КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Особливості емоційного досвіду військових і цивільних чоловіків під час війни

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-235 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Станіславської Т.О.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н.
Іванова Є.О.
к.психол.н.
Крайлюк А.І.
(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

ВСТУП……..4

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ……9

1.1. Визначення поняття «емоційний досвід»…….....9

1.2. Вплив зовнішніх і внутрішніх факторів на формування емоційного досвіду…….....12

1.3. Психологічні особливості емоційної сфери у чоловіків…….....14

1.4. Вплив екстремальних ситуацій та стресу війни на військових та цивільних чоловіків в Україні……..…..16

Висновки до Розділу І…….....22

РОЗДІЛ ІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ ЧОЛОВІКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ…….....24

2.1. Етапи дослідження та опис вибірки...……24

2.2. Аналіз надійності емпіричного дослідження……....35

2.3. Порівняння психічного стану військових та цивільних…...……37

2.4. Взаємозв’язки між симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю……44

Висновки до Розділу ІІ……55

РОЗДІЛ ІІІ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЧОЛОВІКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ……..58

3.1. Принципи психологічної підтримки ……58

3.2. Основні напрямки психологічної підтримки ……...60

3.3. Специфічні напрямки психологічної підтримки військових ……..67

3.4. Специфічні напрямки психологічної підтримки цивільних ……...73

Висновки до Розділу ІІІ……..78

ВИСНОВКИ……...80

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...83

ДОДАТКИ……...94

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено особливості емоційного досвіду військових і цивільних чоловіків в умовах війни в Україні. Проведено теоретичний аналіз понять емоційного досвіду, його культурних, психологічних і соціальних детермінант. Основою емпіричної частини дослідження стало порівняння двох вибірок: військовослужбовців спеціального призначення, які проходили підвищення кваліфікації за міжнародними стандартами НАТО, та цивільних чоловіків, що звернулися за психотерапевтичною допомогою у період повномасштабного вторгнення. Загальний обсяг вибірки склав 80 осіб (по 40 у кожній групі). Для оцінки психоемоційного стану були використані стандартизовані методики: «Шкала астенічного стану Л. Д. Малкова, «Шкала тривожності» Спілбергера—Ханіна та «Шкала симптомів ПТСР» (PCL-5).

Дослідження мало порівняльний дизайн із використанням статистичного аналізу середніх показників і кореляційних зв’язків між симптомами ПТСР, астенічним станом і тривожністю. Виявлено як спільні риси, так і відмінності у переживаннях військових та цивільних: зокрема, цивільні чоловіки демонструють вищі рівні тривожності, попри схожий рівень симптомів ПТСР.

Новизна роботи полягає в емпіричному зіставленні емоційних реакцій військових і цивільних у реальному контексті затяжного військового конфлікту, що дозволяє глибше зрозуміти механізми стресового реагування і психічного виснаження в умовах війни. Отримані результати можуть бути використані для розробки цільових програм психологічної підтримки.

Ключові слова: емоційний досвід, ПТСР, астенія, тривожність, військовослужбовці, цивільні чоловіки.

ВСТУП

Актуальність теми. Війна між Україною та Росією, яка триває з 2014 року і набула повномасштабного характеру після вторгнення у 2022 році, стала визначальною подією для сучасної України. Вона кардинально змінила життя мільйонів людей, змусивши адаптуватися до нових реалій, пов'язаних із постійною загрозою, втратою близьких, евакуацією та боротьбою за збереження державної незалежності. Війна наклала значний відбиток на емоційний досвід українців, зокрема чоловіків, які в силу своїх соціальних і культурних ролей часто опиняються в центрі бойових або кризових подій.

Чоловіки, які беруть безпосередню участь у бойових діях, стикаються з екстремальними фізичними та психологічними навантаженнями. Їхній емоційний досвід формується під впливом багатьох факторів, серед яких — постійна небезпека для життя, споглядання смерті, втрата побратимів та необхідність ухвалення рішень у критичних ситуаціях. Водночас цивільні чоловіки, які не є мобілізованими залишаються в тилу, також переживають емоційний стрес через обстріли, втрати, вимушене переміщення чи перебування у зоні окупації. Хоча їхній досвід менш тісно пов'язаний із бойовими діями, він не менш значущий і впливає на психоемоційний стан, фізичне здоров'я, поведінку та життєві орієнтири.

Розуміння впливу війни на емоційний досвід чоловіків має важливе практичне та наукове значення. З одного боку, це відкриває можливість для глибокого аналізу індивідуальних психологічних наслідків війни, зокрема проявів астенічних станів, підвищеної тривожності, симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших форм психоемоційного виснаження. З іншого боку, систематичне вивчення таких переживань стає підґрунтям для розробки цілісних і науково обґрунтованих програм психологічної допомоги, що мають на меті стабілізацію психічного стану постраждалих та сприяння їхній поступовій адаптації й відновленню.

Особливо актуальним є порівняння емоційного досвіду військових і цивільних чоловіків, оскільки це дозволяє виявити, як різні умови війни впливають на їхній різний психоемоційний стан. Військові часто стикаються з прямим травматичним досвідом, що накладає відбиток на їхню психіку, але водночас вони мають доступ до чіткої структури та підтримки у вигляді бойових побратимів та військових психологів. Цивільні ж, хоча й не перебувають безпосередньо у зоні бойових дій, але теж потерпають від обстрілів, бомбардувань економічної невизначеності, розлуки з родиною, часто залишаючись наодинці зі своїми переживаннями безсилля.

Українське суспільство також стикається із викликом реабілітації ветеранів, які повертаються до цивільного життя, та підтримки цивільного населення, яке переживає тривалий вплив війни. У цьому контексті особливо важливим є вивчення емоційного досвіду чоловіків як представників обох категорій, щоб зрозуміти, які психологічні механізми допомагають їм адаптуватися або, навпаки, ускладнюють подолання пережитого.

Наразі дослідження емоційного досвіду війни серед чоловіків є недостатньо розробленою сферою в українській психологічній науці. Актуальність також посилюється необхідністю інтеграції сучасних підходів та впровадження даних емпіричних досліджень у практику надання психологічної допомоги.

Об’єкт дослідження: емоційний досвід чоловіків в умовах війни.

Предмет дослідження: астенічний стан, рівень тривожності та симптоми посттравматичного стресового розладу у військових і цивільних чоловіків.

Мета дослідження: виявити та порівняти особливості емоційного досвіду військових і цивільних чоловіків в умовах війни, розробити рекомендації для психологічної підтримки обох груп.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що військові та цивільні чоловіки демонструють різний характер емоційного реагування на

травматичні події війни: військовослужбовці відзначаються вищим рівнем симптомів ПТСР та астенії, тоді як цивільні чоловіки мають вищий рівень тривожності. Водночас деякі аспекти емоційного досвіду обумовлені спільними культурними та соціальними факторами.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати поняття емоційного досвіду та чинники, що впливають на його формування в умовах війни.
2. Визначити особливості емоційного реагування чоловіків у кризових ситуаціях.
3. Дослідити рівень тривожності, астенічного стану та симптоми ПТСР серед військових та цивільних чоловіків.
4. Розробити обґрунтовані практичні рекомендації щодо надання психологічної підтримки чоловікам в умовах війни, з урахуванням гендерних особливостей переживання травматичних подій, соціокультурного контексту, типових механізмів захисту та форм реагування. Особливу увагу приділити підтримці емоційної регуляції, роботі з почуттям провини, тривоги, ізоляції та порушенням ідентичності.

Методи дослідження: аналіз літератури, стандартизовані психодіагностичні методики («Шкала астенічного стану» Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі MMPI; «Шкала тривоги» Спілбергера—Ханіна / State—Trait Anxiety Inventory – STAI; «Шкала PCL-5» (Перелік симптомів ПТСР), статистичний аналіз даних.

Дослідницькі питання:

1. Які особливості емоційного досвіду характерні для військових та цивільних чоловіків під час війни в Україні?
2. Які зовнішні та внутрішні фактори найбільше впливають на формування емоційного стану чоловіків у контексті війни?

3. У чому полягають відмінності та подібності у рівнях тривожності, симптомів астенії та ПТСР у військових і цивільних вибірках?

Теоретична значущість дослідження полягає в розширенні наукових уявлень про специфіку емоційного досвіду чоловіків в умовах війни. На основі аналізу сучасної наукової літератури та результатів емпіричного дослідження поглиблено розуміння того, як бойові дії та пов'язані з ними стресові фактори впливають на формування та прояв астенічних станів, підвищеної тривожності та симптоматики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Особлива увага приділяється порівнянню цих проявів у чоловіків із різним соціальним статусом — військових і цивільних, що дозволяє виявити як універсальні, так і статусно обумовлені механізми емоційного реагування на травматичні події.

Вперше в українських умовах буде здійснено порівняльний аналіз емоційних проявів у двох специфічних групах: військовослужбовців спеціального призначення, які проходили навчання за стандартами НАТО, та цивільних чоловіків, які звернулися за психотерапевтичною допомогою під час війни. Ми сподіваємося, що це дозволить встановити часткові залежності між характером пережитого досвіду війни і рівнем тривожності, астенічних симптомів та проявами ПТСР.

Отримані результати мають доповнити і уточнити існуючі теоретичні уявлення про психоемоційні наслідки війни, доводячи, що навіть за відсутності прямої участі у бойових діях цивільні чоловіки демонструють високий рівень тривожності, не поступаючись за симптомами ПТСР військовослужбовцям. Це розширює традиційні уявлення про «бойову травму» і дозволяє трактувати вплив війни як системний феномен, що виходить за межі лінії фронту.

Таким чином, робота зробить внесок у розвиток клінічної психології, психотравматології та психології кризових ситуацій, поглиблюючи уявлення

про механізми психологічного реагування на екстремальні ситуації в сучасних умовах війни.

Практична значущість дослідження полягає в можливості застосування отриманих результатів для вдосконалення психологічної допомоги чоловікам, які пережили травматичний досвід війни. На основі порівняльного аналізу емоційного стану військових та цивільних розроблено рекомендації для роботи з обома групами, враховуючи специфіку їхніх переживань і потреб у підтримці.

Результати дослідження можуть бути використані:

- для вдосконалення програм психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів;
- для розробки психотерапевтичних інтервенцій, орієнтованих на підтримку цивільного населення, яке переживає хронічний стрес війни;
- для підготовки фахівців—психологів у сфері кризового консультування та психотерапії травми;
- для створення профілактичних програм збереження психічного здоров'я чоловіків у період військових дій та після їх завершення.

Практична значущість також може бути проявлена у використанні виявлених закономірностей при організації волонтерських ініціатив, груп підтримки та освітніх проєктів, спрямованих на підвищення психологічної стійкості населення.

Структура роботи. Робота містить вступ, три розділи, поділені на підрозділи, 20 таблиць, 4 рисунки, висновки (до кожного розділу та узагальнюючі), а також список використаних джерел (81) і додатки (4).

РОЗДІЛ І.
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ

1.1. Визначення поняття «емоційний досвід»

Поняття «емоційний досвід» є центральним у психології, оскільки відображає суб'єктивне переживання людиною своїх емоційних станів, що виникають у відповідь на зовнішні чи внутрішні стимули. Визначення цього поняття відрізняється залежно від теоретичного підходу.

Емоційна сфера особистості була предметом дослідження в рамках різних психологічних шкіл і напрямів. Над її вивченням працювали такі видатні науковці, як З. Фройд, Р. Вудвортс, В. Джемс, К. Ланге, Р. Плутчик, Д. Ліндслі та інші. Їхні дослідження були спрямовані не лише на виявлення джерел і механізмів виникнення емоційних станів, а й на осмислення самої природи емоцій як психологічного феномену. Різноманіття підходів і теоретичних моделей дозволило сформувати багатовимірне уявлення про емоції як важливу складову людського досвіду.

Теорія емоцій Шахтера—Сінгера [1], введена у 1962 році, стверджує, що емоції є результатом двоетапного процесу, що включає фізіологічне збудження та когнітивне маркування. Ця теорія припускає, що коли людина відчуває фізіологічне збудження без негайного пояснення — вона буде шукати в оточенні сигнали для позначення та інтерпретації цього збудження, що призведе до переживання емоцій.

Тривимірна теорія емоцій В. Вундта є однією з перших спроб наукового пояснення природи емоційних переживань. В її основі лежить уявлення про структуру емоцій як таку, що визначається трьома базовими вимірами:

1. Задоволення — невдоволення, що характеризує загальний емоційний тон переживання, тобто його приємний або неприємний характер;

2. Збудження — заспокоєння, який відображає рівень психофізіологічної активації, пов’язаної з емоцією;
3. Напруга — розслаблення, що описує ступінь внутрішнього напруження чи, навпаки, стану спокою та емоційної рівноваги.

Вундт також виокремлював два типи емоцій — елементарні (наприклад, почуття провини) та складні (афекти), — кожен з яких мав дві складові:

- Об'єктивну (зовнішню) сторону, пов’язану з пізнавальними аспектами емоції, її усвідомленням та зовнішніми проявами;
- Суб'єктивну (внутрішню) сторону, що відображає безпосередній досвід переживання емоції, зумовлений індивідуальним життєвим досвідом.

Згідно з цією концепцією, емоції не є лише супутниками когнітивних процесів, а активно впливають на формування думок. Фізіологічні прояви емоцій — міміка, жести, зміни серцебиття — розглядаються як наслідки, а не як першопричини емоційної реакції.

Емоційний досвід відноситься до суб'єктивних почуттів та реакцій, які люди відчувають у відповідь на своє оточення, на яке суттєво впливають як внутрішні процеси, так і зовнішні фізичні умови.

Поняття «емоційний досвід» у роботі Дж. Мітчелла [3] стосується переплетеної природи чуттєвого характеру та спрямованих аспектів емоцій. Емоції характеризуються як навмисні почуття, спрямовані на конкретні об'єкти, такі як радість або злість. На тлі конкуруючих поглядів на те, чи подібні ці почуття до перцептивного досвіду або реактивного ставлення, психологічна роль емоційних переживань у забезпеченні усвідомлення навмисних об'єктів все одно підтверджена.

Також поняття «емоційний досвід» стосується щоденних емоційних станів, з якими стикаються люди. Цікаво, що ті, хто надає пріоритет уникненню негативного досвіду — відчувають ширший спектр сильніших негативних емоцій, тоді як ті, хто зосереджується на контакті з фрустраціями,

відчувають менше негативних емоцій та більш інтенсивні позитивні емоції [4]. Це підкреслює складність емоційних переживань.

