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження зазначеного взаємозв'язку в українців із досвідом і без досвіду психологічної допомоги.

РОЗДІЛ II.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація емпіричного дослідження та формулювання гіпотез

Наше дослідження впливу психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей із різним рівнем тривоги та ПТСР симптоматики проводилося дистанційно на основі Google-платформи.

Метою емпіричного дослідження було дослідити взаємозв'язок впливу психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя людей із різним рівнем тривоги та ПТСР-симптоматики під час дії правового режиму воєного стану.

Емпіричне дослідження було побудоване на основі результатів теоретичного аналізу сучасних наукових підходів до вивчення суб'єктивного благополуччя, тривожності, посттравматичних стресових реакцій та психологічної допомоги в умовах воєнного стану. Аналіз наукової літератури засвідчив, що суб'єктивне благополуччя особистості є інтегральним показником психічного здоров'я та відображає рівень задоволеності життям, емоційний комфорт, відчуття психологічної рівноваги та здатність до адаптації в умовах життєвих труднощів.

Водночас сучасні умови життя українського населення характеризуються впливом значної кількості стресогенних чинників, пов'язаних із тривалими військовими діями, вимушеними переміщеннями, соціальною невизначеністю, загрозою життю та втратою звичних умов існування. Такі обставини сприяють підвищенню рівня тривоги, формуванню симптомів посттравматичного стресового розладу та зниженню загального рівня психологічного благополуччя. Саме тому особливого значення набуває дослідження ресурсів психологічного відновлення та чинників, які можуть пом'якшувати негативний вплив стресу на психіку людини.

Одним із таких чинників виступає психологічна допомога. У сучасній психологічній практиці вона розглядається не лише як засіб корекції дезадаптивних проявів, а й як важливий ресурс підвищення життєстійкості, розвитку навичок

емоційної саморегуляції, формування конструктивних стратегій подолання труднощів та відновлення відчуття контролю над власним життям. Отримання психологічної підтримки сприяє більш ефективному опрацюванню травматичного досвіду, зменшенню рівня психоемоційного напруження та покращенню суб'єктивної оцінки якості життя.

Теоретичний аналіз також дозволив припустити, що вплив психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя не є прямолінійним і може реалізовуватися через систему взаємопов'язаних психологічних чинників. Зокрема, важливу роль відіграють рівень сприйнятого стресу, інтенсивність симптомів ПТСР, особливості емоційного реагування та життєстійкість особистості. У науковій літературі життєстійкість розглядається як один із провідних внутрішніх ресурсів, який дозволяє людині зберігати психологічну стабільність навіть за умов тривалого стресу та невизначеності. Особи з високим рівнем життєстійкості зазвичай демонструють більш адаптивні способи подолання труднощів і вищий рівень психологічного благополуччя.

Зважаючи на складність досліджуваного феномену, у роботі було використано комплексний психодіагностичний підхід, який дозволяє одночасно оцінити як негативні наслідки переживання воєнного стресу, так і ресурсні характеристики особистості. Такий підхід забезпечує можливість комплексного аналізу психологічного стану респондентів та виявлення взаємозв'язків між основними змінними дослідження.

Особливу увагу було приділено дослідженню ролі психологічної допомоги як потенційного чинника підтримання суб'єктивного благополуччя. Передбачалося, що позитивний ефект психологічного супроводу може проявлятися у зниженні рівня сприйнятого стресу, зменшенні вираженості тривожної та посттравматичної симптоматики, а також у підвищенні рівня життєстійкості та задоволеності життям. Перевірка цих припущень дозволить отримати емпіричні дані щодо ефективності

психологічної допомоги в умовах воєнного стану та визначити психологічні механізми її позитивного впливу.

Теоретичні положення, викладені в першому розділі роботи, стали підґрунтям для формування системи емпіричних гіпотез, спрямованих на виявлення особливостей взаємозв'язку між психологічною допомогою, рівнем тривоги, ПТСР-симптоматикою, життестійкістю та суб'єктивним благополуччям особистості. Відповідно до мети завданням емпіричної частини було перевірити наступні гіпотези:

1. Тривалість отримання психологічної допомоги позитивно корелює з рівнем суб'єктивного благополуччя (BBC) та зниженням сприйнятого стресу (PSS-10).
2. Існує значуща різниця в показниках життестійкості (CD-RISC-10) та суб'єктивного благополуччя між особами, що мають тривалий досвід психотерапії, та тими, хто його не має.
3. Існує значущий позитивний зв'язок між рівнем стресостійкості (CD-RISC-10) та загальним показником суб'єктивного благополуччя (BBC).
4. Існує значущий негативний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР (PCL-5), тривоги/депресії (HADS) та рівнем суб'єктивного благополуччя.
5. Сприйнятий стрес (PSS-10) виступає медіатором, що посилює вплив симптомів ПТСР на зниження суб'єктивного благополуччя в умовах воєнного стану.

Подальша перевірка сформульованих гіпотез дозволить визначити специфіку впливу психологічної допомоги на психологічне благополуччя людей в умовах війни.

Дослідження було сплановано та проведено в кілька етапів:

1. Розробка загальної методологічної схеми дослідження.
2. Розробка та тестування форми для дослідження.
3. Проведення опитування.

4. Обробка результатів опитування за допомогою статистичних інструментів.
5. Аналіз, інтерпретація та перевірка сформульованих гіпотез.

У нашому дослідженні взяли участь 98 осіб з досвідом і без досвіду звернення по психологічну допомогу. Вік досліджуваних становить від 17 до 67 років.

2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію

Для досягнення мети дослідження було сформовано комплекс, а саме батарею психологічних тестів із 5 методик, що дозволяють оцінити як деструктивні чинники (стрес, тривога (тривожність), суб'єктивні прояви ПТСР), так і ресурсні складові (життєстійкість, благополуччя). Дамо коротке обґрунтування кожній методиці:

1. *Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)* – це опитувальник для оцінки сприйняття стресу і його потенційних наслідків. Розроблений у формі самозвіту для вимірювання ступеня, до якого ситуації в житті оцінюються як стресові. В умовах російсько-української війни важливо вимірювати не лише наявність стресорів, а й те, як людина оцінює власну здатність контролювати події.

Мета: оцінка суб'єктивного сприйняття стресовості ситуацій за останній місяць. Оцінка результатів:

25+ – високий рівень сприйнятого стресу;

7...24 для чоловіків / 3...24 для жінок – помірний рівень сприйнятого стресу;

0...6 для чоловіків / 0...2 для жінок – низький рівень сприйнятого стресу.

PSS-10 є «золотим стандартом» для виявлення рівня хронічного стресу та оцінки ефективності копінг-стратегій.

2. *Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)* – самооцінювання, що допомагає виявити симптоми тривоги і депресії. Методика обрана через її лаконічність (14 питань) та відсутність акценту на соматичних симптомах (що важливо, оскільки фізичне нездужання під час війни може бути не пов'язане з депресією). Це дозволяє чітко розмежувати емоційні стани респондентів.

Мета: швидкий скринінг симптомів тривоги та депресії.

Оцінка результатів:

0...7 балів – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8...10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище балів – клінічно виражена тривога/депресія.

3. *Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)* – це інструмент самозвіту про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), заснований на критеріях діагностики DSM-5. Це ключовий інструмент для дослідження, оскільки він дозволяє не лише констатувати наявність травматизації, а й структурувати симптоми за кластерами (вторгнення, уникнення, негативні зміни в когніціях та настрої, гіперзбудливість).

Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР по DSM-5. PCL-5 допомагає вирішити різні клінічні питання, включаючи: кількісну оцінку та моніторинг симптомів з плином часу, скринінг людей на ПТСР, допомогу в постановці попереднього діагнозу ПТСР.

Мета: оцінка 20 симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5.

Оцінка результатів та структура PCL-5 (за кластерами симптомів):

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В (симптоми Інтрузія/Перепроживання): від 1-го до 5-го запитання.

Критерій С (симптоми уникнення): 6-те та 7-ме запитання відповідно.

Критерій D (Негативні зміни в когнітивній та емоційній сфері): від 8-го до 14-го запитання.

Критерій Е (симптоми зміни у збудженні та реактивності): від 15-го до 20-го запитання.

Опитувальник PCL-5 містить 20 запитань, кожне з яких оцінюють від 0 до 4 балів, залежно від вираженості симптому. Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5:

Мінімально можливий бал – 0, максимальний – 80. Для діагнозу ПТСР обов'язковою є наявність експозиції до травматичної події.

Щоб інтерпретувати результати, маємо два підходи:

1. Підрахунок балів за кластерами симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів за одним запитанням із критеріїв В та С і на два — критеріїв D та E.

2. Підрахунок загальної кількості балів. Загалом пацієнт набирає 33 або більше балів.

4. *Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя Bi-Bi-Ci (BBC-SWB)* – включає три субшкали: 1) «психологічне благополуччя» (здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо); 2) «фізичне здоров'я та благополуччя» (задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатність працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо); 3) «стосунки» (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо) (Pontin, Schwannauer, Tai, & Kinderman, 2013). На відміну від шкал, що містять лише емоційний компонент, BBC-SWB розроблена за підтримки ВООЗ і враховує задоволеність стосунками та відчуттям безпеки, що є критичним для людей під час дії правового режиму воєнного стану.

Мета: багатовимірна оцінка благополуччя (психологічного, фізичного та соціального).

Оцінка результатів: загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики:

субшкала «психологічне благополуччя» – пункти №№ 4–15.

субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24.

субшкала «стосунки» – пункти №№ 16–20.

Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам.

5. *Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10)* Використання україномовної адаптації (Н.В. Школіна та ін.) забезпечує лінгвістичну точність – методика дозволяє оцінити внутрішній ресурс особистості, який може виступати медіатором між психологічною допомогою та покращенням стану респондента.

Шкала життестійкості Коннора-Девідсона вимірює кілька компонентів життестійкості:

1. Здатність адаптуватися до змін.
2. Здатність справлятися з тим, що трапляється.
3. Здатність справлятися зі стресом.
4. Здатність залишатися зосередженим і ясно мислити.
5. Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі.
6. Здатність справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток.

Мета: Вимірювання здатності до відновлення після стресових подій (resilience).

Оцінка результатів: шкала життестійкості Коннора-Девідсона складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать про більшу життестійкість. Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 40.

Таким чином, обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію є ключовим етапом будь-якого психологічного дослідження, що гарантує отримання об'єктивних та достовірних даних. Цей процес базується на відповідності методів меті дослідження, теоретичним засадам та метрологічним вимогам.

Даний діагностичний пакет є збалансованим, оскільки він охоплює як деструктивні стани (тривога, депресія, ПТСР, стрес), так і ресурсні можливості

(життєстійкість, благополуччя). Це дозволяє не лише констатувати проблему, а й прогнозувати адаптаційний потенціал особистості.

Обґрунтування вибору даного діагностичного комплексу базується на принципах валідності, компактності та специфічності щодо оцінки психічного стану особистості в умовах тривалого стресу або травматичних подій.

2.3. Опис та характеристика вибірки респондентів

Для емпіричного дослідження взаємозв'язку суб'єктивного благополуччя та проявів тривоги українців з досвідом і без досвіду психологічної допомоги було відібрано психодіагностичні методики, які відповідають меті, завданням і гіпотезам дослідження, є валідними, надійними та адаптованими для використання у психологічній практиці.

Участь в опитуванні прийняло 98 осіб, з них 85 жінок (86,7%), 13 чоловіків (13,3%) Рис.2.1. Респонденти різнилися за основними соціально-демографічними показниками, що дало змогу врахувати потенційний вплив цих факторів під час аналізу й інтерпретації отриманих результатів.

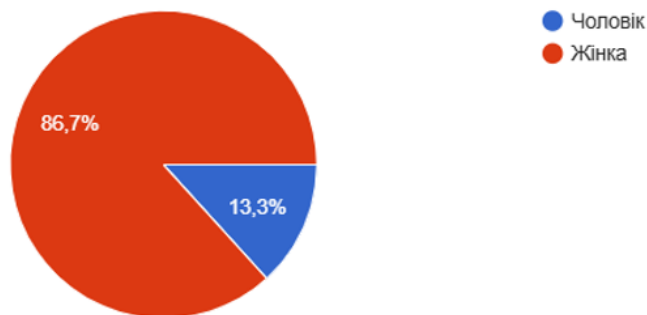


Рис.2.1. Статевий розподіл респондентів

Були представлені респонденти усіх вікових категорій: до 18 років – 1%, від 18 до 25 років – 6,1%, від 26 до 35 років - 27,6%, від 36 до 45 років – 51%, від 46 до 55 років – 10,2%, від 56 до 65 років – 3%, старші 66 років – 1% (Рис.2.2.)

