

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Проблема переживання травматичного досвіду особами, які перебували в окупації

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-235 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Долинської О.О.
(прізвище та ініціали)
Керівники
д.психол.н., проф
Завязкіна Н.В.
д.філософії(Phd)
Інютіна О.В.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

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

Протокол № 10 від « 23» червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

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

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	4
ПЕРЕЛІК КЛЮЧОВИХ СЛІВ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ ТА ЇХ ВПЛИВ У ФОРМУВАННІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ.....	10
1.1. Травматичні події: поняття, їх риси та особливості переживання.....	10
1.2. Гостра стресова реакція та посттравматичний стресовий розлад як наслідки травматичних подій.....	14
1.3. Психологічні та клінічні особливості тривожно-депресивних проявів.....	19
1.4. Психологічні особливості переживання окупації як травматичної події..	23
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1. Організація та проведення дослідження	27
2.2. Опис та психометричні характеристики використаних методик дослідження	28
2.3. Характеристика вибірки учасників дослідження	31
Висновки до розділу 2.....	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ, ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ	39
3.1. Порівняльний аналіз вираженості тривожно-депресивних та посттравматичних проявів у людей, які перебували в окупації, та тих, хто проживав на підконтрольній території.....	39

3.2. Дослідження взаємозв'язку між травматичним досвідом, рівнем тривожності, депресії та симптомами ПТСР у осіб, що перебували в окупації .	48
3.3. Дослідження взаємозв'язку між тривалістю перебування в окупації та рівнем тривожно-депресивних проявів та симптомами ПТСР.....	59
3.4. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги особам, які пережили окупацію	60
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ	80

АНОТАЦІЯ

Дипломна робота присвячена дослідженню проблеми переживання травматичного досвіду особами, які перебували в окупації. У роботі проведено теоретичний аналіз поняття травматичних подій, тривожності, депресії, гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу їх впливу на психіку. З'ясовано, що внаслідок травматичних подій тривожні та депресивні прояви мають властивість об'єднуватись.

Емпірична частина роботи включає дослідження, спрямоване на виявлення впливу травматичних подій на розвиток тривожності, депресії та ймовірності розвитку ПТСР. У дослідженні брали участь особи, що проживали в окупації, та ті, що проживали на підконтрольній Україні території. Використано комплекс діагностичних методик, що дозволяють оцінити психологічний стан учасників дослідження. Аналіз результатів показав, що травматичний досвід значною мірою сприяє розвитку посттравматичного стресового розладу та тривожно-депресивних станів.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації осіб, які пережили травматичні події, а також для створення профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризику розвитку психічних розладів. Робота має практичну цінність у сфері психології травми та психічного здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: травматичні події, тривожно-депресивні прояви, окупація, війна, психологічна травма, тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад.

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми.

Війна є одним із головних чинників, що викликають травматичні ситуації серед цивільного населення. Військові дії приносять численні надзвичайні події, від яких страждають люди, особливо ті, що потрапили в окупацію. На окупованих територіях панує беззаконня з боку ворога, цивільне населення втрачає звичний ритм життя, свободу пересування, свободу вибору та слова, а головне — впевненість у завтрашньому дні.

Люди, що перебувають в окупації, можуть переживати різні психологічні труднощі, зокрема страх за власне життя та життя близьких, сильний стрес через обстріли та бомбардування, втрату відчуття безпеки, руйнування житла, смерть рідних чи сусідів. Це може призводити до почуття безнадії, яке з часом може набути депресивних проявів. Постійна невизначеність ситуації та загроза життю викликають у людей в окупації тривожні переживання, що можуть проявлятися у вигляді стійкого відчуття тривожності. Також унаслідок пережитих травматичних подій у людини може розвинутися гостра реакція на стрес та гострий стресовий розлад.

Внаслідок російської агресії з 2014 року під окупацією опинилися окремі райони Донецької та Луганської областей, а також Автономна Республіка Крим та місто Севастополь. У 2022 році Російська Федерація здійснила новий напад, частково окупувавши Чернігівську, Київську, Херсонську, Харківську та Запорізьку області. Частину цих територій було звільнено, проте значна частина залишається під тимчасовою окупацією Російської Федерації.

На цих територіях проживали мільйони українців, які потрапили в окупацію; багато хто з них зміг самотійно виїхати, проте частина населення досі там залишається. Усі ці люди так чи інакше стали свідками російської агресії проти України. Перебуваючи в окупації, вони зазнали численних стресів і гнітючих емоцій, які можуть мати негативні наслідки як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі. [30]

Вивчення проблеми переживання травматичного досвіду особами, які перебували в окупації, є надзвичайно актуальним для психологічної науки, оскільки це дозволить краще розуміти наслідки війни для психічного здоров'я населення та розробити ефективні методи психологічної підтримки й реабілітації для постраждалих.

Теоретико-методологічна основа дослідження.

Питанням впливу травматичних подій на психіку, а також вивченням ГСР, ПТСР та тривожно-депресивних розладів займаються такі українські дослідники, як О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.Л. Туриніна, В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлович, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Павленко та Ю.А. Побідаш. Їхні роботи охоплюють дослідження різних аспектів впливу психологічних травм на розвиток психічних розладів і стратегії подолання. [13]

Проблему психотравми та її наслідків вперше описав З. Фройд, який визначав травматичні події як ключові чинники психічного розвитку особистості. Значний внесок у розуміння травматичних спогадів зробив французький психіатр П'єр Жане. Д.Н. Брієр та К. Скотт досліджували вплив травми на психічне здоров'я, зокрема розвиток посттравматичних і тривожних розладів. Вивченням тривоги, депресії займалися Г. Айзенк, В. Астапов, А. Бек та інші. [9]

Праці цих дослідників становлять теоретико-методологічну основу для проведення дослідження, що спрямоване на розуміння особливостей переживання травматичного досвіду особами, які перебували в окупації, та його психологічних наслідків.

Об'єкт: травматичний досвід.

Предмет: проблема переживання травматичного досвіду особами, які перебували в окупації.

Мета: дослідити вплив травмуючих подій на виникнення гострого стресового розладу (ГСР), посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та тривожно-депресивних проявів у людей, що перебували в окупації.

Завдання дослідження:

1. Вивчити та проаналізувати теоретичні основи травмуючих подій: розкрити поняття «травматична подія», «гострий стресовий розлад», «посттравматичний стресовий розлад», «тривожно-депресивні прояви».
2. Провести опитування для збору даних про рівень сприйнятого стресу, тривожності, депресії та впливу травматичної ситуації на осіб, що жили в окупації, та опитати респондентів, які проживали на підконтрольній українській владі території.
3. Провести емпіричне дослідження ролі травматичних ситуацій на рівень сприйнятого стресу, розвиток ПТСР та тривожно-депресивних проявів.
4. Зробити порівняльний аналіз впливу травматичних подій на тривожно-депресивні прояви та симптоми ПТСР у людей, що проживали в окупації, та тих, що перебували на підконтрольній Україні території.
5. Розробити практичні рекомендації.

Методи дослідження:

У даному дослідженні було використано наступні методи:

1. **Теоретичний метод** – огляд і аналіз літератури на тему травматичних подій та тривожно-депресивних проявів.
2. **Емпіричні методи:** Авторська анкета – для збору наступних даних від респондентів: стать, вік, область проживання, перебування в окупації, втрата близьких і рідних, втрата дому, перебування під обстрілами.

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТС) (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) для оцінки психологічної реакції на травматичні події.

Автори методики — М. Дж. Горовіц (M.J. Horowitz), Н. Вілнер (N. Wilner), В. Альвараво (W. Alvarez) (1979). Переклад і адаптацію здійснено для використання в клінічній і науковій практиці українських фахівців у сфері психології (за матеріалами платформи Lurialab). [57, 60]

Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7 для визначення рівня тривожності. Автори методики — Р. Л. Шпітцер (R. L. Spitzer), К. Кроенке (K. Kroenke), Дж. Б. Вільямс (J. B. Williams) та Б. Лове (B. Löwe), 2006 рік.

Українська адаптація здійснена Алексіною Н., Герасименко О., Лавриненком Д. та Савченко О. (2024). [1, 62]

Шкала депресії PHQ-9 для визначення рівня депресії, що є частиною опитувальника про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire). Розробники — Р. Л. Шпітцер (R. L. Spitzer), К. Кроенке (K. Kroenke), Дж. Б. Вільямс (J. B. Williams), 1999 рік. Адаптація. [63, 64]

Шкала сприйнятого стресу PSS-10 для визначення психологічного стресу. Автор методики – Ш. Коен (S. Kamarck & Mermelstein, 1983). Українська адаптація здійснена Вельдбрехт О.О., Тавронецька Н. І. 2022 рік. [6]

Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 розробник тесту National Center for PTSD департаменту США по справах ветеранів. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції, 2016 рік. [61]

3. **Статистичний аналіз** – для обробки даних, отриманих після анкетування онлайн за допомогою інструментів google forms. Дані було опрацьовано в програмі Jamovi. [58]

Характеристика вибірки: жінки та чоловіки від 18 до 76 років, які проживали на окупованих територіях, та ті, що проживали на підконтрольній українській владі території. В опитуванні взяли участь 77 людей – 18 чоловіків та 59 жінок. 38 респондентів перебували в окупації, 39 – ні.

Теоретична значущість роботи полягає у розширенні розуміння того, як люди переживають травматичний досвід, зокрема ті, хто перебував в окупації. У роботі узагальнено наукові підходи до вивчення травматичних подій, стресу, тривожності, депресії і факторів, що на це впливають. Дослідження доповнює сучасні знання про адаптацію людей після пережитих травматичних подій. Отримані результати можуть бути корисними для подальших наукових дослідженнях у сфері психології травми.

Практична значущість роботи полягає у тому, що отримані результати дослідження можна використати для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації постраждалих. Також результати дослідження можуть допомогти в

удосконаленні профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня стресу та підвищення стресостійкості. Матеріали роботи можуть бути корисними для психологів, кризових консультантів та дослідників, які вивчають вплив травматичного досвіду на психіку людини. Результати кваліфікаційної роботи було опубліковано у науковому журналі категорії «Б» у галузі психології Київський журнал сучасної психології та психотерапії. Сторінки 48-63, випуск № 1 (9) 2025. [12]

Дослідницькі питання:

1. Який вплив травматичних подій на розвиток ознак посттравматичного стресового розладу та тривожно-депресивних проявів?
2. Як впливає тривалість перебування в окупації на рівень тривожності та депресії та ймовірності розвитку посттравматичного стресового розладу?
3. Яка вираженість тривожно-депресивних проявів та симптомів посттравматичного стресового розладу серед людей, що перебували в умовах окупації, порівняно з тими, хто проживав на підконтрольній території?

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ ТА ЇХ ВПЛИВ У ФОРМУВАННІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ

1.1. Травматичні події: поняття, їх риси та особливості переживання

Війна є екстремальною ситуацією для українців, а для тих, хто живе чи жив на окупованих територіях, ця ситуація є гіперекстремальною. Адже емоційні, фізичні та психологічні навантаження, що викликає війна, часто перевищують людські можливості. Під час війни відбувається велика кількість травматичних ситуацій, які можуть призвести до психічної травми. [49]

Концепція психологічної травми була предметом вивчення провідних психіатрів ще з кінця XIX століття. Широко вважається, що її розробили Брейєр і Фройд, але, як і у випадку з концепцією підсвідомого, поняття психологічної травми має більш ранні джерела. Французький психіатр П'єр Жане вважав, що травматичні події провокують сильні емоції, які порушують цілісність психічного функціонування, і цей процес може призводити до тривалих психологічних проблем, наприклад, психотравми. Першим, хто ввів поняття «психічна травма» був німецький невролог Альберт Ейленбург у 1878 році. Він вважав, що «психічний шок» у формі раптових сильних емоцій, таких як жах або гнів, краще називати психічною травмою [43,65].

Травматична подія — це ситуація, що трапилася несподівано та викликала у людини дуже високий рівень стресових переживань, змінила звичний ритм життя, несла загрозу життю та докорінно порушила відчуття безпеки. [41]

Слід зазначити, що визначення події як травматичної є суб'єктивним і особистим. Під час травматичної події в індивіда можуть відбуватися негативні зміни у думках, поведінці, емоціях та фізичному стані. Ці зміни мають індивідуальний характер виявлення. У науковій літературі наведені вище негативні зміни кваліфікують як психічну травму. [63, 47]

У сучасному посібнику DSM-5 травматична подія визначається як «експозиція до смерті, загрози життю, серйозного ушкодження чи сексуального насильства» через:

1. Безпосереднє переживання події;
2. Свідчення події, що трапилася з іншими;
3. Знання про подію, що сталася з близькими (у разі насильницької чи непередбачуваної загрози життю або смерті);
4. Багаторазовий контакт із деталями травматичних подій (наприклад, у роботі рятувальників чи поліцейських). [2, 7].

Розглядаючи проблеми, пов'язані з процесом травми, можна виділити такі травмуючі ситуації: військові дії, природні катаклізми, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява загрозових для життя захворювань, напад. [3]

Проаналізувавши праці інших вчених, слід зазначити, що до травмуючих ситуацій належать також екстремальні події, що виникли внаслідок аварій, небезпечних природних явищ, стихійних лих чи катастроф, які спричинили людські жертви, шкоду здоров'ю та навколишньому середовищу. Ступінь впливу екстремальної ситуації на психіку людини залежить від характеру надзвичайної ситуації. Вони можуть бути техногенними, природними, соціальними та воєнними. [34]

Реакція людини на травматичну подію – це складна, інтегрована система реакцій, до якої залучені як тіло, так і розум. Під час травматичної події розум «мобілізує» тіло, збуджує нервову систему, тому людина у небезпеці відчуває приплив адреналіну та перебуває у настороженому стані. Увага людини зосереджена безпосередньо на ситуації. Окрім цього, під час травматичної ситуації може змінитися сприйняття: люди у небезпеці часто здатні не звертати увагу на голод, втому або біль. Нарешті, небезпечна ситуація викликає почуття страху та гніву. Це є нормальною реакцією організму на ненормальну ситуацію. [9, 49]

Також важливо враховувати фактори, що впливають на людей у таких ситуаціях:

1. Ступінь прогнозованості ситуації та її раптовість;
2. Індивідуальні психологічні характеристики особистості;
3. Стрімкість поширення та масштабність екстремальної ситуації;
4. Тривалість перебування в цій ситуації;
5. Переживання горя і втрати;
6. Немоżliвість контролювати своє життя. [51]

Усі ці фактори необхідно враховувати при наданні допомоги постраждалій особі, оскільки вони є травмуючими для особистості. [51]

Українська дослідниця О. Туриніна визначила ключові особливості травматичних подій: вони є новою реальністю для людини, що порушує звичний порядок життя, ставить перед екзистенційною дилемою життя і смерті, і водночас може відкривати можливості для конструктивних змін. Травматична подія руйнує цілісність життєвого світу, трансформує самоідентичність, ускладнює прогнозування та розуміння ситуацій, обмежує самореалізацію, але водночас стимулює пошук сенсу і нові форми активності. Її вплив характеризується тріадою: розлад, адаптація, розвиток. [48]

Отже, травматичні події викликають глибокі зміни у фізіологічному тонусі, емоціях, сприйнятті та пам'яті.

Існують різні види пам'яті: короткочасна пам'ять, довготривала пам'ять, явна або декларативна пам'ять, неявна або недекларативна пам'ять. Травматичні події відкладаються саме у неявній пам'яті. Під неявною пам'яттю розуміється поведінка, яка набувається за допомогою впливу різних подразників. Так, образи, звуки, запахи чи інші сигнали, що були під час травмуючої події, стають асоціаціями цієї події у свідомості. [7, 5]

Травматичні спогади відрізняються від звичайних. Вони можуть наступити раптово, спогади часто неоднорідні та непослідовні. Такі спогади супроводжуються сильними емоціями, фізичним відчуттями і контролювати цей

процес людині стає складно. Так відбувається, тому що такі події приголомшують і виходять за межі нашої здатності обробки інформації. [35, 51]

Травматичні спогади можуть бути яскравими, включати образи та фізичні відчуття, не мати правильної послідовності чи відчуття часу, ніби травма сталася щойно. Вони легко активуються нагадуваннями із зовнішнього середовища, такими як звуки чи запахи. Те, як події залишаються в пам'яті, залежить від способу їх переживання. [35]

Роберт Джей Ліфтон, який досліджував постраждалих у Хіросімі від лиха у мирний час та в боях описує травматичний спогад як «незгладимий образ» або «відбиток смерті». Інтенсивне зосередження на фрагментарному відчутті, на образі без контексту надає травматичному спогаду статусу своєї надреальності. [9]

Звичайні спогади менш яскраві, впорядковані, з усвідомленням часу, що минув, інтегровані в життєву історію та активуються свідомими зусиллями пригадати. [35]

У реабілітаційній психології виділяють стадії сприятливого переживання травмуючої події:

1. На першій стадії організм людини перебуває у активному стані: активується парасимпатична нервова система, виділяються кортизол, адреналін, норадреналін, пришвидшується серцебиття, збільшується кровотік до м'язів. Це забезпечує швидку реакцію на події.
2. На другій стадії активізується лімбічна система та симпатична нервова система, що знижує вплив негативних факторів. Цей стан можна назвати повною мобілізацією організму для порятунку. Людина може перебувати в такому стані від кількох годин до кількох днів.
3. На третій стадії відбувається звільнення від напруження. Небезпека минула, і людина повертається у звичний стан.
4. На четвертій стадії виникає відчуття виснаження, безнадії, бажання плакати - це емоційна розрядка.
5. П'ята стадія — стабілізація стану. Людина отримує підтримку від психолога або близьких, що допомагає повернутися до звичного ритму життя.