Роботи С. Томкінса [5] щодо емоційного досвіду, зокрема його теорія афектів, стверджує, що емоції є дискретними, біологічно обґрунтованими афектами, які відіграють вирішальну роль у поведінці та вираженні людини. Акцент Томкінса на біологічних основах емоцій та важливості міміки сформував подальші дослідження та теорії в науці про емоції. Пол Екман [5] додає, що емоційний досвід базується на реакціях, які є вродженими та універсальними, але модулюються культурними і соціальними факторами.

У межах теорії диференціальних емоцій, Керрол Ізард [5] виокремив десять базових емоцій, які, на його думку, мають унікальні характеристики та відіграють ключову роль у психологічному функціонуванні людини. До них належать: радість, сум, гнів, страх, сором, зневага, провина, здивування, огида та цікавість.

Ці емоції, за Ізардом, не є лише суб'єктивними станами — вони виступають потужними мотиваційними чинниками, що впливають на пізнавальні процеси, поведінку та фізіологічні реакції. Їхня роль полягає у наданні змісту та значення людському досвіду, оскільки вони безпосередньо взаємодіють з базовими потребами, бажаннями та спонуканнями особистості.

Базові емоції впливають на гомеостатичні механізми, сприйняття, мислення та рухову активність, виступаючи, таким чином, фундаментальними елементами психічного життя, що формують емоційну структуру особистості та забезпечують її цілісність.

Модель компонентного процесу емоцій К. Шерера [6] стверджує, що емоції — це динамічні процеси, що включають кілька компонентів, таких як оцінка, вираження, фізіологія, мотивація та почуття. Ця модель припускає, що емоційні переживання не є статичними, а розвиваються через взаємодію між цими компонентами, що дозволяє тонко зрозуміти, як емоції генеруються

та виражаються. К. Шерер був першим, хто описав різні типи емоційного переживання, включаючи первинні, вторинні, інструментальні та захисні емоційні реакції, підкреслюючи важливість полегшення первинного емоційного переживання для терапевтичних змін.

Щодо інноваційних точок зору на емоційний досвід – варто згадати Ф. А. Ліпораса [7] та його ідею про те, що емоційний досвід частково є несенсорним, тобто емоційні переживання неможливо повністю зрозуміти лише за допомогою сенсорних модальностей. Тобто емоційний досвід є складною, багатогранною, багаторівневою та багатофункціональною інтегральною освітою. Також психіатр Бессел ван дер Колк [8] наголошував, що емоційний досвід, особливо травматичний, залишає слід у тілі тому що переживання емоцій може бути дисоційоване та соматизоване у результаті травматичних подій.

Таким чином, поняття «емоційний досвід» охоплює інтеграцію когнітивних, фізіологічних і поведінкових компонентів емоцій, які відображають як індивідуальні, так і універсальні аспекти людської емоційності. Його вивчення важливе для розуміння як нормальних, так і патологічних процесів емоційного реагування.

1.2. Вплив зовнішніх і внутрішніх факторів на формування емоційного досвіду

Формування емоційного досвіду є складною взаємодією зовнішніх (соціально—культурних) і внутрішніх (особистісних і психологічних) факторів. Культурні впливи формують сприйняття, вираження та переживання емоцій, тоді як індивідуальні психологічні риси та особистий досвід ще більше модулюють ці емоційні реакції [9]. Рівень емоційної стабільності впливає на здатність регулювати емоції у стресових ситуаціях. Резилієнтні особистості демонструють меншу вразливість до негативного

емоційного впливу. Позитивний життєвий досвід, підтримка родини та успішне подолання попередніх криз, формує базу для стійкості в умовах травматичних подій.

Існують значні культурні відмінності в тому, як сприймаються та оцінюються емоції [10]. Наприклад, при порівнянні культурного менталітету Гонконгу та Голандії було виявлено, що культурний контекст впливає на сприйняття емоцій: збудження та соціальна залученість є більш значущими в Гонконзі, тоді як позитив більше цінується в Нідерландах [10]. У статті Г. Бебко та Б. К. Чхона [11] обговорюється, як культурні норми впливають на досвід, вираження та регуляцію емоцій. Хоча це теж не стосується конкретно українців, ми можемо припустити, що в колективістських культурах, до яких належить і Україна, більший акцент робиться на конформічності та соціальній інтеграції.

Щодо культурних норм саме українців, то вони сприймають і висловлюють емоції, формуючи власні емоційні переживання та стилі спілкування. Ці норми глибоко вкорінені в історичному, мовному та соціальному контекстах, які спільно сприяють унікальному емоційному ландшафту. На сприйняття та вираження емоцій серед українців впливають різні чинники, включаючи мову, символи та історичний досвід, а також мовні адаптації, кольорові асоціації та культурні цінності.

Багаторічний вплив «біблійного світу» на українську культуру теж вплинув на емоційні норми і цінності. Цей історичний контекст підкреслює такі цінності, як особиста відповідальність та приналежність до спільноти, які є невід'ємною частиною сприйняття емоційного досвіду в Україні [12]. Біблійний світогляд впливає на емоційне вираження, пропагуючи такі цінності, як особиста та колективна відповідальність.

Емоційність є ключовою рисою українського менталітету, що відображена у стародавніх фразеологічних одиницях [13] – наприклад, вираз «піднятися, як Фенікс з попелу» ілюструє, як культурні норми формують

емоційне вираження. Разом з тим, українці схильні підкреслювати емоційні зв'язки з любов’ю до свободи, які демонструють глибоко вкорінені культурні рамки.

Гендерні стереотипи в українському суспільстві, зокрема ті, що увічнюються засобами масової інформації, впливають на вираження емоцій українськими чоловіками за допомогою комбінації словесних та невербальних сигналів, сформованих культурними нормами та суспільними очікуваннями [14]. Відчуття емоції гніву глибоко закладено в український мовний та культурний контекст, відображаючи як універсальний людський досвід, так і унікальні культурні нюанси.

Українська культура також робить значний акцент на громадській думці та репутації і впливає на вираження сорому і провини. Ці емоції часто пов'язані з потенційною втратою поваги і виражаються за допомогою невербальних сигналів, таких як міміка та мова тіла, особливо це стосується очей та обличчя. Культурна концептуалізація сорому в Україні пов'язана з душею та серцем [14], що свідчить про глибоку інтерналізацію цих емоцій, які часто виражаються у відповідь на суспільні очікування та норми.

Вираження емоцій українськими чоловіками глибоко вкорінене в культурних та мовних традиціях, але може піддаватися змінам у відповідь на сучасні впливи.

1.3. Психологічні особливості емоційної сфери у чоловіків

Емоційна сфера чоловіків — складна і багатогранна, вона охоплює різні аспекти емоційного вираження, стабільності та впливу суспільних норм. Сучасні емпіричні дослідження засвідчують, що чоловіки здатні виражати різноманітні емоційні стани, що суперечить усталеним гендерним стереотипам щодо їхньої емоційної замкненості чи невиразності. Це вказує на необхідність перегляду традиційних уявлень про чоловічу емоційність та

визнання того, що соціальні й культурні чинники відіграють ключову роль у формуванні моделей емоційного реагування у представників різної статі. Однак суспільні очікування та традиційні норми маскулінності продовжують впливати на те, як чоловіки сприймають та виражають свої емоції.

Чоловіки часто емоційно стримані, але дослідження [15] показують, що вони можуть ефективно виражати емоції за допомогою словесного спілкування, мови тіла та матеріальних предметів. Стереотип чоловіків, які зазнають емоційного виклику, не є загальноприйнятим, оскільки багато чоловіків демонструють компетентність у емоційному вираженні.

Хоча чоловіки здатні виражати широкий спектр емоцій, суспільні норми та традиційні погляди на маскулінність все ще можуть впливати на їхнє емоційне життя. Традиційні норми маскулінності можуть обмежувати емоційне вираження, особливо у вразливих контекстах, наприклад — проблемах психічного здоров'я [16].

Емоційне реагування чоловіків у кризових ситуаціях має свої характерні риси, обумовлені як біологічними факторами, так і культурно—соціальними очікуваннями щодо ролі чоловіка у суспільстві. У стресових умовах чоловіки, як правило, демонструють більшу зовнішню стриманість емоцій, що часто супроводжується прагненням до самоконтролю, самостійного подолання труднощів і заперечення потреби у допомозі. Така модель реагування є водночас захисним механізмом і потенційним джерелом психологічних ризиків [16].

Однією з особливостей чоловічого реагування є домінування активних, орієнтованих на дію форм подолання стресу: прагнення вирішити проблему, мобілізувати ресурси, придушити або витіснити емоційні переживання. У короткостроковій перспективі це може забезпечувати адаптивність, однак за умов тривалого або повторного стресу призводить до емоційного виснаження, підвищеної тривожності, соматизації емоційних переживань.

У культурі українського суспільства особливе місце займають уявлення про мужність, витривалість і жертовність, що часто формують внутрішні заборони на прояв емоційної вразливості. Під час війни ці установки посилюються, змушуючи чоловіків зберігати видимість сили навіть у стані глибокого виснаження. Це ускладнює діагностику психоемоційних порушень і знижує готовність звертатися за психологічною допомогою. Існує тенденція до накопичення пригнічених емоцій, що може спричиняти розвиток посттравматичних стресових розладів, депресії та залежностей.

Також варто відзначити, що попри розбіжності у характері пережитого досвіду, військові та цивільні чоловіки мають спільну соціокультурну основу емоційного реагування. В українському суспільстві існують сталі уявлення про мужність, емоційну витримку, здатність самостійно долати труднощі без звернення за допомогою. Ці уявлення формуються через соціалізаційні процеси, підтримуються громадською думкою та часто посилюються в умовах війни. Відповідно, багато чоловіків, незалежно від їхнього статусу — військового чи цивільного — демонструють схожі тенденції до придушення емоцій, уникання проявів вразливості та самостійного переживання травматичного досвіду. Таким чином, культура мужності є одним із визначальних чинників формування емоційного досвіду в умовах війни.

Розуміння цих особливостей є критично важливим для побудови ефективних стратегій психологічної підтримки, які повинні враховувати як зовнішні прояви поведінки чоловіків, так і приховані глибинні переживання.

1.4. Вплив екстремальних ситуацій та стресу війни на військових та цивільних чоловіків в Україні

Емоційні переживання військових та цивільних людей в Україні під час триваючого конфлікту сформовані суворими реаліями війни. Обидві групи стикаються зі значними психологічними проблемами, але їх досвід та

механізми подолання відрізняються через їх ролі та оточення. Військовослужбовці часто стикаються з прямими наслідками бойових дій, тоді як цивільні особи стикаються з непрямими наслідками війни, такими як переміщення та втрати. Ці переживання відзначаються низкою емоцій, включаючи страх, тривогу та моральну травму, на які впливають особисті, соціальні та культурні фактори.

Емоційний досвід військовослужбовців містить наступні аспекти:

- Українські військовослужбовці зазнають інтенсивного психоемоційного навантаження, зумовленого постійною загрозою бойових дій, необхідністю збереження високої бойової готовності та виконанням професійних завдань в умовах екстремального ризику. Такий тривалий стресовий тиск спричиняє розвиток симптомів емоційного вигорання, серед яких домінують хронічна втома, емоційне виснаження, дефіцит емпатії та відчуження від службових обов’язків і соціального середовища [17];
- Солдати часто стикаються з моральною травмою, яка є психологічним дистресом, що виникає внаслідок дій, що порушують їхні моральні чи етичні переконання. Ці прояви нерідко корелюють із симптоматикою посттравматичного стресового розладу (ПТСР), для якого характерне переживання інтенсивної провини, сорому та тривоги, що виникають як психологічна реакція на участь у бойових діях або пов’язані з моральними дилемами та втратою побратимів [18];
- Емоційна концепція війни у військовій субкультурі включає альтруїстичні мотиви, такі як готовність пожертвувати, поряд з почуттям нехтування та заниження. Ця подвійність створює складний емоційний ландшафт, де солдати відчувають як почуття обов'язку, так і страх бути неоціненими [19].

Емоційний досвід цивільних чоловіків містить наступні аспекти:

- Цивільні особи, особливо ті, хто був свідком або постраждав від війни, також зазнають моральної травми. Це часто супроводжується більш високим рівнем посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги порівняно з військовослужбовцями, оскільки цивільні особи борються з хаосом та руйнуванням навколо них [18];
- Війна призвела до погіршення психоемоційного стану цивільних осіб, що характеризується прихованою депресією, гнівом та страхом. Однак було показано, що структуровані заходи, такі як волонтерська робота та підтримка соціальних медіа, покращують емоційний добробут [20];
- Ставлення цивільних до військовослужбовців формується їхньою взаємодією та досвідом. Це ставлення варіюється від вдячності та захоплення — до прагнення до нормальності, відображаючи складні стосунки, на які впливає близькість до конфлікту [21].

На тлі зазначених відмінностей, і військові, і цивільні чоловіки відчувають значний страх і тривогу через непередбачуваність та насильство війни. Триваючий конфлікт посилив існуючі стресові фактори та запровадив нові виклики, що призвело до низки психологічних та фізіологічних проблем. Чоловіки, особливо ті, хто бере участь у військових операціях або живуть у зонах конфлікту, стикаються з підвищеним ризиком розладів психічного здоров'я, фізичних недуг, пов'язаних зі стресом, та порушень у повсякденному житті.

Ці емоції поширені і впливають на повсякденне життя, впливаючи на прийняття рішень та взаємодію [22]. Також, незважаючи на виклики, серед українців є спільне почуття надії та стійкості. Особисті історії та щоденники розкривають моменти радості, любові та надії, які служать механізмами подолання та джерелами сили.

Дослідження [23, 24] демонструють, що всі чоловіки в Україні відчувають значний рівень тривоги, депресії та стресу через триваючу війну.

Хоча жінки виявилися більш вразливими — чоловіки інтенсивно стикаються зі значними проблемами психічного здоров'я, особливо з прямим впливом травм, таких як збройні напади та серйозні людські страждання. Фінансова нестабільність та нестабільність зайнятості ще більше посилює ці проблеми психічного здоров'я серед чоловіків, підкреслюючи необхідність цілеспрямованих втручань для підтримки їхнього психічного благополуччя під час конфлікту. Чоловіки, які беруть участь у військових операціях, відчувають сильний стрес, тривогу та депресію через постійну загрозу життю та невизначеність майбутнього [24].