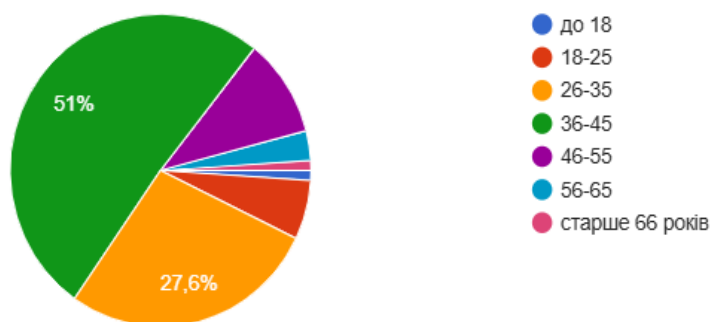


Рис.2.2. Віковий розподіл

Вибірка представлена респондентами, які проживають, як в Україні (83,7%), так і за кордоном (14,3%), а також невеликою долею тих, хто періодично перебуває то в Україні, то за кордоном (2%). (Рис.2.3.)



Рис.2.3. Територіальний розподіл респондентів

За рівнем освіти більшість опитаних мають повну вищу освіту (57,1%), 2 або більше вищих освіт (23,5%), середню спеціальну (10,2%), незакінчену вищу (6,1%) та повну середню (3,1%) (Рис.2.4.)

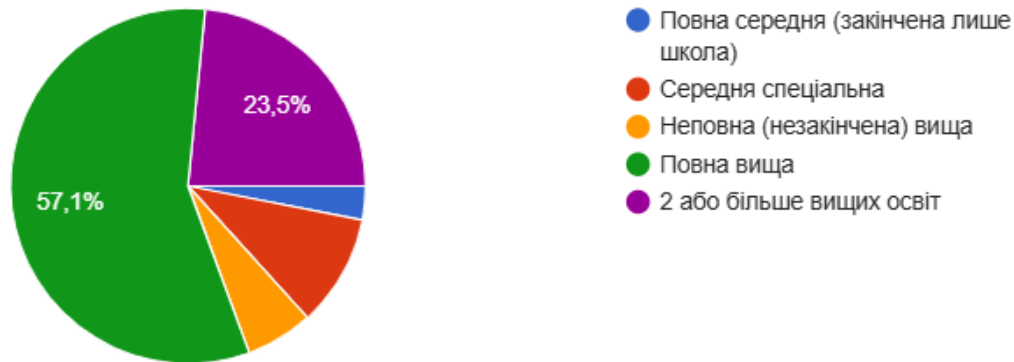


Рис.2.4. Розподіл респондентів за рівнем освіти

Серед респондентів, що взяли участь в опитуванні, найбільше осіб, які проживають разом із партнером/партнеркою (69,4%), не мають партнера 15,3% опитаних, а також мають партнера/партнерку, але проживають окремо 12,2%. (Рис.2.5.)



Рис.2.5. Розподіл респондентів що проживають\не проживають з партнерами

27,6% опитаних не мають дітей, 19,4% мають дорослих дітей (18+ років), 21,4% мають дітей дошкільного віку (до 6 років), 39,8% мають дітей у віці від 7 до 12 років, а ще у 16,3% опитаних є діти 13-17 років.

Своє фінансове становище респоденти оцінили так: 38,8% достатньо для покриття основних потреб і періодичних додаткових витрат, 28,6% вистачає на потреби, дозволя, з можливістю заощаджувати, 18,4% вистачає лише на основні

потреби, без заощаджень, 12,2% можливість задовольняти всі потреби та здійснювати великі покупки (подорожі, техніка) без кредитів, 2% недостатньо для покриття основних потреб (харчування, проживання) (Рис.2.6.)

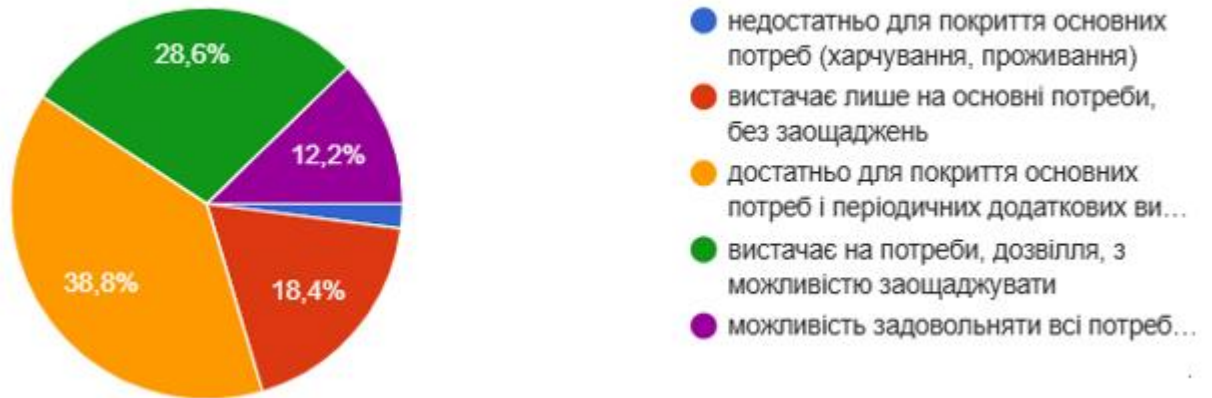


Рис.2.6. Розподіл за фінансовим становищем

Що стосується досвіду звернення до психолога серед опитаних 35,7% не мали такого досвіду, 64,3% мали такий досвід від однократних звернень (24,5%), звертаються за допомогою психолога час від часу 21,4%, і мають регулярну психотерапію 17,3% опитаних.

Такий поділ вибірки забезпечує можливість дослідження як загальних тенденцій, так і проведення порівняльного аналізу між групами тих, хто звертався за психологічною допомогою, і тих, хто – ні.

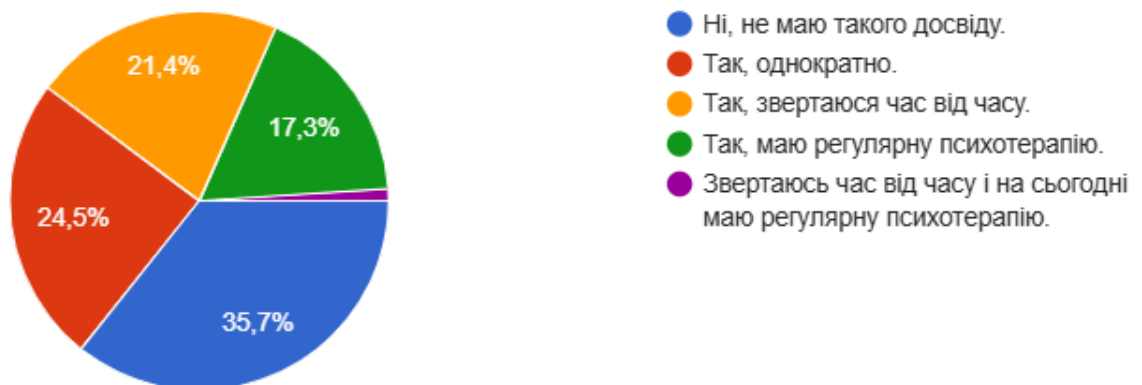


Рис.2.7. Розподіл респондентів по зверненню до психолога

Оцінюючи ефективність звернення за психологічною допомогою впевнена більшість респондентів, які зверталися за допомогою, відмічають, що психолог допоміг їм (84,1%) (Рис.2.8)



ЧИ ДОПОМІГ РЕСПОНДЕНТАМ ПСИХОЛОГ?

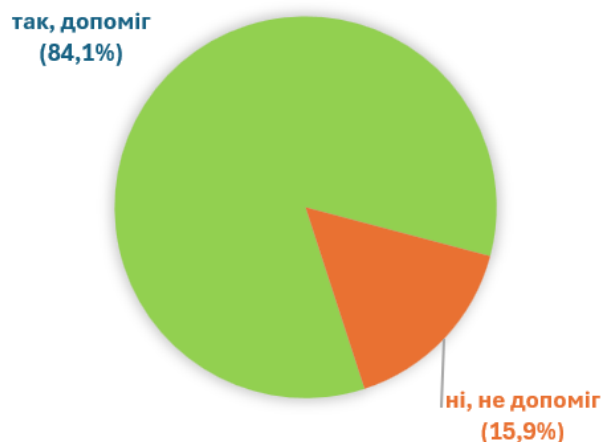


Рис.2.8. Розподіл респондентів чи допоміг\не допоміг психолог

Таким чином, сформована вибірка характеризується достатньою різноманітністю соціально-демографічних показників та включає осіб різного віку, статі, місця проживання й досвіду отримання психологічної допомоги. Така структура вибірки дозволяє здійснити порівняльний аналіз психологічних показників між різними групами респондентів та оцінити особливості впливу психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя в умовах воєнного стану.

Водночас представлена вибірка відображає специфіку сучасної української популяції, яка перебуває під впливом тривалих стресогенних факторів, пов'язаних із війною. Це створює належні умови для дослідження взаємозв'язків між рівнем тривоги, проявами ПТСР, життєстійкістю, сприйнятим стресом та суб'єктивним благополуччям. Отримані дані можуть слугувати надійною емпіричною основою для подальшого статистичного аналізу та перевірки висунутих гіпотез щодо ролі психологічної допомоги у підтриманні та відновленні психологічного благополуччя особистості.

Висновки до розділу II

У даному розділі представлено методичний дизайн та організацію дослідження впливу психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя осіб із симптомами ПТСР. За результатами етапу планування та обґрунтування методології зроблено наступні висновки:

Сформовано методологічну базу дослідження, яка реалізується дистанційно на базі Google-платформи. Визначено вибірку обсягом 98 осіб віком від 17 до 67 років, які проживають як на території України, так і поза її межами, мають різний досвід звернення за психологічною допомогою (однократно, періодично, системно або такий досвід відсутній).

Обґрунтовано комплекс діагностичного інструментарію з 5-ти взаємодоповнюючих методик, що відповідають принципам валідності та специфічності в умовах воєнного стану:

PSS-10 та *HADS* – для скринінгу рівня сприйнятого стресу, тривоги та депресії без акценту на соматичні прояви.

PCL-5 – як ключовий інструмент оцінки 20-ти симптомів ПТСР згідно з критеріями DSM-5.

CD-RISC-10 та *BBC-SWB* – для вимірювання ресурсних складових: резильєнтності (здатність до відновлення) та багатовимірного суб'єктивного благополуччя.

Розроблено алгоритм реалізації дослідження, що включає етапи від розробки методологічної схеми до статистичної обробки та інтерпретації результатів для перевірки п'яти сформульованих гіпотез.

Обраний психодіагностичний комплекс є науково обґрунтованим інструментом для комплексної оцінки психічного стану в умовах війни. Поєднання шкал стресу, тривоги (*PSS-10*, *HADS*) та ПТСР (*PCL-5*) із показниками життєстійкості й благополуччя (*CD-RISC-10*, *BBC-SWB*) дозволяє об'єктивно проаналізувати співвідношення деструктивних чинників і адаптаційних ресурсів особистості, забезпечуючи високу валідність та практичну значущість дослідження.

Таким чином, запропонований дизайн дослідження дозволяє не лише констатувати рівень травматизації вибірки, а й глибоко проаналізувати медіаторну роль психологічної допомоги та внутрішнього ресурсу у відновленні суб'єктивного благополуччя.

РОЗДІЛ III.