6. Шоста стадія - посттравматичне зростання, яке характеризується адаптованістю до нових умов. [51, 54]

Альтернативним сценарієм є несприятливі умови, коли людина ціпеніє, переживає «завмирання», що призводить до розвитку шокового стану, гострого стресу, тривожно-депресивного стану, посттравматичного стресового розладу та інших. [45]

1.2. Гостра стресова реакція та посттравматичний стресовий розлад як наслідки травматичних подій

Психологічні наслідки травматичних подій можуть проявлятися як у гострій, так і в хронічній формі. Одними з найчастіших реакцій на травму є гостра стресова реакція та посттравматичний стресовий розлад, які мають різну динаміку розвитку та симптоматику. [4, 28]

Як зазначає О. Борисова, вперше гострий стресовий розлад було офіційно описано у 1994 році, коли він з'явився як окремий діагноз у четвертому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5). На сьогодні цей стан класифікується серед розладів, що мають прямий зв'язок із пережитими психотравматичними подіями та сильним стресом. [4, 14]

На думку Г. Я. Пилягіної та С. А. Чумака, гостра реакція на стрес є короткотривалим, але вираженим психоемоційним розладом, який виникає у психічно здорової людини внаслідок надзвичайно сильного фізичного або психологічного впливу. Такий стан зазвичай проходить самостійно протягом кількох годин або днів і не потребує довготривалого лікування. [38]

Серед основних **клінічних критеріїв гострої стресової реакції** дослідники виокремлюють:

- чіткий тимчасовий зв'язок між травматичною подією та появою симптомів;
- раптовий початок — протягом кількох хвилин або годин після події;
- емоційні та когнітивні порушення, такі як оглушення, звуження свідомості, дезорієнтація;

- вегетативні прояви: пришвидшене серцебиття, пітливість, внутрішній тремор;
- різкі коливання настрою — від тривоги до байдужості або агресії;
- у деяких випадках — депресивні реакції, плаксивість, почуття безпорадності;
- можливе виникнення амнезії щодо подій, пов'язаних зі стресором;
- при зменшенні або усуненні стресового чинника симптоми стихають, іноді вже протягом 24–48 годин. [38, 39]

У динаміці гострої стресової реакції зазвичай виокремлюють три основні стадії:

1. Стадія шоку.

Це перша реакція на сильний стрес. Людина може розгубитися, втратити здатність говорити або рухатись, ніби «завмерти». Усвідомлення подій порушується, сприйняття притуплюється. [32]

2. Стадія активації.

Після початкового заціпеніння з'являються сильні емоції — тривога, страх, метушливість. Людина може плутатися в думках, говорити уривчасто, не орієнтуватися в часі або просторі. [32]

3. Стадія відновлення.

З часом здатність діяти і контролювати себе поступово повертається. Зменшуються фізіологічні симптоми, нормалізується поведінка. Однак емоційна чутливість ще може залишатися підвищеною. [19, 38]

Важливо, відмітити, що гостра стресова реакція розвивається через декілька хвили або годин після травматичної події, а гострий стресовий розлад розвивається не менше ніж через три дні після травматичної події. [4] Нижче подано коротке порівняння основних характеристик.

Гостра реакція на стрес (ГРС). Класифікація МКХ-10, код F43.0

- Початок: протягом кількох хвилин або годин після травматичної події
- Тривалість: зазвичай не перевищує кількох днів
- Симптоми: дезорієнтація, оглушення, тривога, рухові або мовні порушення, вегетативні симптоми (тахікардія, пітливість)

- **Перебіг:** часто минає самостійно без тривалого втручання [31, 40]

Гострий стресовий розлад (ГСР). Класифікація DSM-5, код 308.3

- **Початок:** симптоми з'являються від 3 днів до 1 місяця після травматичної події
- **Тривалість:** від 3 днів до 1 місяця
- **Симптоми:** інтрузивні спогади, дисоціація, уникнення, гіперзбудження
- **Перебіг:** може перерости в посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [31]

У більшості випадків гостра стресова реакція минає самостійно впродовж кількох днів. Однак за несприятливих умов — відсутності підтримки, повторного травматичного впливу або емоційної вразливості — симптоми можуть зберігатися і посилюватися. У таких випадках гостра стресова реакція може перерости в гострий стресовий розлад, що триває до одного місяця після події. Якщо ж симптоми не зникають і після цього терміну, або ж починають значно погіршувати якість життя, йдеться про розвиток посттравматичного стресового розладу, який потребує спеціалізованої психологічної або психіатричної допомоги. [20, 31, 52]

Посттравматичний стресовий розлад — це психологічний розлад, що розглядається як відстрочена або розтяжка реакція на психотравматичну ситуацію. Катастрофічного або надзвичайно загрозливого для життя характеру, що викликає стан важкого дистресу майже у будь-якої людини. [38, 29]

Уперше про психологічні зміни внаслідок стресу написав Да Коста у XIX столітті. Він спостерігав ці симптоми у солдатів. Да Коста назвав цей стан «синдромом солдатського серця» [4]

У 1941 році А. Кардинер описав симптоми як «хронічний військовий невроз», підкресливши фізіологічний та психологічний характер. До проявів відносив: збудливість, дратівливість, підвищену реакцію на зовнішні подразники, фіксацію на травматичних подіях, уникнення контактів і схильність до неконтрольованої агресії. [4]

Одним із перших дослідників, який запропонував виокремити ПТСР як окремий психічний стан, був М. Горовіц у 1980 році. Саме за його участі було сформовано перші діагностичні критерії ПТСР для американських психіатричних

класифікацій (DSM-III та DSM-III-R), що стали основою для подальшого включення діагнозу до МКХ-10. [4]

Зимянський А.Р. та Скоропад В.В. описували дослідження, яке вказує, що серед українців, які не покинули свої домівки з 2014 року, симптоми ПТСР зустрічаються у 32,9% випадків. Серед внутрішньо переміщених осіб показник 39,4%, а серед біженців за кордоном 47,2%. Рівень ПТСР значно зріс після початку повномасштабного вторгнення, що показує сильний вплив війни на психічне здоров'я українців. [14]

Симптоми та перебіг ПТСР за МКХ-10

- **Повторне переживання травматичної події:**
 1. нав'язливі спогади (флешбеки);
 2. сновидіння або нічні кошмари.
- **Симптоми емоційного «оціпеніння»:**
 1. втрата здатності відчувати позитивні емоції;
 2. емоційна загальмованість;
 3. відсторонення від інших людей;
 4. зниження чутливості до навколишнього середовища (несприйнятливність).
- **Поведінкові симптоми уникнення:**
 1. уникнення дій, місць або ситуацій, що асоціюються з травмою;
 2. ангедонія (втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення).
- **Підвищене збудження нервової системи:**
 1. надмірна настороженість;
 2. посилена реакція на раптові подразники (здригання);
 3. розлади сну, зокрема безсоння.
- **Супутні симптоми:**
 1. тривожність;
 2. депресивний стан;
 3. суїцидальні думки.

- **Початок розладу:**

1. виникає не відразу після травми, а через латентний період — від кількох тижнів до місяця. [39]

Симптоми та перебіг ПТСР за DSM-5

- **Травматична подія** — переживання або свідчення загрозливих ситуацій (смерть, важке поранення, насильство).
- **Інтрузивні симптоми** (щонайменше 1): флешбеки, сновидіння, сильні реакції на нагадування.
- **Уникнення** (щонайменше 1): уникнення думок або ситуацій, що нагадують про травму.
- **Негативні зміни у настрої та мисленні** (щонайменше 2): провина, сором, емоційне відсторонення, ангедонія, пригнічення.
- **Підвищене збудження** (щонайменше 2): дратівливість, безсоння, настороженість, труднощі з концентрацією.
- **Тривалість симптомів** — понад 1 місяць.
- **Порушення функціонування** в соціальній чи професійній сфері.
- **Виключення** — симптоми не пов'язані з вживанням речовин або іншими захворюваннями. [2]

На появу ПТСР впливають ряд факторів. Посттравматичний стресовий розлад найчастіше розвивається у людей, які пережили надзвичайно травматичні, небезпечні для життя або принизливі ситуації. Це можуть бути як військові, що брали участь у бойових діях, так і цивільні, які опинились у зоні війни. Також ПТСР виникає у тих, хто став жертвою фізичного або сексуального насильства, перебував у полоні, зазнав катувань чи перебував у рабстві. До групи ризику також належать жертви постійного домашнього насильства, діти, яких батьки ігнорують, не годують або ображають. [20, 31]

Психологічні наслідки можуть розвинутиися і в людей, які стали свідками терористичних актів, стихійних лих або пережили важкі пологи з елементами жорстокого поводження з боку медиків. Навіть тривале цькування в школі (булінг) може стати причиною виникнення симптомів ПТСР. [32]

На розвиток цього розладу суттєво впливають індивідуальні особливості людини. У кожного з нас різний рівень психологічної стійкості: хтось легше адаптується після травми, а хтось має підвищену чутливість до стресу. Сучасні дослідження вказують, що ПТСР найчастіше виникає тоді, коли зовнішні події «запускають» уже наявну внутрішню схильність до травматизації. [22, 32]

Окрім ГСР та ПТСР пережиті травматичні події часто провокують розвиток тривожних та депресивних проявів.

1.3. Психологічні та клінічні особливості тривожно-депресивних проявів

Війна суттєво впливає на психічне здоров'я українців. Люди, що перебували в окупації ставали свідками травмуючих подій. Ті, хто проживали на підконтрольних територіях та у більш безпечних регіонах країни, все одно зазнали впливу війни.

Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко, представляючи результати проведеного експрес-аудиту послуг для охорони психічного здоров'я, які надаються органами державної влади, сказав: «З кожним днем кількість людей, які будуть відчувати наслідки для свого психічного здоров'я буде зростати. Навіть тих, хто зміг стійко перенести перші місяці війни, чекає ментальне виснаження, адже звикання до постійного перебування в умовах війни також може мати негативний вплив на психічне здоров'я. За нашими попередніми прогнозами на даний момент війни надалі психологічної підтримки буде потребувати близько 15 млн українців, з них близько 3-4 млн потрібно буде призначати медикаментозне лікування» [15]

У світі були дослідження наслідків війни. Ось, наприклад, результати довгострокового дослідження (1993-2004), яке проводили серед військовослужбовців, цивільного населення та біженців Хорватії, показали, що довготривала стресова ситуація мала наслідки у вигляді ПТСР, депресивних та психосоматичних ознак. [50]

Ще одне дослідження, яке проводили у США, з новоприбулими сирійськими біженцями, підтвердило, що поширеність можливих діаг-нозів була високою для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (32,2%), тривоги (40,3%) та депресії (47,7%). [50]

Опираючись на результати цих досліджень, можна зробити висновок, що війна залишить багатьом людям негативні наслідки для психічного здоров'я.

У воєнний час люди стикаються з такими проблемами, як брак безпеки, втрата засобів до існування, розрив соціальних зав'язків, розлучення родини, низький рівень довіри та інше. На окупованих територіях людей обмежують у пересуванні, немає свободи волі та слова, порушується відчуття безпеки, відбуваються масові перевірки населення на блок постах або вдома та ще багато іншого. [37, 27]

Як наслідок, виникають проблеми психічного здоров'я, зокрема, загострення наявних психічних захворювань (депресія, шизофренія, зловживання алкоголем), зміни стану психічного здоров'я через страждання, гострі реакції на стрес, зловживання алкоголем і наркотичними засобами, розвиток депресій і тривожних станів. [16, 37]

Тривожний стан є одним з найпоширеніших психічних станів у всьому світі та основною причиною дистресу та погіршення загального стану людини. [3]

Тривога – це негативне почуття чи важко визначуване передчуття, що виражає відчуття невизначеності, очікування невідомої загрози чи негативних подій. [20]

Одним із перших, хто вивчав питання тривожності, був Зігмунд Фрейд. Він визнав, що почуття, пов'язані з раніше пережитими травмами, можуть виражатися в тривожних симптомах та поведінці. За теорією Фрейда, тривожність відчувається як відчуття невпевненості, невизначеності та безпорадності. [36]

Як зазначають Г.Я. Пилягіна та О.В. Зубатюк, патологічним почуття тривоги можна вважати тоді, коли з'являються психічні і поведінкові порушення, вегетативні та соматичні симптоми. Насамперед, це стан загальної активації психіки на тлі надмірного переживання невизначеної загрози ззовні. [20]

До психічних симптомів, що супроводжують патологічну тривогу, відносяться постійне відчуття втоми, емоційна пригніченість, порушення сну, гіперболізовані уявлення про негативні події у майбутньому, нав'язливі беззмістовні побоювання. [20, 44]

До поведінкових проявів патологічної тривоги відносяться непосидючість, дратівливість, неможливість розслабитись, плаксивість. [20]

У цілому тривожність – це суб’єктивний прояв неблагополуччя особистості. Вона звичайно підвищена:

- 1) при нервово-психічних і важких соматичних захворюваннях;
- 2) у здорових людей, що переживають наслідки психічної травми;
- 3) у багатьох груп людей з поведінкою, що відхиляється від норми. [46]

Говорячи про тривогу, слід не плутати її зі страхом. Ці дві емоції мають схожу функцію – вони повідомляють, що людина опинилась у небезпечній ситуації. Однак тривога і страх мають відмінності. [30, 26]

Страх – це емоція, яка виникає на основі інстинкту самозбереження, як реакція на дійсну або уявну небезпеку у вигляді обтяжливого емоційного стану. [44]

Страх належить до категорії фундаментальних емоцій. Його можна зазначити як загострене емоційне сприйняття загрози своєму життю та благополуччю. [53]

Кожен з нас відчував страх і тривогу. До війни причини тривоги були багатофакторними. Тривога могла виникати через внутрішні конфлікти людини, зовнішні стресори, вплив соціальної сфери та вплив особливостей функціонування нервової системи. Життя у часи війни сповнене несподіваних кризових ситуацій, які насамперед пов’язані з воєнними діями та всіма їх наслідками, які безпосередньо впливають на психоемоційний стан людини, розвиток негативних емоційних станів, зокрема депресії та тривоги. [13, 53]

Депресія – психічний розлад, що характеризується поєднанням патологічно зниженого настрою, апатії та соматовегетативних порушень. [2]

Лін Рем зазначає, що термін депресія може стосуватися звичайної людської емоції суму, що виникає у відповідь на втрату, розчарування, невдачу або інші нещастя. [42]

Сам термін «депресія» у значенні «поганий настрій» присутній у мові вже багато століть, раніше він мав назву «меланхолія». [42]

До типових клінічних ознак депресивних розладів відносяться:

1. знижений настрій,
2. втрата кола зацікавленості,
3. песимістичні думки про майбутнє, втрата енергії,

4. порушення сну,
5. суїцидальні думки, наміри та дії.

Також є додаткові симптоми, такі як втрата інтересу до роботи, набір або втрата ваги, зниження сексуальної активності, занижена самооцінка, втрата надій на майбутнє. [37]

Дослідниця Т.В. Панько окремо виділила клінічні особливості депресивних розладів, зумовлених війною. До них відносяться: жахливі сни про подію, що відбулася; очікування сирен та обстрілів; переживання через втрату роботи; раптові спогади про те, що довелося пережити; переживання за своїх близьких; переживання щодо нерозуміння, коли закінчиться війна в Україні; очікування погіршення загальної ситуації в Україні. [37]

Унаслідок впливу потужних психогенних чинників, таких як травматичні ситуації, тривожність і депресія часто проявляються одночасно, утворюючи змішані стани. Загалом, тривога та депресія є емоціями, що накладаються одна на одну, а розлади тривоги та настрою мають симптоматику, яка частково збігається. [42]

Людина відчуває різні симптоми тривоги та депресії одночасно. Спочатку може виникнути декілька симптомів, наприклад, втома чи порушення сну. Далі може спостерігатися зниження інтересу до поточних справ, погіршення настрою, головний біль, дратівливість, сухість у роті, тремор, серцебиття. [33, 50]

У діагностичному довіднику DSM-5 виділяють такі діагностичні критерії: постійний або рецесивний дисфоричний настрій повинен тривати не менше одного місяця.

Симптоми дисфоричного настрою:

- відсутність зацікавленістю або складнощі з концентрацією уваги,
- втома та відчуття виснаженості,
- порушення сну,
- занепокоєння,
- дратівливість,
- надмірна слізливість,

- очікування найгіршого,
- низька самооцінка або почуття нікчемності. [33]

Ці симптоми негативно впливають на всі сфери життя людини, знижуючи її функціональність і емоційну стійкість. Важливе своєчасне діагностування та психологічна допомога для відновлення психічного здоров'я та поліпшення якості життя.

1.4. Психологічні особливості переживання окупації як травматичної події

Окупованими називаються території держави, які були захоплені збройними силами іншої країни. Під час окупації частина держави перебуває під контролем ворога. Загарбник встановлює свої закони і правила, організовує нову адміністрацію (комендатуру) для контролю населення. Вони намагаються встановити контроль і тримають населення у незнання та невизначеності. [11, 21]

Ворог обмежує зв'язок та сигнали телебачення, завозить свої газети, встановлює великі телевізори на площах, де звучить пропаганда. Все супроводжується підбуренням до зрадницьких вчинків та насильством щодо співвітчизників. [11]

Люди залишаються беззахисними перед загарбниками, а безпека стає відносною. Коли під час війни або внаслідок інших обставин частина території втрачає контроль з боку законної влади й переходить під управління іншої сторони — військової, тимчасової чи іноземної — для цього використовують різні терміни: «окупація», «анексія», «захоплення». Вони мають різні значення залежно від того, що саме сталося з цією територією і які наслідки це мало. Іноді ці поняття можуть перетікати одне в одне, а в описі однієї й тієї ж ситуації можна зустріти всі три назви одночасно — усе залежить від контексту і правових нюансів. [11, 55]

Терміни, якими описують втрату чи захоплення територій, багато в чому залежать від того, з чиєї сторони дивитися. Та сторона, яка втратила контроль над територією, зазвичай підкреслює незаконність і насильницький характер дій противника — вживаючи слова типу «окупація» чи «захоплення». Натомість та, що

ці території взяла під свій контроль, часто називає це «визволенням», «відновленням справедливості» або «захистом населення», замовчуючи насильство чи порушення прав. [55, 23]

Вперше термін «воєнна окупація» згадується у 1844 році — його використав німецький публіцист. А першим, хто структурно описав правила ведення війни й окупації, вважають американського юриста Франсіса Лібера. У 1863 році, під час Громадянської війни в США, він написав і видав документ який називається «Інструкція для армій США в польових умовах». Це був офіційний наказ, який став першою серйозною спробою впорядкувати поведінку армії у військових конфліктах і зменшити наслідки жорстокості. У документі йшлося про правила поводження з полоненими, заборону рабства й сексуального насильства, а також про правила управління окупованими територіями. [55]

Надалі правила ведення війни намагалися удосконалити. У 1907 році на Гаазькій конференції було прийнято Конвенцію «Про закони та звичаї війни на суходолі», яка включала окремий розділ щодо управління окупованими територіями. Там було визначено, що на таких територіях має діяти військова адміністрація, яка відповідає за підтримку порядку, захист місцевого населення та забезпечення базових прав до завершення війни. [29, 55]

Після Першої та Другої світових війн міжнародна спільнота почала активно вдосконалювати норми гуманітарного права. Важливим кроком стали Женевські конвенції 1949 року, особливо Четверта Женевська конвенція, яка чітко регламентує захист цивільного населення в умовах війни та окупації. Документ зобов'язує окупаційну владу: поважати права мешканців окупованих територій; гарантувати медичну допомогу, освіту, захист жінок і дітей; утримуватись від примусового переміщення чи насильницької асиміляції. [55]

Отже, на сьогодні чинними міжнародними документами, що регулюють правила поводження з населенням під час окупації є:

- **Гаазька конвенція 1907 року** (розділ про військову владу на окупованій території);

- Четверта Женевська конвенція (1949) та Додаткові протоколи (1977, 2005);
- Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (1966);
- Римський статут Міжнародного кримінального суду (1998); [55]

Ці документи зобов'язують окупаційну владу не змінювати політичний або правовий статус території, не залякувати населення, не експлуатувати його ресурси, не здійснювати насильницьких дій. Основний принцип — **захист гідності та прав людини навіть в умовах воєнного контролю**. [55]

Війна — це велике випробування для людини, яке сильно впливає на її психіку та емоційний стан. У таких екстремальних умовах людина починає відчувати різке підвищення тривоги, страху, агресії та інших негативних емоцій. Це неминуче позначається на психоемоційній стабільності, здатності адаптуватися і загальному самопочутті. Стрес, пов'язаний із війною, часто проявляється через пригнічений настрій та зниження життєвого тону. [27]

Особливо важкими є переживання людей, які пройшли через окупацію. Життя в умовах постійної невизначеності, страху за себе та близьких підсилює тривожність і породжує глибоке почуття втрати безпеки, свободи та власної ідентичності. [27]

Пережитий досвід війни та окупації сильно впливає на психіку людини, викликаючи тривожність, пригнічення і внутрішні переживання. Щоб краще зрозуміти, як саме це проявляється у людей з різним досвідом війни, ми провели власне емпіричне дослідження і детальніше представили його у другому розділі.