Також хронічний стрес впливає на гормональний рівень у чоловіків, який пов'язаний з депресією та іншими проблемами чоловічого здоров’я. Поширеність цих проблем досягає 30% [25], що посилюється такими факторами, як небезпека для життя, зміна місця проживання та невизначеність щодо майбутнього. Цей хронічний стрес негативно впливає на загальну якість життя і може ускладнити існуючі стани здоров'я.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) поширений серед тих, хто безпосередньо піддається бойовим або травматичним подіям. Коморбідність ПТСР з тривожними розладами та депресією є поширеним явищем, що ускладнює стан психічного здоров'я постраждалих [26].

Хоча основна увага часто приділяється безпосереднім наслідкам військового стресу, важливо враховувати довгострокові наслідки для здоров'я усієї популяції чоловіків в Україні. Триваючий конфлікт не тільки впливає на тих, хто безпосередньо бере участь, але й впливає на більшу чоловічу популяцію, включаючи тих, хто був переміщений або живе в постійній невизначеності.

Досвід та вираження гніву серед чоловіків в Україні, особливо в контексті триваючого військовоо конфлікту, є багатогранною проблемою, на яку впливають різні фактори, такі як соціальні ролі, військова участь та переміщення. Війна посилила проблеми психічного здоров'я, причому

тривога та астенія є помітними емоційними реакціями. Дослідження [27] демонструє, що чоловіки в Україні демонструють більш високий рівень тривоги порівняно з жінками, що суперечить типовим тенденціям мирного часу. На цю підвищену тривогу можуть впливати відповідальність воєнного часу та суспільні очікування.

З початком повномасштабного вторгнення у 2022 році відзначається зростання рівня тривожності серед українських військовослужбовців. Попри те, що зазвичай чоловіки-військові демонструють нижчі показники тривожності порівняно з жінками, тривалий вплив бойових дій та перебування в умовах постійної загрози може спричинити розвиток тривожних розладів, що ускладнює процес психологічної реабілітації та порушує механізми емоційної регуляції [28].

Чоловіки, які були примусово переміщені через конфлікт, також відчувають підвищену тривожність, часто пов'язану з розладами адаптації. Втрата стабільних соціальних зв'язків та страх за особисту безпеку сприяють цим емоційним порушенням [29].

Серед госпіталізованих українських військовослужбовців гнів часто придушується, а не вивільняється. Це придушення є поширеною реакцією на сприйняту невідповідну поведінку іншими, і воно проявляється в різних формах, від спроби зберігати спокій до інтерналізації люті. Дослідження [30], зосереджене на госпіталізованих українських військових після дислокації, демонструє вищий рівень пригніченого гніву (31,57%) порівняно з звільненим гнівом (24,37%). Вираження гніву часто виникає як реакція на сприйняту невідповідну поведінку з боку інших. Крім того, емоційний біль, стрес і тривале почуття гніву є постійними проблемами для цих ветеранів, ускладнюючи їх здатність справлятися з негативними емоціями та тривогою, особливо в контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Хоча військові та цивільні чоловіки в Україні стикаються з різними емоційними проблемами, їхній досвід взаємопов'язаний через спільну травму

війни. Пряма взаємодія військових у боротьбі та непрямий вплив цивільних осіб на конфлікт створюють складний емоційний ландшафт, який вимагає тонкого розуміння та підтримки. Війна створює спільну травму, яка об'єднує їх через схожі емоційні переживання, попри відмінності в умовах. Військові безпосередньо стикаються з екстремальними подіями, тоді як цивільні зазнають опосередкованого впливу війни.

Культурні та соціальні уявлення про маскулінність також істотно впливають на характер емоційного реагування чоловіків у кризових ситуаціях та на їхню готовність звертатися за психологічною допомогою. У багатьох культурах, зокрема й в українському суспільстві, стійко закріплені норми, які асоціюють «справжню» мужність із силою, витримкою, емоційною стриманістю та здатністю самостійно долати труднощі.

Традиційні маскулінні установки сприяють формуванню у чоловіків уявлення про те, що прояв слабкості, емоційна відкритість або звернення за підтримкою є ознакою «невідповідності» чоловічій ролі. Як наслідок, навіть за умови сильного емоційного стресу або розвитку психоемоційних розладів чоловіки часто схильні ігнорувати свої стани, витісняти переживання або компенсувати їх через агресивну, ризиковану або самодеструктивну поведінку.

В умовах війни ці культурні стереотипи посилюються: суспільство часто очікує від чоловіків безумовної стійкості, жертовності та невразливості, що створює додатковий психологічний тиск. Такі очікування не лише ускладнюють процеси саморефлексії та емоційного усвідомлення у чоловіків, а й підвищують ризики розвитку затяжних психічних розладів, особливо у випадках невизнаної або непрожитої травми.

Для ефективної психологічної підтримки критично важливо враховувати вплив маскулінних норм на сприйняття допомоги. Інтервенції повинні бути адаптовані так, щоб уникати прямих підкреслень вразливості як «слабкості» та фокусуватися на таких цінностях, як відповідальність за власне

відновлення, особиста ефективність та відновлення функціональної активності.

Робота з чоловіками в умовах війни вимагає глибокого розуміння контексту мужності, нормального переживання емоцій та формування здорових моделей звернення за допомогою без загрози самосприйняттю та гідності клієнта.

Висновки до Розділу І

У першому розділі роботи проведено теоретичний аналіз поняття емоційного досвіду, а також розглянуто основні чинники, що впливають на його формування в умовах війни серед чоловіків різних соціальних статусів.

Емоційний досвід розглядається як інтегративна структура, що поєднує когнітивні, фізіологічні та поведінкові компоненти емоційних переживань, обумовлених взаємодією внутрішніх та зовнішніх чинників. Аналіз різних психологічних теорій показав, що емоційний досвід є багатовимірним явищем, яке не тільки відображає реакції на зовнішні стимули, але й глибоко пов'язане з особистісними особливостями індивіда, історичним і культурним контекстом.

Формування емоційного досвіду чоловіків в Україні в умовах війни зумовлюється низкою зовнішніх і внутрішніх чинників. До зовнішніх належать: пряма чи опосередкована загроза життю, втрата близьких, руйнування соціальних зв’язків, вимушене переміщення, економічна нестабільність і трансформація соціальних ролей. Внутрішніми чинниками є особистісні характеристики, рівень психологічної стійкості (резилієнтності), попередній досвід подолання криз, схильність до самостійного вирішення проблем і особливості емоційної саморегуляції.

Особливу увагу в дослідженнях приділено психологічним аспектам чоловічого емоційного реагування у кризових ситуаціях. З’ясовано, що

традиційні маскулінні норми, характерні для українського суспільства, сприяють формуванню у чоловіків моделей стриманого вираження емоцій та самостійного подолання труднощів, що в умовах війни може призводити до внутрішньої ізоляції, пригнічення емоцій та накопичення психологічної напруги. Це ускладнює своєчасне звернення за психологічною допомогою і підвищує ризик розвитку посттравматичних розладів.

У межах теоретичного аналізу запропоновано структурну модель емоційного досвіду чоловіків в умовах війни, яка включає:

- Зовнішні фактори (інтенсивність травматичних подій, соціальна підтримка, економічна ситуація, культурні очікування);
- Внутрішні фактори (рівень емоційної саморегуляції, адаптивність, попередній досвід переживання стресу, установка на мужність та витривалість);
- Механізми опрацювання емоцій (придушення емоцій, активні форми подолання, уникання емоційних переживань, соціальне відсторонення);
- Емоційні прояви (підвищена тривожність, астенічні стани, симптоми ПТСР, пригнічення або вибухи гніву, емоційне виснаження);
- Результати для психічного здоров'я (ризик розвитку депресії, залежностей, хронічного ПТСР, емоційного вигорання);

Таким чином, емоційний досвід чоловіків у контексті війни формується через складну взаємодію зовнішніх стресорів та внутрішніх особистісних ресурсів, що визначає як адаптивні, так і дезадаптивні стратегії емоційного реагування.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що для ефективного надання психологічної допомоги чоловікам в умовах війни необхідно враховувати особливості їхнього емоційного реагування, роль культурних уявлень про маскулінність, а також вплив соціального оточення та особистісних ресурсів на їхній емоційний досвід.

РОЗДІЛ ІІ.
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ ЧОЛОВІКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Етапи дослідження та опис вибірки

Дослідження було умовно розподілено на п’ять етапів, кожен з яких відповідав вирішенню окремого завдання:

Етап 1. Проведено теоретико-методологічний аналіз психологічного феномену емоційного досвіду. Здійснено систематизацію інформації з наукових джерел, зокрема щодо специфіки емоційного досвіду чоловіків в умовах сучасної України.

Етап 2. Вибір методів дослідження, які допомогають проаналізувати емоційний досвід чоловіків, які перебувають у зоні бойових дій, а також тих, які не були мобілізовані протягом війни, але переживали стрес щодо ведення військових дій на території міст України.

Для цього було обрано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на багатовимірну оцінку емоційного досвіду чоловіків в умовах війни. Підбір інструментарію здійснювався з урахуванням специфіки досліджуваних змінних — симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), астенічного стану та рівня тривожності.

Психометричні інструменти були обрані відповідно до наступних критеріїв:

- Висока надійність і валідність за даними клінічних і психометричних досліджень;
- Актуальність змісту щодо оцінки психоемоційних станів у кризових і травматичних умовах;

- Можливість кількісного аналізу результатів і подальшого порівняльного аналізу між вибірками військових та цивільних чоловіків.

У дослідженні застосовувалися такі методики:

- «Шкала симптомів ПТСР» (PCL-5) — для кількісної оцінки проявів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM—5;
- «Шкала астенічного стану» (Л. Д. Малкова, адаптація Т. Г. Чертової на основі MMPI) — для оцінки ступеня емоційного виснаження та фізичної втоми;
- «Шкала тривожності» Спілбергера–Ханіна (STAI) — для диференційованого вимірювання ситуативної та особистісної тривожності.

Дослідження аспенічного стану.

Астенія (також відома як астенічний стан або астенічний синдром) — це патологічний психофізіологічний стан, який характеризується підвищеною втомлюваністю, зниженням витривалості, емоційною нестійкістю та загальним виснаженням. Серед основних проявів — порушення сну, дратівливість, ослаблення самоконтролю, нетерплячість, внутрішня напруга, погіршення здатності до концентрації уваги та виконання розумової чи фізичної роботи. Також спостерігається гіперчутливість до зовнішніх подразників: гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. У контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР) астенія розглядається як один із супутніх симптомів, причому її інтенсивність часто корелює з тяжкістю перебігу самого ПТСР [31].

Астенічний стан є одним із частих проявів психоемоційного виснаження, що спостерігається в умовах тривалого стресу, особливо в контексті війни. Астенія включає такі симптоми, як підвищена втомлюваність, зниження працездатності, емоційна лабільність, відчуття

фізичної слабкості та зниження мотивації. Для діагностики ступеня астенічного стану було обрано спеціалізовану психометричну методику — «Шкалу астенічного стану» Л. Д. Малкової, адаптовану Т. Г. Чертовою на основі тесту MMPI (Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник).

Шкала була розроблена для виявлення інтенсивності астенічних проявів у контексті загальної психоемоційної адаптації особистості. Вона дозволяє кількісно оцінити вираженість втоми, зниження енергетичного потенціалу та зниження психічної стійкості, що особливо важливо для дослідження осіб, які перебувають у стані хронічного стресу або пережили травматичні події.

Основою для створення «Шкали астенічного стану» стали окремі шкали тесту MMPI, які фіксують соматичні та психічні аспекти втоми та виснаження. В адаптації Т. Г. Чертової були використані емпірично відібрані пункти MMPI, що виявили найвищу кореляцію з клінічними проявами астенії у вибірках пацієнтів із невротичними та психосоматичними розладами.

«Шкала астенічного стану» складається із 30 тверджень, на які респондент має відповісти за принципом «так» або «ні». Твердження відображають характерні для астенічного стану симптоми: швидку втомлюваність, ослаблення уваги та пам’яті, зниження настрою, емоційну нестійкість, зменшення ініціативи, проблеми зі сном і загальне зниження фізичної енергії.

Під час обробки результатів дослідження аналізується кількість відповідей, які свідчать про прояви астенічних симптомів. Саме ці відповіді використовуються як індикатори наявності або вираженості астенічного стану в респондентів. Отриманий бал може інтерпретуватися як показник ступеня астенізації особистості:

- Низький рівень астенічного стану: відсутність виражених симптомів втоми, добра адаптивність.

- Середній рівень астенічного стану: наявність помірної втоми, що виникає під впливом стресових факторів, потребує уваги.
- Високий рівень астенічного стану: стійке зниження енергетичних ресурсів, емоційна нестабільність, що свідчить про необхідність психокорекційної або психотерапевтичної допомоги.

Надійність і валідність шкали були підтверджені в ряді клінічних і психометричних досліджень. Шкала демонструє високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт α—Кронбаха більше 0,80) та високу конвергентну валідність із клінічними оцінками психоемоційного стану.

Шкала має ряд переваг у порівнянні з іншими методиками оцінки астенії:

- Компактність і простота застосування,
- Чутливість до змін емоційного стану в динаміці,
- Можливість використовувати у великих вибірках.

У контексті даного дослідження «Шкала астенічного стану» була обрана для оцінки рівня емоційного виснаження серед військових і цивільних чоловіків, які переживають вплив війни. Застосування цієї шкали дозволяє виявити як загальні тенденції розвитку астенії в умовах тривалого стресу, так і можливі відмінності між групами за рівнем емоційного виснаження.

Іншим ключовим емоційним проявом адаптації людини до кризових ситуацій, особливо в умовах військового конфлікту, є тривожність.

Дослідження тривожності.

Вивчення рівня тривожності дозволяє оцінити як ситуативні реакції на стресові події, так і стійкі особистісні характеристики, що визначають загальний стиль реагування на загрози. Для оцінки тривожності в даному дослідженні була використана «Шкала тривожності» Спілбергера–Ханіна (State—Trait Anxiety Inventory — STAI).

Оригінальний інструмент був розроблений американським психологом Чарльзом Спілбергером, для вимірювання двох аспектів тривожності:

- Ситуативної тривожності (State Anxiety, S—Anxiety) — тимчасового емоційного стану, який виникає у відповідь на стресову ситуацію;
- Особистісної тривожності (Trait Anxiety, T—Anxiety) — відносно стабільної індивідуальної характеристики, що відображає загальну схильність до сприйняття різноманітних ситуацій як загрозливих.

Українська адаптація методики була здійснена Ю. Л. Ханіним на основі перекладу, культурної адаптації та стандартизації (Ханін, 1981). Шкала довела свою високу надійність і валідність у численних дослідженнях як серед клінічних, так і неклінічних вибірок.