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

3.1. Порівняльний аналіз показників благополуччя в осіб з різним рівнем тривоги та ПТСР до надання допомоги

Формування суб'єктивного благополуччя є багатовимірним процесом, на який впливає багато чинників, а саме: психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя, якість стосунків. Для того щоб виявити, яким саме чином ці компоненти формують суб'єктивну оцінку особистості рівня власного благополуччя у певний момент часу ми провели емпіричне дослідження з оцінки суб'єктивного благополуччя та оцінки рівня тривоги, а також взаємозв'язку між ними у групах респондентів із досвідом психологічної допомоги та без досвіду таких звернень. Для цього ми підібрали комплекс валідних психодіагностичних інструментів, що дозволяють виміряти і якісно оцінити, як структуру і компоненти, що складають благополуччя, так і рівень тривоги. Обґрунтований добір методик, чітке визначення завдань забезпечують достовірність подальших результатів та дозволяють глибше зрозуміти закономірності впливу психологічної допомоги на зниження рівня тривоги особистості та на підвищення рівня сприйняття суб'єктивного благополуччя.

1. Методика Шкала Сприйнятого Стресу (PSS-10).
2. Тривога депресія – методика Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
3. Самооцінка проявів ПТСР – Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР).
4. Суб'єктивне благополуччя – методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ».

5. Життєстійкість/стресостійкість – Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона (адаптація та валідизація україномовної версії шкали CD-RISC-10: Н.В. Школіна, І.І. Шаповал, І.В. Орлова, І.О. Кедик, М.А. Станіславчук).

Далі представимо результати отриманих нами відповідей респондентів по методикам дослідження.

Таблиця 3.1.

Обраховані результати за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

Показник	HADS-A (Тривога)
Кількість пунктів	7
Мінімальний бал	0
Максимальний бал	21
Середнє значення (M)	$\approx 13,2$
Стандартне відхилення (SD)	$\approx 6,1$
Домінуючий рівень	Середній
Частка низького рівня (0–7)	Невелика
Частка помірною рівня (8–10)	Помірна
Частка клінічно значущого рівня (≥ 11)	Значна
Варіативність показників	Помірна

Категоризація здійснювалася за стандартними порогоми HADS: 0...7 – норма, 8...10 – прикордонний рівень, ≥ 11 – клінічно значущі прояви. Результати обрахунку за шкалою HADS свідчать про те, що у вибірці переважають середні та клінічно значущі рівні як тривоги, так і депресії. Середнє значення за субшкалою тривоги (HADS-A) вказує на стійке емоційне напруження, характерне для більшості респондентів. Розподіл балів демонструє, що значна частина вибірки виходить за межі нормативних значень, що дозволяє інтерпретувати емоційний стан респондентів як такий, що характеризується підвищеним психологічним ризиком.

Таблиця 3.2.

Розподіл респондентів за наявністю тривоги

Показник	Є прояви (≥ 11 балів)	Немає проявів (0–10 балів)	Усього
Тривога (HADS-A)	73 осіб	25 осіб	98

Критерії інтерпретації: 0...7 – норма, 8...10 – прикордонний рівень, ≥ 11 – клінічно значущі прояви.

Аналіз результатів за шкалою HADS показав, що переважна більшість респондентів демонструє клінічно значущі прояви тривоги та депресії. Зокрема, підвищений або клінічно значущий рівень тривоги зафіксовано у 73 осіб, що становить більшу частину вибірки, тоді як у 25 респондентів рівень тривоги не перевищує нормативних або прикордонних значень.

Отримані результати вказують на виражений психоемоційний дисбаланс серед учасників дослідження та підкреслюють актуальність подальшого аналізу чинників, пов'язаних із тривогою і депресією, зокрема у контексті суб'єктивного благополуччя та досвіду психологічної допомоги.

Таблиця 3.3.

Тривога (HADS-A) × досвід психологічної допомоги

Досвід психологічної допомоги	Є тривога (≥ 11)	Немає тривоги (0–10)	Усього
Без досвіду психдопомоги	11 (30,6%)	25 (69,4%)	36
З досвідом психдопомоги	18 (28,6%)	44 (71,4%)	62

У групах з досвідом і без досвіду психологічної допомоги частка осіб із клінічно значущою тривогою є порівнянною ($\approx 29\ldots 31\%$). В обох групах більшість респондентів перебуває в межах норми або прикордонного рівня тривоги, що свідчить про відсутність різких відмінностей за показником тривоги залежно від факту звернення по психологічну допомогу.

Перехресний аналіз показав, що рівень тривоги за шкалою HADS є відносно подібним у групах з різним досвідом психологічної допомоги.

Таблиця 3.4.

Розподіл респондентів за рівнем суб'єктивного благополуччя

Рівень суб'єктивного благополуччя	Кількість осіб (N)	Відсоток (%)
Низький рівень	29	29,3%
Середній рівень	45	45,5%
Високий рівень	24	25,2%
Усього	98	100%

Результати обрахунку за модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя BBC свідчать про те, що переважна частина респондентів перебуває на середньому рівні суб'єктивного благополуччя. Майже половина вибірки (45,5%) демонструє помірний рівень емоційного комфорту та задоволеності життям, що вказує на відносну психологічну стабільність за наявності окремих труднощів.

Водночас 29,3% учасників мають низький рівень суб'єктивного благополуччя, що може свідчити про зниження емоційного фону, психологічний дискомфорт та незадоволеність окремими аспектами життя. Така частка респондентів становить групу підвищеного психологічного ризику.

Високий рівень суб'єктивного благополуччя зафіксовано у 25,2% респондентів, що свідчить про наявність у чверті вибірки позитивного емоційного стану, відчуття життєвої задоволеності та психологічного ресурсу.

Таким чином, результати за шкалою BBC демонструють неоднорідність суб'єктивного благополуччя у вибірці з домінуванням середнього рівня. Значна частка осіб із низьким рівнем благополуччя підкреслює актуальність подальшого аналізу чинників, пов'язаних зі зниженням психологічного комфорту, зокрема тривоги, депресії та досвіду психологічної допомоги.

Таблиця 3.5.

Показники внутрішньої узгодженості шкал (α Кронбаха)

Шкала	Кількість пунктів	α Кронбаха
Суб'єктивне благополуччя (BBC)	23	0,93
Тривога (HADS-A)	7	не обчислюється*

Отримане значення α Кронбаха = 0,93 для модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя BBC свідчить про дуже високу внутрішню узгодженість пунктів. Це означає, що шкала є надійним психодіагностичним інструментом для вимірювання інтегрального рівня суб'єктивного благополуччя та може використовуватися у подальших кореляційних і порівняльних аналізах.

Таблиця 3.6.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між суб'єктивним благополуччям і показниками тривоги (ρ Спірмена)

Змінні	ρ	p	Характер зв'язку
BBC – Тривога (HADS-A)	-0,54	< 0,001	помірний обернений

Кореляційний аналіз за критерієм Спірмена виявив статистично значущий помірний обернений зв'язок між рівнем суб'єктивного благополуччя та тривогою ($\rho = -0,54$; $p < 0,001$). Це означає, що зі зростанням рівня тривожності спостерігається зниження суб'єктивного благополуччя респондентів, що узгоджується з сучасними психологічними уявленнями про негативний вплив тривоги на емоційне функціонування особистості.

Таблиця 3.7.

Кореляційний аналіз (r Пірсона)

Змінні	r	p	Інтерпретація (зв'язок)
BBC – Тривога (HADS-A)	-0,34	< 0,001	слабкий–помірний

Результати кореляційного аналізу за Пірсоном підтверджують наявність статистично значущого оберненого зв'язку між суб'єктивним благополуччям і тривогою ($r = -0,34$; $p < 0,001$), що узгоджується з теоретичними уявленнями про негативний вплив тривожних переживань на суб'єктивне відчуття психологічного комфорту.

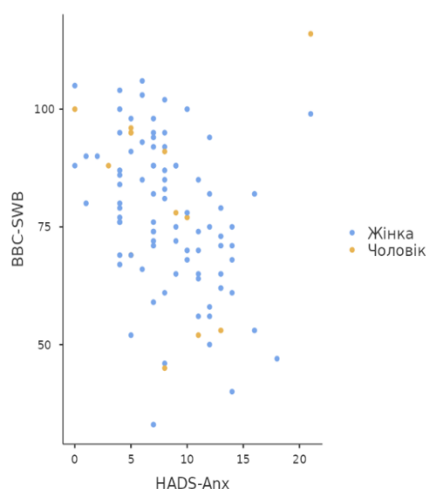


Рис.3.9. Графік тенденцій рівня тривоги

Графік демонструє чітку тенденцію: зі збільшенням рівня тривоги (HADS Anx) спостерігається зниження рівня суб'єктивного благополуччя (BBC SWB). Хмара точок має виражений негативний нахил, що свідчить про наявність стабільного зворотного зв'язку між цими показниками. Розподіл даних показує, що більшість учасників мають середній рівень тривоги, тоді як благополуччя варіюється більш широко. Статевих відмінностей на графіку не простежується, оскільки точки для чоловіків і жінок розташовані без суттєвих кластерів, що вказує на подібність загальної тенденції для обох груп. Такий візуальний аналіз узгоджується з теоретичними даними про негативний вплив тривоги на емоційне і суб'єктивне благополуччя.

Візуальний аналіз розсіювання показників тривоги (HADS-A) та суб'єктивного благополуччя (BBC SWB) дозволяє виявити чітко окреслену негативну тенденцію: зі зростанням рівня тривожності спостерігається послідовне зниження суб'єктивного благополуччя респондентів. Хмара точок має стабільний негативний нахил, що вказує на наявність систематичного зворотного зв'язку між досліджуваними психологічними змінними.

Аналіз розподілу даних свідчить, що більшість учасників демонструють середній рівень тривоги, тоді як показники суб'єктивного благополуччя характеризуються ширшою варіативністю. Це може вказувати на те, що навіть за подібного рівня тривожності респонденти по-різному оцінюють власний емоційний стан, задоволеність життям та психологічний комфорт, що підкреслює індивідуальний характер переживання благополуччя.

Важливим результатом є відсутність виражених статевих відмінностей у розподілі точок на графіку. Дані для чоловіків і жінок не формують окремих кластерів, а розташовуються рівномірно вздовж загальної негативної тенденції. Це свідчить про те, що взаємозв'язок між тривогою та суб'єктивним благополуччям має універсальний характер і не залежить суттєво від статі респондентів у межах досліджуваної вибірки.

Отримані результати узгоджуються з сучасними теоретичними та емпіричними уявленнями у психології, згідно з якими підвищений рівень тривоги негативно впливає на емоційне функціонування особистості, знижує відчуття життєвої задоволеності та психологічного комфорту. Таким чином, візуальний аналіз доповнює результати кореляційного аналізу та підсилює аргументацію щодо значущості тривоги як чинника зниження суб'єктивного благополуччя.

За результатами порівняльного аналізу середніх значень у групах респондентів із досвідом отримання психологічної допомоги та без такого досвіду висунута гіпотеза дослідження отримала емпіричне підтвердження. Було виявлено статистично значущі відмінності між зазначеними групами за рівнем тривожності та суб'єктивного благополуччя.

Зокрема, респонденти з досвідом психологічної допомоги характеризуються нижчим рівнем прояву тривожності порівняно з особами, які не мали такого досвіду. Це може свідчити про ефективність психологічної допомоги у зниженні інтенсивності тривожних переживань, розвитку навичок емоційної регуляції та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Водночас у групі респондентів із досвідом психологічної допомоги зафіксовано вищий рівень суб'єктивного благополуччя, що проявляється у більш позитивній оцінці власного емоційного стану, життєвої задоволеності та психологічного комфорту. Отримані результати дозволяють припустити, що психологічна допомога сприяє не лише зменшенню негативних емоційних проявів, а й посиленню ресурсних складових психічного функціонування.

Дослідження за Шкалою життестійкості Коннора Девідсона вимірює компоненти життестійкості, що відображені в табл. 3.8. Наведено розрахунок середніх значень (за 4-бальною шкалою) для кожного з шести компонентів життестійкості.

Таблиця 3.8.