Висновки до розділу 1

У першому розділі ми розглянули основні поняття, які стосуються теми дослідження — травматичні події, гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, тривога, депресія та їх прояви у людей, які пережили окупацію.

З'ясовано, що травматичні події — це сильні, травмуючі ситуації, які порушують звичний ритм життя людини, викликають почуття небезпеки, страху, втрати контролю. Люди по-різному реагують на такі події, залежно від індивідуальних особливостей, рівня психологічної стійкості та наявної підтримки.

Було описано відмінності між гострою стресовою реакцією (яка виникає одразу після події і зазвичай минає самостійно) та гострим стресовим розладом, який триває довше і має більш стійкі симптоми. Якщо такі стани не проходять і з часом лише посилюються, це може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Також у розділі розглянуто симптоми ПТСР: повторні спогади про подію, нічні кошмари, емоційне оціпеніння, уникнення всього, що нагадує про травму, постійне внутрішнє напруження, тривога, депресивний стан. Ці симптоми можуть сильно впливати на життя людини.

Окремо проаналізовано, як саме тривожність і депресія проявляються у людей після пережитих стресів. Часто ці стани об'єднуються — людина одночасно відчуває пригніченість, втрату інтересу до життя, поганий настрій, а також безпричинну тривогу, порушення сну, дратівливість. Важливе місце в цьому розділі відведено психологічним особливостям людей, які перебували в окупації. В таких умовах люди постійно перебувають у напрузі, тривожаться за себе та близьких, не мають відчуття безпеки, стикаються з обмеженням свобод і прав, що негативно впливає на психіку.

Таким чином, на основі опрацьованих теоретичних джерел можна зробити висновок, що вплив травматичних подій, особливо таких як перебування в окупації, є серйозним фактором у формуванні тривожно-депресивних станів та посттравматичних розладів. Це підтверджує необхідність глибшого вивчення цього явища, а також розробки психологічної підтримки для людей, які пережили подібний досвід.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та проведення дослідження

Для того щоб зрозуміти, як травматичні події впливають на психоемоційний стан людини, ми провели власне емпіричне дослідження. Основна увага приділялася вивченню впливу травматичних подій, тривожності, депресивних симптомів та проявів посттравматичного стресового розладу у людей, які пережили окупацію, порівняно з тими, хто проживав на підконтрольній території.

Мета дослідження: дослідити вплив травмуючих подій на виникнення ГСР, ПТСР та тривожно-депресивних проявів у людей, що перебували в окупації.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Емпірично визначити ступінь вираженості тривожно-депресивних та посттравматичних проявів у людей, які перебували в окупації, та тих, хто проживав на підконтрольній території.
2. Емпірично визначити відмінності у взаємозв'язку між травматичним досвідом, рівнем тривожності, депресії та симптомами ПТСР у осіб, що перебували в окупації.
3. Емпірично визначити вплив тривалості перебування в окупації на рівень тривожності, депресії та прояви ПТСР.

Збір даних було проведено в онлайн-форматі google forms. Всі учасники попередньо погодилися на участь і були поінформовані про конфіденційність. Збір даних здійснювався за допомогою опитувальників, які містили стандартизовані методики та авторську анкету.

Нами був використаний такий психодіагностичний інструментарій:

1. **Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R)** для оцінки психологічної реакції на травматичні події.
2. **Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7** для визначення рівня тривожності.
3. **Шкала депресії PHQ-9** для визначення рівня депресії
4. **Шкала сприйнятого стресу PSS-10** для визначення

психологічного стресу.

5. Опитувальник PCL-5 для визначення симптомів ПТСР.

Статистична обробка даних здійснювалась у програмі Jamovi.

2.2. Опис та психометричні характеристики використаних методик дослідження

Для проведення емпіричного дослідження були обрані психодіагностичні методики, які дозволяють вивчити основні прояви психоемоційного стану: тривожність, депресію, рівень стресу та симптоми ПТСР. Усі методики є адаптованими, валідними й надійними, що підтверджено їх широким використанням у наукових дослідженнях і практичній психології.

Для перевірки надійності дослідження ми прорахували альфу Кронбаха для кожного опитувальника та субшкал (таблиця 2.1). Показник альфи Кронбаха коливається від 0 до 1. Прийнято вважати, що значення, вищі за показник 0,70, вказують на високу внутрішню узгодженість даних опитувальника.

Таблиця 2.1

Значення альфа Кронбаха для використаних методик

Назва методики	Альфа Кронбаха
RHQ-9	0,849
GAD-7	0,922
Субшкала «вторгнення»	0,915
Субшкала «уникнення»	0,865
Субшкала «збудливість»	0,904
Шкала сприйнятого стресу PSS-10	0,765
Опитувальник PCL-5	0,968

Як видно з наведених вище результатів, всі опитувальники та субшкали мали високий рівень узгодженості. Це показує, що питання методик були зрозумілими і взаємопов'язані між собою. Стимульний матеріал подано у додатках.

Опитувальник оцінки депресії

Опитувальник оцінки депресії (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) є другою частиною опитувальника PHQ (Опитувальник стану здоров'я пацієнта) і використовується для виявлення депресії. Опитувальник розроблений на основі 9 діагностичних критеріїв депресії, визначених у DSM-5 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Опитувальник охоплює період «останні два тижні» і дозволяє оцінити частоту появи симптомів.[64]

Опитувальник для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7

Опитувальник для оцінки генералізованого тривожного розладу (GAD-7) був розроблений міжнародною групою фахівців у галузі клінічної психології, до якої входили Роберт Спітцер, Курт Кренке, Джанет Вільямс та Бернд Лове у 2006 році. Він є частиною інтегрованого інструменту “The Patient Health Questionnaire”, створеного компанією Pfizer для використання у медичних закладах. Також опитувальник входить до його модифікацій, таких як PRIME-MD, PHQ-15 і PHQ-SADS. Використання, переклад та поширення дозволені без необхідності отримання дозволу від власників авторських прав (Pfizer, 2014). [1]

Методика побудована на основі діагностичних критеріїв генералізованого тривожного розладу з DSM-5 та інших подібних опитувальників. Опитувальник GAD-7 складається із семи питань, які охоплюють ключові симптоми патологічної тривоги, а також одного додаткового питання про вплив цих симптомів на повсякденну діяльність (наприклад, роботу, виконання домашніх обов'язків або спілкування). [1]

Респондентів просять оцінити, як часто вони стикалися із зазначеними симптомами за останні два тижні, використовуючи шкалу з чотирма варіантами відповідей: від «зовсім ні» до «майже щодня». Ці відповіді переводяться у бали (від 0 до 3), а сумарний результат може варіюватися від 0 до 21. Чим вищий показник, тим сильніше виражені симптоми генералізованого тривожного розладу. [1]

Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події»

Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R), розроблена М. Горовіцом та співавторами, є дієвим інструментом для аналізу симптомів посттравматичного стресового розладу. Ця методика включає 22 запитання, які допомагають оцінити три ключові аспекти:

- Субшкала «вторгнення» оцінює наявність зміст та зміст нав'язливих думок, кошмарів, сновидінь про пережиту травматичну подію.
- Субшкала «уникнення» оцінює поведінку та думки, що спрямовані на уникнення спогадів про травматичну подію.
- Субшкала «збудження» оцінює психоемоційну активність, що пов'язана з травматичною подією. Наприклад, дратівливість, спалахи гніву. [59]

Шкала сприйнятого стресу PSS-10

Методика була розроблена американськими дослідниками Шелдоном Коеном, Томом Камарком та Робіном Мермельштейном у 1983 році (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) для вимірювання рівня суб'єктивного сприйняття стресу. Вона дає змогу оцінити, наскільки людина відчуває життєві ситуації як напружені, тобто чи здається їй, що зовнішні обставини перевищують її здатність з ними справлятися. [6]

Для української вибірки методика була перекладена, адаптована та протестована у 2022 році психологинями Вельдбрехт О. О. та Тавровецькою Н. І. Після процедури прямого та зворотного перекладу шкалу було використано у масовому онлайн-опитуванні серед українців у період активних бойових дій, що підтвердило її надійність та валідність для вивчення рівня стресу в умовах війни. [6]

Опитувальник PCL-5

Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) був розроблений у 2013 році у Національному центрі з вивчення посттравматичного стресового розладу Департаменту у справах ветеранів США. Основною метою

методики є виявлення та оцінка вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу згідно з критеріями DSM-5. [61]

Українська адаптація методики здійснена у 2022 році компанією ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Переклад та адаптацію виконала Кульбаба Т.В. [61]

Опитувальник складається з 20 тверджень, що охоплюють чотири групи симптомів ПТСР: «Вторгнення» (пункти 1–5); «Уникнення» (пункти 6–7); «Негативні зміни у когніціях і настрої» (пункти 8–14); «Підвищена збудливість» (пункти 15–20). [61]

Методика широко використовується у клінічній практиці та дослідженнях для первинного скринінгу, оцінки симптомів та моніторингу змін під час психотерапії.

Авторська анкета

Авторська анкета для збору наступних даних від респондентів: вік, стать, сімейний статус, місце проживання, чи перебували в окупації, чи є діти, чи є робота, чи ставали свідками травматичних подій (втрата дому, втрата рідних).

2.3. Характеристика вибірки учасників дослідження

В дослідженні брали участь 77 людей. Віком від 18 до 76 років. 37 людей проживали в окупації, 39 – ні, 1 проживає досі (рис. 2.1).

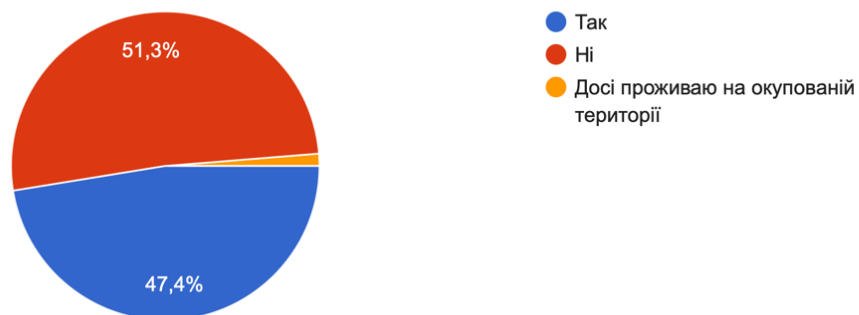


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за проживанням в окупації та ні.

Далі ми розглянули отримані показники за критерієм статі. У опитуванні взяли участь 69 жінок та 18 чоловіків (рис. 2.2).

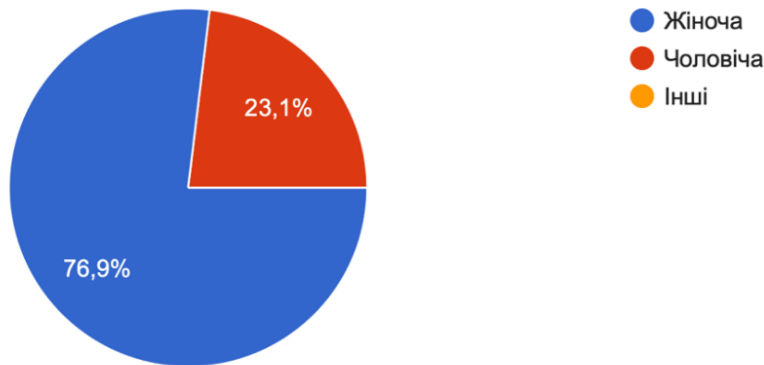


Рис. 2.2. Статистичний розподіл респондентів за статтю.

Також було проаналізовано відповіді стосовно того, чи втратили респонденти свою роботу. Відповіді представлено на рисунку 2.3.

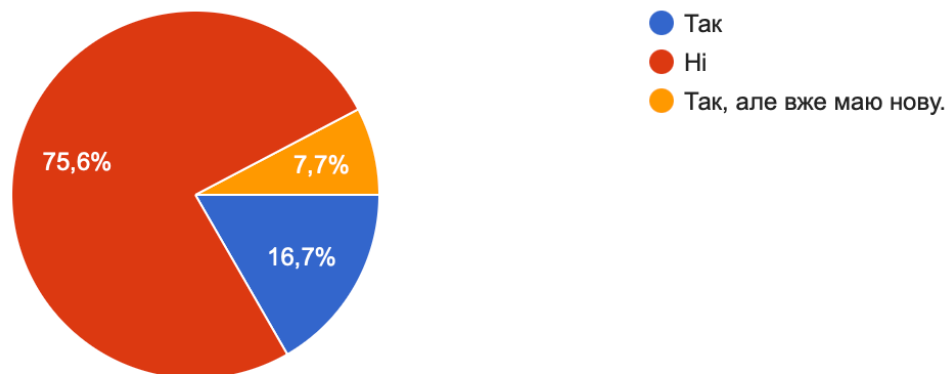


Рис.2.3. Відповіді респондентів щодо втрати роботи в умовах війни.

Далі було проаналізовано отримані відповіді стосовно місця проживання респондентів до початку війни. Дані представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Характеристика вибірки за місцем проживання

Область	N
Херсонська обл.	35
м. Київ	22

Київська обл.	6
Харківська обл.	1
Сумська обл.	1
Одеська обл.	1
Луганська обл.	1
Івано-Франківська обл.	1
Запорізька обл.	2
Донецька обл.	3
Волинська обл.	1
Чернігівська обл.	2
Черкаська обл.	1

Далі ми проаналізували відповіді респондентів за тривалістю проживання в окупації. Результати представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Показники відповідей респондентів залежно від досвіду перебування в окупації.

Час	N
До півроку	24
Більше півроку	13
Не проживали	40

Далі було проаналізовано отримані відповіді стосовно того, чи були респонденти свідками загибелі рідних, друзів чи сусідів. Дані представлено на рисунку 2.3.

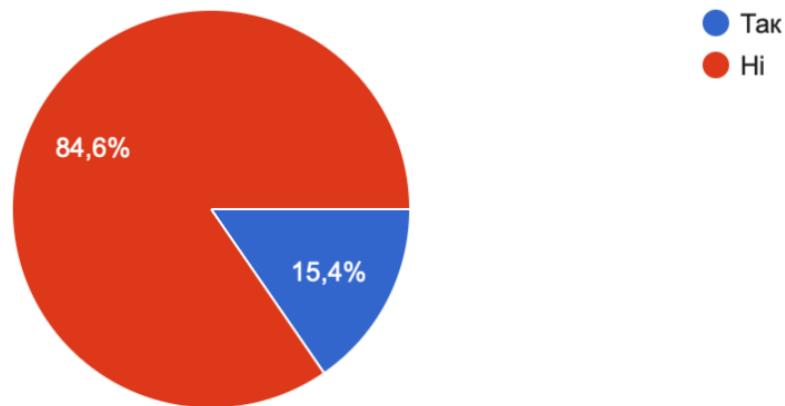


Рис.2.4. Статистичний розподіл респондентів за досвідом свідчення загибелі рідних, друзів чи сусідів.

Також було з'ясовано, чи вплинула війна на міжособистісні стосунки респондентів, зокрема чи мали вони досвід розірвання зав'язків із родичами або друзями через розбіжності в політичних поглядах. Відповіді представлено на рисунку 2.5.

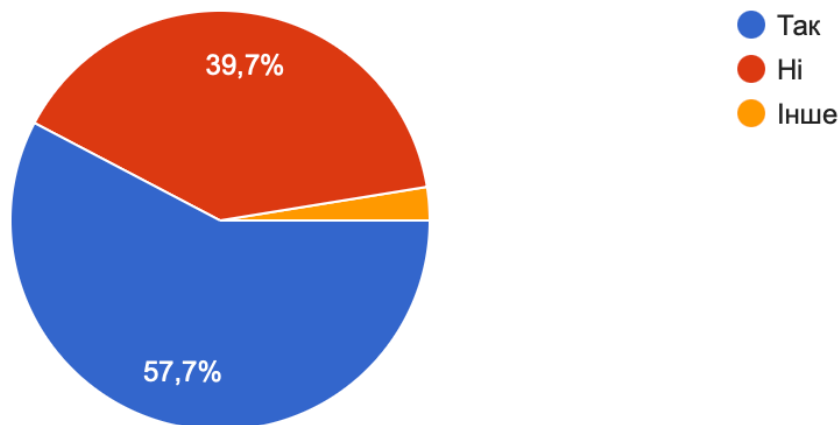


Рис.2.5. Розрив стосунків через політичні погляди.

Також було розглянуто чи доводилося респондентам зіштовхуватися з окупантами особисто – наприклад, вдома чи на роботі. Дані розподілу подано на рисунку 2.6.