Інструмент складається з 40 тверджень, поділених на дві частини:

- Перша частина (20 тверджень) оцінює рівень ситуативної тривожності — стан тривоги в даний момент часу.
- Друга частина (20 тверджень) оцінює рівень особистісної тривожності — загальну тенденцію до тривожного реагування в різних життєвих обставинах.

Респонденти оцінюють кожне твердження за 4—бальною шкалою відповідей, що дозволяє виявити інтенсивність тривожних переживань. Підрахунок балів здійснюється окремо для обох субшкал.

Інтерпретація результатів передбачає виділення трьох рівнів тривожності:

- Низький рівень (20–30 балів) — емоційна стабільність, добрі адаптаційні можливості;
- Середній рівень (31–45 балів) — помірна тривожність, що може посилюватися в умовах стресу;
- Високий рівень (46 балів і більше) — виражена тривожність, яка може порушувати ефективність діяльності та потребує психологічної підтримки.

Надійність шкали підтверджується високими показниками внутрішньої консистентності: коефіцієнт α—Кронбаха для обох субшкал становить понад 0,85 [32]. Валідність STAI підтверджена як у клінічних дослідженнях

(особливо при вивченні тривожних розладів), так і у дослідженнях здорового населення.

В умовах війни використання шкали Спілбергера–Ханіна набуває особливої актуальності, оскільки дозволяє виявляти не тільки загальний рівень тривожності чоловіків, а й диференціювати ситуаційно обумовлені стани від глибших особистісних особливостей. Це має важливе практичне значення для розробки індивідуалізованих підходів до психологічної підтримки [33].

У даному дослідженні «Шкала тривожності» Спілбергера–Ханіна використовувалася для оцінки рівня тривожності серед військових та цивільних чоловіків, що дозволяє здійснити порівняльний аналіз специфіки їх емоційного реагування на події війни. Результати діагностики дають змогу визначити як загальний емоційний фон вибірок, так і виявити групи ризику, які потребують цільової психологічної допомоги.

Дослідження ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найпоширеніших психоемоційних наслідків переживання надзвичайно травматичних подій, таких як війна, бойові дії, втрата близьких або загроза життю. Для оцінки симптоматики ПТСР у рамках даного дослідження була використана «Шкала симптомів ПТСР» (PCL-5 — PTSD Checklist for DSM-5).

PCL-5 є однією з найпоширеніших самозвітних методик для виявлення та кількісної оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв останньої редакції Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM—5). Оригінальна версія шкали була розроблена Національним центром ПТСР США.

Шкала містить 20 тверджень, що відповідають ключовим діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу відповідно до класифікації DSM-5. Респонденти оцінюють ступінь вираженості кожного симптому за

останній місяць, використовуючи п'ятибальну шкалу: від 0 балів («не турбував зовсім») до 4 балів («турбував надзвичайно сильно»).

PCL-5 дозволяє оцінити чотири основні кластери симптомів ПТСР:

- Інтрузії (нав'язливі спогади, сни, флешбеки),
- Уникання (уникання думок, почуттів або ситуацій, пов'язаних із травмою),
- Негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері (почуття провини, відчуженість, зниження позитивних емоцій),
- Гіперзбудження (підвищена пильність, дратівливість, порушення сну).

Підрахунок балів може здійснюватися як за загальним сумарним показником, так і окремо по кожному кластеру симптомів.

- Загальний бал PCL-5 варіюється від 0 до 80 балів.
- Значення 33 бала і більше часто вважається індикатором наявності клінічно значущих симптомів ПТСР.

Дана шкала може слугувати інструментом як для первинної діагностики посттравматичного стресового розладу, так і для відстеження динаміки психічного стану пацієнта впродовж терапії або реабілітаційних заходів.

PCL-5 має високу психометричну надійність, валідність шкали підтверджена численними дослідженнями на різних вибірках, включаючи військовослужбовців, ветеранів, цивільних осіб, які пережили травматичні події.

Однією з переваг PCL-5 є її чутливість до змін у симптоматиці, що дозволяє ефективно оцінювати динаміку стану клієнтів у процесі психотерапії або реабілітаційних заходів.

У контексті даного дослідження «Шкала симптомів ПТСР» (PCL-5) була застосована для оцінки рівня посттравматичних симптомів у військових та цивільних чоловіків, які зазнали впливу війни. Це дозволило:

- Виявити поширеність ПТСР у вибірках,

- Встановити співвідношення між симптомами ПТСР, астенічним станом і тривожністю,
- Порівняти емоційний стан військових та цивільних осіб у контексті тривалого стресового навантаження.

Таким чином, використання шкали PCL-5 надало можливість отримати надійні емпіричні дані про ступінь психологічної травматизації серед чоловіків в умовах війни та визначити цільові групи для подальших психокорекційних програм.

Етап 3. Проведення дослідження та аналіз результатів.

На третьому етапі дослідження було проведено емпіричну перевірку теоретичних припущень шляхом безпосереднього тестування обраної сукупності чоловіків у реальних умовах воєнного часу. Емпіричне дослідження мало порівняльний характер і передбачало вивчення особливостей емоційного досвіду серед двох вибірок: військовослужбовців і цивільних чоловіків.

Дослідження проводилося на вибірці з 80 чоловіків віком від 25 до 45 років, поділених на дві рівні підгрупи: 40 військовослужбовців спеціального призначення, які проходили підготовку за стандартами НАТО, та 40 цивільних осіб, які звернулися за психологічною допомогою під час повномасштабного вторгнення РФ в Україну. Вибірка була сформована на підставі критеріїв: чоловіча стать, вік 25–45 років, наявність травматичного досвіду, відсутність тяжких когнітивних чи психотичних розладів в анамнезі.

Військовослужбовці: 100% брали участь у бойових зіткненнях/операціях — протягом останніх 12 місяців. 90% не проходили психіатричного обстеження. 5% вживали психотропні препарати. 20% палять. Алкоголь протягом служби вживали 45% учасників, з них 6 осіб — 1–3 рази на тиждень, 4 — частіше, ніж 3 рази на тиждень.

Цивільні чоловіки: 100% не були мобілізовані, але були у безпосередній близькості до місць влучань, приймали добровільну участь у розборі

руйнувань, були наближені до експозиції смерті цивільних громадян, втратили близьких, мали економічні труднощі — протягом останніх 12 місяців. Всі вони зверталися протягом війни за психотерапією, зі скаргами на симптоми ПТСР, астенію та підвищену тривожність. Всі — громадяни України та знаходяться на території України. 70% проходили психіатричне обстеження, 85% — отримували психофармакотерапію. Курців — 95%. Алкоголь вживали 100%, з них понад половина (77,5%) — 1—3 рази на тиждень та частіше.

До участі у дослідженні допускалися особи за умови дотримання таких загальних критеріїв: відсутність тяжких психоемоційних або фізичних станів, наявність вільного часу (щонайменше 30 хвилин), добровільна згода на участь та виконання тестових завдань, відсутність на момент тестування інтенсивних медичних процедур. Усі учасники надали письмову інформовану згоду відповідно до етичних вимог, що забезпечують конфіденційність і захист персональних даних.

Критеріями виключення були наявність психотичних розладів, виражених порушень інтелекту та нестабільних психічних станів, що могли перешкоджати участі у дослідженні.

Нижче наведено характеристики вибірки за двома досліджуваними групами.

Табл. 2.1

Характеристика досліджуваних чоловіків—військовослужбовців

Фактор	Кількість	Відсоток
Травматичний досвід		
Участь у бойових зіткненнях/операціях — протягом останніх 12 місяців	40	100%
Психічний стан на момент дослідження		
Проходили психіатричне обстеження	4	10,00%

Прийом психотропних препаратів	2	5,00%
Шкідливі звички		
Палять	8	20,00%
Вживають алкоголь: • ніколи • рідше ніж раз на місяць • 1–3 рази на місяць • 1–3 рази на тиждень • частіше ніж 3 рази на тиждень	 22 8 6 4 0	 55% 20% 15% 10% 0%

Табл. 2.2

Характеристика досліджуваних цивільних чоловіків

Фактор	Кількість	Відсоток
Травматичний досвід		
Безпосередня близкість до місць влучань, участь у розборі руйнувань, експозиція смерті, втрата близьких, економічні труднощі — протягом останніх 12 місяців	40	100%
Психічний стан на момент дослідження		
Проходили психіатричне обстеження	28	70,00%
Прийом психотропних препаратів	34	85,00%
Шкідливі звички		
Палять	38	95,00%
Вживають алкоголь: • ніколи • рідше ніж раз на місяць • 1–3 рази на місяць • 1–3 рази на тиждень	 0 0 9 15	 0% 0% 22,5% 37,5%

• частіше ніж 3 рази на тиждень	16	40%

Базою для проведення дослідження виступила власна психотерапевтична практика (ФОП Станіславська Т. О.), а також волонтерський проєкт, реалізований громадською організацією «Інститут психотравми війни» на території одного з навчальних полігонів в Україні.

Процедура проведення дослідження включала:

- Ознайомлення респондентів із метою та умовами участі у дослідженні;
- Отримання усної або письмової згоди на участь;
- Індивідуальне заповнення бланків трьох методик:
  - «Шкали астенічного стану» (Малкова–Чертова),
  - «Шкали тривожності» Спілбергера–Ханіна (STAI),
  - «Шкали симптомів ПТСР» (PCL-5).

Тестування проводилося в умовах, що забезпечували психологічну безпеку учасників: без сторонніх осіб, у спокійній атмосфері, із можливістю припинити участь на будь—якому етапі.

Обробка даних здійснювалася за допомогою методів математичної статистики:

- Розрахунок середніх значень (M) і стандартних відхилень (SD) за кожною шкалою;
- Порівняння середніх показників у групах за допомогою t—критерію Стьюдента;
- Виявлення кореляційних зв'язків між рівнем тривожності, астенії та симптомами ПТСР за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона;
- Застосування експлораторного факторного аналізу, з метою виявлення латентної структури взаємозв’язків між шкалами симптомів ПТСР (PCL-5), астенічного стану, а також шкалами реактивної та особистісної тривожності. Для уточнення кількості факторів було

використано метод паралельного аналізу, який продемонстрував наявність одного латентного фактора.

Проведений аналіз дозволив виявити як спільні, так і специфічні тенденції в емоційному досвіді військових і цивільних чоловіків. Зокрема, попередні результати свідчать про наявність статистично значущих відмінностей у рівнях тривожності та астенії між досліджуваними групами, а також про високий рівень симптомів ПТСР у обох вибірках. Кореляційний аналіз показав взаємозв'язок між рівнем тривожності, астенічними проявами та симптомами посттравматичного стресового розладу, що підтверджує гіпотезу про комплексний характер емоційного реагування на екстремальні умови.

Етап 4. Розробка рекомендацій для психологічної підтримки чоловіків — військових та цивільних — в умовах війни.

2.2. Аналіз надійності емпіричного дослідження

Перед тим, як переходити до аналізу отриманих даних, ми перевірили узгодженість відповідей досліджуваних за допомогою аналізу надійності. Для шкали астенічного стану було отримано достатній рівень надійності. Для решти шкал – нижчий за достатній.

Табл. 2.3

Аналіз надійності «Шкали симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкали астенічного стану» та «Шкали тривожності» Спілбергера—Ханіна

Шкала	Альфа Кронбаха
«Симптоми ПТСР»	0.208
«Астенічний стан»	0.735
«Реактивна тривожність»	0.455
«Особистісна тривожність»	0.560

Можливі причини щодо низької узгодженості шкал:

1. Різна природа стресу в групах (військові vs цивільні). У військових чоловіків стрес і симптоми, пов’язані з ПТСР, можуть бути пригніченими через адаптацію до жорстких умов
2. і військову дисципліну, що сприяє більш контрольованій поведінці. У той час цивільні чоловіки, які шукали психотерапевтичної допомоги, могли мати більш явні прояви симптомів через невизначеність, страх за себе та близьких, а також відсутність регулярної підтримки.
3. Різниця у мотивації відповідати чесно. Військові чоловіки могли стримувати свої відповіді через страх стигматизації або небажання демонструвати слабкість. Особливо це стосується військового професійного середовища (як у нашому випадку), яке часто заохочує стійкість і самоконтроль. Натомість цивільні, які звернулися за психотерапевтичною допомогою, могли відповідати більш емоційно, прагнучи отримати підтримку чи визнання їхніх проблем.
4. Різний контекст відповідей. Умови збору даних могли вплинути на сприйняття питань. Військові відповідали на полігоні або в умовах тренувань, що стимулюють концентрацію та мобілізацію ресурсів. Цивільні заповнювали шкали, ймовірно, у спокійнішій, але більш тривожній атмосфері, пов'язаній із пошуком допомоги.
5. Емоційна перевантаженість респондентів. Цивільні чоловіки, які перебувають у постійному стані тривоги через війну, могли давати суперечливі відповіді, викликані емоційним виснаженням. У військових, через тривалу адаптацію до стресових умов, симптоми могли бути «згладженими» або навіть пригніченими.
6. Гетерогенність вибірки. У військових та цивільних могли бути значні відмінності за віком, рівнем освіти, професійним досвідом, психічним станом і рівнем соціальної підтримки. Це могло вплинути на варіативність відповідей та знизити узгодженість результатів шкал.

Наведені гіпотези представляють науковий інтерес і потребують подальших досліджень, зокрема для глибшого аналізу особливостей роботи з обома вибірками.

2.3. Порівняння особливостей психічного стану військових та цивільних

Надалі, приступаючи до аналізу отриманих результатів, ми в першу чергу здійснили порівняння середніх показників у групах військових та цивільних, за шкалами обраних в дослідженні методик.

Табл. 2.4

Середні та середні квадратичні відхилення в групах військових та цивільних за «Шкалою симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкалою астенічного стану» та «Шкалою тривожності» Спілбергера—Ханіна

Шкали	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	військові	цивільні	військові	цивільні
Симптоми ПТСР	42.1	43.5	4.92	6.11
Астенічний стан	97.5	96.0	3.57	11.0
Реактивна тривожність	53.7	59.3	5.46	6.21
Особистісна тривожність	51.9	60.1	5.91	5.76

За «Шкалою симптомів ПТСР», різниця між групами незначна, що свідчить про схожий рівень симптомів ПТСР у військових і цивільних чоловіків. За СКВ (військові: 4.92, цивільні: 6.11), цивільні демонструють

більшу варіативність у симптомах, можливо через різні умови життя (війна, втрата домівки, психологічна підтримка) або особливості вибірки.