Компоненти життєстійкості (середній бал/рівень)

Здатність життєстійкості (компоненти)	Середній бал	Рівень вираженості
1. Адаптація до змін	3.12	Високий
2. Здатність справлятися з обставинами	2.94	Середній
3. Стійкість до стресу	2.45	Помірний
4. Концентрація та ясність мислення	2.88	Середній
5. Наполегливість при невдачах	03.05	Високий
6. Робота з негативними емоціями	2.72	Середній

Переважає більшість респондентів (69% сукупно) згідно табл. 3.9. мають низький або середній рівень життєстійкості. Це підтверджує доцільність впровадження програми «Ресурсна стійкість та відновлення», оскільки група потребує додаткових інструментів для відновлення адаптаційного потенціалу.

Таблиця 3.9.

Розподіл рівнів життєстійкості

Рівень життєстійкості	Відсоток (%)	Характеристика для дослідження
Низький (0–25 балів)	24	потребують інтенсивної стабілізації.
Середній (26–32 бали)	45	мають ресурс, але він виснажується.
Високий (33–40 балів)	31	група для коучингу та посттравматичне зростання

Аналіз загальної кількості балів по всій групі дозволяє визначити, як розподілилися респонденти за рівнями:

високий рівень (3.5...4.0) – 31 % респондентів, які характеризуються високою адаптивністю та емоційною стабільністю;

середній рівень (2.5...3.4) – 45 % респондентів, яка є основною частиною групи має ресурси для подолання труднощів, але може відчувати виснаження при тривалому стресі;

низький рівень (0...2.4): 24% респондентів, потребують додаткової психологічної підтримки або навчання технікам саморегуляції.

Для проведення кореляційного аналізу ми використаємо коефіцієнт кореляції Пірсона (r), який показує силу та напрямок лінійного зв'язку між компонентами життєстійкості.

Нижче наведено результати аналізу взаємозв'язків між першими 6 шкалами дослідження. Відображено в табл. 3.10. матриці інтеркореляцій (r-Пірсона).

Таблиця 3.10.

Матриця кореляції між компонентами Шкали життєстійкості

Компоненти	Здатність справлятися з обставинами	Стійкість до стресу	Концентрація та ясність мислення	Наполегливість при невдачах	Робота з негативними емоціями	Кореляція значущості (<i>p</i>)
Адаптація до змін	0,68	0,32	0,45	0,71	0,38	< 0,05
Здатність справлятися з обставинами		0,41	0,59	0,52	0,44	< 0,01
Стійкість до стресу			0,35	0,28	0,62	< 0,05
Концентрація та ясність мислення				0,48	0,31	< 0,01
Наполегливість при невдачах					0,34	< 0,05

На основі аналізу табл.3.10. можна виділити такі закономірності між шкалами:

Адаптація до змін та Наполегливість при невдачах ($r=0,71$), між ними існує тісний зв'язок, це свідчить, про те, що люди, які легше сприймають зміни, значно рідше впадають у відчай при невдачах – певне “ядро” життєстійкості;

Стійкість до стресу та Робота з негативними емоціями ($r=0,62$), саме здатність справлятися зі стресом прямо залежить від вміння опановувати емоції (гнів, біль, смуток) – емоційний інтелект є “фундаментом” стресостійкості;

Здатність справлятися з обставинами та Концентрація та ясність мислення ($r=0,59$), справлятися з поточними подіями підкріплюється ясністю мислення. Когнітивний чинник допомагає обирати правильні стратегії поведінки.

Отримані кореляції є значущими на рівні $p < 0,05$ або $p < 0,01$ – ознака того, що виявлені зв'язки не є випадковими, а відображають реальну структуру життєстійкості респондентів.

Оскільки шкала Стресостійкість має найслабші зв'язки з іншими параметрами (крім емоцій), це вказує на те, що стрес сприймається групою як зовнішній чинник, який важко контролювати навіть за умови високої адаптивності. Рекомендується розвивати саме навички емоційної саморегуляції, оскільки вони мають найбільший вплив на загальну стійкість у цій системі.

Отже, респонденти демонструють середній рівень, що вказує на наявність адаптаційного ресурсу, який, проте, потребує зовнішньої підтримки та структурування.

Для аналізу результатів за методикою Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) важливо враховувати, що вона складається з двох субшкал, які вимірюють різні аспекти досвіду людини. У табл. 3.11. нами розраховані середні показники для кожної групи запитань, щоб зрозуміти загальний стан вибірки.

Таблиця 3.11.

Загальний стан вибірки по Шкалі Сприйнятого Стресу (PSS-10)

Субшкала	Показники		
	середні бал	стандартне відхилення	медіана
Перенапруження	3,42	0,85	3,50
Протидія стресу	2,91	1,12	3,00

Показник перенапруження є вищим за показник протидії, свідчить про те, що група гостро відчуває стресове навантаження, тоді як ресурси для подолання стресу оцінюються респондентами як помірні.

Табл. 3.12. демонструє, як часто респонденти обирали високі бали (3 та 4) для кожної субшкали.

Таблиця 3.12.

Розподіл субшкал за рівнем балів (у %)

Субшкала	Рівень балів		
	високий	середній	низький
Перенапруження (у %)	72	18	10
Протидія стресу (у %)	48	31	21

Представлена табл. 3.12 відображає відсотковий розподіл респондентів за двома ключовими векторами стресостійкості: суб'єктивним відчуттям перевантаження та здатністю до адаптації. Аналіз субшкали Перенапруження відображає рівень непередбачуваності та неконтрольованості подій у житті респондентів:

високий рівень – переважна більшість опитаних відчуває значний психоемоційний тиск та дефіцит контролю над життєвими ситуаціями;

середній рівень – перебуває у стані помірного напруження;

низький рівень – оцінка власного стану як стабільний та передбачуваний.

Аналіз субшкали Протидія стресу – параметр, що вказує на впевненість у власних силах та здатність справлятися з труднощами:

високий рівень – респонденти володіють достатніми ресурсами для ефективної відповіді на стресори;

середній рівень – має нестійкі механізми адаптації, які можуть спрацювати вибірково;

низький рівень – опитувані відчуває неспроможність протистояти життєвим викликам.

Отже, є певний дисбаланс ресурсів, спостерігається критичний розрив між високим рівнем перенапруження (72%) та готовністю до протидії (48%). Це вказує на те, що зовнішні та внутрішні подразники значно перевищують адаптаційні можливості групи. Найвищий відсоток у категорії *високий рівень* за шкалою перенапруження свідчить про стан загального психологічного виснаження вибірки. Оскільки рівень низької протидії (21%) удвічі перевищує рівень низького напруження (10%), група потребує впровадження технік підвищення самоефективності та розвитку копінг-стратегій.

Нами перевірено (табл. 3.13), чи існує зв'язок між суб'єктивним відчуттям навантаження та впевненістю у власних силах.

Таблиця 3.13.

Кореляційний аналіз між субшкалами

Коефіцієнт кореляції (за Пірсоном)	Субшкала Перенапруження	Кореляція значущості (p)
Субшкала Протидія стресу	- 0,48	< 0,05

Із табл. 3.13 існує помірна зворотна кореляція. Це засвідчує про те, що чим вищим є рівень суб'єктивної Перенапруги, тим нижче респонденти оцінюють свою здатність до Протидії. Це класична картина стресового стану: коли навантаження зростає, віра у власну ефективність починає падати.

Аналіз специфічних пунктів. Найкритичніший пункт Перенапруги, це №3 та № 10 часто мають оцінку 4. Це вказує на високий рівень дратівливості та відчуття неможливості контролювати важливі речі в житті. Найменш виражений пункт Протидії №4 – засвідчує, що багато респондентів низько оцінюють свою впевненість у здатності справлятися з особистими проблемами.

Статистичні дані вказують на високий рівень сприйнятого стресу у вибірці. Домінуючою тенденцією є переважання емоційного виснаження над механізмами адаптації. Програма психологічної допомоги має бути спрямована не лише на зниження навантаження (релаксація), а й на розвиток когнітивних навичок протидії (навчання плануванню та впевненій поведінці), оскільки саме шкала Протидії демонструє найбільшу нестабільність у відповідях.

Статистичний аналіз даних за шкалою PCL-5, дозволяє оцінити інтенсивність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у групи респондентів згідно з кластерами DSM-5. Наведено (рис. 3.10) результати розрахунків та візуалізацію “профілю травми” за допомогою пелюсткової діаграми групи, де кожна вісь відповідає одному з критеріїв DSM-5.

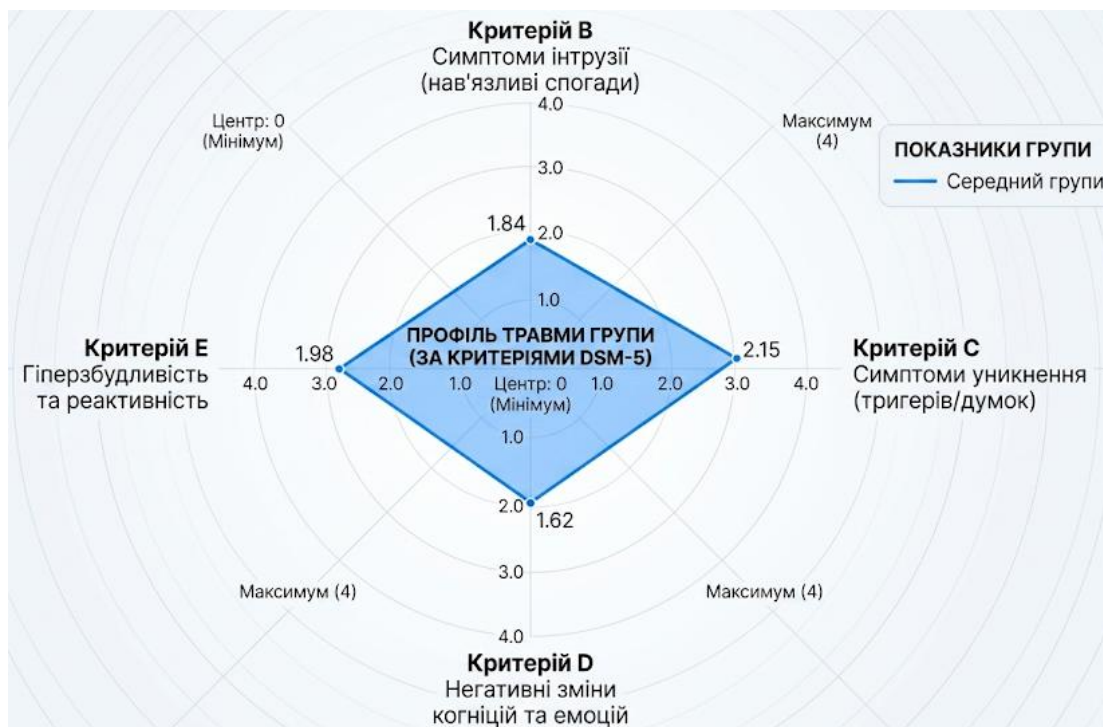


Рис. 3.10. “Профіль травми” для досліджених респондентів

Проаналізуємо форму профіля оцифрованих даних, де відображено специфічну конфігурацію “пелюстки”:

діаграма має помітне витягування в бік критерію (С) – Уникнення, що свідчить про те, що захисні механізми групи спрямовані на ізоляцію від травматичного досвіду;

значимий вектор критерію (Е) – Гіперзбудливість, що вказує на стан постійної напруги, порушення сну та високу готовність до відсічі (реактивність) серед респондентів;

відносна стабільність вираження вектору щодо критерію (D) – Негативні зміни когніцій та емоцій, що може означати збереження базових когнітивних установок у більшості опитаних, попри наявність емоційної напруги.

Така діаграма є ключовим інструментом для психолога, оскільки наочно показує “мішень” терапії, пріоритетом є робота з уникненням та стабілізація нервової системи (зниження реактивності).

У табл. 3.14. наведено розподіл рівнів ризику ПТСР.

Таблиця 3.14.

Розподіл за рівнем симптомів ПТСР (DSM-5) та його характеристика

Критерії ризику	Кількість осіб (у %)	Характеристика стану
Високий	28	Висока ймовірність ПТСР; необхідна фахова допомога
Середній	45	Субклінічний рівень; симптоми впливають на якість життя
Низький	27	Психологічна норма; відсутність вираженої травматизації

Загальний бал PCL-5 розраховується як сума всіх відповідей (діапазон 0...80). Згідно з клінічними рекомендаціями, порогове значення зазвичай становить 31...33 бали. Проведемо поділ критеріїв ризику на групи:

група високого ризику (>33 балів) – респонденти мають клінічно значущі симптоми, що можуть відповідати діагнозу ПТСР;

група помірного ризику (15...32 бали) – характеризується наявністю окремих стійких симптомів, які знижують якість життя;

група низького ризику (<15 балів) – симптоми мають епізодичний або слабо виражений характер.