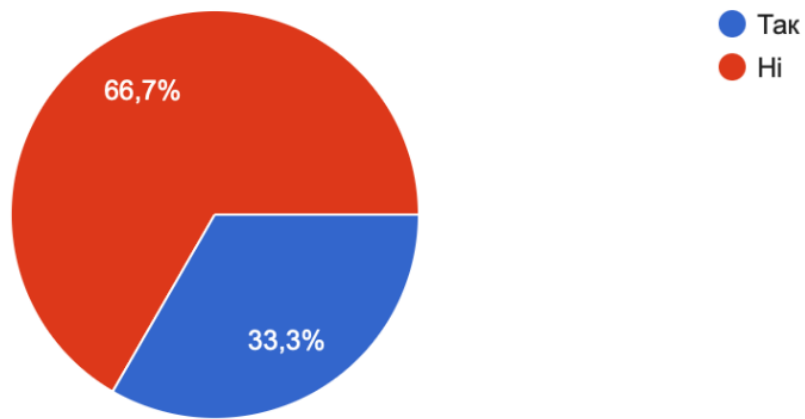


Рис. 2.6. Статистичний розподіл з респондентами за досвідом зіткнення з окупантами.

Також під час опитування респондентів було з'ясовано, чи стикалися вони або їх близькі з примусовими діями з боку окупантів – зокрема, чи забирали їх на допити. Отримані відповіді подано на рисунку 2.7.

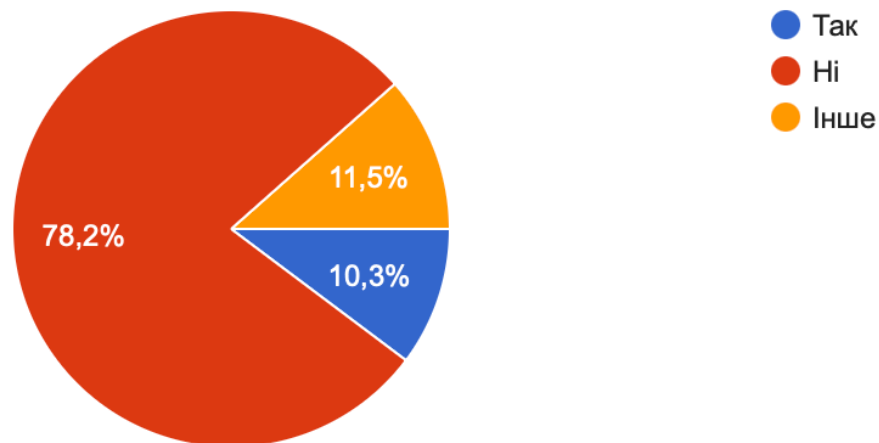


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за досвідом допитів під час окупації.

У межах дослідження з'ясовано, чи перебували учасники опитування під обстрілами або бомбардуваннями. Дані подано на рисунку 2.8.

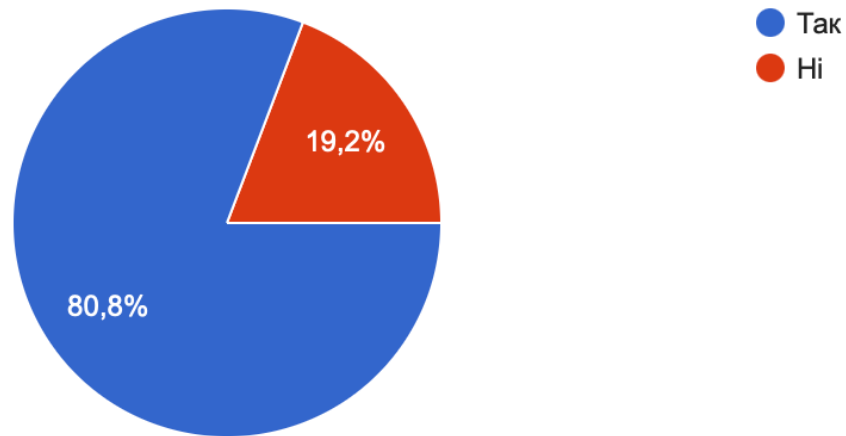


Рис.2.8. Статистичний розподіл респондентів за досвідом перебування під обстрілами.

Також було з'ясовано, чи було житло респондентів зруйновано. Дані подано на рисунку 2.9.

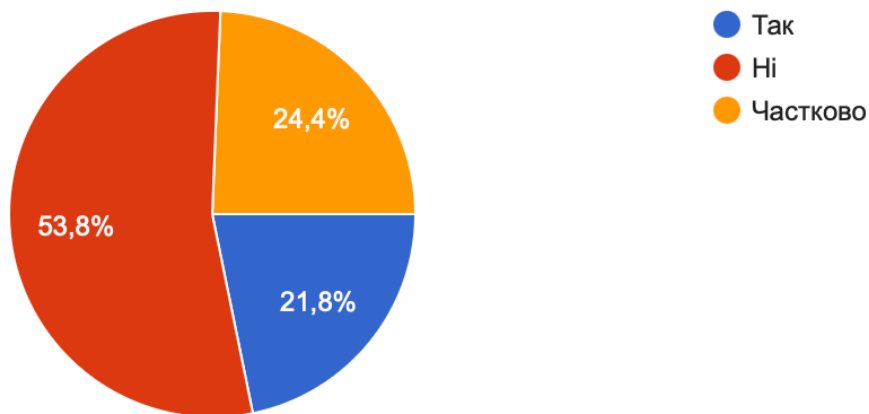


Рис.2.9. Розподіл респондентів за фактом руйнування їхнього житла.

У межах дослідження з'ясовано, чи зазнали респонденти негативних наслідків через підрив Каховської ГЕС. Відповіді представлено на рисунку 2.10.

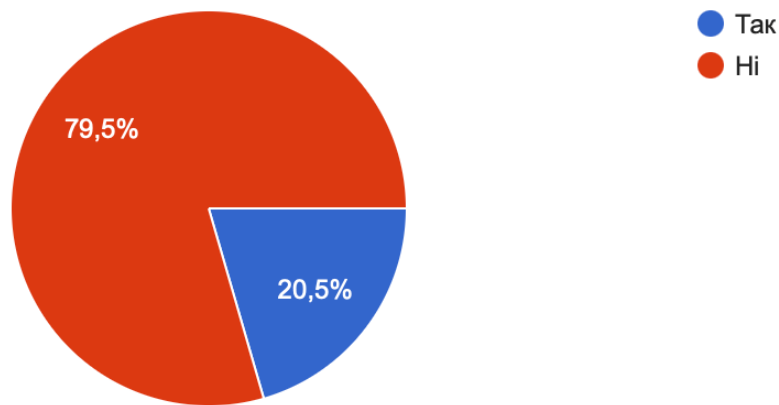


Рис. 2.10. Статистичний розподіл відповідей щодо наслідків підриву Каховської ГЕС для респондентів.

Після детального опису використаних методик було описано статистичні показники респондентів.

Висновки до розділу 2

У другому розділі ми детально описали, як було організовано й проведено емпіричне дослідження, що мало на меті вивчити вплив пережитих травматичних подій на психоемоційний стан людей, які проживали в умовах окупації. Для цього було сформульовано чіткі завдання, обрано відповідну вибірку та надійні психодіагностичні методики, що дозволяють вимірювати рівень тривоги, депресії, стресу та симптомів ПТСР.

У дослідженні взяли участь 77 осіб віком від 18 до 76 років, серед яких були як ті, що пережили окупацію, так і ті, хто перебував на підконтрольній Україні території. Вибірка включала учасників різної статі, віку та з різних регіонів країни, що дало змогу отримати більш об'ємне й достовірне уявлення про вплив війни на психічне здоров'я населення.

Для збору даних було використано адаптовані й валідні опитувальники: PHQ-9 для оцінки депресії, GAD-7 — тривожності, PSS-10 — рівня стресу, PCL-5 — симптомів ПТСР, а також IES-R — для вимірювання інтенсивності впливу травматичних подій. Високі значення коефіцієнтів альфи Кронбаха для всіх методик підтверджують їхню внутрішню узгодженість і надійність у межах нашого

дослідження. Крім того, було використано авторську анкету, що дозволила зафіксувати факт пережиття конкретних травматичних ситуацій — зокрема обстрілів, втрати житла, загибелі близьких, особистого контакту з окупантами та наслідків підриву Каховської ГЕС.

Дані були зібрані в онлайн-форматі із дотриманням етичних вимог. Усі учасники надали згоду на участь у дослідженні. Обробка даних проводилася з використанням статистичного програмного забезпечення Jamovi. Застосування t-критерію Стюдента та коефіцієнтів кореляції Пірсона дозволило виявити зв'язки між тривалістю перебування в окупації, кількістю травматичних подій і рівнями психоемоційного навантаження.

Розділ також містить опис самої вибірки, її географічну й соціальну структуру, а також розподіл відповідей на ключові запитання щодо досвіду війни. Зібрані дані створюють надійну базу для наступного етапу дослідження — аналітичного розгляду отриманих результатів, який буде здійснено в третьому розділі роботи.

**РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ
ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В
ОКУПАЦІЇ, ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ
ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ**

**3.1. Порівняльний аналіз вираженості тривожно-депресивних та
посттравматичних проявів у людей, які перебували в окупації, та тих, хто
проживав на підконтрольній території**

1. Проведено порівняння середніх значень за результатами PHQ-9 між респондентами, які проживали та не проживали в окупації, із застосуванням Т-критерію Стьюдента (таблиця 3.1) та побудовано графік довірчих інтервалів (рис. 3.1).

Таблиця 3.1.

Т-критерій незалежних вибірок для PHQ-9

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	10,6	9,89
Т-критерій Стьюдента, t	-0,535	
df	71,0	
p	0,595	

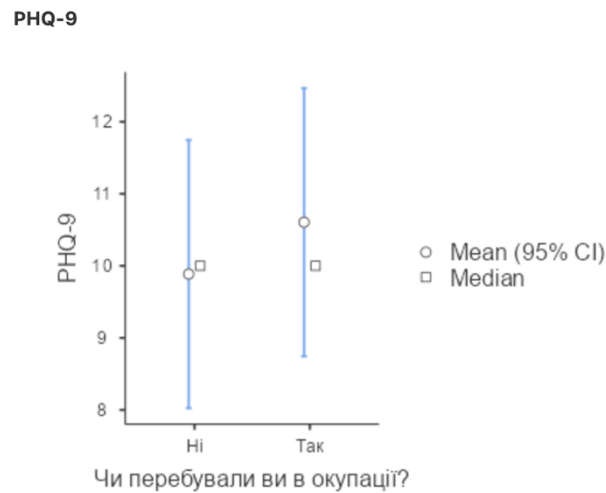


Рис. 3.1. Графік довірчих інтервалів для PHQ-9.

За отриманими даними можна зробити висновок, що за результатами опитувальника **PHQ-9** значимої відмінності по рівню депресії між двома групами респондентів немає. Можливо, це пов'язано з тим, що війна впливає на всі верстви населення, тим паче йде третій рік війни. Українці потерпають від частих ракетних обстрілів, атак безпілотників, безсонних ночей. Оскільки тема впливу війни на психічне здоров'я ще недостатньо вивчена, а конфлікт триває. Це питання потребує подальших досліджень.

2. Проведено порівняння середніх значень за результатами **GAD-7** між респондентами, які проживали та не проживали в окупації, із застосуванням Т-критерію Стьюдента (таблиця 3.2) та побудовано графік довірчих інтервалів (рис 3.2)

Таблиця 3.2.

Т-критерій незалежних вибірок для GAD-7

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	10,5	9,03
Т-критерій Стьюдента, t	-1,072	
df	71,0	

p	0,287
---	-------

GAD-7

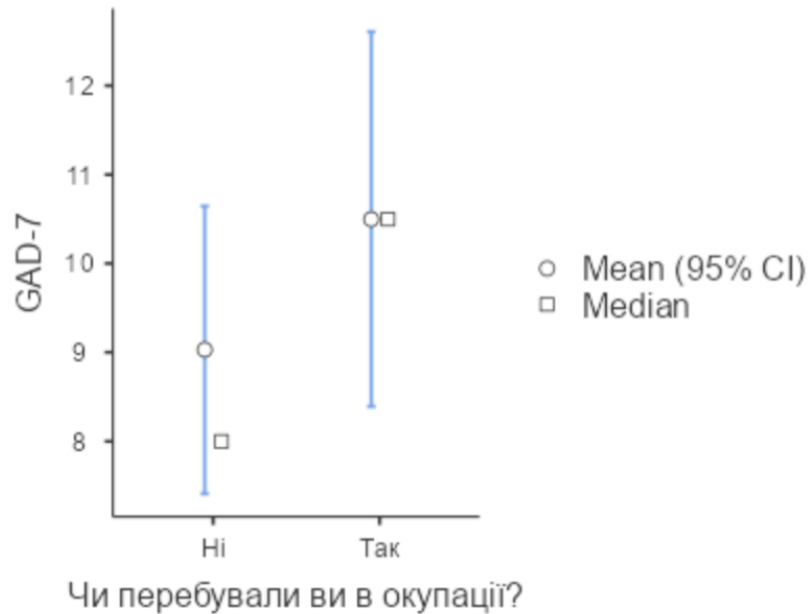


Рис. 3.2. Графік довірчих інтервалів для GAD-7.

На основі отриманих даних встановлено, що за результатами опитувальника GAD-7 між двома групами респондентів (проживали/не проживали в окупації) немає статистично значущих відмінностей у рівні тривоги. Це може бути пов'язано з тим, що війна впливає на всіх громадян незалежно від місця проживання, особливо враховуючи, що бойові дії тривають досі.

3. Проведено порівняння середніх значень за результатами шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) між респондентами, які проживали та не проживали в окупації.

Результати для двох груп аналізувалися окремо за трьома субшкалами опитувальника. Також було застосовано Т-критерій Стьюдента для цих субшкал (таблиці 3.3, 3.4, 3.5) та побудовано графік довірчих інтервалів (рис. 3.3, 3.4, 3.5).

Субшкала «вторгнення».

Таблиця 3.3.

T-критерій незалежних вибірок для субшкали «вторгнення»

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	18,9	13,4
T-критерій Стьюдента, t	-2,190	
df	71.0	
p	0.032	

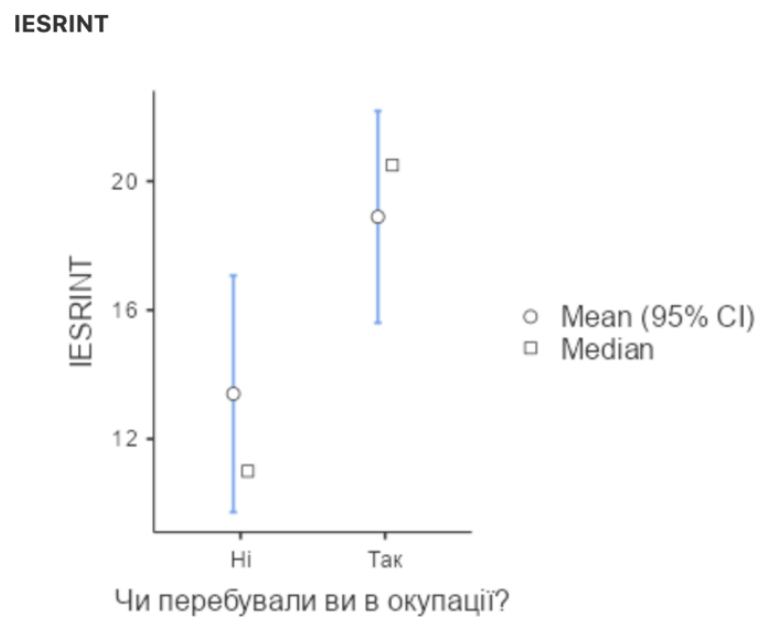


Рис. 3.3. Графік довірчих інтервалів для субшкали «вторгнення».

За отриманими даними, можна зробити висновок, що за шкалою «вторгнення» існує значуща відмінність між респондентами, які проживали в окупації, і тими, хто не проживав. Результати за цією шкалою значно вищі у тих, хто зазнав досвіду окупації, що свідчить про часті, нав'язливі спогади про травматичні події. Такі спогади можуть включати раптове «переживання» моментів травми, кошмари чи яскраві флешбеки, які людина не здатна контролювати. Це вказує на постійне відтворення травматичного досвіду, що може викликати емоційне виснаження та

перешкоджати нормальному повсякденному функціонуванню. Високі показники за цією шкалою підкреслюють необхідність надання психологічної допомоги для зменшення інтенсивності таких симптомів і підтримки емоційного відновлення.

Субшкала «уникнення».

Таблиця 3.4.

Т-критерій незалежних вибірок для субшкали «уникнення»

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	17,1	13,3
Т-критерій Стьюдента, t	-1,529	
df	71.0	
p	0,131	

IESRAVD

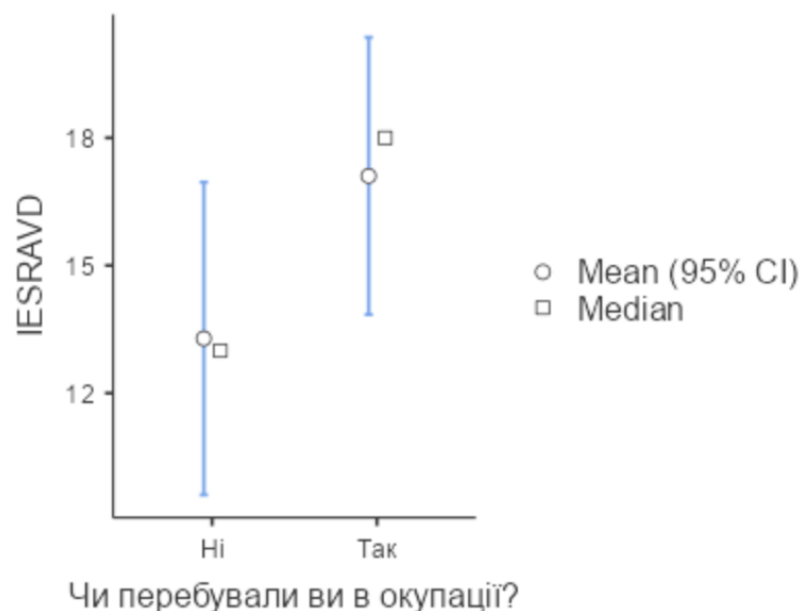


Рис. 3.4. Графік довірчих інтервалів для субшкали «уникнення».

За отриманими даними можна зробити висновок, що за шкалою «уникнення» існує відмінність між респондентами, які проживали в окупації, і тими, хто не проживав. Люди, які пережили окупацію, частіше намагаються уникати спогадів і розмов про травматичні події, що є типовим проявом психологічного захисту, зокрема механізму уникнення. Це дозволяє їм зменшувати емоційний біль і тривогу, пов'язані зі спогадами. Додатково, такий стан може пояснюватися прагненням відсторонитися від тригерів, що нагадують про травму, аби уникнути повторного переживання цих подій. Однак тривале уникнення може впливати на адаптацію та ускладнювати подолання травматичного досвіду, що вимагає подальшої психологічної підтримки.