За «Шкалою астенічного стану», середні показники майже однакові, що вказує на схожий рівень астенії в обох групах. Це підтверджує висновок про загальну психічну виснаженість в умовах тривалого стресу. За СКВ (військові: 3.57, цивільні: 11.0), існує значно більша варіативність серед цивільних, що може бути пов’язано з різницею у рівні соціальної підтримки, доступу до ресурсів або інших факторів.

За «Шкалою реактивної тривожності», у цивільних значно вищий рівень реактивної тривожності, що, ймовірно, пояснюється нестабільними умовами життя, відсутністю підготовки до стресових ситуацій або постійним відчуттям небезпеки. За СКВ (військові: 5.46, цивільні: 6.21), різниця незначна, обидві групи демонструють схожу варіативність у реактивній тривожності.

За «Шкалою особистісної тривожності», цивільні також мають помітно вищий рівень особистісної тривожності, що може бути пов’язано з відчуттям невизначеності, соціальною ізоляцією та впливом тривалого стресу. За СКВ, (військові: 5.91, цивільні: 5.76), варіативність схожа в обох групах, що свідчить про стабільність рівня особистісної тривожності в межах вибірок.

Таким чином, згідно з даними таблиці 2.4:

- По симптомах ПТСР — схожі середні значення вказують на загальний вплив травматичних подій війни як на військових, так і на цивільних. Однак більша варіативність у цивільних може свідчити про ширший спектр переживань;
- По астенічному стану — середні значення близькі, але цивільні демонструють більшу варіативність, що вимагає подальшого аналізу причин таких відмінностей;
- По реактивній та особистісній тривожності — значно вищі середні значення у цивільних свідчать про потребу в більшій

увазі до психологічної підтримки цивільних, зокрема для зниження тривожності.

Мінімуми та максимуми у групах військових та цивільних також різняться, втім найбільш цікаво вони проявлені для «Шкали астенічного стану», оскільки встановлено значну відмінність між мінімумами в групах за цією шкалою і зовсім незначну за максимумами.

Табл. 2.5

Мінімуми та максимуми в групах військових та цивільних за «Шкалою симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкалою астенічного стану» та «Шкалою тривожності» Спілбергера—Ханіна

	Мінімум		Максимум	
	військові	цивільні	військові	цивільні
Симптоми ПТСР	32	31	51	61
Астенічний стан	91	57	104	110
Реактивна тривожність	45	30	71	68
Особистісна тривожність	38	34	67	70

Симптоми ПТСР: хоча середні показники в групах схожі, максимум у цивільних значно вищий, що свідчить про тяжчий стан у частини цієї групи.

Астенічний стан: цивільні демонструють значно ширший діапазон показників, із набагато нижчим мінімумом, що вказує на більший вплив стресових факторів.

Реактивна тривожність: військові мають трохи вищий максимум, але цивільні демонструють більшу варіативність у відповідях.

Особистісна тривожність: цивільні мають вищий максимум, що свідчить про більшу схильність до хронічної тривожності.

Як бачимо з гістограми за «Шкалою астенічного стану», кілька цивільних мають достатньо низький рівень, починаючи з 57 балів. В той час як мінімальний рівень астенічного стану у військових дійсно суттєво вищий (91 бал).

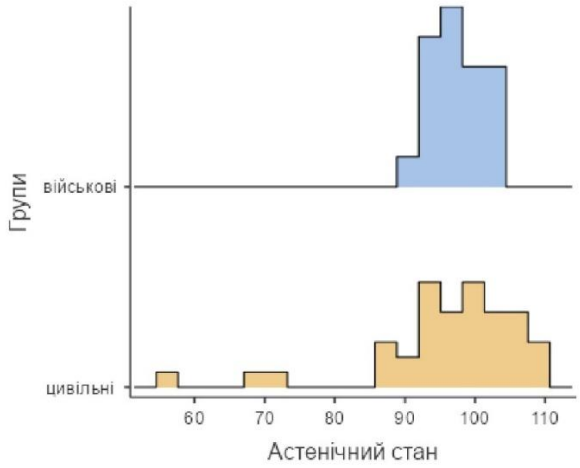

Рис. 1. Гістограми для «Шкали астенічного стану» у групах військових та цивільних

Задля встановлення достовірних відмінностей між середніми в групах військових та цивільних ми застосували перевірку гіпотез про середні, що здійснювалась за допомогою t—критерію Стьюдента та U критерію Манна—Уітні.

За «Шкалою симптомів ПТСР» та за «Шкалою астенічного стану» не було встановлено відмінностей в групах.

Було встановлено статистично достовірну відмінність між групами військових та цивільних за шкалами реактивної тривожності (U критерій Манна—Уітні = 305, $p < .001$) та особистісної тривожності (U критерій Манна—Уітні = 184, $p < .001$).

Табл. 2.6

Порівняння середніх значень військових та цивільних за «Шкалою симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкалою астенічного стану» та «Шкалою тривожності» Спілбергера—Ханіна

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p		Величина ефекту
Симптоми ПТСР	t—критерій Стьюдента	—1.068	78.0	0.289	d Коена	—0.239
Астенічний стан	U критерій Манна—Уітні	762		0.714	Рангово—бісер. коеф. кор.	0.0481
Реактивна тривожність	U критерій Манна—Уітні	305		< .001	Рангово—бісер. коеф. кор.	0.6188
Особистісна тривожність	U критерій Манна—Уітні	184		< .001	Рангово—бісер. коеф. кор.	0.7700

У таблиці 2.6 бачимо, що різниця між військовими і цивільними за симптомами ПТСР не є статистично значущою. Це підтверджує, що рівень симптомів ПТСР у двох групах схожий. Малий ефект за d Коена свідчить про незначну практичну різницю.

Різниця між військовими та цивільними за астенічним станом також не є статистично значущою. Це свідчить про однаковий рівень психічного

виснаження в обох групах. Дуже малий ефект означає, що практична значущість цієї різниці відсутня.

Різниця між групами за реактивною тривожністю є статистично значущою. Військові демонструють нижчий рівень реактивної тривожності порівняно з цивільними. Сильний ефект свідчить про те, що ця різниця має вагоме практичне значення.

Різниця між військовими та цивільними за особистісною тривожністю також є статистично значущою. Цивільні демонструють значно вищий рівень особистісної тривожності, що вказує на їхню підвищену вразливість до хронічного стресу. Дуже сильний ефект свідчить про вагомість цієї різниці. Це може бути пов’язано з відсутністю підготовки до стресових ситуацій, невизначеністю майбутнього та меншою соціальною підтримкою.

В коробкових діаграмах проілюстровано відмінність між групами. Як бачимо, цивільні мають вищий рівень як за шкалою реактивної, так і за шкалою особистісної тривожності за описовими статистиками: середнє, медіана, нижня та верхня квартиль.

За мінімумами та максимумами при цьому відмінності в групах дещо відрізняються.

За «Шкалою реактивної тривожності» є викиди, тому в групі військових максимум виявився більшим, ніж максимум в групі цивільних, а в групі цивільних мінімум виявився нижчим, ніж мінімум в групі військових.

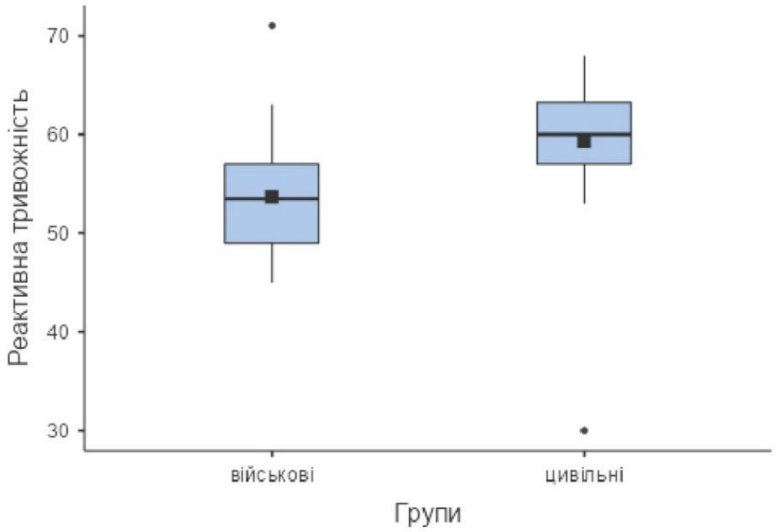

Рис. 2. Коробкові діаграми за «Шкалою реактивної тривожності» в групах військових та цивільних

За «Шкалою особистісної тривожності» лише мінімум в групі цивільних виявився нижчим ніж мінімум в групі військових, а всі інші описові статистики в групі цивільних — вищі, ніж в групі військових.

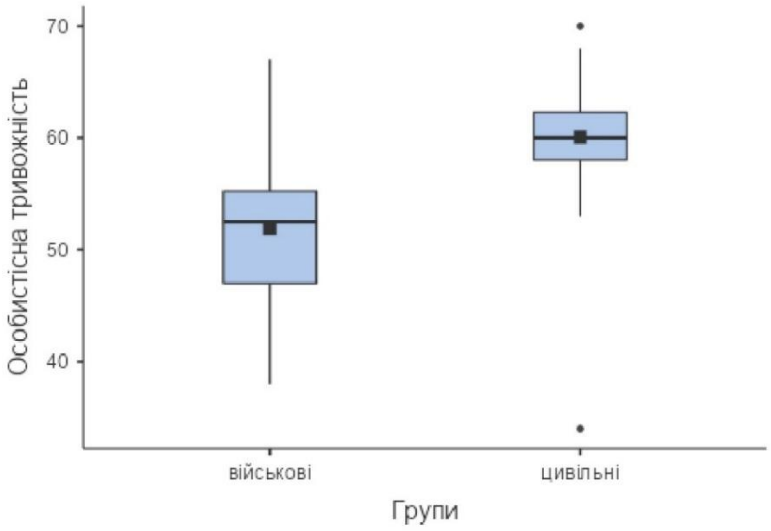

Рис. 3. Коробкові діаграми за «Шкалою особистісної тривожності» в групах військових та цивільних

2.4. Взаємозв'язки між симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю

Надалі ми перейшли до дослідження кореляційних зв'язків між симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю.

За допомогою кореляційного аналізу на всій вибірці було встановлено кореляційний зв'язок реактивної тривожності з особистісною (коеф. Спірмена = 0.481 ***, p < .001). Отримано середню за силою кореляцію.

Не було встановлено зв'язку «Шкали симптомів ПТСР» зі «Шкалою астенічного стану» та кожної з цих шкал - з реактивною та особистісною тривожністю.

Табл. 2.7

Кореляційні зв'язки «Шкали симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкали астенічного стану» та «Шкали тривожності» Спілбергера—Ханіна (вся вибірка)

		Симптоми ПТСР	Астенічний стан	Реактивна тривожність
Астенічний стан	коеф. Спірмена	0.064	—	
	p	0.576	—	
Реактивна тривожність	коеф. Спірмена	—0.020	—0.008	—
	p	0.858	0.946	—
Особистісна тривожність	коеф. Спірмена	—0.073	0.042	0.481 ***
	p	0.518	0.713	< .001

Досліджуючи кореляційні зв’язки поокремо на групах військових та цивільних, було отримано відмінність в результатах кореляційного аналізу.

Так, у групі військових, показники ПТСР, астенічного стану та тривожності у військових слабо пов’язані один із одним. Це може вказувати на різні аспекти психічного стану військових.

ПТСР і астенічний стан мають слабку негативну кореляцію з особистісною тривожністю, що може вказувати на захисну роль останньої.

Практично відсутній зв’язок між астенією та тривожністю. Незначна кореляція між цими шкалами свідчить, що психічне виснаження у військових не залежить від рівня тривожності.

Табл. 2.8

Кореляційні зв’язки «Шкали симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкали астенічного стану» та «Шкали тривожності» Спілбергера—Ханіна (військові)

		Симптоми ПТСР	Астенічний стан	Реактивна тривожність
Астенічний стан	коеф. Спірмена	0.053	—	
	p	0.744	—	
Реактивна тривожність	коеф. Спірмена	—0.103	—0.067	—
	p	0.528	0.680	—
Особистісна тривожність	коеф. Спірмена	—0.261	—0.147	—0.029
	p	0.104	0.364	0.857

За результатами у групі цивільних, Симптоми ПТСР не демонструють значущих зв’язків із жодною зі шкал, що може свідчити про незалежність їхнього прояву у цивільних.

Значущий зв’язок між реактивною та особистісною тривожністю підтверджує, що обидва типи тривожності є взаємопов’язаними у цивільних (коеф. Спірмена = 0.335 *, p = 0.035).

Астенічний стан не має значущих кореляцій з іншими змінними, що може вказувати на його окремий характер прояву у цивільних.

Табл. 2.9

Кореляційні зв’язки «Шкали симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкали астенічного стану» та «Шкали тривожності» Спілбергера—Ханіна (цивільні)

		Симптоми ПТСР	Астенічний стан	Реактивна тривожність
Астенічний стан	коеф. Спірмена	0.102	—	
	p	0.530	—	
Реактивна тривожність	коеф. Спірмена	—0.036	—0.099	—
	p	0.826	0.544	—
Особистісна тривожність	коеф. Спірмена	—0.125	0.124	0.335 *
	p	0.442	0.445	0.035

Надалі було прийнято рішення застосувати експлораторний факторний аналіз з метою виявлення латентної структури взаємозв’язків між «Шкалою симптомів ПТСР» (PCL-5), «Шкалою астенічного стану», а також «Шкалами реактивної та особистісної тривожності».

На групі військових, при перевірці припущень щодо можливості застосування факторного аналізу, результати критерію сферичності Барлетта виявилися незначущими ($\chi^2 = 3.82$, $p = 0.700$), що формально не підтверджує наявність достатньої кількості міжзмінних кореляцій.

Проте значення показника адекватності вибірки Кайзера–Мейєра–Олкіна (KMO = 0.511) перевищує мінімально допустимий поріг (0.5), що дозволяє з певною обережністю інтерпретувати результати аналізу.

Для уточнення кількості факторів було використано метод паралельного аналізу, який продемонстрував наявність одного латентного фактора.

За результатами факторного аналізу, до виділеного фактора увійшли шкали «Симптоми ПТСР» (факторне навантаження = 0.732) та «Особистісна тривожність» (факторне навантаження = —0.389). Шкали «Астенічний стан» та «Реактивна тривожність» мали низькі факторні навантаження та високі значення унікальності (0.985 і 0.991 відповідно), що вказує на їх слабкий зв’язок із загальним латентним фактором.