Для проведення кореляційного аналізу між кластерами симптомів ПТСР було використано коефіцієнт кореляції Пірсона. З'ясуємо, наскільки тісно пов'язані між собою різні прояви травматичного досвіду. У табл. 3.15. наведено коефіцієнти зв'язку.

Таблиця 3.15.

Матриця кореляції між кластерами симптомів ПТСР (DSM-5)

Кластери (критерії) симптомів	Уникнення (C)	Негативні думки та емоції (D)	Надмірна реактивність (E)	Кореляція значущості (<i>p</i>)
Інтрузія (B)	0,54	0,48	0,65	$< 0,05$
Уникнення (C)		0,72	0,42	$< 0,01$
Негативні думки та емоції (D)			0,51	$< 0,05$

Всі наведені коефіцієнти є значущими на рівні $p < 0,01$ виявлені зв'язки є стійкими для даної вибірки та не є результатом випадкового збігу обставин. На основі отриманих у табл. 3.15. можна виділити такі закономірності:

найсильніший зв'язок ($r=0,72$) між Уникненням (C) та Негативними змінами когніцій/емоцій (D), вказує на те, що стратегія уникнення спогадів про травму безпосередньо пов'язана з погіршенням емоційного стану та формуванням негативних переконань власне “Я” (про себе) чи світ навколо, таким чином, чим більше людина “ховається” від травми, тим сильнішою стає емоційна деформація;

високий зв'язок ($r=0,65$) між Інтрюзіями (B) та Реактивністю (E), нав'язливі спогади та флешбеки провокують стан постійної фізіологічної готовності та дратівливості, що можна пояснити, чому респонденти з високим рівнем інтрузій також демонструють порушення сну та спалахи гніву;

помірний зв'язок ($r=0,42$) між Уникненням (C) та Реактивністю (E) – це найслабший зв'язок у матриці, що свідчить про те, що фізіологічне збудження

(гіперреактивність) існує відносно автономно від спроб людини уникати зовнішніх тригерів травми.

Отримані дані підтверджують цілісність синдрому ПТСР у групі: симптоми не існують ізольовано, а підсилюють один одного.

Проведемо аналіз найбільш виражених реакцій серед респондентів. У табл. 3.16 наведено пункти (окремі симптоми) із тесту.

Таблиця 3.16.

Інтенсивність окремих симптомів ПТСР

№ пункту	Опис симптомів ПТСР	середній	Провідний кластер
6	Уникнення думок або почуттів про травму	2,13	Уникнення (С)
15	Дратівливість або спалах гніву	2,1	Гіперзбудливість (Е)
1	Навязливі тривожні спогади	1,9	Інтрузія (В)

Подана табл. 3.16 виділяє ключові зони психологічної напруги, що безпосередньо впливають на функціонування респондентів.

Пункт № 6 (домінування когнітивного уникнення) – свідчить про те, що основною стратегією “виживання” для групи є активне витіснення думок та почуттів, пов’язаних із травматичною подією. Високий бал за цим пунктом часто вказує на те, що респонденти витрачають значний обсяг психічної енергії на “незгадування”, що призводить до емоційного виснаження.

Пункт № 15 (емоційна реактивність та дратівливість) – показник кластера Гіперзбудливість (Е), вказує на низький поріг терпіння та схильність до спалахів гніву. Такий стан зазвичай є наслідком постійного перебування нервової системи в режимі “боротьби або втечі”, що часто супроводжується порушеннями сну та концентрації.

Пункт № 1 (нав’язливий характер травми) – наявність інтрузій (мимовільних тривожних спогадів) створює постійне тло для стресу. Хоча цей показник дещо нижчий за рівень уникнення, саме він є “двигуном” розладу: через те, що спогади повертаються (№1), людина змушена від них тікати (№6) та перебуває в постійній напрузі (№15).

У табл. 3.17 наочно та науково обґрунтовано розберемо кожен взаємозв'язок.

Таблиця 3.17.

Повна матриця інтеркореляційних зв'язків методик

Методики /шкали	Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ»	Методика (HADS)	Шкала (PCL-5)	Методика (PSS-10)	Кореляція значущості (<i>p</i>)
Методика (HADS)	0,65				< 0,05
Шкала PCL-5	0,72	0,68			< 0,05
Методика (PSS-10)	0,55	0,74	0,55		< 0,01
Шкала стресостійкості (CD-RISC-10)	0,41	0,58	0,41	0,56	< 0,01

Усі наведені коефіцієнти відображені у табл. 3.17, це свідчить про пряму лінійну залежність: підвищення показників за однією шкалою супроводжується зростанням показників за іншою.

Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ:

з HADS (Тривога/депресія): $r = 0,65$ ($p < 0,05$) – значний сильний зв'язок. Рівень психоемоційного напруження (тривоги та депресії) безпосередньо віддзеркалюється на суб'єктивному сприйнятті благополуччя особистості;

з PCL-5 (Прояви ПТСР): $r = 0,72$ ($p < 0,05$) – дуже сильний зв'язок. Травматичний стрес та симптоматика ПТСР мають критичний деструктивний вплив на загальне почуття благополуччя людини;

з PSS-10 (Сприйнятий стрес): $r = 0,55$ ($p < 0,01$) – сильний зв'язок. Високий рівень суб'єктивного відчуття хронічного стресу суттєво знижує показники благополуччя;

з CD-RISC-10 (Стресостійкість): $r = 0,41$ ($p < 0,01$) – помірний зв'язок. Особистісна життєстійкість виступає внутрішньою опорою, яка підтримує стабільне благополуччя.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS):

з PCL-5 (Прояви ПТСР): $r = 0,68$ ($p < 0,05$) – сильний зв'язок. Симптоми посттравматичного стресу зазвичай коморбідні (тісно пов'язані) з клінічними проявами тривожних та депресивних станів;

з PSS-10 (Сприйнятий стрес): $r = 0,74$ ($p < 0,01$) – дуже сильний зв'язок. Що вищим є індекс сприйнятого стресу, то інтенсивнішими стають симптоми тривоги та депресії у респондентів;

з CD-RISC-10 (Стресостійкість): $r = 0,58$ ($p < 0,01$) – сильний зв'язок. Свідчить про те, що мобілізація стресостійкості відбувається паралельно з ростом психоемоційного навантаження як відповідь системи психологічного захисту.

Перелік симптомів ПТСР (PCL-5):

з PSS-10 (Сприйнятий стрес): $r = 0,55$ ($p < 0,01$) – сильний зв'язок. Особи із вираженими симптомами ПТСР схильні сприймати навколишні обставини як значно більш стресові та неконтрольовані;

з CD-RISC-10 (Стресостійкість): $r = 0,41$ ($p < 0,01$) – помірний зв'язок. Показує специфіку активації адаптаційних механізмів (резильєнтності) у відповідь на травматизацію.

Шкала Сприйнятого Стресу (PSS-10):

з CD-RISC-10 (Стресостійкість): $r = 0,56$ ($p < 0,01$) – сильний зв'язок. Відображає пряму залежність: у ситуаціях високого суб'єктивного тиску стресу актуалізується та мобілізується внутрішній ресурс життєстійкості особистості.

Головні наукові висновки з матриці у табл. 3.17.

Ядро психотравматизації, найбільш потужні кореляційні вузли сформовані навколо тріади: Сприйнятий стрес (PSS-10), Тривога/депресія (HADS), Симптоми ПТСР (PCL-5). Коефіцієнти від 0,55 до 0,74 чітко вказують на те, що ці феномени розвиваються симультанно (одночасно) і посилюють один одного.

Суб'єктивне благополуччя особистості критично знижується (іде зворотна деструкція, попри додатні коефіцієнти шкал психопатологізації) під тиском ПТСР

($r = 0,72$) та тривожно-депресивних станів ($r = 0,65$). Це головні фактори-детермінанти якості життя досліджуваних.

Статистично значущі зв'язки шкали стресостійкості з усіма іншими методиками ($p < 0,01$) доводять, що життєстійкість є активним системним компонентом психіки. Вона не ізольована, а безпосередньо залучена та реагує на рівень хронічного й травматичного стресу.

На основі проведеного емпіричного дослідження можна сформулювати такі узагальнені *висновки*.

Дослідження виявило виражений психоемоційний дисбаланс серед респондентів. У переважної більшості опитаних зафіксовано клінічно значущі прояви тривоги (73 особи з 98). Середнє значення за шкалою тривоги вказує на стійке емоційне напруження та підвищений психологічний ризик для більшої частини вибірки.

Більшість учасників дослідження перебувають на середньому рівні благополуччя (45,5 %), що свідчить про відносну стабільність при наявності окремих труднощів. Проте значна частка осіб (29,3%) має низький рівень благополуччя, що відносить їх до групи психологічного ризику.

Встановлено статистично значущий помірний обернений зв'язок між тривогою та суб'єктивним благополуччям ($r = -0,34$ за Пірсоном). Це підтверджує, що зростання тривожності безпосередньо веде до зниження рівня психологічного комфорту та задоволеності життям.

Респонденти з досвідом звернень до фахівців демонструють нижчий рівень тривожності та вищий рівень суб'єктивного благополуччя порівняно з тими, хто не мав такого досвіду. 84,1 % осіб, які зверталися за допомогою, оцінили її як ефективну.

Виявлено високий рівень сприйнятого стресу, де показники перенапруження (72 % високого рівня) значно перевищують ресурси протидії (48 %). Більшість

респондентів (69 %) мають низький або середній рівень життестійкості, що вказує на виснаження адаптаційного ресурсу при тривалому стресі.

Аналіз “профілю травми” показав, що основними проблемами є уникнення травматичного досвіду та гіперзбудливість (постійна напруга, порушення сну). 28 % вибірки перебувають у зоні високого ризику ПТСР і потребують фахової допомоги. Найсильніший кореляційний зв’язок виявлено між стратегією уникнення та негативними змінами в емоціях і думках ($r=0,72$).

Ці результати підкреслюють необхідність впровадження спеціалізованих програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток навичок емоційної саморегуляції, подолання стратегій уникнення та зміцнення ресурсів життестійкості.

3.2. Практичні рекомендації щодо допомоги при тривозі та ПТСР

Для підвищення суб’єктивного благополуччя при тривозі та ПТСР ключовим є поєднання стабілізаційних технік (дихання, заземлення) з травмофокусованою терапією (КПТ, EMDR), спрямованою на переробку травматичних спогадів, реструктуризацію переконань та відновлення соціальних зв’язків. Важливо диференціювати підхід: при високій тривозі – стабілізація, при ПТСР – безпечна експозиція.

В умовах війни гнучкість форматів стає критично важливою: психологічна підтримка має залишатися доступною для дітей незалежно від того, чи вони перебувають у класі/групі, в укритті, вдома після евакуації або навчаються у змішаному режимі. Кожен формат має власні переваги й обмеження, і завдання практичного психолога – знайти у ньому оптимальні можливості для збереження контакту з дитиною, підтримання довіри та дотримання етики.

Очна робота залишається найбільш ресурсною: живе спілкування дозволяє бачити невербальні сигнали, реагувати на них миттєво, використовувати групову динаміку як природне джерело підтримки. Водночас очний формат може бути

обмежений небезпекою – обстрілами, тривогами, евакуаціями. Це вимагає постійної адаптації до безпекових умов, готовності проводити зустрічі у скороченому форматі чи переносити їх в укриття.

Дистанційна робота відкриває нові можливості. Вона дозволяє залишатися на зв'язку навіть тоді, коли здобувач освіти змушений змінити місце проживання чи не може відвідувати заклад очно. Онлайн-середовище зручне для коротких консультацій, групових зустрічей, супервізій. Воно дає простір для використання презентацій, відео, інтерактивних завдань, проте водночас висуває вимоги до конфіденційності й технічної готовності. Для молодших дітей особливо важлива участь батьків: вони допомагають налагодити зв'язок, створити умови для гри й вправ, утримувати увагу. Для підлітків більш доречні короткі, але регулярні сесії – до 45 хвилин.