Субшкала «збудливість».

Таблиця 3.5.

Т-критерій незалежних вибірок для субшкали «збудливість»

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	17,3	14,2
Т-критерій Стьюдента, t	-1,254	
df	71.0	
p	0.214	

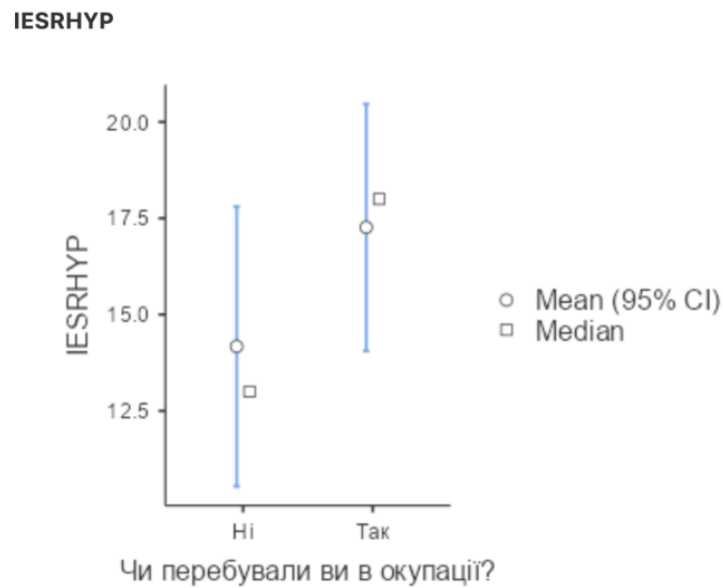


Рис. 3.5. Графік довірчих інтервалів для субшкали «збудливість».

За отриманими даними можна зробити висновок, що за результатами шкали «збудливість» є відмінність між людьми, які проживали в окупації та не проживали. Респонденти, які проживали в умовах окупації, мали вищий рівень збудливості через тривале перебування в стані небезпеки та загрози життю. Постійний стрес активує симпатичну нервову систему, викликаючи тривожність, порушення сну та підвищену настороженість. Відсутність безпеки, обмеження свободи та непередбачуваність подій значно впливають на психоемоційний стан. Дефіцит ресурсів та соціальна ізоляція в умовах окупації посилюють психологічний тиск. Водночас ті, хто не перебував в окупації, могли не стикатися з настільки інтенсивними стресовими факторами.

4. Проведено порівняння середніх значень за результатами опитувальника **PSS-10** між респондентами, які проживали та не проживали в окупації, із застосуванням Т-критерію Стьюдента (таблиця 3.6) та побудовано графік довірчих інтервалів (рис. 3.6)

Таблиця 3.6.

Т-критерій незалежних вибірок для PSS-10

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	15,9	16,2
T-критерій Стьюдента, t	0,247	
df	71,0	
p	0,805	

PSS

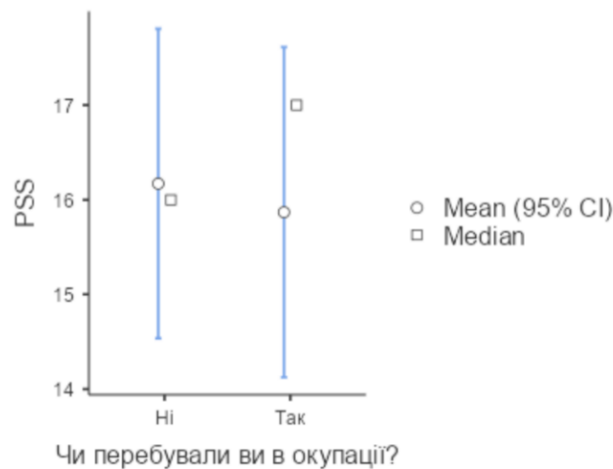


Рис. 3.6. Графік довірчих інтервалів для PSS-10.

За отриманими даними видно, що середні значення суб'єктивного стресу за шкалою PSS-10 були дещо вищими у респондентів, які перебували в окупації, порівняно з тими респондентами, які не перебували в окупації. Згідно з t-критерієм Стьюдента ($t=0,247$; $p=0,805$) ця різниця не є статистично значущою. Це може свідчити про високу індивідуальну варіативність рівня стресу в обох групах та потребує подальшого аналізу з урахуванням додаткових факторів.

5. Проведено порівняння середніх значень за результатами PCL-5 між респондентами, які проживали та не проживали в окупації, із застосуванням T-критерію Стьюдента (таблиця 3.7) та побудовано графік довірчих інтервалів (рис. 3.7)

Таблиця 3.7.

T-критерій незалежних вибірок для PCL-5

Показники	Проживали в окупації	Не проживали в окупації
N	38	39
Середнє значення	29,6	25,1
T-критерій Стьюдента, t	-0,907	
df	71,0	
p	0,367	

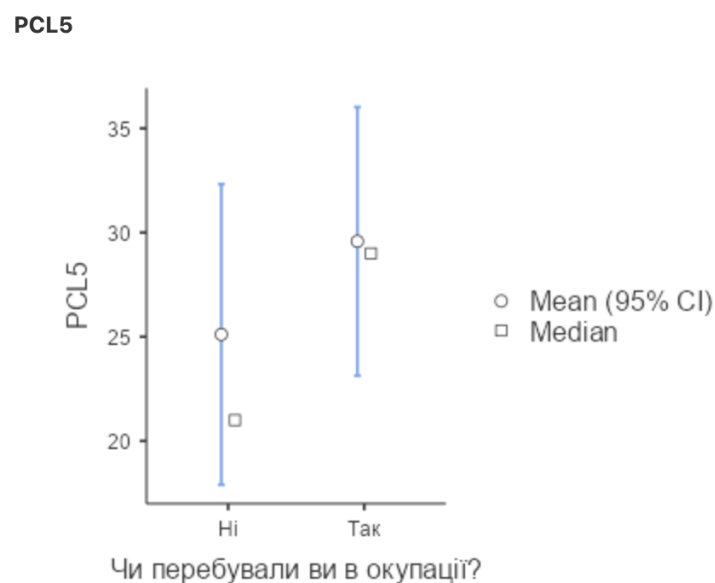


Рис. 3.7. Графік довірчих інтервалів для PCL-5.

На основі отриманих даних встановлено, що за результатами опитувальника PCL-5 між двома групами респондентів (проживали/не проживали в окупації) немає статистично значущих відмінностей у проявах симптомів ПТСР. Ймовірно, це пов'язано з тим, що вплив війни є загальнонаціональним феноменом і охоплює всіх громадян незалежно від місця проживання. Тривале перебування у стресових умовах, постійна напруга можуть формувати стресову реакцію навіть у тих, хто не зазнав окупації.

Результати дослідження свідчать, що за опитувальниками **RHQ-9** (депресія), **GAD-7** (тривога), **PSS-10** (стрес) **PCL-5** (ПТСР) між респондентами, які проживали в умовах окупації, і тими, хто не проживав, немає статистично значущих

відмінностей. Це може пояснюватися тим, що війна як глобальний стресор впливає на всіх громадян незалежно від їхнього місця проживання. Постійна загроза життю через обстріли, атаки дронів і безсонні ночі є загальними чинниками стресу для всієї країни, що знижує відмінності між окремими групами.

Однак дані за субшкалами свідчать про важливість детальнішого аналізу. Наприклад:

1. За шкалою «вторгнення» респонденти, які проживали в окупації, показують вищий рівень нав'язливих спогадів, що може вказувати на більш глибокий травматичний досвід.
2. За шкалою «уникнення» ці ж респонденти частіше уникають згадок і тригерів, що свідчить про сильніші механізми психологічного захисту.
3. Підвищені показники за шкалою «збудливості» можуть бути наслідком тривалого перебування в умовах небезпеки та хронічного стресу.

Таким чином, хоча загальний рівень депресії та тривоги в обох групах схожий, глибший аналіз субшкал виявляє більш виражені прояви окремих симптомів у тих, хто пережив окупацію. Це підкреслює важливість подальших досліджень, спрямованих на детальне вивчення впливу війни на психічне здоров'я.

3.2. Дослідження взаємозв'язку між травматичним досвідом, рівнем тривожності, депресії та симптомами ПТСР у осіб, що перебували в окупації

Однією з поставлених задач нашого дослідження було емпіричне дослідження ролі травматичних подій у формуванні тривожно-депресивних проявів та симптомами ПТСР у осіб, що проживали в окупації. Для вирішення цієї задачі було застосовано метод кореляційного аналізу.

Дослідження депресивних проявів за методикою PHQ-9 за ступенем травматичних подій серед людей, що жили в окупації.

Субшкала «вторгнення».

На діаграмі (рис. 3.8) ми бачимо виражений лінійний зв'язок. Також ми вирахували коефіцієнт Пірсона для даних показників (таблиця 3.8). Враховуючи показники Пірсона $r=0,563$ ($p < 0,001$), показник свідчить про помірний взаємозв'язок між двома змінними.

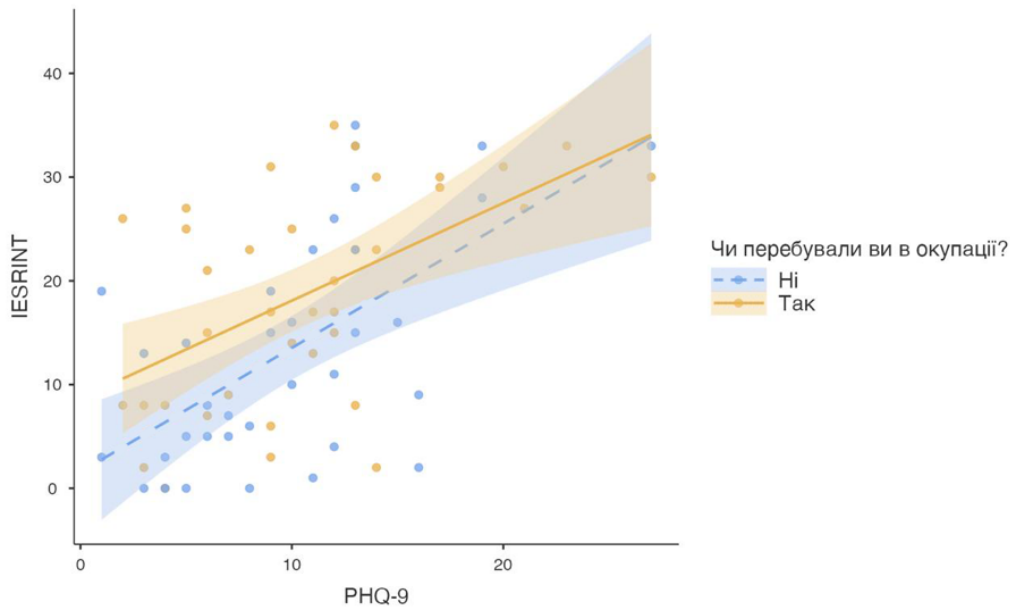


Рис. 3.8. Діаграма розсіювання PHQ-9 для субшкали «вторгнення».

Субшкала «уникнення».

На діаграмі (рис. 3.9) спостерігається чіткий лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона (таблиця 3.8). Вираховане значення $r=0,563$ свідчить про помірний позитивний взаємозв'язок між змінними, тобто зі збільшенням одного показника зростає й інший. Статистично значуща залежність ($p < 0,001$) вказує на те, що такий зв'язок не випадковий і заслуговує на увагу. Помірна кореляція вказує на істотну, але не сильну взаємодію між змінними, що потребує додаткового аналізу для детальнішого розуміння їхніх відносин.

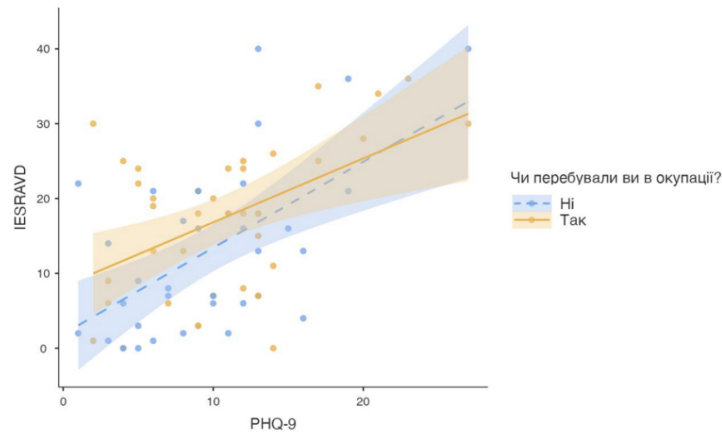


Рис. 3.9. Діаграма розсіювання PHQ-9 для субшкали «уникнення».

Субшкала «збудливість».

На діаграмі (рис. 3.10) видно чіткий лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r=0,576$ свідчить про помірний позитивний зв'язок – зі збільшенням одного показника зростає і інший. Статистично значуща залежність ($p<0,001$) свідчить про те, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на увагу. Помірний рівень кореляції вказує на суттєву, але не сильну взаємодію між змінними, що потребує додаткового аналізу для кращого розуміння їхніх відносин.

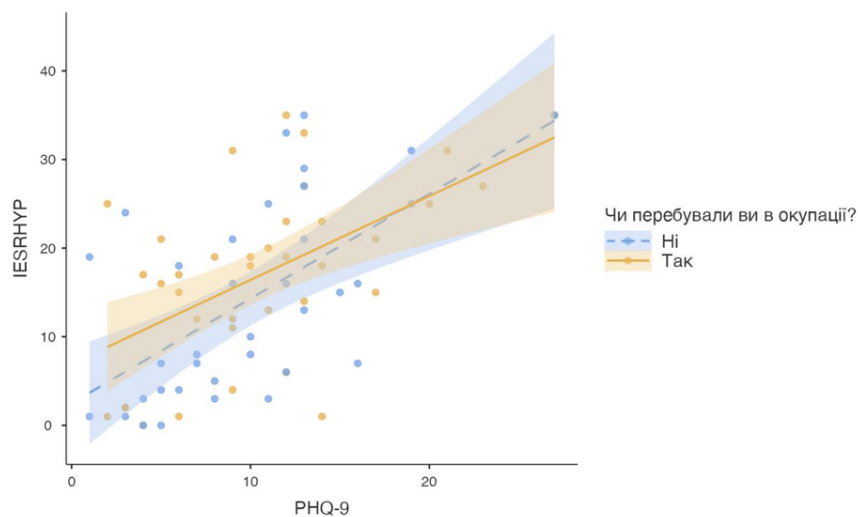


Рис. 3.10. Діаграма розсіювання PHQ-9 для субшкали «збудливість».

Дослідження тривожних проявів за методикою GAD-7 та ступенем травматичних подій серед людей, що жили в окупації.

Субшкала «вторгнення».

На діаграмі (рис. 3.11) спостерігається чіткий лінійний зв'язок між двома змінними: субшкалою «вторгнення» та показником за методикою GAD-7. Це підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона для оцінки їхнього взаємозв'язку. Обчислене значення $r=0,687$ свідчить про помітний позитивний зв'язок: зі зростанням показника за субшкалою «вторгнення» підвищується і рівень тривожності за методикою GAD-7. Статистично значуща залежність ($p<0,001$) підтверджує, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на увагу для подальшого аналізу. Такий результат вказує на сильний, але не абсолютний взаємозв'язок між змінними, що може мати важливе практичне значення та потребує глибшого вивчення.

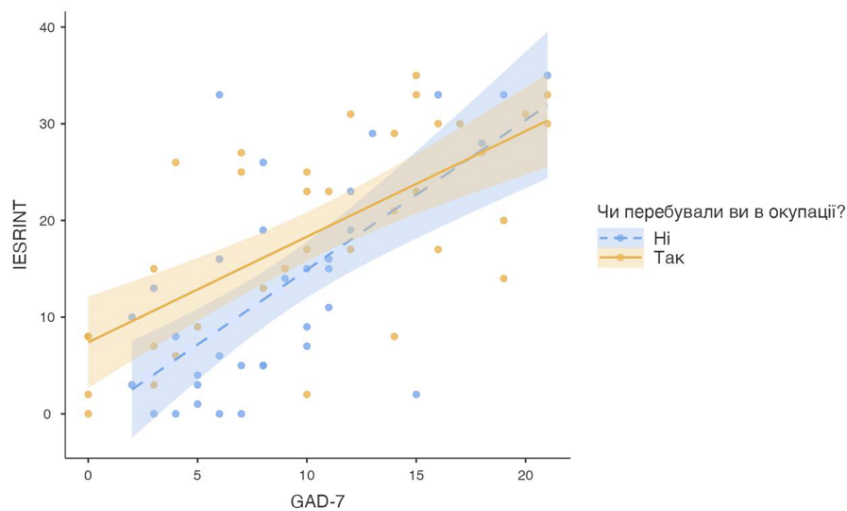


Рис. 3.11. Діаграма розсіювання GAD-7 для субшкали «вторгнення».

Субшкала «уникнення».

На діаграмі (рис. 3.12) спостерігається чіткий лінійний зв'язок між двома змінними: субшкалою «уникнення» та показником за методикою GAD-7. Це підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона для оцінки їхнього взаємозв'язку. Обчислене значення $r=0,601$ свідчить про помітний позитивний зв'язок: зі зростанням показника за субшкалою «уникнення» підвищується і рівень тривожності за методикою GAD-7. Статистично значуща залежність ($p<0,001$) підтверджує, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на

увагу для подальшого аналізу. Такий результат вказує на помірну, але не сильну взаємодію між змінними, що може мати певне практичне значення та потребує детальнішого дослідження.

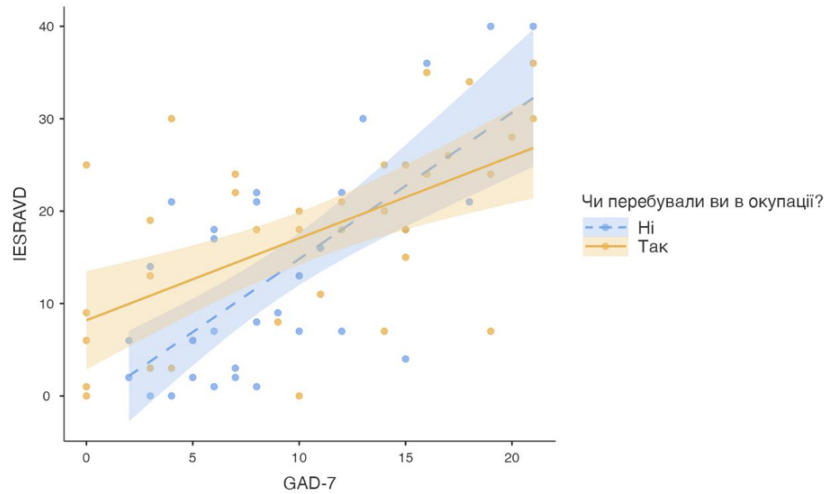


Рис. 3.12. Діаграма розсіювання GAD-7 для субшкали «уникнення».