Таким чином, виявлений фактор можна умовно інтерпретувати як переживання хронічної напруги та психотравматичних симптомів, де «Симптоми ПТСР» роблять прямий внесок в фактор, а «Особистісна тривожність» – негативний. Водночас інші шкали, ймовірно, представляють інші незалежні виміри психоемоційного стану, які не були інтегровані до цього латентного фактора.

Табл. 2.10

Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу для «Шкали симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкали астенічного стану» та «Шкали тривожності» Спілбергера—Ханіна (військові)

	Фактор 1	Унікальність
Симптоми ПТСР	0.732	0.464
Астенічний стан		0.985
Реактивна тривожність		0.991
Особистісна тривожність	—0.389	0.849

17.8% дисперсії в початкових змінних пояснюється отриманим фактором.

Табл. 2.11

Повна пояснена дисперсія (військові)

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	0.711	17.8	17.8

На групі цивільних, при перевірці припущень щодо можливості застосування факторного аналізу, результати критерію сферичності Барлетта виявилися значущими ($\chi^2 = 26.4$, $p < 0.001$). Значення показника адекватності вибірки Кайзера–Мейєра–Олкіна (KMO = 0.480) не досягає прийнятного рівня (0.5), однак за умов значущого критерію Барлетта можемо інтерпретувати результати факторного аналізу.

Для уточнення кількості факторів було використано метод паралельного аналізу, який продемонстрував наявність одного латентного фактора.

За результатами факторного аналізу до виділеного фактора увійшли шкали «Реактивна тривожність» (факторне навантаження = 0.688) та «Особистісна тривожність» (факторне навантаження = 1.001). Шкали «Симптоми ПТСР» та «Астенічний стан» виявили вкрай низькі факторні навантаження і високі значення унікальності (0.982 і 0.998 відповідно), що свідчить про їх слабку залученість до загального латентного компонента.

Таким чином, виявлений фактор може бути умовно інтерпретований як загальна тривожність, представлена поєднанням реактивної та особистісної тривожності. Водночас симптоматика ПТСР і прояви астенії, ймовірно, формують окремі незалежні виміри психоемоційного стану в цивільній вибірці, що не інтегруються до спільного фактора з тривожністю.

Табл. 2.12

Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу для «Шкали симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкали астенічного стану» та «Шкали тривожності» Спілбергера—Ханіна (цивільні)

	Фактор 1	Унікальність
Симптоми ПТСР		0.98239
Астенічний стан		0.99771
Реактивна тривожність	0.688	0.52607
Особистісна тривожність	1.001	—0.00213

37.4 % дисперсії в початкових змінних пояснюється даним фактором.

Табл. 2.13

Повна пояснена дисперсія (цивільні)

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	1.50	37.4	37.4

Ми також намагалися побудувати моделі множинної лінійної регресії для шкали «Симптоми ПТСР», проте ані в групі військових, ані в групі цивільних це не дало результатів, оскільки жоден з предикторів не продемонстрував статистично значущого зв'язку із залежною змінною.

В подальшому ми досліджували взаємозв'язок симптомів ПТСР, астенічного стану та тривожності з даними, отриманими з анкети: вік та частота вживання алкоголю. За допомогою тесту для незалежних вибірок (U—критерій Манна—Уітні) - досліджували відмінності за віком, проте не було встановлено статистично достовірної відмінності між військовими та цивільними.

Табл. 2.14

Порівняння військових та цивільних за віком

		Статистика	p		Величина ефекту
Вік	U—критерій Манна—Уітні	800.0	1.000	Рангово—бісер. коеф. кор.	0.000

За допомогою критерію «хі—квадрат» ми досліджували взаємозв'язок статусу досліджуваних (військові чи цивільні) з частотою вживання алкоголю та встановили статистично значущий зв'язок ($\chi^2 = 53.0$, $p < .001$).

Табл. 2.15

Порівняння військових та цивільних за частотою вживання алкоголю (критерій хі—квадрат)

	Значення	Ступені свободи	p
χ^2	53.0	4	<.001
N	80		

Табл. 2.16

Таблиця спряженості для частоти вживання алкоголю у групах військових та цивільних (критерій хі—квадрат)

Частота	військові	цивільні	загалом
частіше ніж 3 рази на тиждень	0	16	16
% в колонці	0.0%	40.0%	20.0%
1–3 рази на тиждень	4	15	19
% в колонці	10.0%	37.5%	23.8%
1–3 рази на місяць	6	9	15
% в колонці	15.0%	22.5%	18.8%
рідше ніж раз на місяць	8	0	8
% в колонці	20.0%	0.0%	10.0%
ніколи	22	0	22
% в колонці	55.0%	0.0%	27.5%
Сума	40	40	80
% в колонці	100.0%	100.0%	100.0%

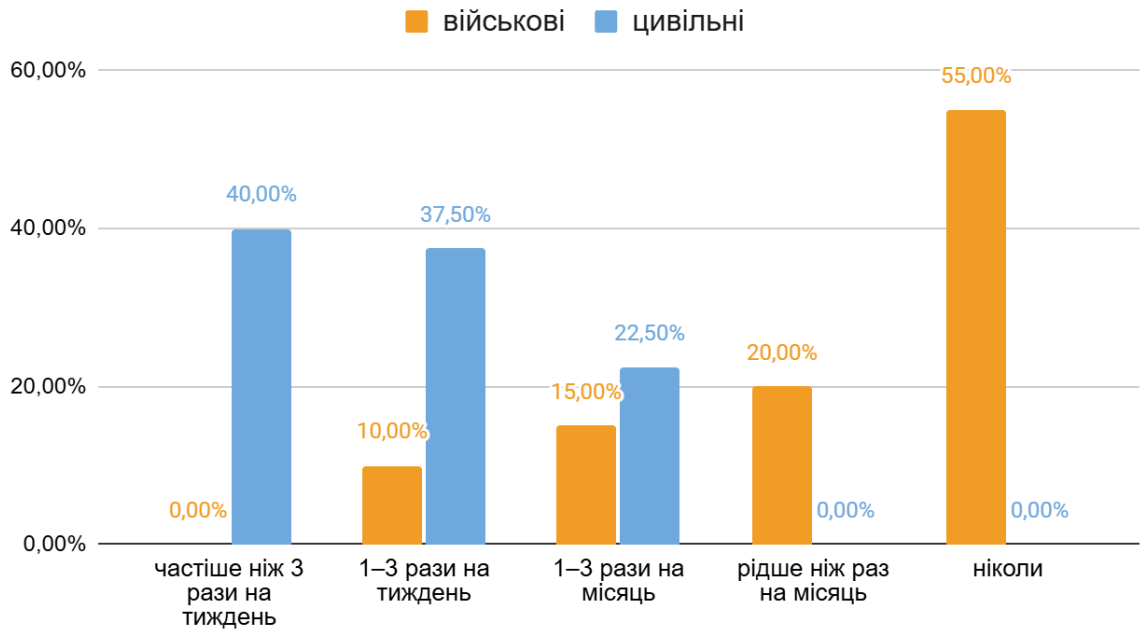

Рис 4. Розподіл частот вживання алкоголю для військових та цивільних

В подальшому ми порівнювали групи, утворені за частотою вживання алкоголю. При порівнянні цих груп не було встановлено відмінностей за симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю серед військових.

Табл. 2.17

Порівняння груп, утворених за частотою вживання алкоголю, за «Шкалою симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкалою астенічного стану» та «Шкалою тривожності» Спілбергера—Ханіна (військові)

	χ^2	df	p
Симптоми ПТСР	2.555	3	0.465
Астенічний стан	0.505	3	0.918
Реактивна тривожність	2.084	3	0.555
Особистісна тривожність	1.056	3	0.788

Не було встановлено також відмінностей за симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю в групах, утворених за частотою вживання алкоголю, серед цивільних.

Табл. 2.18

Порівняння груп, утворених за частотою вживання алкоголю, за «Шкалою симптомів ПТСР» PCL-5, «Шкалою астенічного стану» та «Шкалою тривожності» Спілбергера—Ханіна (цивільні)

	χ^2	df	p
Симптоми ПТСР	0.604	2	0.739
Астенічний стан	1.343	2	0.511
Реактивна тривожність	1.277	2	0.528
Особистісна тривожність	1.776	2	0.411

Впорядкувавши частоту вживання алкоголю у порядкову шкалу, ми застосували кореляційний аналіз задля встановлення кореляційних зв’язків як віку, так і частоти вживання алкоголю, з обраними методиками.

Не було встановлено кореляційних зв’язків віку та частоти вживання алкоголю з симптомами ПТСР, астенічним станом чи тривожністю серед військових.

Табл. 2.19

Кореляційні зв’язки віку та частоти вживання алкоголю з симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю у групі військових

		Вік	Частота вживання алкоголю
Симптоми ПТСР	коеф. Спірмена	—0.101	—0.101
	p	0.533	0.534
Астенічний стан	коеф. Спірмена	—0.264	0.090
	p	0.100	0.582
Реактивна тривожність	коеф. Спірмена	—0.300	—0.066
	p	0.060	0.685
Особистісна тривожність	коеф. Спірмена	0.118	0.032
	p	0.468	0.845

Серед цивільних не було встановлено кореляційних зв’язків частоти вживання алкоголю з симптомами ПТСР, астенічним станом чи тривожністю. Для віку було встановлено одну позитивну кореляцію зі шкалою «Реактивна тривожність» (коеф. Спірмена = 0.345*, p = 0.029). Отже чим старший вік досліджуваних в групі цивільних — тим вищий рівень реактивної тривожності.

Табл. 2.20

Кореляційні зв’язки віку та частоти вживання алкоголю з симптомами ПТСР, астенічним станом та тривожністю у групі цивільних

		Вік	Частота вживання алкоголю
Симптоми ПТСР	коеф. Спірмена	0.121	0.109
	p	0.459	0.502
Астенічний стан	коеф. Спірмена	—0.007	—0.092
	p	0.966	0.574
Реактивна тривожність	коеф. Спірмена	0.345*	—0.079
	p	0.029	0.628
Особистісна тривожність	коеф. Спірмена	0.032	—0.093
	p	0.844	0.569

Висновки до Розділу ІІ

У другому розділі магістерського дослідження було здійснено ґрунтовне емпіричне вивчення емоційного стану військових і цивільних чоловіків, які перебувають під впливом війни в Україні. Аналіз здійснювався за трьома ключовими шкалами: симптоми ПТСР (PCL-5), астенічний стан (Малкова–Чертова), та тривожність (STAI).

1. **Рівень симптомів ПТСР** в обох вибірках — військових та цивільних — є приблизно однаковим, що свідчить про високу поширеність

посттравматичних симптомів незалежно від участі у бойових діях. Водночас у цивільних зафіксовано більшу варіативність, включно з крайніми значеннями, що може вказувати на більший спектр переживаних труднощів і суб’єктивного страждання.

2. **Астенічний стан** — психоемоційне виснаження — виявлений на приблизно однаковому рівні у військових та цивільних, однак мінімальні показники в групі цивільних значно нижчі. Це вказує на більшу гетерогенність емоційного виснаження серед цивільного населення, що, ймовірно, пов'язане з меншими ресурсами адаптації та меншою підготовленістю до тривалого стресу.
3. **За обома шкалами тривожності** (реактивна і особистісна) цивільні чоловіки демонструють значно вищі рівні порівняно з військовими. Ці відмінності є статистично значущими ($p < 0.001$) і мають сильний ефект ($r > 0.6$), що підтверджує вищу емоційну вразливість цивільного населення до умов війни.
4. **Аналіз надійності шкал** виявив достатню внутрішню узгодженість лише для шкали астенії. PCL-5 та обидві шкали тривожності мали низькі значення альфа-Кронбаха, що, ймовірно, зумовлено відмінністю у типі стресу, мотивації відповідей та контексті тестування в обох групах.
5. **Кореляційний аналіз** виявив відсутність зв’язків між шкалами симптомів ПТСР, астенічного стану та тривожності. Водночас реактивна та особистісна тривожність є взаємопов’язаними, особливо серед цивільних. Це може свідчити про незалежний характер симптомів виснаження та ПТСР у порівнянні з тривожністю.
6. **Факторний аналіз** в обох групах дозволив виокремити по одному латентному фактору. У військових він включає симптоми ПТСР та особистісну тривожність, тоді як у цивільних — реактивну та особистісну тривожність. Це свідчить про відмінну емоційну

структуру психічного реагування у військових (з акцентом на травму) та цивільних (з акцентом на тривожність).

7. **Аналіз вживання алкоголю** показав істотно вищу частоту його споживання серед цивільних ($p < .001$). Проте жодна з психометричних шкал (ПТСР, астенія, тривожність) не продемонструвала зв'язку з частотою вживання алкоголю в жодній з груп.
8. **Вік не виявив зв'язку** з жодною з основних шкал у військових. Серед цивільних спостерігається слабкий позитивний зв'язок між віком та реактивною тривожністю, що свідчить про підвищення ситуативної тривожності з віком.

Загалом результати свідчать, що хоча рівень ПТСР у військових і цивільних є приблизно однаковим, цивільні чоловіки демонструють більшу тривожність, ширшу амплітуду емоційного виснаження та вищий ризик дезадаптації. Це потребує адаптації підходів психологічної підтримки до кожної з груп — з урахуванням як загального рівня психотравматизації, так і специфіки емоційного профілю.

РОЗДІЛ ІІІ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЧОЛОВІКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Принципи психологічної підтримки

Психологічна підтримка чоловіків у воєнних умовах — це багатогранний підхід, який вирішує унікальні проблеми психічного здоров'я. Розробка ефективних програм психологічної підтримки має вирішальне значення для підтримки психічного благополуччя. Ці програми часто включають поєднання індивідуальної та групової психотерапії, освітньої діяльності та програм реінтеграції, які покликані полегшити перехід до мирного життя [34]. Український досвід також підкреслює важливість колективної підтримки та активного залучення фахівців до розробки та тестування цих програм, які показали позитивний вплив на відновлення та реінтеграцію.

Дослідження [35] доводить, що соціальна підтримка, зокрема спілкування та взаємодія з друзями, родиною та членами громади, відіграє вирішальну роль у підтримці психічного здоров'я людей у воєнний час. Було встановлено, що чоловіки рідше використовують соціальну підтримку як механізм подолання порівняно з жінками. Але це дослідження підкреслює важливість зміцнення соціальних зв'язків для підвищення стабільності психічного здоров'я чоловіків, які стикаються з викликами війни. Спілкування та взаємодія з родиною, друзями та членами громади мають вирішальне значення для підтримки психічного здоров'я.