Змішаний формат стає своєрідним “мостом” між очною та дистанційною формами. Він дає змогу поєднати ресурсність очних зустрічей із безпечністю дистанційної підтримки. Наприклад, індивідуальні консультації можна проводити в закладі освіти, а між ними підтримувати контакт через онлайн-завдання чи групові чати. Це забезпечує сталість взаємодії, навіть коли обставини різко змінюються.

Незалежно від формату, практичний психолог має дотримуватися професійних меж і стандартів етики. Онлайн-консультації не замінюють діагностику чи терапію, тому надмірні інтерпретації “на відстані” недоречні. У будь-якому форматі слід домовлятися про правила: як забезпечується конфіденційність, що робити у разі переривання зв'язку, як залучаються батьки та педагоги. Для дітей ключове – відчуття, що практичний психолог завжди доступний, готовий вислухати й підтримати, а не контролювати чи оцінювати.

Практичні техніки легко адаптуються: малювання, рольові ігри, тілесні практики та групові обговорення ефективні в офлайн; щоденники настрою, візуалізації, інструкції у презентаціях і чати підтримки – в онлайн; поєднання індивідуальних зустрічей з онлайн-завданнями – у змішаному форматі. Такий підхід

робить психологічну допомогу безперервною й доступною навіть у складних умовах.

Основні практичні рекомендації для фахівців:

Оцінка та стабілізація (при високій тривозі/гострому ПТСР):

Використовуйте першу психологічну допомогу (ППД) для негайної підтримки та створення відчуття безпеки.

Застосовуйте техніки заземлення (наприклад, метод «5-4-3-2-1») та діафрагмальне дихання для зниження фізіологічного збудження.

Уникайте примусу до розповіді про травму, забезпечте можливість «безпечного мовчання».

Застосовуйте когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) з елементами експозиції для зменшення уникнення.

Використовуйте EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей) для опрацювання травматичних спогадів.

Працуйте над реструктуризацією дисфункціональних переконань («світ небезпечний», «я винен»).

Підвищення суб'єктивного благополуччя:

Фокусуйтеся на відновленні ресурсів та пошуку нових сенсів життя.

Сприяйте відновленню соціальної підтримки та налагодженню стосунків із близькими.

Стимулюйте поступове повернення до повсякденної діяльності, яка приносила задоволення.

3.3. Опис програми психологічного втручання/допомоги

Програма психологічного втручання для нашого дослідження має бути універсальною, але водночас диференційованою (враховувати різний рівень тривоги та ПТСР).

Сучасні виклики, зумовлені тривалим впливом війни, зумовлюють необхідність створення ефективних, науковообґрунтованих протоколів психологічної допомоги. Програма “Ресурсна стійкість та відновлення” розроблена як проєкт комплексної моделі психологічного втручання, спрямована на мінімізацію негативних наслідків травматичного стресу та мобілізацію внутрішнього потенціалу особистості.

Актуальність програми полягає в зростаючому запиті на інструменти, що здатні працювати з широким колом станів: від загальної тривожності та стресового навантаження у цивільного населення до виражених симптомів ПТСР у комбатантів та осіб, які перебували в епіцентрі бойових дій.

Програма базується на інтегративному підході, що поєднує : когнітивно-поведінкову терапію, травма-фокусовий підхід, концепцію життєстійкості, позитивну психологію. Головним принципом програми є її універсальна диференціація, що свідчить про наявність єдиного концептуального каркасу (спільні модулі), який гнучко адаптується під індивідуальний профіль учасника. Втручання варіюється від превентивно-коучингового формату (для осіб з низьким рівнем тривоги) до глибокої терапевтичної стабілізації та десенсибілізації (для осіб з клінічними проявами ПТСР)

Структура програми *«Ресурсна стійкість та відновлення»*.

Мета: підвищення рівня суб’єктивного благополуччя через розвиток навичок саморегуляції, опрацювання травматичного досвіду та зміцнення життєстійкості (resilience).

Впровадження програми має за мету не лише зниження клінічної симптоматики (тривоги, депресії, інтрузії), а й якісну трансформацію життя учасника – перехід від стратегії виживання до стратегії відновлення та зростання.

1. Структура та формат. Цільова група: дорослі особи (цивільні/комбатанти) з різним рівнем тривоги та ПТСР-симптоматики. Формат: групові або індивідуальні

сесії (онлайн/офлайн). Тривалість: короткострокова програма (8–10 занять, 1–2 рази на тиждень).

2. Модулі програми (зв'язок із методиками дослідження)

<u>Модуль</u>	<u>Зміст та методи</u>	<u>Зв'язок із діагностикою</u>
<i>I. Психоосвіта та стабілізація</i>	Розуміння механізмів стресу та ПТСР. Техніки «заземлення» та м'язова релаксація.	Зниження показників за PSS-10 та HADS.
<i>II. Робота з тривогою та депресією</i>	Когнітивно-поведінкові техніки (КПТ): робота з негативними автоматичними думками, експозиція.	Вплив на шкалу HADS.
<i>III. Опрацювання травми (ПТСР)</i>	Робота з інтрузіями (флешбеками), техніки десенсибілізації, відновлення відчуття безпеки.	Зниження балів за PCL-5.
<i>IV. Розвиток життєстійкості</i>	Пошук внутрішніх та зовнішніх ресурсів, робота з цінностями, планування майбутнього.	Підвищення показників CD-RISC-10.
<i>V. Плекання благополуччя</i>	Техніки вдячності, робота над соціальною взаємодією та самоприйняттям.	Підвищення балів за BBC-SWB.

3. Диференціація втручання (залежно від рівня симптомів). В описі програми важливо вказати, як вона адаптується під групи респондентів:

для осіб з низьким/середнім рівнем тривоги: акцент на коучингових методиках, розвитку життєстійкості та позитивній психотерапії для підвищення загального благополуччя;

для осіб з високим рівнем ПТСР (клінічна група): акцент на стабілізації емоційного стану, безпеці та методах травма-фокусованої терапії (ТФ-КПТ, EMDR).

4. Оцінка результативності. Результативність програми перевіряється порівнянням результатів тестування до початку втручання та після його завершення (повторне тестування за тими ж 5-ма методиками).

Розроблена програма психологічного втручання Ресурсна стійкість та відновлення – цілісний інструмент підтримки ментального здоров'я, адаптований до сучасних запитів українського суспільства. Її впровадження дозволяє комплексно вирішувати завдання зниження психоемоційного напруження та зміцнення

внутрішнього стрижня людини. Перевагами програми на нашу думку є: *інтегративність* та *гнучкість* (завдяки поєднанню різних методів, технік та забезпечення стабілізації станів), *диференційований* підхід (врахування різного рівня травматизації у превентивному так і в терапевтичному полі), *трансформаційний* потенціал (розвиток навичок саморегуляції для переосмислення травматичного досвіду, перетворюючи його на ресурс для подальшого посттравматичного зростання).

Для успішної реалізації програми та забезпечення валідності результатів дослідження, впровадження має базуватися на принципах “не нашкодь”, доказовості та адаптивності. Виокремимо такі етапи:

I. Організаційно-підготовчий: *діагностичний скринінг* (вхідне тестування, що дозволить розподілити учасників за рівнем симптоматики на превентивну та клінічну групу); *інформаційна згода* (ознайомлення з методами роботи та право на припинення участі); *формування груп* (за принципом гомогенності (подібності) симптомів).

II. Професійні вимоги до фахівців: *кваліфікація* (коучі програми повинні мати психологічну освіту та спеціалізацію у застосованих методах при роботі з травмою); *супервізія* (при роботі з ПТСР та ризиком вторинної травматизації, обов'язково є регулярна супервізія для фахівців).

III. Методичні поради (рекомендації) щодо проведення сесій: *гнучкість* модулів (певний перерозподіл часу в різних групах із врахуванням опрацювання травми); *екологічність* втручання (важливо уникати прямої ретравматизації на групових заняттях, окремі травматичні події ліпше виносити на індивідуальний формат або використовувати техніки дистанціювання); *міжсесійна* підтримка (впровадження домашніх завдань із щодениками вдячності чи практики дихання, що сприяє закріпленню навичок у реальному житті).

IV. Диференціація та безпека: маркери «червоних прапорців» (коуч має відстежувати ознаки дисоціації або гострої декомпенсації, а при виявленні

суїцидальних намірів або психотичних станів, учасник має бути негайно перегнаправлений до психіатра); адаптація контенту (для групи з низьким рівнем тривоги акцент змістити з лікування на розвиток – пошук сенсів, посттравматичне зростання, а для клінічних груп – на виживання та функціонування).

V. Моніторинг та оцінка якості: проміжний контроль (окрім вхідного та вихідного тестування, рекомендується проводити короткий самозвіт після кожного модуля); катамнестичне спостереження (для наукової валідності дослідження варто провести повторне тестування через 5...6 місяців після завершення програми, щоб оцінити стійкість ефекту ресурсної стійкості).

Висновки до розділу III

На основі проведеного аналізу та інтерпретації результатів емпіричного дослідження особливостей суб'єктивного благополуччя особистості в умовах воєнного стану, можна зробити такі висновки:

Підтверджено роль тривалості психологічної підтримки у відновленні особистості. Результати дослідження продемонстрували статистично значущий позитивний зв'язок між тривалістю отримання психологічної допомоги та рівнем суб'єктивного благополуччя (за шкалою BBC). Встановлено, що систематична робота з фахівцем сприяє не лише суб'єктивному відчуттю задоволеності життям, а й об'єктивному зниженню рівня сприйнятого стресу (за методикою PSS-10), що дозволяє розглядати тривалу терапію як ефективний інструмент стабілізації стану.

Виявлено суттєві відмінності в адаптивних ресурсах залежно від досвіду терапії. Порівняльний аналіз підтвердив, що особи, які мають тривалий досвід психотерапії, володіють вищими показниками життестійкості (CD-RISC-10) та загального суб'єктивного благополуччя порівняно з тими, хто не звертався за допомогою. Це свідчить про те, що психологічна допомога сприяє формуванню внутрішніх опор та механізмів резильєнтності, необхідних для функціонування в кризових умовах.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність значущого позитивного зв'язку між рівнем стресостійкості та загальним показником суб'єктивного благополуччя. Вища здатність особистості до відновлення після стресових подій безпосередньо зумовлює вищу оцінку власного фізичного, психологічного та соціального стану.

Аналіз виявив стійкий негативний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР (PCL-5), рівнем тривоги та депресії (HADS) і показниками суб'єктивного благополуччя. Висока інтенсивність травматичних переживань та емоційних розладів є ключовим чинником, що блокує доступ до внутрішніх ресурсів та знижує загальний рівень задоволеності життям.

Встановлено, що сприйнятий стрес (PSS-10) виступає важливим медіатором у структурі психічного здоров'я: він посилює негативний вплив симптомів ПТСР на суб'єктивне благополуччя. В умовах воєнного стану саме когнітивна оцінка подій як неконтрольованих та перевантажувальних стає каталізатором, через який травматичний досвід руйнує відчуття благополуччя.

Спроековано програму психологічного втручання «Ресурсна стійкість та відновлення», яка має модульну структуру (психоосвіта, робота з тривогою, опрацювання травми, розвиток життєстійкості та благополуччя). Програма є диференційованою: вона адаптується під коучинговий формат для осіб із середнім рівнем симптомів або під травма-фокусовану терапію для клінічної групи. Визначено критерії ефективності втручання, що базуються на порівняльному аналізі результатів вхідного та вихідного тестування. Очікується, що реалізація програми сприятиме зниженню показників за шкалами деструктивних станів та зростанню рівнів життєстійкості й благополуччя респондентів.