Субшкала «збудливість».

На діаграмі (рис. 3.13) спостерігається чіткий лінійний зв'язок між двома змінними: субшкалою «збудливість» та показником за методикою GAD-7. Це підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона для оцінки їхнього взаємозв'язку. Обчислене значення $r=0,684$ свідчить про сильний позитивний зв'язок: зі зростанням показника за субшкалою «збудливість» підвищується і рівень тривожності за методикою GAD-7. Статистично значуща залежність ($p<0,001$) підтверджує, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на увагу для подальшого аналізу.

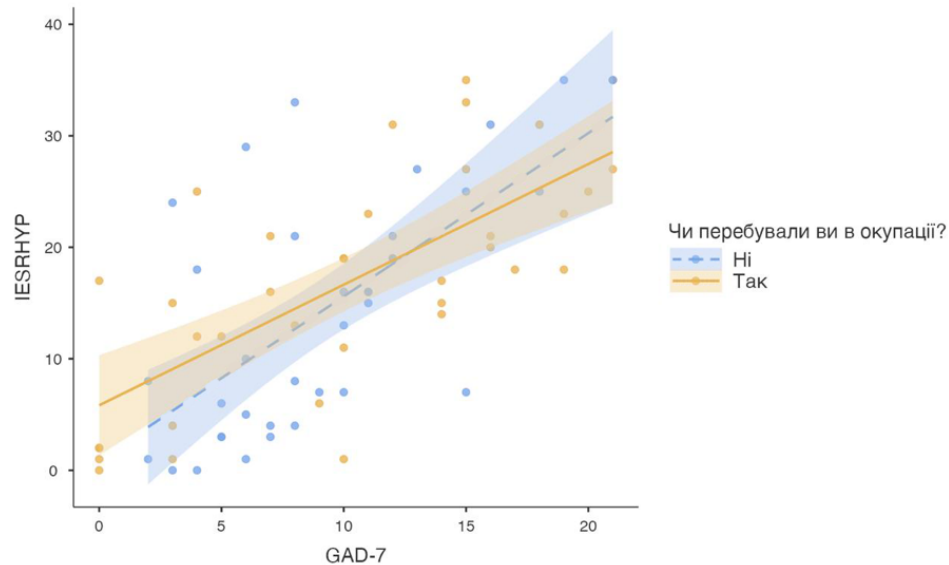


Рис. 3.13. Діаграма розсіювання GAD-7 для субшкали «збудливість».

Дослідження сприйнятого стресу за методикою PSS-10 серед людей, що жили в окупації залежно від інтенсивності травматичних подій

Субшкала «вторгнення».

На діаграмі (рис. 3.14) видно помірний лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r = 0,373$ свідчить про помірний позитивний кореляційний зв'язок — зі збільшенням одного показника має тенденцію зростати й інший. Отримане значення ($p < 0,001$) свідчить про статистично значущу залежність, тобто ймовірність того, що виявлений зв'язок є випадковим, надзвичайно мала. Це дозволяє зробити висновок про наявність суттєвого взаємозв'язку між змінними, що має як теоретичну, так і практичну цінність для подальшого аналізу.

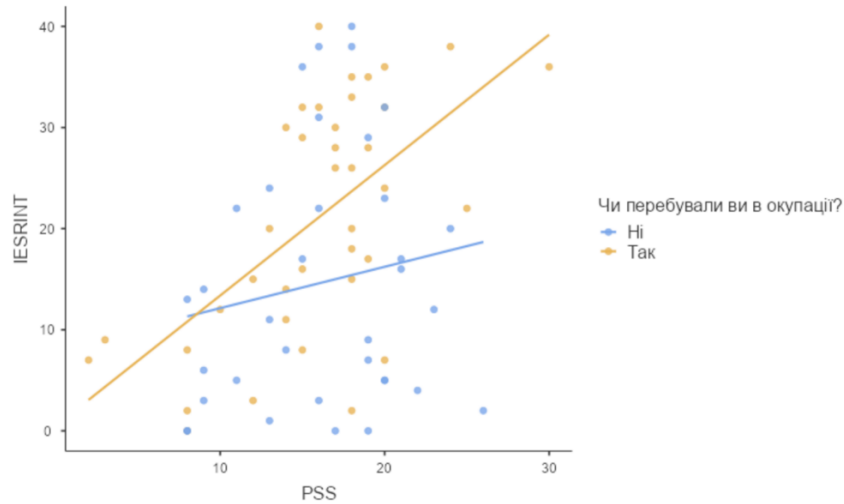


Рис. 3.14. Діаграма розсіювання PSS-10 для субшкали «вторгнення».

Субшкала «уникнення».

На діаграмі (рис. 3.15) видно слабкий лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r = 0,244$ свідчить про слабкий позитивний кореляційний зв'язок — зі збільшенням одного показника інший також має тенденцію зростати. Отримане значення ($p = 0,037$) вказує на статистично значущу залежність, тобто виявлений зв'язок не є випадковим. Це дає підстави стверджувати про наявність реальної асоціації між змінними, що може мати як теоретичне, так і практичне значення для подальшого аналізу.

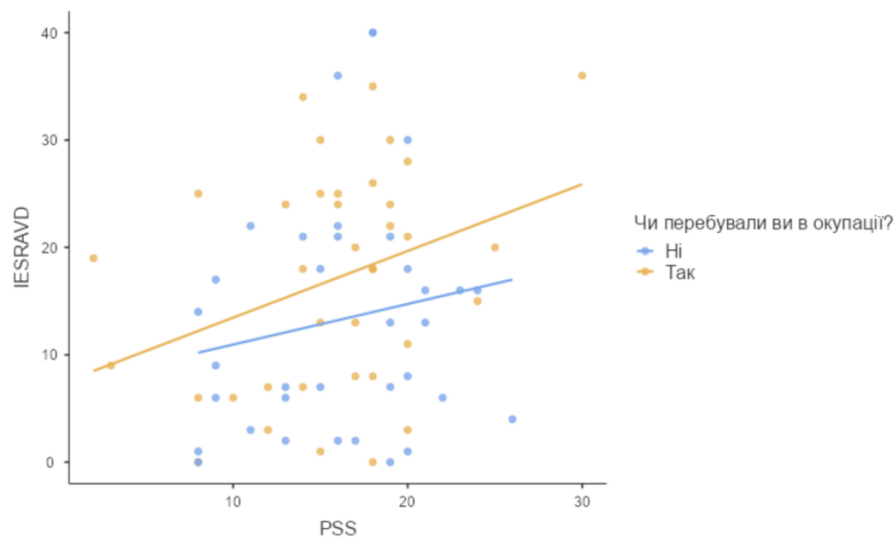


Рис. 3.15. Діаграма розсіювання PSS-10 для субшкали «уникнення».

Субшкала «збудливість».

На діаграмі (рис. 3.16) видно помірний лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r = 0,372$ свідчить про помірний позитивний кореляційний зв'язок — зі збільшенням одного показника інший також має тенденцію зростати. Отримане значення ($p = 0,001$) вказує на статистично значущу залежність, тобто виявлений зв'язок не є випадковим. Це дає підстави стверджувати про наявність реальної асоціації між змінними, що може мати як теоретичне, так і практичне значення для подальшого аналізу.

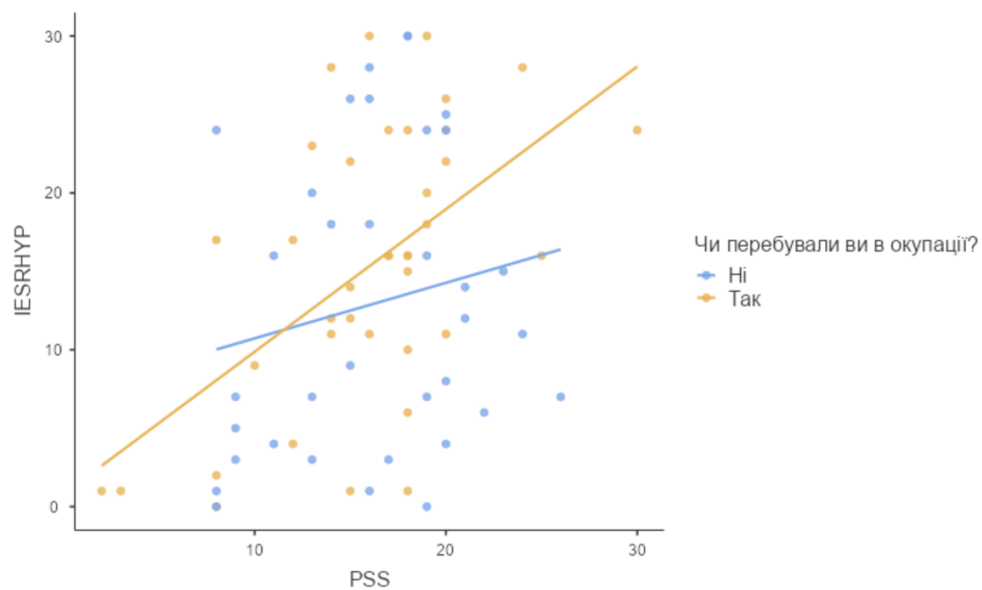


Рис. 3.16. Діаграма розсіювання PSS-10 для субшкали «збудливість».

Дослідження симптомів ПТСР за опитувальником PCL-5 та ступеня пережитих травматичних подій серед людей, які проживали в окупації

Субшкала «вторгнення».

На діаграмі (рис. 3.17) видно чіткий лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r=0,750$ свідчить про сильний позитивний зв'язок — зі збільшенням одного

показника зростає і інший. Статистично значуща залежність ($p < 0,001$) свідчить про те, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на увагу. Сильний рівень кореляції вказує на суттєву взаємодію між змінними, що може мати теоретичне, так і практичне значення для подальшого аналізу.

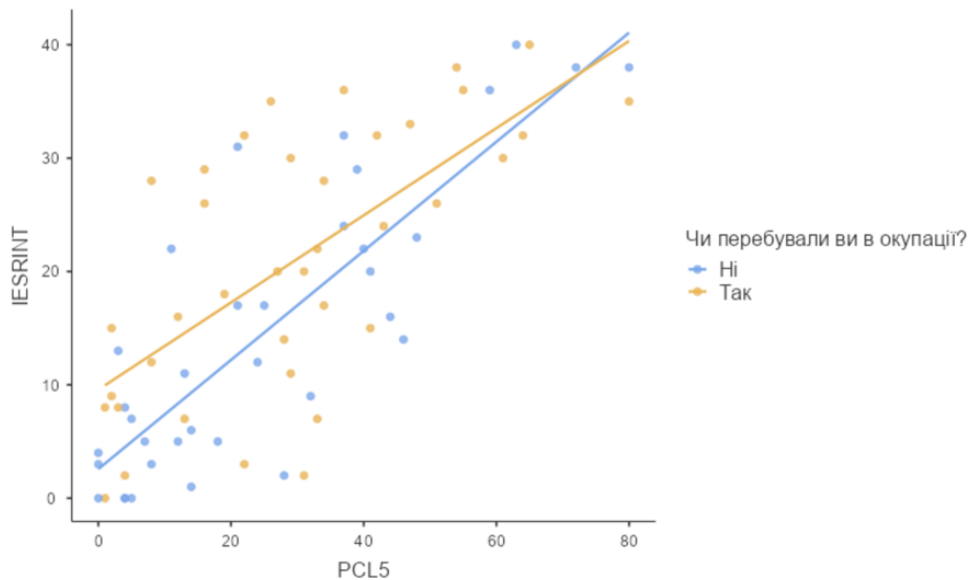


Рис. 3.17. Діаграма розсіювання PCL-5 для субшкали «вторгнення».

Субшкала «уникнення».

На діаграмі (рис. 3.18) видно чіткий лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r=0,648$ свідчить про сильний позитивний зв'язок – зі збільшенням одного показника зростає і інший. Статистично значуща залежність ($p < 0,001$) свідчить про те, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на увагу. Сильний рівень кореляції вказує на суттєву взаємодію між змінними, що може мати теоретичне, так і практичне значення для подальшого аналізу.

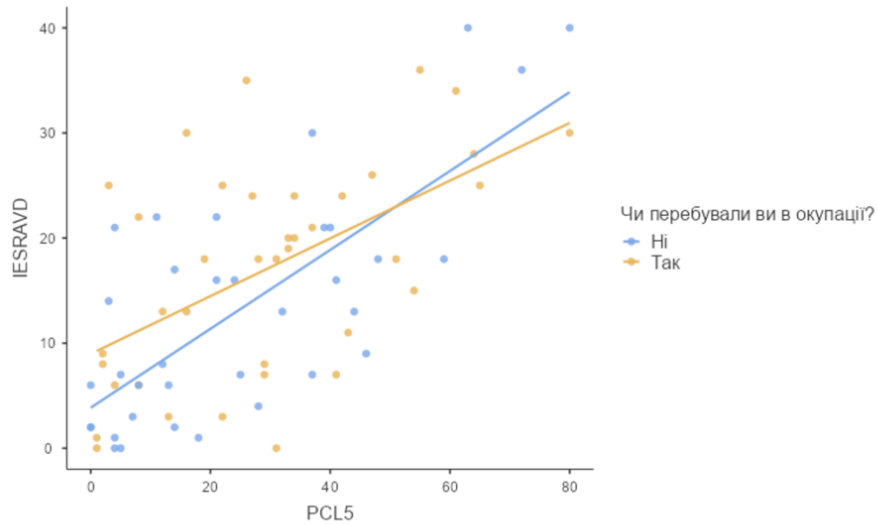


Рис. 3.18. Діаграма розсіювання PCL-5 для субшкали «уникнення».

Субшкала «збудливість».

На діаграмі (рис. 3.19) видно чіткий лінійний зв'язок між двома змінними, що підтверджує доцільність використання коефіцієнта кореляції Пірсона. Обчислене значення $r=0,717$ свідчить про сильний позитивний зв'язок – зі збільшенням одного показника зростає і інший. Статистично значуща залежність ($p<0,001$) свідчить про те, що цей зв'язок не є випадковим і заслуговує на увагу. Сильний рівень кореляції вказує на суттєву взаємодію між змінними, що може мати теоретичне, так і практичне значення для подальшого аналізу.

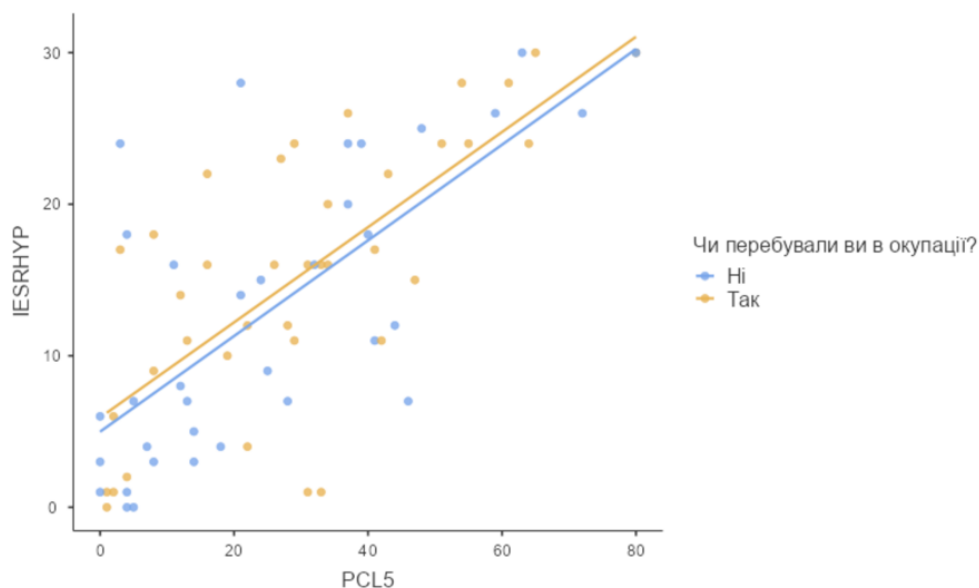


Рис. 3.19. Діаграма розсіювання PCL-5 для субшкали «збудливість».

Таблиця 3.8.

**Кореляція між рівнем депресивних та тривожних проявів і рівнем
травмуючих подій**

Досліджений взаємозв'язок	Коефіцієнт Пірсона, r
PHQ-9 та субшкала «вторгнення»	0,563
PHQ-9 та субшкала «уникнення»	0,536
PHQ-9 та субшкала «збудливість»	0,576
GAD-7 та субшкала «вторгнення»	0,687
GAD-7 та субшкала «уникнення»	0,601
GAD-7 та субшкала «збудливість»	0,684
PCL-5 та субшкала «вторгнення»	0,750
PCL-5 та субшкала «уникнення»	0,648
PCL-5 та субшкала «збудливість»	0,717

Травматичні події мають вплив на рівень депресивно-тривожних проявів та симптомів ПТСР, що підтверджується результатами аналізу кореляційних зв'язків між змінними.

Травматичні події викликають стресову реакцію, яка в багатьох випадках переходить у стійкий стан тривоги, депресії та посттравматичний стресовий розлад. Для ПТСР характерне нав'язливе повторне переживання травмуючої події, підвищена збудливість, уникання ситуацій, що нагадують про травму, та загальне емоційне притуплення. У цьому стані посилюється вразливість до стресу, знижується здатність до саморегуляції та адаптації, що ускладнює повернення до нормального способу життя. Тривожно-депресивні стани часто супроводжуються порушенням сну, відчуттям напруги та фізичним дискомфортом, що додатково ускладнює адаптацію людини після пережитої травми.

Дані вказують на важливість глибшого розуміння впливу травматичного досвіду на емоційний стан людини.

3.3. Дослідження взаємозв'язку між тривалістю перебування в окупації та рівнем тривожно-депресивних проявів та симптомами ПТСР

Одним із дослідницьких питань в нашій роботі було з'ясувати, чи є взаємозв'язок між часом перебування в окупації та інтенсивністю тривожних, депресивних проявів та симптомів ПТСР.