Психологічна підтримка чоловіків у воєнних умовах також передбачає структурований підхід, заснований на трьох фазах допомоги: негайна, постмедична та довгострокова [36]. Лікування психотравм включає як фармакологічні, так і психотерапевтичні методи, пристосовані до термінів травматичних подій.

Постійна психологічна підтримка необхідна чоловікам, які перебувають у зонах бойових дій протягом тривалого періоду часу – це стосується не тільки фронту, а й тилу, який під час війни в Україні є досить умовним. Ця підтримка допомагає зменшити симптоми вторгнення, дисоціації та депресії, а також підвищує загальний рівень активності [37].

Війна є потужним стресовим чинником, який радикально змінює звичні способи емоційного реагування та механізми психологічної адаптації. Чоловіки, незалежно від їх статусу — військовослужбовці або цивільні особи — опиняються в умовах підвищеної відповідальності, загрози життю, втрати соціальної стабільності та близьких зв'язків. Це зумовлює специфічні вимоги до організації психологічної підтримки саме для чоловічої аудиторії.

Одним із ключових аспектів є врахування особливостей чоловічого емоційного реагування в умовах кризи. Часто чоловіки демонструють зовнішню стриманість, схильність до приховування емоцій, уникання прояву вразливості, що обумовлено як індивідуальними психологічними особливостями, так і соціальними уявленнями про «чоловічу силу». Ця установка може утруднювати виявлення симптомів тривожних, депресивних або посттравматичних розладів, а також перешкоджати своєчасному зверненню за допомогою.

Тому надзвичайно важливим є створення безпечного, підтримуючого простору, в якому чоловіки могли б без осуду говорити про свої переживання, проявляти емоції, визнавати свої труднощі. Ефективна психологічна допомога має бути побудована на принципах поваги, визнання сили пережитого досвіду, а не стигматизації проявів вразливості.

Ще одним важливим принципом є індивідуалізація підходу. Емоційний досвід військових та цивільних чоловіків, навіть в умовах спільної загрози, суттєво відрізняється: військові стикаються з прямою травматизацією у бойових умовах, тоді як цивільні — із хронічною невизначеністю та безпорадністю перед загрозами. Ці відмінності потребують гнучких

психологічних інтервенцій, адаптованих до особистісних і ситуаційних факторів кожного клієнта.

Врахування культурного контексту, зокрема українських особливостей сприйняття мужності, честі, відповідальності, є обов'язковим для успішної роботи з чоловіками в умовах війни.

3.2. Основні напрямки психологічної підтримки

Основні напрямки психологічної підтримки для чоловіків – як військових, так і цивільних – включають, по—перше, регулярне психологічне оцінювання для визначення рівня стресу та симптомів ПТСР, а також визначення індивідуальних потреб та розробки персоналізованих програм терапії, які можуть включати як фармакологічні, так і психотерапевтичні методи.

Окремої уваги заслуговують програми реінтеграції, які мають на меті допомогти військовослужбовцям у переході до цивільного життя шляхом надання соціальних гарантій та систем підтримки. Вони часто включають освітні елементи, які допомагають військовослужбовцям набути нових навичок та знайти своє місце в суспільстві після військової служби.

Найефективніші психологічні втручання для зменшення симптомів ПТСР у чоловіків, які зазнали стресу під час війни, включають різноманітні види терапії, орієнтовані на травми, причому когнітивно—поведінкова терапія, орієнтована на травми (TF—CBT) та десенсибілізація/повторна обробка рухів очей (EMDR) є особливо помітними. Було показано, що ці втручання значно зменшують симптоми ПТСР і пристосовуються до різних умов, включаючи ті, що мають обмежені ресурси. Ефективність цих методів терапії підтверджується численними дослідженнями, які підкреслюють їх здатність полегшувати симптоми як у короткостроковій, так і в

довгостроковій перспективі. Нижче детально обговорюються ключові аспекти цих втручань.

Когнітивно—поведінкова терапія, орієнтована на травму (TF—CBT) [38] — це структурована короткочасна модель лікування, яка ефективно зменшує симптоми посттравматичного стресового розладу, вирішуючи думки та поведінку, пов'язані з травмою. У дослідженні, проведеному в Північному Іраку, TF—CBT показав значне зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу з розміром ефекту 1,088, що вказує на сильний вплив на зменшення симптомів, пов'язаних з травмами [39]. TF—CBT також відзначається своєю ефективністю як у короткострокових, так і в довгострокових спостереженнях, що робить його надійним варіантом для тривалого лікування симптомах [40].

Десенсибілізація та повторна обробка руху очей (EMDR) — ще одне високоефективне втручання при посттравматичному стресовому розладі, зосереджене на обробці тривожних спогадів за допомогою керованих рухів очей. Дослідження показують, що EMDR має великий розмір ефекту у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу, при цьому стійкі переваги спостерігаються при подальших оцінках [41, 42]. У групових умовах EMDR виявився таким же ефективним, як і TF—CBT, що робить його життєздатним варіантом для масштабних втручань у середовищах з обмеженими ресурсами [43]. Довгострокова ефективність цих методів лікування підтверджується доказами, що свідчать про стійке зменшення симптомів та покращення показників ремісії [44].

Хоча TF—CBT та EMDR є високоефективними, важливо враховувати індивідуальні потреби та уподобання пацієнтів при виборі підходу до лікування. Інші втручання, такі як терапія уважності та терапія наративної експозиції, також можуть бути перспективними і більш підходящими для певних людей або контексту [45]. Крім того, інтеграція фармакологічного лікування з психологічними втручаннями може покращити результати,

особливо у випадках складної травми [46]. Загалом, вибір втручання повинен бути адаптований до конкретних обставин та наявних ресурсів, забезпечуючи найкращі можливі результати для тих, хто постраждав від посттравматичного стресового розладу.

Другий основний напрямок психологічної підтримки для чоловіків – як військових, так і цивільних – включає методи психологічного супроводу чоловіків із вираженою астенією. Які повинні враховувати емоційне виснаження, знижений рівень енергії та потребу у відновленні ресурсів. Основними підходами є такі, які спрямовують клієнтів на відновлення емоційних, фізичних і когнітивних ресурсів [47]:

1. Психоедукація про причини та прояви астенічних станів, пояснення важливості здорового сну, харчування, фізичної активності;
2. Когнітивно—поведінкова терапія для формування навичок управління негативними думками та дезадаптивними переконаннями, які посилюють відчуття виснаження, а також навчання технікам саморегуляції;
3. Фізична активність з терапевтичним ефектом: легка фізична активність (йога, прогулянки, плавання) та заняття, які підвищують тонус без перевантаження;
4. Емоційна підтримка та соціалізація у групах підтримки для обміну досвідом долання та отримання моральноъ пыдтримки, робота з близькими для створення сприятливого середовища;
5. Робота з відновленням ресурсу: пошук і впровадження нових джерел радості (хобі, творчість), побудова режиму відпочинку та праці, навчання технікам тайм—менеджменту;
6. Тренування релаксаційних технік, з метою знизити фізичне та емоційне напруження шляхом прогресивної м’язової релаксації, медитації або майндфулнесу (усвідомленості), технік дихання, зокрема повільного діафрагмального дихання;

7. Психотерапія, орієнтована на пошук сенсу у життєвих труднощах в умовах війни, робота над створенням довгострокових цілей і прагнень.

Для цивільних чоловіків, які стикаються з вищим рівнем реактивної та особистісної тривожності, основними напрямками роботи є зниження тривожності, розвиток стресостійкості та стабілізація емоційного стану.

Основні рекомендації [48]:

1. Зниження рівня тривожності через навчання технікам саморегуляції, когнітивно—поведінковим стратегіям та технікам зменшення тривоги.
2. Релаксаційні методи та управління стресом: навчання технікам глибокого дихання, прогресивної м’язової релаксації, медитації та інші техніки зниження стресу; проведення групових тренінгів для відпрацювання навичок управління емоціями у стресових ситуаціях.
3. Розвиток стресостійкості та управління стресовими реакціями через тренінги, які включають елементи когнітивно—поведінкової терапії, майндфулнесу та групи взаємодопомоги для обговорення переживань і спільного пошуку рішень.
4. Робота із самооцінкою та впевненістю: консультування з питань побудови особистих і професійних перспектив у кризових умовах.

Хоча програми психологічної підтримки є важливими для чоловіків, важливо визнати обмеження та проблеми, пов'язані з їх реалізацією.

Такі фактори, як культурні відмінності, стигма, пов'язана з пошуком підтримки психічного здоров'я та мінливість індивідуальних реакцій на терапію можуть вплинути на ефективність зазначених методів. Крім того, динамічний та непередбачуваний характер умов війни вимагає гнучких та адаптивних стратегій підтримки [49].

Аналіз емоційного досвіду чоловіків в умовах війни неможливий без урахування впливу культурних і соціальних стереотипів, що формують установки поведінки, сприйняття емоцій та способи їх вираження. Культурні норми і соціальні очікування значною мірою визначають те, як чоловіки

сприймають власні емоційні стани, які почуття вважають припустимими для вираження, а які підлягають придушенню або запереченню.

В українському соціокультурному контексті мужність традиційно асоціюється зі стійкістю, витривалістю, стриманістю, готовністю до самопожертви й уникненням прояву слабкості. Особливо ці риси підкреслюються в умовах війни, де суспільний запит на «героїчну мужність» стає надзвичайно сильним. Такі стереотипи істотно впливають як на військових, так і на цивільних чоловіків, формуючи очікування щодо їхньої поведінки та емоційних реакцій [50].

Врахування соціальних стереотипів є критично важливим для правильної інтерпретації результатів психологічного тестування. Наприклад, низький рівень ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна може бути не свідченням відсутності тривоги, а результатом стратегії заперечення або витіснення емоцій, що соціально схвалюється у чоловічому середовищі. Аналогічно, занижені показники за шкалою астенії можуть відображати не реальну високу стійкість, а бажання відповідати соціальним нормам мужності.

Соціальні й культурні стереотипи також істотно впливають на механізми формування посттравматичного стресового розладу. У чоловіків, які зазнали травматичного досвіду, але відчувають соціальний тиск щодо «неприпустимості слабкості», може розвиватися прихований або латентний ПТСР із переважанням симптомів уникання та емоційної відстороненості [51].

У процесі психологічної підтримки врахування культурних норм стає основою для правильного вибору тактики втручання. Психологічна допомога має бути організована так, щоб уникати прямого протиставлення традиційним уявленням про мужність. Замість акценту на «емоційну вразливість», ефективнішими є підходи, що підкреслюють «відповідальність

за власне психічне здоров’я», «сміливість звернутися по допомогу», «збереження бойової готовності через відновлення внутрішніх ресурсів».

Таким чином, інтерпретація результатів дослідження рівня тривожності, астенії та ПТСР серед чоловіків має здійснюватися з урахуванням того, що культурні та соціальні стереотипи впливають на стиль емоційного реагування. Без цього врахування існує ризик неправильної оцінки глибини емоційних проблем, що, своєю чергою, може призвести до неадекватного вибору стратегій психологічної підтримки.

Отримані в дослідженні результати підтверджують, що в обох вибірках — і серед військових, і серед цивільних чоловіків — спостерігається тенденція до емоційного стримування, притаманного культурному ідеалу мужності. Це вимагає особливо обережного і чутливого підходу до діагностики й подальшої психокорекційної роботи, що орієнтується на поступову зміну установок, формування культури емоційної самопідтримки та відповідальності за психічне здоров'я без стигматизації.

Надання психологічної допомоги чоловікам, які зазнали впливу війни, потребує обов’язкового врахування соціокультурних стереотипів маскулінності, що визначають їхнє ставлення до власного емоційного стану, готовність звертатися по допомогу та способи подолання стресу [52].

У традиційній українській культурі образ «справжнього чоловіка» асоціюється зі стійкістю, незалежністю, емоційною стриманістю, готовністю витримувати біль і труднощі без скарг. Війна ще більше посилює ці уявлення: військовий або цивільний чоловік очікувано має бути сильним, витривалим, «опорою» для сім’ї або побратимів. Відхилення від цього ідеалу може сприйматися як особиста слабкість або невідповідність соціальним очікуванням.

Як наслідок, багато чоловіків навіть за наявності виражених симптомів тривоги, астенії чи ПТСР не звертаються за допомогою або знецінюють

власні страждання. Вони можуть переживати глибоке емоційне виснаження, але водночас приховувати це, аби не виглядати «слабкими» в очах інших [53].

Тому психологічна допомога чоловікам повинна бути побудована з урахуванням цих соціальних норм і установок. Пряме акцентування уваги на «емоційній вразливості», «слабкості» чи «потребі в підтримці» часто викликає опір або ще більше закриття. Ефективніші підходи базуються на таких концептах як:

- підтримання психологічної готовності до боротьби;
- відновлення ресурсності для виконання обов'язків;
- формування відповідальності за власну ефективність і добробут;
- підкреслення сили у здатності розпізнавати власні потреби і звертатися за допомогою тоді, коли це необхідно.

Дослідження показують, що інтервенції, які презентують психотерапію не як лікування «слабкості», а як підвищення життєвої ефективності та стійкості, мають набагато вищу прийнятність серед чоловіків.

Крім того, у роботі з чоловіками важливо підтримувати їхню ідентичність через мову сили й активності [54]. Наприклад, психолог може говорити про «стратегії відновлення», «ресурсне мислення», «тренування стійкості» замість більш класичних термінів на кшталт «емоційне опрацювання» чи «робота зі страхами».

Особливу увагу слід приділяти створенню безпечного простору, в якому чоловік зможе без загрози для своєї гідності поступово відкривати й опрацьовувати власний емоційний досвід. Практики роботи з тілом, арттерапія, методики розвитку усвідомленості (mindfulness), а також групові програми на кшталт «підтримки побратимів» можуть бути ефективними каналами для «обхідного» доступу до глибших переживань [55].

Таким чином, урахування стереотипів маскулінності в процесі психологічної допомоги не означає їх беззастережного прийняття, але вимагає тактовного та поступового підходу, який допомагає чоловікам

інтегрувати емоційну підтримку у свій образ сили, а не в протиріччя з ним. Тільки з повагою до внутрішньої структури чоловічої ідентичності можна забезпечити ефективну психологічну допомогу в умовах післятравматичного стресу, війни та довготривалого кризового навантаження.