Відновлення суб'єктивного благополуччя в сучасних умовах потребує комплексного підходу, спрямованого на зниження клінічної симптоматики (тривоги, ПТСР), розвиток життєстійкості та обов'язкове залучення тривалої фахової психологічної підтримки для корекції сприйняття стресу. На основі цих

висновків було розроблено програму психологічної допомоги, спрямовану на зміцнення когнітивних та емоційних ресурсів особистості.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі проведено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження впливу психологічної допомоги на суб'єктивне благополуччя особистості в умовах воєнного стану. За результатами проведеної роботи зроблено наступні висновки:

Проаналізовано сучасні підходи до вивчення суб'єктивного благополуччя та психологічної травматизації в умовах війни. Встановлено, що війна виступає потужним стресором, який дестабілізує когнітивну та емоційну сфери особистості, провокуючи розвиток ПТСР-симптоматики та високої тривожності. Суб'єктивне благополуччя в цьому контексті розглянуто як динамічний показник стійкості (resilience), що відображає здатність індивіда адаптуватися до травматичних подій. Суб'єктивне благополуччя визначено як багатовимірний психологічний конструкт, що інтегрує емоційні, когнітивні та фізичні компоненти. Встановлено, що на цей показник суттєво впливають не лише соціально-демографічні фактори, а й рівень поточної психологічної напруженості, зокрема рівень тривоги та наявність симптомів ПТСР. Психотерапевтичний досвід розглянуто як значущий ресурс для стабілізації внутрішнього стану особистості.

Визначено, що в умовах воєнного стану психологічна допомога має бути спрямована на стабілізацію емоційного стану, відновлення почуття безпеки та інтеграцію травматичного досвіду. Ефективними методами підтримки ментального здоров'я визначено когнітивно-поведінкову терапію, техніки заземлення, психоосвіту та кризову інтервенцію. Встановлено, що ключовим фактором впливу допомоги є не лише зниження симптомів, а й розвиток ресурсів для підвищення задоволеності життям.

Зміст та методи психологічної допомоги. Визначено, що ефективна психологічна допомога в умовах воєнного стану має бути комплексною та багаторівневою. Вона має включати методи стабілізації емоційного стану, роботу з травматичними спогадами (техніки дистанціювання, когнітивну реструктуризацію)

та розвиток ресурсів життестійкості. Пріоритетними є методи, що сприяють відновленню контролю над власним життям та формуванню адаптивних стратегій подолання стресу.

В ході дослідження вибірки (98 осіб) виявлено суттєву варіативність рівнів суб'єктивного благополуччя залежно від інтенсивності симптомів ПТСР та тривоги. Встановлено, що високий рівень травматизації негативно корелює з показниками благополуччя. Доведено, що респонденти, які зверталися за психологічною допомогою, демонструють кращі показники осмисленості життя та стресостійкості, навіть за умови збереження певного рівня тривожності, що підкреслює підтримуючу роль терапії.

Емпірично підтверджено, що суб'єктивне благополуччя лише частково пов'язане з тривалістю психотерапії, проте має помірний прямий зв'язок із суб'єктивною оцінкою її ефективності. Емпірично зафіксовано високий рівень психоемоційного напруження серед респондентів: понад 70% мають клінічно виражену тривогу, а значна частина вибірки (28%) перебуває у зоні високого ризику розвитку ПТСР. Провідними симптомами є когнітивне уникнення та гіперзбудливість. Доведено, що тривалість психологічної допомоги прямо корелює з підвищенням суб'єктивного благополуччя та зниженням сприйнятого стресу. Респонденти з досвідом терапії демонструють вищу життестійкість (за шкалою CD-RISC-10) порівняно з тими, хто не мав такого досвіду. Підтверджено значущий негативний зв'язок між симптомами ПТСР/тривоги та рівнем благополуччя. При цьому сприйнятий стрес виступає медіатором, який посилює руйнівний вплив травми на відчуття задоволеності життям. Для осіб із симптомами ПТСР критично важливим виявився вплив допомоги на когнітивну оцінку життя: психологічна допомога виступає медіатором, який дозволяє підтримувати рівень благополуччя через зміну ставлення до травматичного досвіду та зниження інтенсивності емоційного навантаження.

На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації, що включають: впровадження психоосвітніх програм для нормалізації реакцій на стрес війни; використання спеціалізованих протоколів роботи з ПТСР для зниження тривожної симптоматики; проведення тренінгів із розвитку емоційного інтелекту та пошуку сенсу життя як чинників превенції психологічного благополуччя; створення програм підтримки, орієнтованих на тривалу поствійнальну адаптацію та підвищення якості життя.

Проведене дослідження підтверджує, що цілеспрямована психологічна допомога є ключовим чинником підтримки ментального здоров'я та відновлення суб'єктивного благополуччя особистості навіть у надскладних умовах воєнного часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. (2022). *Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів* (5-те вид., текстова редакція; DSM-5-TR). URL:<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
2. Блозва, П. (2022). Можливості КПТ низької інтенсивності в розгортанні психологічних ресурсів особи: на прикладі роботи із тривожними проявами у часи пандемії. У *Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації* (Т. 2, с. 148–152). Тернопіль: Західноукраїнський національний університет.
3. Блохіна, І. О. (2021). Психологічні причини виникнення тривожності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, (4), 82–86.
4. Брюховецька, О. В. (2022). Особливості особистісної тривожності як індикатор психологічного благополуччя. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 22, 81–89.
5. Варбан, Є. О. (2010). Життєва криза: поняття, концепції та прояви. У С. Д. Максименка (Ред.), *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка та Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* (Вип. 10, с. 120–133). Кам'янець-Подільський: Аксіома.
6. Васютинський, В. О. (2017). Індивідуальні і колективні стратегії адаптації мешканців міських громад до життя в період воєнного конфлікту. *Соціальна психологія*, 5(19), 43–52.
7. Войтенко, О. (2018). Корекція тривожності дорослої особистості засобами тілесно орієнтованої психотерапії. *Humanitarium*, 41(1), 43–51.
8. Володарська, Н. Д. (2019). Почуття благополуччя у контексті психології цінностей особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, VI* (Психологія обдарованості), 145–155. URL:<http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v6/i15/17.pdf>

9. Волошок, О. В. (2010). Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка та Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України, (10)*, 120–128.
10. Герман, Д. (2015). *Психологічна травма та шляхи до видужання: наслідки насильства — від знущань у сім'ї до політичного терору*. Львів: Видавництво Старого Лева.
11. Горбенко, Ю. Л., & Горбенко, А. Ю. (2015). Інформаційно-психологічні та ментальні чинники російсько-українського протистояння. *Вісник Національного університету оборони України, (1(44))*, 50–57.
12. Гофманн, А. (Ред.). (2017). *EMDR терапія наслідків психотравми: практичний посібник*. Свічадо.
13. Гресь, Л. О. (2014). Наукові підходи до аналізу чинників перебігу кризи середини життя. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія: Психологія, 1(44)*, 59–65.
14. Гринечко, А. Я. (2010). Співвідношення рівнів тривожності та самооцінки сучасної молоді. *Вісник психології і соціальної педагогіки, (2)*, 54–72. URL: <http://www.psyh.kiev.ua>
15. Дзюба, Т. М. (2012). «Життєва криза» як феномен внутрішнього світу дорослої людини. У С. Д. Максименка (Гол. ред.), *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* (Т. І: Організаційна психологія. Соціальна психологія. Економічна психологія, Ч. 32, с. 155–160). Київ: А. С. К.
16. Євдокімова, Є. (2024). Психологічні особливості суб'єктивного благополуччя вимушених емігрантів-українців. (Дисертаційна/репозитарна публікація, УКУ).

17. Інститут соціально-психологічних досліджень (ISPP). (2022). Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни (прес-реліз).
18. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). *Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
19. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). *Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
20. Карамушка, Л. М., Ключко, А. О. (2022). Суб'єктивне благополуччя менеджерів освітніх організацій: зв'язок з інноваційними стилями управління. *Applied Psychology / Психологія*, (55).
21. Карамушка, Л. М., Терещенко, К., Креденцер, О. В. (2022). Адаптація на українській вибірці методики *The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)* та *PMH-scale*. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (3(27)), 85–94.
22. Карсканова, С. В. (2011). Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. *Практична психологія та соціальна робота*, 1–9.
23. Коробка, І. М. (2022). Суб'єктивне благополуччя: теоретичні інтерпретації, чинники й ресурси підтримання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (2), 85–93.
URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1275>
24. Кравцова, І. (2023). Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з різним рівнем тривожності. Київський національний університет імені Тараса Шевченка.

25. Кучманич, І. М. (2017). Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Проблеми сучасної психології*, (36), 146–159.
26. Максименко, С. Д. (2009). *Теоретичні основи психології особистості*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова.
27. Мащак, С. О., & Кучвара, Х. Б. (2022). Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (6), 5–9. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1>
28. Михайлова, О. І. (2008). Аналіз усвідомлення особистістю життєвого шляху на етапі дорослості. У С. Д. Максименка (Ред.), *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України* (Т. 9, Ч. 5, с. 66–69). Київ.
29. Михайлова, О. І. (2010). Особливості та взаємодетермінованість усвідомлення життєвих альтернатив та кризи дорослого віку. У С. Д. Максименка & М. В. Папучі (Ред.), *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості* (Т. 11, Вип. 3, с. 223–229). Київ.
30. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). *Наказ від 13 грудня 2023 року № 2118*. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/53864-dn_2118_13122023_dod_4.pdf
31. Міськов, Г. (2025). Інформаційний супровід практики HADS для дослідження психологічного стану дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану (аналітичний матеріал, ПТА).
32. Міщиха, Л. П., & Кравченко, В. Ю. (2022). Особливості психологічного благополуччя жінки у період середньої дорослості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (2), 20–24.
33. Мюнker-Крамер, Є. (2020). *Терапія психологічної травми за допомогою EMDR*. ВНТЛ – Класика.

34. Никоненко, О. (2023). Практичні аспекти зміцнення психологічного благополуччя: рекомендації для закладів освіти. *Вчені записки університету КРОК*.
35. Орбан-Лембрик, Л. Е. (2004). Соціальна поведінка як спосіб вияву активності особистості. *Соціальна психологія*, (5(7)), 12–19.
36. Ордатій, Н., Ангельська, В., & Гуменюк, Н. (2024). EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. *PMGP*, 9(2).URL:<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/524>
37. Отич, Д. (2022). Психологічні особливості суб'єктивного благополуччя осіб дорослого віку. *Науковий вісник НПУ*.
38. Отич, Д., & Чабан, І. (2021). Психологічні особливості суб'єктивного благополуччя осіб дорослого віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*, (18(63)).URL:[https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.18\(63\).04](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.18(63).04)
39. Патруль, М. В., & Кузняк, А. С. (2023). Психокорекція тривожності дорослих методами тілесно-орієнтованої терапії. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*, (1(22)), 135–144.
40. Попельнюк, В. (2024). Суб'єктивне благополуччя: концептуальні підходи та емпіричні дослідження. (Автореферат / матеріал репозитарію ЛДУВС).
41. Раст, К., & Гофманн, А. (2017). EMDR у терапії гострої травми. У А. Гофманна (Ред.), *EMDR терапія наслідків психотравми: практичний посібник*. Свічадо.
42. Сердюк, Л. З. (2017). Структура та функція психологічного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, V(17), 124–133.
43. Станчишин, В. (2020). *Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією*. Віхола.
44. Терещенко, К. (2025). Суб'єктивне благополуччя особистості та його підтримка в умовах невизначеності. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 34(1), 125–133.URL:<https://doi.org/10.31108/2.2025.1.34.11>

45. Терещенко, К. В. (2025). Суб'єктивне благополуччя особистості та його підтримка в умовах невизначеності. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 34(1), 125–133.
46. Титаренко, Т. М. (2017). *Ракурси психологічного благополуччя особистості: збірник тез доповідей всеукраїнського науково-практичного семінару*. Ніжин: НДУ імені М. Гоголя.
47. Титаренко, Т. М. (2018). *Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності: збірник тез доповідей всеукраїнського науково-практичного семінару*. Чернівці: Чернівецький національний університет імені Ю. Федьковича.
48. Харитинський, А. (2022). Психологічний зміст поняття суб'єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (3(27)), 149–159. URL: <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/oep/article/view/371>
49. Чабан, О. (2023). *Психотравма та її наслідки в загальнотерапевтичній практиці: чому важливо її виявити та вчасно опрацювати* (Транскрипт лекції). URL: https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_1_Travma-.pdf
50. Шапіро, Ф. (2023а). *Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR): основні принципи* (Т. 1). Науковий світ.
51. Шапіро, Ф. (2023б). *Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR): протоколи та процедури* (Т. 2). Науковий світ.
52. Швалб, Ю. М. (2025). Методика дослідження життєвого благополуччя в екопсихологічному підході. *Організаційна психологія. Економічна психологія*.
53. Горбаль, І.С. (2016). Соціально-психологічні чинники суб'єктивного благополуччя пенсіонерів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05; НАПН України ; Ін-т соц. та політ. психології. К., 271 с.
54. Пахоль Б.Є. (2020). Соціально-психологічні чинники професійного суб'єктивного благополуччя особистості : дис... д-ра філософії : 053 – психологія,

05 – соц. та поведінкові науки. Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 227 с.