Ми отримали середні показники (таблиця 3.9) і можемо зробити висновок, що люди, які проживали довше в окупації, мають вищі середні показники депресивних, тривожних проявів, оскільки тривалий стресовий вплив та постійна загроза безпеці можуть призводити до посилення психічного навантаження. Також збільшення середніх показників PHQ-9 та GAD-7 у групах, які перебували в окупації більше шести місяців, свідчить про накопичення стресу, що призводить до більш виражених симптомів депресії та тривожності. Паралельно з цим спостерігається зростання показників за шкалою PCL-5, що відображає інтенсивніші прояви симптомів ПТСР, таких як нав'язливі спогади, гіпервозбудливість, уникання та порушення емоційної регуляції.

Таблиця 3.9.

Середні показники PHQ-9, GAD-7 і PCL-5 за часом проживання в окупації

Показники	N	PHQ-9	GAD-7	PCL-5
Не проживали в окупації	39	9,89	9,03	25,1
Проживали до 6 місяців	23	9,83	9,91	24,4
Проживали більше 6 місяців	15	11,8	11,4	37,5

Отже, результати дослідження показали, що тривалість перебування в окупації значно впливає на рівень депресивних і тривожних проявів. Хоча загальні рівні депресії та тривоги у різних групах не завжди мають статистично значущі відмінності, детальний аналіз субшкал, зокрема за шкалою IES-R (наприклад, «вторгнення» та «збудливість»), підкреслює, що особи, які перебували в окупації, демонструють більш виражені симптоми нав'язливих спогадів, тривожного очікування, роздратованості та емоційного виснаження. Це свідчить про те, що в

умовах тривалої небезпеки формуються не лише тривожно-депресивні стани, а й ознаки посттравматичного стресового розладу. Отримані дані мають важливе значення для розробки програм психологічної підтримки осіб, які пережили травматичний досвід.

3.4. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги особам, які пережили окупацію

Пережитий досвід окупації належить до сильних психотравмуючих факторів, які можуть суттєво впливати на емоційне самопочуття людини. Тривале перебування в умовах постійної небезпеки, втрати контролю, ізоляції, обмеження свободи та порушення базового відчуття безпеки нерідко призводить до дезадаптації, підвищеної тривожності, пригніченого стану й формування симптомів посттравматичного стресового розладу. На основі отриманих результатів дослідження, в якому було виявлено вищі показники за шкалами GAD-7, PHQ-9 та PCL-5 серед респондентів з досвідом проживання в окупації, постає необхідність у розробці цілеспрямованих психологічних втручань, які б враховували особливості пережитої травми та сприяли відновленню психоемоційного стану.

Етапи психологічної допомоги:

1. Зниження рівня тривожності та симптомів ПТСР
2. Стабілізація емоційного стану та підтримка ресурсного потенціалу особистості.
3. Відновлення базового відчуття безпеки.
4. Підвищення здатності до адаптації.
5. Профілактика повторної травматизації.
6. Психоедукація. Розвиток резильєнтності.
7. Сприяння інтеграції травматичного досвіду та пошуку сенсу.

З урахуванням наведених етапів психологічної допомоги, а також зі специфікою травматичних подій, з якими зіткнулися респонденти, ми розробили комплекс рекомендацій.

Ці рекомендації включають прості й ефективні вправи самопомоги, які можна використовувати самостійно та за участі психолога чи психотерапевта.

Техніки для подолання тривожно-депресивних проявів.

Вправа «Метелик»

Мета: зниження рівня тривоги, покращення настрою, зменшення апатії та емоційної пригніченості.

Інструкція: покладіть руки схрестивши на грудях. Ліву руку зверху на праву руку. Долоні і пальці мають торкатися ключиць. Закрийте очі. Пальцями правої руки постукайте по ключиці, потім пальцями лівої руки. Продовжуйте робити це протягом хвилини. При цьому потрібно робити глибокі повільні вдихи та видихи. Про себе або в голос повторіть фразу «Я у безпеці, я у спокої, я бажаю собі спокою».

Повторіть цю вправу три рази: Дихання, постукування, промовляння. Ця техніка допоможе заспокоїти тривожні думки.

Одним із ефективних способів зменшення емоційної напруги є усвідомлення автоматичних думок, які виникають у складних ситуаціях і часто залишаються непоміченими. Саме вони можуть підсилювати тривогу, погіршувати настрій або провокувати стан безпорадності. Робота з такими думками допомагає краще зрозуміти свої емоційні реакції й поступово формувати більш реалістичне, підтримуюче сприйняття подій.

Вправа «Щоденник думок»

Мета: усвідомлення автоматичних думок, їх зв'язку з емоціями та пошук більш альтернативних переконань.

Інструкція: протягом кількох днів записуйте у таблицю ситуації, які викликають у вас сильні негативні емоції — тривогу, провину, страх, смуток, злість тощо. Таблиця для заповнення 3.10. Для кожної ситуації дайте відповіді на ці запитання (відповіді потрібно записувати):

1. Ситуація: Що саме сталося? (Фактично, без оцінки)
2. Емоція: Що ви відчували? Наскільки сильно (0–10)?
3. Автоматична думка: Яка думка промайнула у вас у голові в цей момент?
4. Альтернативна думка: Чи можна подивитися на ситуацію по-іншому? Які ще можуть бути пояснення?
5. Результат: Як змінилася ваша емоція після цього переосмислення?

Виконувати цю вправу потрібно щодня протягом хоча б тижня. Це допоможе помічати думки вже в моменті, не дозволяючи їм повністю захоплювати увагу.

Таблиця 3.10.

Щоденник думок — таблиця для самостійного заповнення

Ситуація (що сталося?)	Емоція (що відчував/-ла?) та її інтенсивність (0–10)	Автоматична думка (яка з'явилася першою?)	Альтернативна думка (який ще може бути погляд?)	Результат (чи змінився стан? наскільки?)

Техніки для зниження рівня сприйнятого стресу

Постійний стрес, який викликаний війною, бойовими діями, втратою звичного способу життя чи окупацією, сильно виснажує внутрішні ресурси людини. Це

проявляється у вигляді фізичної втоми, порушення сну, нестабільності емоцій, відчуттям постійної напруги чи дратівливості. Щоб знизити вплив стресу на повсякденне життя та підтримати психоемоційну стабільність потрібно регулярно використовувати прості інструменти самопомоги, що спрямовані на заспокоєння нервової системи та відновлення відчуття контролю.

Ми розробили добірку практичних вправ, які допоможуть справитися зі стресом.

Вправа «Безпечне місце»

Мета: знайти внутрішню опору та створити відчуття безпеки.

Інструкція:

1. Закрийте очі та уявіть місце, де ви відчуваєтеся спокійно та у безпеці. Це може бути пляж біля моря, гори або місце на природі.
2. Роздивіться це місце, уявіть деталі: що ви бачите, чуєте, відчуваєте.
3. Проведіть у цьому місці декілька хвилин, дихаючи повільно та рівномірно.
4. Поверніться до звичного стану, зберігаючи відчуття цього місця.

Техніку необхідно використовувати перед сном або у період стресу. Також цю техніку можна використовувати за участі психотерапевта, який допоможе уявити безпечне місце та налагодити дихання.

Інструкція виконання вправи за участі психотерапевта:

1. Сядьте або ляжте зручно, заплющте очі.
2. Психотерапевт промовляє текст: «А тепер уявіть місце, в якому ви відчуваєтеся спокійно, затишно і захищено. Це може бути реальне місце з вашого життя — дім, природа, десь на відпочинку — або повністю вигадане. Тут усе добре. Тут тебе ніхто не чіпає. Тут безпечно.

Подивіться навколо: які кольори ви бачите? Яке там світло — сонце, тінь, м'яке освітлення?

Що чуєте? Це може бути тиша, шелест листя, звуки води, музика.

Відчуйте, що під вашими ногами або що торкається вашого тіла. Це може бути трава, пісок, плед або тепла вода.

Залишайтеся в цьому місці стільки, скільки потрібно. Ви можете повертатися сюди в уяві щоразу, коли відчуваєте напругу чи тривогу. Це ваш внутрішній простір безпеки. Коли будете готові — повільно повертайтеся сюди. Порухайте пальцями рук, ніг. Відкрийте очі. Зробіть глибокий вдих.»

Вправа «Дихальна техніка «4–7–8»»

Мета: заспокоїти нервову систему, зменшити внутрішнє напруження, нормалізувати серцебиття.

Інструкція:

1. Сядьте або ляжте у зручному положенні.
2. Зробіть повільний вдих через ніс, рахуючи до 4.
3. Затримайте дихання на 7 секунд.
4. Повільно видихайте через рот, рахуючи до 8.
5. Повторіть цикл 4–6 разів.

Цю вправу можна виконувати щодня або в моменти підвищеної тривожності, напруження, паніки чи безсоння.

Вправа «Прогресивна м'язова релаксація»

Мета: зменшити фізичне напруження, що виникає під час стресу.

Інструкція: зосередьтеся на окремих частинах тіла (руки, плечі, шия, ноги). Напружте м'язи цієї ділянки на 5–7 секунд, потім повністю розслабте. Зверніть увагу на різницю між станами напруги й розслаблення. Рухайтеся по всьому тілу зверху вниз або навпаки.

Ця вправа особливо корисна у періоди підвищеного стресу, коли емоції проявляються на фізичному рівні — через скутість м'язів, втому або головний біль. З часом така вправа може стати простим інструментом самопомоги, який легко використовувати будь-де.

Регулярне виконання поданих вище техніки допомагає краще відчувати сигнали свого тіла, зміну емоційного стану. Це допомагає навчитися вчасно знімати напруження та підтримувати внутрішню рівновагу.

Вправи для опрацювання травматичного досвіду та зниження симптомів ПТСР

Наступні вправи допоможуть опрацювати наслідки ПТСР – щоб м'яко інтегрувати пережите, зменшити вплив жахливих спогадів і поступово повертатися до відчуття стабільності та контролю.

Вправа «Я – тут і зараз»

Мета: Зменшити дисоціацію, повернутися до реальності під час флешбеків або тривожних думок.

Інструкція: потрібно проговорити або записати фрази за шаблоном.

1. Зараз я у (назва місця).
2. Зі мною поруч (люди, тварини, речі).
3. Я бачу (три предмети).
4. Я чую (три звуки).
5. Я торкаюся (одна поверхня).

Вправа «Що зі мною відбувається?»

Мета: навчити ідентифікувати свої реакції на травматичні тригери.

Інструкція: потрібно записати свої реакції після емоційно складної ситуації.

1. Ситуація/тригер.
2. Яка була реакція тіла.
3. Які в той час були емоції.
4. Які були ваші дії.
5. Що може допомогти з цим впоратись.

Ця вправа допомагає усвідомити, як тіло, емоції та поведінка реагують на стресові тригери. Регулярне її виконання сприяє зниженню тривоги й формуванню навичок саморегуляції.

Травматичний досвід здатен проявлятися не лише в день, а й у нічних сновидіннях. Люди, які пережили травматичні події, нерідко зіштовхуються з повторюваними кошмарами або сновидіннями, що супроводжуються сильними емоційними реакціями. Часто ці сни містять елементи травматичних переживань або є символічним відображенням внутрішньої напруги. Тому ми пропонуємо наступні вправи, щоб налагодити сон.

Вправи для регуляції сну

Травматичні події часто впливають на сон. Людина може стикатися з труднощами засинання, частими пробудженнями, тривожними сновидіннями чи відчуттям виснаження навіть після сну. Втрата відчуття безпеки та постійна внутрішня напруга заважають організму повноцінно відновлюватися. Саме тому потрібно звернути увагу на сон і підтримати процес його відновлення. У цьому можуть допомогти прості, але ефективні техніки, що заспокоюють нервову систему та налаштовують на відпочинок. Нижче подано добірку вправ, що можуть стати частиною щоденної підтримки сну.

Аудіовізуальна релаксація

Мета: зануритися в атмосферу спокою через слух і уяву.

Інструкція: слухайте перед сном спокійні звуки (дощ, хвилі, тріск вогню) або заспокійливу візуалізацію з аудіоінструкцією (наприклад, «подорож до безпечного місця»). Це допомагає зменшити вплив денного напруження й зануритися в сон.

Вправа «М'який подих»

Мета: знизити збудження нервової системи.

Інструкція: лежачи в ліжку, заплюште очі. Вдихайте через ніс на 4 рахунки, затримайте дихання на 2 рахунки, і повільно видихайте через рот на 6. Повторюйте 10 циклів, зосереджуючись лише на диханні. Це допомагає переключити увагу від тривожних думок і активувати парасимпатичну систему.

Вправа «Перезапис кошмарних сновидінь»

Мета: пропрацювати нічні кошмари.

Інструкція: Заведіть щоденник і опишіть у ньому свій кошмарний сон, відповідаючи на такі питання:

1. Опишіть кошмар докладно включаючи місце події, відчуття, враження, ваші емоції. Також опишіть, що ви чули, який був запах тощо.
2. Подумайте чи є кошмарне сновидіння повним відтворенням травматичної події. Так чи ні? Поміркуйте над способом змінити фінал кошмару та запишіть це.
3. Чи відкриває кошмарне сновидіння вам якусь нову інформацію? Щось, що ви зможете використати, щоб зрозуміти, що з вами сталося? Запишіть це.
4. Як кошмарне сновидіння допомогло вам? Чи змінив вашу реакцію на травму?

Ця вправа допомагає повернути контроль над внутрішніми образами, що викликають страх і тривогу. Коли ми усвідомлено переосмислюємо зміст сновидіння і змінюємо його завершення, поступово знижується рівень емоційної напруги, пов'язаної з травматичним досвідом. Це сприяє зменшенню частоти кошмарів, покращенню сну та формуванню почуття безпеки.

Отже, подані вправи допоможуть людям, які пережили травматичні події, поступово зменшити тривогу, стрес, важкі спогади та проблеми зі сном. Регулярне використання цих технік зміцнює внутрішню стійкість, покращує емоційний стан та підтримує процес відновлення після травматичного досвіду.

Висновки до розділу 3

Проведений емпіричний аналіз показав, що війна як глобальний стресор значно впливає на психічне здоров'я людей незалежно від їхнього місця проживання. Однак, глибший аналіз окремих аспектів психоемоційного стану виявив певні закономірності, які потребують уваги.

1. Рівень депресії (PHQ-9).

Середні значення рівня депресії у респондентів, які не проживали в окупації ($M = 9,89$), майже не відрізняються від тих, хто проживав до шести місяців в окупації ($M = 9,83$). Однак у групі, що перебувала більше шести місяців в окупації, середнє значення депресії зростає до ($M = 11,8$), що свідчить про накопичення стресового впливу при тривалому перебуванні в окупації.

2. Рівень тривоги (GAD-7).

Порівняння середніх значень рівня тривоги між респондентами, які проживали в окупації ($M = 10,5$), та тими, хто не перебував в окупації ($M = 9,03$), не показало статистично значущих відмінностей ($p = 0,287$). Це може свідчити про загальний вплив війни на тривожний стан усіх верств населення.

3. Шкала впливу травматичної події (IES-R).

За субшкалою «вторгнення» у респондентів, які проживали в окупації, середнє значення було значно вищим ($M = 18,9$), ніж у тих, хто не перебував в окупації ($M = 13,4$), зі статистично значущою різницею ($p = 0,032$). Це свідчить про більш виражені нав'язливі спогади та переживання у осіб, які пережили окупацію.

За субшкалою «уникнення» та «збудливість» також спостерігаються вищі середні значення у респондентів, які перебували в окупації ($M = 17,1$ та $M = 17,3$ відповідно) порівняно з тими, хто не був в окупації ($M = 13,3$ та $M = 14,2$ відповідно), однак ці відмінності не є статистично значущими ($p > 0,05$).

4. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10).

Результати за шкалою PSS-10 засвідчили, що респонденти, які тривалий час проживали в окупації, демонструють вищі рівні суб'єктивного стресу. Обчислене значення коефіцієнта кореляції $r = 0,244$ ($p = 0,037$) між кількістю пережитих травматичних подій та рівнем сприйнятого стресу вказує на помірний позитивний

зв'язок, що є статистично значущим. Це підтверджує припущення про те, що накопичений травматичний досвід прямо впливає на загальний рівень напруженості та суб'єктивного дискомфорту в повсякденному житті.

5. Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5).

Оцінка симптомів ПТСР за допомогою шкали PCL-5 виявила, що респонденти з досвідом проживання в окупації мали вищі показники за всіма групами симптомів (повторне переживання, уникнення, негативні зміни у мисленні й настрої, підвищена збудливість). Коефіцієнт кореляції між загальним балом PCL-5 і кількістю травматичних подій склав $r = 0,372$ ($p = 0,001$), що свідчить про статистично значущий і слабкий позитивний зв'язок. Це вказує на прямий вплив інтенсивності травматичного досвіду на прояви ПТСР.

6. Кореляційний аналіз.

Встановлено помірний позитивний зв'язок між ступенем пережитих травматичних подій та рівнем тривожно-депресивних проявів. Наприклад, коефіцієнт кореляції між PHQ-9 та субшкалою «вторгнення» (IES-R) склав $r = 0,563$ ($p < 0,001$), що свідчить про значущий вплив нав'язливих спогадів на депресивні симптоми. Для GAD-7 та цієї ж субшкали кореляція ще вища — $r = 0,687$ ($p < 0,001$).

Окрім цього, виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між кількістю пережитих травматичних подій та загальним показником за шкалою PCL-5 — $r = 0,750$ ($p < 0,001$). Це свідчить про чітку закономірність: що більше травматичних подій пережила людина, то вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу вона демонструє. Такий зв'язок підкреслює важливість ранньої діагностики травматичного досвіду та необхідність психологічної підтримки для попередження ускладнень.

7. Практичні рекомендації.

На підставі виявлених закономірностей було розроблено комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на зниження тривожності, рівня сприйнятого стресу, симптомів ПТСР, а також покращення якості сну. До рекомендацій увійшли прості вправи з саморегуляції, дихальні техніки, техніки когнітивного опрацювання травматичних спогадів і стабілізації емоційного стану.

Ці інструменти можуть використовуватися як самостійно, так і в межах психотерапевтичної роботи.

Отримані результати підкреслюють, що хоча загальний рівень депресії та тривоги у всіх групах не показав значущих відмінностей, більш детальний аналіз виявив важливі особливості. Особи, які перебували в окупації, мають більш виражені симптоми, пов'язані з переживанням травматичних подій, зокрема нав'язливі спогади, підвищену збудливість і порушення сну. Розроблені рекомендації відкривають можливість практичного застосування результатів дослідження та спрямовані на підвищення ефективності психологічної допомоги особам із досвідом окупації.

Ці дані свідчать про необхідність подальших досліджень із залученням більшої вибірки та деталізації умов дослідження. Вони також мають практичну значущість для розробки психологічної підтримки та реабілітаційних програм, спрямованих на роботу з травматичним досвідом.