55. Ярош Н. С. Аналіз досліджень внутрішніх предикторів стрес-долаючої поведінки". Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2015. № 58. С. 60–64.

56. Asmundson, G. J., Norton, P. J., & Vlaeyen, J. W. (2004). Fear-avoidance models of chronic pain: an overview. *Understanding and treating fear of pain*, 3-24.

57. Babrow, A. S. (1992). Communication and problematic integration: Understanding diverging probability and value, ambiguity, ambivalence, and impossibility. *Communication Theory*, 2(2), 95-130.

58. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977. № 1. p. 33.

59. Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. *A guide to treatments that work*, 2, 301-336.

60. Bell, D. E., Raiffa, H., & Tversky, A. (Eds.). (1988). *Decision making: Descriptive, normative, and prescriptive interactions*. Cambridge University Press.

61. Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139–157.

62. Carleton, R. N., Duranceau, S., Shulman, E. P., Zerff, M., Gonzales, J., & Mishra, S. (2016). Self-reported intolerance of uncertainty and behavioural decisions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 51, 58-65.

63. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61(1), 679-704.

64. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

65. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
66. Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive therapy and Research*, 25, 551-558.
67. Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844.
68. Flink, A. R., Broberg, M., Strid, K., Thunberg, G., & Johnels, J. Å. (2023). Following children with severe or profound intellectual and multiple disabilities and their mothers through a communication intervention: single-case mixed-methods findings. *International journal of developmental disabilities*, 69(6), 869-887.
69. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
70. Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
71. Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of personality*, 18(1).
72. Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). Teaching Coping to adolescents: when and to whom?. *American Educational Research Journal*, 37(3), 727-745.
73. Furnham, A., & Marks, J. (2013). Tolerance of ambiguity: A review of the recent literature. *Psychology*, 4(09), 717-728.
74. Glidden, L. M., Floyd, F. J., Hastings, R. P., & Mailick, M. R. (2021). Family impact and adjustment across the lifespan: Parents of children with intellectual and developmental disabilities.
75. Greco, V., & Roger, D. (2003). Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual differences*, 34(6), 1057-1068.
76. Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants

of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5), 946.

77. Jacobsen, S. E. (2024). Social class, disability, and institutional interactions: the case of families with disabled children in the welfare state. *Disability & Society*, 39(11), 2796-2816.

78. James, W. (1902). *The reality of the unseen. The Varieties of Religious Experience*. New York, Longmans, Green and Co.

79. Kajs, L. T., & McCollum, D. L. (2010). [15] Tolerance for ambiguity and professional orientation among educators and administrators. *Educational Management Administration & Leadership*, 38(2), 195-210

80. Kruglanski, A. W., Webster, D. M., & Klem, A. (1993). Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information. *Journal of personality and social psychology*, 65(5), 861.

81. Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of abnormal child psychology*, 31, 55-64.

82. Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.

83. Maslow A.H. *A Theory of Human Motivation*. *Psychological Review*. 1943. Vol. 50. P. 370-396.

84. McNeil, D. W., & Vowles, K. E. (2004). Assessment of fear and anxiety associated with pain: conceptualization, methods, and measures. *Understanding and treating fear of pain*, 189-211.

85. Rogers C.R. *A Theory of Therapy, Personility and Interpersonal Relationship, As Developed in The Client-Centred Framework*. *Psychology: A Study of a Science*. N. Y.: McGraw-Hill, 1959. Vol. 3. P. 134-256.

86. Rosenberg, M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965, P. 34-120.

87. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4),

719.

88. Sefotho, M. M., Ferreira, R., & Lushozi, B. B. (2021). The quest for ongoing support by parents of learners with intellectual disabilities. *Journal of Education (University of KwaZulu-Natal)*, (85), 93-110.

89. Skinner B. *Science And Human Behavior*. Edition, reprint; Publisher, Simon and Schuster, 2012 p. №2 464 p

90. Solberg, M. A., Gridley, M. K., & Peters, R. M. (2022). The factor structure of the brief cope: A systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(6), 612-627.

91. Srivastava, R., & Tang, T. L. P. (2015). Coping intelligence: Coping strategies and organizational commitment among boundary spanning employees. *Journal of Business Ethics*, 130, 525-542.

92. Stanley Budner, N. Y. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable 1. *Journal of personality*, 30(1), 29-50.

93. Tolerance of ambiguity: A review of the recent literature. *Psychology*, 4(3), 223-240

94. Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.

95. Van Dierendonck, D., & Lam, H. (2023). Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(2), 594-610.

96. Vapenstad, C. (2010). The role of psychotherapy in enhancing tolerance for uncertainty: A clinical perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 45-60.

97. Vives, M. L., & FeldmanHall, O. (2018). Tolerance to ambiguous uncertainty predicts prosocial behavior. *Nature communications*, 9(1), 1-9.

98. Willi, J., Heim, E. *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit*

in bio-sozialer Sicht. Springer. 1986. No 1. P. 132–137

99. Zemestani, M. (2023). Comparison the Emotion Regulation Strategies and Intolerance of Uncertainty in Mothers of Children with and without Specific Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(3), 49-38.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Шкала сприйнятого стресу (PSS) – класичний інструмент для оцінки рівня стресу. Хоча шкала була розроблена 1983 року, вона залишається популярною тому, що допомагає зрозуміти, як різні ситуації впливають на наші почуття і стрес, який ми відчуваємо. Питання, включені в цю шкалу, стосуються почуттів і думок протягом останнього місяця. У тесті необхідно вказати, як часто у вас виникали певні думки або почуття. Може здатися, що деякі питання подібні, проте між ними є відмінності. Тому розглядайте кожне питання окремо. Найкращий спосіб це зробити – відповідати швидко. Тобто не намагайтеся підрахувати, скільки разів ви відчували певні почуття, а вказуйте приблизно.

Для кожного питання оберіть один із запропонованих варіантів відповіді.

Будь ласка, дайте щонайбільш правильну і чесну відповідь, вказавши, яка підходить саме Вам

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати? *

☐ Ніколи ☐ Майже ніколи ☐ Інколи ☐ Доволі часто ☐ Часто

Шкала сприйнятого стресу – цікавий і важливий інструмент, бо сприйняття того, що відбувається в нашому житті, дуже важливе. Подумайте про те, що дві людини можуть пережити однакові події. Залежно від сприйняття цих подій та переживань загальний бал за тестом може віднести одного з них у категорію низького стресу, а іншого – у категорію високого стресу.

Увага: бали за цією шкалою не передбачають будь-якого конкретного діагнозу або курсу лікування. Вони призначені як інструмент, який має лише допомогти оцінити рівень стресу.

Ключ передбачає прямий підрахунок балів (0-4) для запитань 1, 2, 3, 6, 9, 10 та зворотний (4-0) для запитань 4, 5, 7, 8. Сума 0–13 балів свідчить про низький рівень, 14–26 — помірний, 27–40 — високий стрес.

Додаток 2.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

HADS: інструкція

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS): бланк опитувальника

Госпітальна шкала тривоги і депресії: клінічна значимість

Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта).

Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

Рекомендації щодо застосування шкали. Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д.

Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

- ☐ Більшу частину часу
- ☐ Значну частину часу
- ☐ Час від часу, від випадку до випадку
- ☐ Ніколи

Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

- ☐ Майже весь час
- ☐ Дуже часто
- ☐ Іноді
- ☐ Абсолютно ні

У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

- ☐ Абсолютно немає
- ☐ Від випадку до випадку
- ☐ Досить часто
- ☐ Дуже часто

Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

- ☐ Безумовно, в такому самому обсязі
- ☐ Так, але не настільки, як і раніше
- ☐ Лише трохи
- ☐ Лише трохи ні

У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

- ☐ Так, є дуже виразне погане передчуття
- ☐ Так, але це відчуття не настільки важке
- ☐ Трохи, однак це не турбує мене
- ☐ Абсолютно немає

Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

- ☐ Абсолютно так
- ☐ Стежу за собою не наскільки потрібно
- ☐ Дещо менше, ніж раніше
- ☐ Стежу за собою, як і раніше

Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

- ☐ Дійсно, дуже сильно
- ☐ Вельми значно
- ☐ Не дуже сильно
- ☐ Абсолютно немає

Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

- ☐ Такою ж мірою, як і завжди
- ☐ Тепер вже не такою мірою
- ☐ Безумовно вже не настільки
- ☐ Не можу абсолютно

У моїй голові крутяться неспокійні думки

- ☐ Переважну частину часу
- ☐ Значну частину часу
- ☐ Час від часу, але не дуже часто
- ☐ Лише зрідка

Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

- ☐ Такою ж мірою, як і завжди
- ☐ Трохи менше, ніж зазвичай
- ☐ Набагато менше, ніж зазвичай
- ☐ Абсолютно ні

Мене охоплює раптове відчуття паніки

- ☐ Дійсно, дуже часто
- ☐ У цілому часто
- ☐ Нечасто
- ☐ Абсолютно ні

Я почуваюся бадьоро

- ☐ Абсолютно ніколи
- ☐ Нечасто
- ☐ Іноді
- ☐ Більшу частину часу

Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

- ☐ Абсолютно так
- ☐ Зазвичай так
- ☐ Нечасто
- ☐ Не можу абсолютно

Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

- ☐ Часто
- ☐ Скоріше часто
- ☐ Іноді
- ☐ Дуже рідко

“Ключ”

Субшкала Т – “тривога”: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – “депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів: Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

- 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);
- 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
- 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4

11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

0-35 в межах норми, 36-40 підвищені, 41-50 високий, 65-80 дуже високий

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. **Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.**

Дані PCL-5 показують, що 5 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи людина відповіла на лікування, а 10 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи є поліпшення клінічно значущим.

Скринінг на ПТСР вважається позитивним, за умови якщо кількість балів перевищує 33.

Додаток 4

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ» (THE MODIFIED BBC SUBJECTIVE WELL-BEING SCALE (BBC-SWB)) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, & M. KINDERMAN)

Інструкція для учасників опитування:

Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці).

1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?
18. Чи комфортно Ви почуваетесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?

Обробка та інтерпретація результатів:

Опитувальник включає три субшкали:

- «психологічне благополуччя»,
- «фізичне здоров'я та благополуччя»
- «стосунки».

Всі запитання, окрім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання № 4 – зворотний.

Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам.

Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики:

Субшкала «психологічне благополуччя» – пункти №№ 4–15.

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24.

Субшкала «стосунки» – пункти №№ 16–20.

Отримані показники порівнюються з нормативними. Нормативні дані за рівнями суб'єктивного благополуччя предні у таблиці нижче:

<i>Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя</i>	Норми		
	низький рівень	середній рівень	високий рівень
Психологічне благополуччя	12-39	40-47	48-60
Фізичне здоров'я та благополуччя	7-20	21-25	26-35
Стосунки	5-16	17-20	21-25
Суб'єктивне благополуччя	24-76	77-91	92-120

Додаток 5

“Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона”

Опитування проводиться з метою дослідження особистої стресостійкості. Опитування є добровільним і анонімним. Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин? За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (1-5), який записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. *Я здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

2. *Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

3. *Я намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з проблемами:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

4. *Подолання стресу може зробити мене сильнішим:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

5. *Я схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

6. *Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

7. *Під тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

8. *Мене нелегко розчарувати невдачею:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

9. *Я вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

10. *Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів:* 0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать про більшу життєстійкість. Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 40. Можливі варіанти відповідей: 0 – «Зовсім не вірно», 1 – «Рідко вірно», 2 – «Іноді вірно», 3 – «Часто вірно», 4 – «Майже завжди вірно».