ВИСНОВКИ

Ця дипломна робота стала результатом глибокого вивчення впливу травматичних подій, пов'язаних із війною та окупацією, на психічне здоров'я людини. Ми намагалися охопити як теоретичні засади проблеми, так і емпіричні дані, щоб краще зрозуміти, з чим саме стикаються люди після пережитого досвіду, та як їм можна ефективно допомогти.

У теоретичному розділі було проаналізовано суть психотравматичних подій, їх прояви у формі тривожних, депресивних і посттравматичних розладів. Особлива увага приділялася тому, як війна виступає хронічним стресором, що вражає і тіло, і психіку, змінюючи звичний ритм життя, стосунки та відчуття безпеки.

Емпірична частина включала використання низки психодіагностичних методик: PHQ-9, GAD-7, IES-R, PSS-10 та PCL-5. В опитуванні взяли участь респонденти з різним досвідом перебування в умовах окупації. Проведений **статистичний аналіз** дозволив отримати низку важливих результатів:

- Рівень депресії (за PHQ-9) виявився вищим у групи, що перебувала в окупації понад шість місяців ($M = 11,8$), що свідчить про накопичення психологічного тиску з часом.
- Рівень тривожності (GAD-7) був високим у всіх групах, незалежно від досвіду окупації, що свідчить про загальну напругу у суспільстві.
- За шкалою IES-R респонденти, які перебували в окупації, демонстрували значно вищі показники за субшкалою «вторгнення» ($M = 18,9$ проти $M = 13,4$), з достовірною статистичною різницею ($p = 0,032$), що вказує на поширеність нав'язливих спогадів.
- За шкалою PSS-10 рівень сприйнятого стресу також був вищим у групи з досвідом окупації ($M = 21,8$), що підтверджує хронічну емоційну напругу.
- Особливо сильний зв'язок виявлено між рівнем симптомів ПТСР (за PCL-5) та іншими шкалами: кореляція з PHQ-9 склала $r = 0,715$, з GAD-7 — $r = 0,687$, а з PSS-10 — $r = 0,750$, що демонструє наскільки тісно пов'язані пережитий стрес, тривога, депресія та травматичні симптоми.

Крім того, ми дослідили соціальний вимір — втрату роботи, житла, стосунків, досвід допитів чи евакуації. Ці фактори посилюють вплив основної травми, формуючи вторинні ускладнення — соціальну дезадаптацію, порушення сну, емоційне вигорання.

На підставі отриманих результатів було сформовано низку практичних рекомендацій, що включають чіткі вправи для стабілізації стану, зменшення стресу, роботи з тривожними думками, поліпшення сну та регуляції ПТСР-симптомів. Техніки побудовані з урахуванням як професійних підходів, так і можливості самостійного використання. Наприклад, «Щоденник думок», техніка «Безпечне місце», «Прогресивна м'язова релаксація», «Перезапис кошмарних снів» та багато інших.

У підсумку, ця робота поєднує в собі дослідницьку аналітику, реальні статистичні дані та прикладну цінність. Вона демонструє, наскільки глибоким може бути вплив травми на людину, і водночас — наскільки важливими є підтримка, турбота і знання. Отримані результати можуть бути корисними як для фахівців у галузі психології, психотерапії та медицини, так і для організацій, що займаються реабілітацією постраждалих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексіна, Н., Герасименко, О., Лавриненко, Д., & Савченко, О. (2024). Адаптація шкали GAD-7 для української популяції. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. Отримано з <https://insight.journal.kspu.edu/index.php/insight/article/view/180>
2. Американська психіатрична асоціація. (2013). *Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5)*.
3. Блек, Д. В., & Андреасен, Н. К. (2024). *Вступ до психіатрії: 7-е видання*. Київ.
4. Борисова, О. О. (2024). *Психореабілітація військових і членів їх сімей: Навчальний посібник*.
5. Брієр, Дж. Н., & Скотт, К. (2023). *Основи травмофокусованої психотерапії*. Львів: Манускрипт.
6. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): Адаптація та апробація в умовах війни. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*, 2(2). <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
7. Вільямс, М. Б., & Пойюла, С. (2023). *ПТСР. Робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу*. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки.
8. Герасименко, Л. О. (2024). Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNews*. Полтавський державний медичний університет.
9. Герман, Дж. (2023). *Психологічна травма та шлях до видужання*. Львів: Видавництво Старого Лева.
10. Давіденко, К. (2019). Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*.
11. Довідка.info. (б. д.). *Як поводитися на окупованій території*. <https://dovidka.info/yak-povodytysya-na-okupovaniy-terytoriyi/>

12. Завязкіна, Н. В., & Долинська, О. О. (2025). Роль травмуючих подій у формуванні тривожно-депресивних проявів у осіб, які перебували в окупації. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*, 1(9), 48–63.
13. Заєць, С. (2023). Особливості переживання тривожності дорослими в період війни. *Актуальні проблеми психічного здоров'я*. Матеріали Всеукраїнської студентської інтернет-конференції (2023 року). Отримано з http://eprints.zu.edu.ua/37816/1/_%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202023.pdf#page=33
14. Зимянський, А. Р., & Скоропад, В. В. (2025). Науково-психологічний аналіз дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Психологія діяльності в особливих умовах*, (1), стаття 15. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.1.15>
15. Кабінет Міністрів України. (2022). Вплив війни на психічне здоров'я колосальний. Отримано з <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>
16. Карамушка, Л., & Карамушка, Т. (2022). Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2(26).
17. Кердивар, В. В., & Христенко, В. Є. (2021). *Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту: монографія*. Харків: Національний інститут цивільного захисту України.
18. Кириленко, М. (2023). Перспективи розвитку системи психічного здоров'я в Україні. *Журнал психічного здоров'я та реабілітації*, 10(1).
19. Кісарчук, З. Г., та ін. (2018). *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник*. Київ: ТОВ Видавництво «Логос».
20. Коваль, І. (2019). Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці. *Проблеми сучасної психології*, (27).

21. Котух, О. В. (2023). Психологічне благополуччя внутрішньо переміщеної особи: адаптація та інтеграція в нову громаду. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*, 1.
22. Крижановська, З. Ю., & Мудрик, А. Б. (2024). Посттравматичний стресовий розлад як наслідок пережитого травматичного досвіду особистості. *Психологічні студії*, (3).
23. Кудінова, М., & Кожанова, Д. (2024). Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб: теоретичний аналіз проблеми. *Наукові праці міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*, 2(63).
24. Лефтеров, В., & Самара, О. (2022). Особливості психологічної реабілітації осіб, які переживають травматичні події війни. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 1(3).
25. Малхазов, О. Р. (2022). *Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій: монографія*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
26. Марута, Н. О., & Федченко, В. (2020). Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). *Family Medicine*, 10.
27. Марущак, О. В., Подопрігора, К. С., & Сологашвілі, Л. В. (2024). *Ментально-психологічний стан особистості в екстремальних умовах війни та окупації*. Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомилинського.
28. Михайлов, Б. В., Чугунов, В. В., Курило, В. О., & Саржевський, С. Н. (2014). *Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник*. Харків: ХМаПо.
29. Михлюк, Е., & Логовський, І. (2024). Психологічні особливості життестійкості внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 1(7).
30. Міжнародна організація з міграції. (2024, жовтень). *Звіт про внутрішнє переміщення населення в Україні (жовтень 2024 року)*. https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/IOM_Ukraine_GPS_Internal%20Displacement%20Report_R18_October_2024_UA.pdf?iframe=true

31. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). *Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації* (Наказ № 1265 від 19 липня 2024 р.). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
32. Міністерство охорони здоров'я України. (б. д.). *Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад*. <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatischnij-stresovij-rozlad>
33. Мішиєв, В. Д., Михайлов, Б. В., Гриневич, С. Г., & Омелянович, В. Ю. (2023). *Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій*. Київ: ВСВ “Медицина”.
34. Москаленко, О. В. (2024). Психотравмувальна ситуація: види, ознаки, особливості переживання. *Психологічні студії*, (1), 20. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.20>
35. Мюллер, М. (2022). *Якщо ви пережили психотравмуючу подію*. Видання друге. Львів: Галицька видавнича спілка.
36. Неведомська, Є. О., & Михайловська, Т. О. (н.д.). Вплив темперамента студента на його тривожність. *Наукове товариство Smart and Young*. Отримано з <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/14504/1/=Nevedomska.pdf>
37. Панько, Т. В. (2023). Депресія і війна. За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни» (26–27 січня 2023 р.). *Медична газета «Здоров'я України»*.
38. Пилягіна, Г. Я., Хаустова, О. О., & Марута, Н. О. (2020). *Медична психологія. Том 2. Спеціальна медична психологія*.
39. Полтавський обласний клінічний центр психічного здоров'я. (2025). *Формуляр ЛК. (F40–F48) Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади*. <https://kod.poltavalk.com.ua/66-klas-5-rozlady->

[psykhiky-ta-povedinky-f00-f99/549-f40-f48-nevrotichni-pov-yazani-zi-stresom-ta-somatoformni-rozladu](#)

40. Пророк, Н. (Ред.). (2018). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ
41. Процик, Л. С. (2022). Особливості травмуючих ситуацій та їх психологічні наслідки. *Гуманітарний корпус: Збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, історії, психології та педагогіки*, (45), 82. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/37504/gum_45.pdf?sequence=1#page=82
42. Рем, Л. (2019). *Депресія*. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету.
43. Семенова, Ю. С. (2012). Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*, 5. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48
44. Сингаївська, І., & Кравчук, О. (2024). Особистісні характеристики переживання страху та тривоги у підлітків під час війни. *Науковий журнал*, (74), 301–310. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-74-301-310>
45. Скрипніков, А. М., Герасименко, Л. О., & Ісаков, Р. І. (2016). *Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок*. Полтава: ТОВ «АСМІ».
46. Сургунд, Н., & Капустіна, В. (2023). Експериментальне дослідження негативних емоційних станів в період війни. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*, (1). <https://doi.org/10.31891/PT-2023-1-9>
47. Титаренко, Т. М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
48. Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал».

49. Фоміна, О. (2022). Вплив військових дій на психічне здоров'я населення України. *Науковий вісник Національного університету охорони здоров'я України, 4(2)*.
50. Хаустова, О.О. (2023). Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Хаустова О.О. Спеціалізований медичний портал. <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjni-vukran>
51. Царенко, Л. (Ред.). (2018). *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи*. Навчальний посібник (Том 2). Київ.
52. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2019). *Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник*. Київ: Вид. дім «Медкнига».
53. Чапмен, О. Л., Гратц, К. Л., & Тулл, М. Т. (2023). *Навички діалектичної поведінкової терапії для подолання тривоги. Робочий зошит*.
54. Шевченко, Н. Ф. (2021). *Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях: навчальний посібник для здобуття ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія»*. Запоріжжя: ЗНУ.
55. Шманатов, М. С. (2023). Окупація: значення, суперечності та виміри поняття. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Питання політології»*, (44). <https://doi.org/10.26565/2220-8089-2023-44-04>
56. Hartford Institute for Geriatric Nursing. (н.д.). General Assessment. Отримано з https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_19.pdf
57. Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41(3)*, 209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
58. Jamovi. (н.д.). *Statistical Software*. Отримано з <https://www.jamovi.org>
59. Lurialab. (н.д.). Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Отримано з <https://lurialab.com/ua/tests/impact-of-events-scale-revised-ies-r/>

60. McCabe, D. (n.d.). *The Impact of Event Scale - Revised (IES-R)*. Retrieved from https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_19.pdf
61. National Center for PTSD. (2023). *PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5): Короткий довідник із користування (укр. версія)* (Т. В. Кульбаба, пер.). ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Отримано з <https://start.ua-test.com/pub/files/pcl-5-manual.pdf>
62. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
63. Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
64. UA-Test. (н.д.). Переклад та адаптація шкали PHQ-9 для української популяції. PRIME-MD від Pfizer Inc. Отримано з <https://start.ua-test.com/account/education/phq-9/>
65. Van der Kolk, B. A. (1987). Concept of psychological trauma. Отримано з [https://www.researchgate.net/publication/20910722_Concept_of_psychological_t
rauma](https://www.researchgate.net/publication/20910722_Concept_of_psychological_trauma)

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії PHQ-9

За останні два тижні, як часто вас турбували наступні проблеми? Оцініть кожен пункт, поставивши відповідну оцінку:

0 – ніколи, 1 – кілька днів, 2 – більше ніж у половині днів, 3 – майже щодня

№	Питання	0 ніколи	1 кілька днів	2 часто	3 майже щодня
1	Мало зацікавлення або задоволення від виконання справ.				
2	Відчуття пригніченості, безнадії.				
3	Проблеми зі сном (засинанням, пробудженням серед ночі, надмірним сном).				
4	Втома або відсутність енергії.				
5	Зниження апетиту або переїдання.				
6	Незадоволення собою, відчуття, що ви підвели себе або свою родину.				
7	Труднощі з концентрацією уваги на чомусь, наприклад під час читання газети або перегляду телебачення.				
8	Повільність рухів або надмірна збудженість (що помітно іншим).				
9	Думки про те, що краще було б померти або завдати собі шкоди.				

Інтерпретація результатів:

0-4 – депресія відсутня

5-9 – депресія легкого ступеню

10-14 – депресія помірною ступеню

15-19 – депресія вираженого ступеню

20-27 – депресія важкого ступеню

Додаток Б

Тест на тривожність (GAD-7)

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

2. Нездатність впоратись із хвилюванням:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

4. Нездатність розслабитися:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

- Ніколи

- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

Інтерпретація: бали в межах від 0 до 4 свідчать про мінімальний рівень тривожності; показники від 5 до 9 вказують на легкі або помірні прояви тривожного стану; значення в діапазоні 10–14 характеризують середньо виражені симптоми генералізованого тривожного розладу, а оцінка 15 і більше балів вказує на серйозну симптоматику, яка може свідчити про тяжкий перебіг ГТР.

Додаток В

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

№	Питання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1	Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2	Я не міг спокійно спати вночі.				
3	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4	Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5	Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6	Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7	Мені здавалося, що все, що сталося, ніби не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8	Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9	Окремі картинки того, що сталося, раптово виникали у свідомості.				
10	Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				

11	Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12	Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13	Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були наче паралізовані.				
14	Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15	Мені було важко заснути.				
16	Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17	Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18	Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				

21	Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22	Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				

Кожне запитання оцінюється за п'ятибальною шкалою: від 0 (відсутність симптомів) до 5 (вкрай сильні симптоми).

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється: «ніколи» – 0 балів; «рідко» – 1 бал; «іноді» – 3 бали; «часто» – 5 балів.

Інтерпретація результатів (IES-R):

- Низька < 30
- Помірна 30–50
- Виражена > 50

Додаток Г

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

1. Як часто протягом останнього місяця ви були засмучені через те, що сталося несподівано?
 - Ніколи
 - Майже ніколи
 - Іноді
 - Досить часто
 - Дуже часто

2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?
 - Ніколи
 - Майже ніколи
 - Іноді
 - Досить часто
 - Дуже часто

3. Як часто за останній місяць ви відчували нервову напругу чи стрес?
 - Ніколи
 - Майже ніколи
 - Іноді
 - Досить часто
 - Дуже часто

4. Як часто за останній місяць ви відчували впевненість у своїй здатності впоратися зі своїми особистими проблемами?
 - Ніколи
 - Майже ніколи
 - Іноді

- Досить часто
- Дуже часто

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

- Ніколи
- Майже ніколи
- Іноді
- Досить часто
- Дуже часто

6. Як часто протягом останнього місяця ви помічали, що не можете впоратись зі всіма справами, які вам потрібно зробити?

- Ніколи
- Майже ніколи
- Іноді
- Досить часто
- Дуже часто

7. Як часто протягом останнього місяця вам вдалося контролювати роздратування?

- Ніколи
- Майже ніколи
- Іноді
- Досить часто
- Дуже часто

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

- Ніколи
- Майже ніколи
- Іноді

- Досить часто
- Дуже часто

9. Як часто останнього місяця ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходять з-під вашого контролю?

- Ніколи
- Майже ніколи
- Іноді
- Досить часто
- Дуже часто

10. Як часто протягом останнього місяця вам здавалося, що труднощі, які накопичилися, досягли такої межі, що ви не могли їх контролювати?

- Ніколи
- Майже ніколи
- Іноді
- Досить часто
- Дуже часто

Відповіді фіксуються за 5-бальною шкалою Лікерта: 0 – ніколи; 1 – майже ніколи; 2 – іноді; 3 – досить часто; 4 – дуже часто.

Чотири з десяти пунктів (4, 5, 7, 8) мають зворотне формулювання, тому перед підрахунком загального балу їх оцінки інвертуються: 0 стає 4, 1 – 3, 2 – 2, 3 – 1, 4 – 0.

Інтерпретація результатів: загальний бал за шкалою PSS-10 може варіюватися від 0 до 40. Вищі бали свідчать про вищий рівень сприйнятого стресу.

Рівні інтерпретації:

- 0–13 балів – низький рівень стресу;
- 14–26 балів – помірний рівень стресу;
- 27–40 балів – високий рівень стресу;

Додаток Д

Перелік симптомів ПТСР (PCL-5)

№	Протягом останнього місяця як сильно вас турбували наступні проблеми?	Зовсім ні (0)	Трохи (1)	Помірно (2)	Відчутно (3)	Дуже (4)
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць), які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на					

	рахунок стресового досвіду?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності, яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?					
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові)?					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Пильність або настороженість?					
18	Підвищена настороженість або легке злякування?					
19	Проблеми з концентрацією уваги?					
20	Проблеми зі сном (труднощі із засинанням, часті пробудження або неспокійний сон)?					

Респонденти оцінюють, наскільки їх турбував кожен симптом протягом останнього місяця за 5-бальною шкалою Лікєрта: 0 – зовсім не турбував; 1 – трохи; 2 – помірно; 3 – сильно; 4 – дуже сильно.

Інтерпретація результатів: загальна кількість балів за шкалою може варіюватися від 0 до 80. Чим вищий показник, тим сильніше виражені симптоми ПТСР.

Рівні інтерпретації:

- 0–10 балів – відсутність клінічно значущих симптомів;
- 11–32 бали – помірна симптоматика;
- 33 бали і більше – високий ризик ПТСР (пороговий рівень для скринінгу).

Також може застосовуватись інтерпретація згідно з критеріями DSM-5, де симптом вважається наявним, якщо оцінений у 2 бали або більше. Для виявлення ймовірного ПТСР мають бути присутні:

- щонайменше 1 симптом вторгнення;
- 1 симптом уникнення;
- 2 симптоми негативних змін у когніціях/настрої;
- 2 симптоми підвищеної збудливості.