3.3. Специфічні напрямки психологічної підтримки військових

Психологічна підтримка військовослужбовців, особливо в умовах активних бойових дій або тривалого перебування в зоні підвищеного ризику, є не лише гуманітарною необхідністю, а й елементом національної безпеки. Адже стабільний емоційний стан військових прямо впливає на боєздатність підрозділів, ефективність виконання бойових завдань, а в довгостроковій перспективі — на поствоєнну реінтеграцію в суспільство.

Як показало наше емпіричне дослідження, військові демонструють нижчі рівні тривожності у порівнянні з цивільними, але мають вищий рівень соматичних проявів астенії. Це вказує на те, що психіка військового схильна до дисоціації та соматизації стресу. Відтак, робота з такими пацієнтами має включати в себе глибоку тілесну чутливість: практики тілесно—орієнтованої терапії, роботу з психосоматикою, навчання усвідомленому розпізнаванню симптомів виснаження.

Окрему роль у психотерапії відіграє нормалізація й валідизація симптомів [56]. Важливо, щоб військовий отримав чітке розуміння: реакція на травму — це не «слабкість» і не «зрада ідеалу», а закономірна реакція нервової системи на надмірні навантаження. Такий підхід знижує рівень самозвинувачення та полегшує вхід у терапевтичний альянс.

Ще один із ключових клінічних компонентів у роботі з військовими — моральна травма (moral injury). Вона виникає тоді, коли особа стає свідком або учасником подій, що суперечать її базовим етичним установкам. Це може бути вбивство, втрата товариша, ситуації, де довелося обирати між поганим і

ще гіршим. На відміну від класичного ПТСР, моральна травма часто супроводжується екзистенційною кризою, втратою сенсу, глибоким соромом.

Психотерапія в такому випадку має фокусуватись не лише на симптомах, а на восстановленні ціннісної рамки. Ефективним виявляється інтегрування екзистенційної психотерапії, наративних підходів, духовної підтримки [57]. В окремих випадках — створення умов для публічного чи символічного покаяння, ритуалів прощення, роботи з втратою сенсу та віри.

Тривожність, виявлена в межах норми, не потребує медикаментозної підтримки, але вимагає уважної роботи з фоном небезпеки. Варто враховувати, що військові часто не вербалізують тривогу у класичному сенсі, але демонструють її через роздратування, тілесні симптоми, імпульсивну поведінку.

Ефективні втручання: навчання технік саморегуляції, методів дихання, тілесних заземлень (грундінгу), використання когнітивно-поведінкових технік для реконструкції уявлень про небезпеку та контроль. Часто допомагає фокус на дії та структурі — військові добре реагують на чіткі алгоритми, послідовність, завдання [58].

Групова терапія має значну ефективність, якщо побудована на базових принципах: добровільність, рівність, конфіденційність. Особливо ефективними є групи побратимства — учасники з подібним бойовим досвідом, з єдиним етичним полем. Тут можливе контейнерування афектів, нормалізація реакцій, обмін досвідом подолання.

У роботі з такими групами важливо, щоб ведучий не лише володів психотерапевтичними техніками, а й мав контекстне розуміння військової культури: ієрархії, специфічного гумору, лексики, принципу «не скиглити». Без цього можлива ретравматизація [59].

Психологічна підтримка військових не може обмежуватись лише клінічним втручанням. Має бути побудована система міждисциплінарної

взаємодії: психолог — психіатр — командир — соціальний працівник — капелан. Лише така мережа здатна створити повноцінну систему підтримки.

Особливу увагу варто приділяти реінтеграції після повернення з фронту: допомога у пошуку роботи, відновленні родинних зв'язків, опрацюванні ізоляції, що часто виникає після служби. Тут важлива участь громадських ініціатив, ветеранських організацій, програм соціальної адаптації [60].

У магістерському дослідженні було використано шкалу PCL-5 для виявлення симптомів ПТСР, шкалу Спілбергера — для тривожності, та шкалу Малкова — для астенічного стану. Ці інструменти дозволяють швидко виявити групи ризику, відстежити динаміку змін, адаптувати терапевтичні плани.

Варто зазначити, що у роботі з військовими важливо уникати стигматизації, яку можуть викликати слова «діагноз», «розлад», «патологія». Тому рекомендовано подавати результати у формі «індикаторів психоемоційного стану», з фокусом на відновлення і зміцнення [61].

Хоча дане дослідження було зосереджене на чоловіках, у сучасних умовах важливо враховувати і гендерні аспекти. У війську служать жінки, представники ЛГБТ-спільноти — і психологічна підтримка має враховувати їхній досвід, подекуди ще більш вразливий через стигматизацію чи насильство.

Психологічна допомога військовим має позиціонуватися не як «лікування хвороби», а як підтримка сили, «тюнінг» психіки після надмірного навантаження. Цей підхід знижує опір, формує довіру, сприяє стабілізації [62].

Завдання фахівця — не лише опрацьовувати симптоми, а й допомогти військовому повернути суб'єктність, усвідомити межі контролю, знайти сенс пережитого та ресурси для майбутнього [63].

Крім вищезазначеного, психологічна підтримка військовослужбовців в умовах війни має відповідати як індивідуальним особливостям

психоемоційного реагування, так і впливу бойового досвіду, специфіки військового середовища та культури маскулінності, що властива чоловікам у силових структурах. Емпіричні дані, представлені в Розділі ІІ, засвідчили високий рівень симптомів ПТСР та астенії серед військових, навіть за умов меншої вираженості тривожності у порівнянні з цивільними. Це вказує на необхідність цілеспрямованих, диференційованих психотерапевтичних підходів до роботи з ветеранами та діючими військовослужбовцями.

Психологічна підтримка військових базується на принципах [64]:

- Принцип структурованості — військові клієнти зазвичай краще реагують на чіткі, структуровані інтервенції з ясною метою та межами.
- Принцип валідації сили та контролю — замість зосередження на «емоційній слабкості», акцент робиться на відновленні контролю, витривалості та відповідальності.
- Принцип роботи з травмою через ресурсність — перш ніж активізувати спогади про травму, важливо забезпечити базову стабілізацію та підсилити внутрішні ресурси клієнта.
- Принцип культурної чутливості — необхідно враховувати культурний контекст українського військового, де демонстрація вразливості часто асоціюється із загрозою «втрати обличчя».

У практиці психотерапевтичної допомоги військовим ефективно зарекомендувала себе трьохетапна модель інтервенції [65].

1) Стабілізація. Цей етап включає:

- відновлення відчуття безпеки;
- навчання технікам саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, тілесна робота);
- нормалізацію симптомів (через психоосвіту: пояснення, що флешбеки, гіпервозбудження та тривога — це очікувана реакція на надзвичайний стрес);
- мобілізацію підтримуючих соціальних зв'язків.

2) Опрацювання травматичного досвіду. Використовуються методики:

- EMDR—терапія (десенсибілізація та репроцесінг через рух очей);
- травмофокусована когнітивно—поведінкова терапія (ТФ—КПТ);
- наративна експозиція — структуроване розповідання власної історії служби із фокусом на переосмислення;
- метод сенсорної інтеграції (для зниження тілесної гіперреактивності).

3) Реінтеграція. На цьому етапі:

- відновлюється рольова ідентичність: «Я — не лише воїн, я ще й батько, партнер, син…»;
- проводиться робота із плануванням майбутнього та цінностями;
- формуються нові стратегії подолання стресу в умовах мирного життя;
- опрацьовуються почуття провини, зради, втрати.

Згідно з даними польових психологів [66], військовослужбовці часто звертаються з такими скаргами:

- порушення сну, нічні кошмари;
- вибуховість, підвищена дратівливість;
- почуття внутрішньої пустки та емоційного «замороження»;
- відчуття провини за дії/бездіяльність на фронті;
- нездатність повернутися до «мирного життя».

Ці скарги часто маскуються за соматичними симптомами (головний біль, серцева аритмія, гіпертонія) або поведінковими патернами (зловживання алкоголем, ризикована поведінка, гіперконтроль у сім’ї).

Одним з ключових компонентів роботи з ветеранами є опрацювання пригніченого гніву. Дослідження [67] показують, що частина військових не дозволяє собі гнів у моменті, але накопичує його, що може призвести до розладів контролю імпульсів або психосоматичних уражень.

Також актуальною є тема моральної травми [68] — глибокого внутрішнього конфлікту, що виникає після дій або бездіяльності, які

суперечать базовим цінностям людини. Робота з моральною травмою передбачає:

- емпатійне визнання болю без засудження;
- повернення сенсу у вчинки та переживання;
- інтеграцію досвіду в систему цінностей.

Результати Розділу ІІ свідчать про наявність стійкої кореляції між вживанням алкоголю та високим рівнем симптомів астенії і ПТСР у вибірці військових. Алкоголь виконує у цьому контексті роль «неформального самозаспокійливого агента», але насправді поглиблює симптоматику та ускладнює відновлення. У роботі з військовими важливо [69]:

- не зосереджуватись лише на «відмові від алкоголю», а глибше досліджувати функцію, яку він виконує;
- працювати із почуттям сорому, яке супроводжує залежність;
- надавати альтернативні інструменти саморегуляції;
- залучати мультидисциплінарні команди (психіатри, наркологи, соціальні працівники).

Залежно від фази служби та ресурсу військовослужбовця, ефективними можуть бути [70]:

- кризове консультування в польових умовах — короткочасна підтримка без поглиблення у травму;
- групи побратимської підтримки (наприклад, за моделлю peer—to—peer);
- психотерапія один на один (у реабілітаційних центрах або онлайн);
- терапевтичні програми в умовах стаціонару (30–60 днів), які поєднують психотерапію, тілесні практики, арт—терапію, трудотерапію;
- психоосвіта для командирів — навчання виявляти ознаки дистресу у підлеглих.

Серед сучасних напрямків, що демонструють ефективність у роботі з ветеранами, варто виділити:

- використання GPT—асистованих моделей психодіагностики (наприклад, для попереднього скринінгу депресивних симптомів);
- віртуальну експозиційну терапію (VR—сценарії для безпечного відтворення травматичних подій);
- терапію тілесної пам’яті (нейросенсомоторні методи, соматична експерінціальна терапія).

3.4. Специфічні напрямки психологічної підтримки цивільних

В умовах війни цивільне населення України, зокрема чоловіки, опиняються у ситуаціях хронічного стресу, постійної загрози життю, втрати близьких, домівок, засобів до існування. На відміну від військовослужбовців, які мають доступ до певної системи психологічної підтримки, цивільні часто залишаються без системної допомоги, що загострює ризики розвитку ПТСР, тривожних і депресивних розладів, астенії та залежностей [71].

Психологічна підтримка цивільного населення має враховувати специфіку цивільного досвіду війни. Вона здебільшого не пов’язана з прямою участю в бойових діях, але супроводжується тривалим перебуванням у небезпеці, переживанням втрат і безсилля, що може мати не менш руйнівний психологічний ефект. За результатами проведеного дослідження, цивільні чоловіки демонструють високий рівень тривожності, що співставний з показниками військових, а також прояви астенічного стану, депресивних симптомів, фрустрації, емоційного вигорання [72].

Серед найбільш ефективних напрямків підтримки цивільних чоловіків в умовах війни можна виокремити кілька факторів, які наведені нижче [73].

Кризове консультування. Це короткострокова форма інтервенції, що надається у періоди гострої емоційної дезорганізації — під час обстрілів,

після втрати житла, евакуації тощо. Основна мета — стабілізація стану, зниження гострих проявів страху, паніки, розгубленості. Кризова допомога може надаватися мобільними командами, онлайн, телефоном довіри, через психосоціальні точки допомоги.

Групові форми підтримки. Групи самодопомоги, групи психологічної підтримки та рефлексії створюють простір для вираження емоцій, нормалізації стану, соціалізації. Такий формат особливо цінний для чоловіків, які схильні до ізоляції та уникання емоційних контактів. Участь у групах сприяє зниженню відчуття сорому, самотності, покращує емоційне усвідомлення.

Психоосвіта. Розповсюдження інформації про психологічні реакції на стрес, нормальність симптомів, стратегії саморегуляції та запобігання емоційному вигоранню. Психоосвітні заходи можуть включати лекції, вебінари, буклети, дописи у соцмережах, відеоматеріали. Вони особливо важливі в умовах інформаційного перенасичення, коли людині потрібна структурована, авторитетна інформація про власні реакції.

Психотерапія (індивідуальна, сімейна). У випадках, коли симптоматика перевищує рівень адаптивної, доцільним є залучення фахівців. Поширеними запитами є: безсоння, панічні атаки, гнів, апатія, втрата сенсу, тривала пригніченість, проблеми у стосунках. Сучасні підходи включають елементи КПТ, EMDR, наративної терапії, тілесно—орієнтованих практик.

Волонтерська діяльність як ресурсна практика. Цивільні чоловіки, залучені до волонтерських проєктів, демонструють вищий рівень суб’єктивного благополуччя. Допомога іншим стає способом знайти сенс, відчути контроль і вплив, структурувати день, отримати соціальне визнання. Це ефективний механізм ресоціалізації та зниження симптомів тривоги.

Профілактика залежностей. В умовах тривалого стресу, обмеженого доступу до ресурсів та підтримки підвищується ризик формування залежностей — алкогольної, нікотинової, ігрової. Психопрофілактична

робота має включати виявлення груп ризику, інформування, консультації, залучення до замісних форм діяльності (спорт, волонтерство, творчість).

Онлайн—платформи та мобільні додатки для самодопомоги. Сучасні технології дозволяють забезпечити безпечну та анонімну підтримку. Додатки на кшталт PTSD Coach, BetterMe, Headspace, українські ініціативи на кшталт «Розкажи мені», «Свої» — допомагають у саморегуляції, нормалізації сну, стабілізації настрою, розвитку усвідомленості.

Робота з тілом: тілесно-орієнтовані підходи та соматичне відновлення. Методи, що включають усвідомлене дихання, м'які рухи, розслаблення, допомагають відновити контакт з тілом, знизити соматичне напруження та прояви психосоматичних реакцій. Це особливо актуально в контексті пригніченої агресії, накопиченого гніву та «заморожених» реакцій.

Робота з чоловічими групами. Важливо створювати простори, де чоловіки можуть говорити про пережите без осуду та сорому. Теми чоловічої вразливості, батьківства, гніву, сексуальності, втрат — потребують окремого контексту. Формати можуть бути різні: від терапевтичних груп до неформальних зустрічей у форматі «чоловічого кола».

Довгострокові програми підтримки. Оскільки наслідки війни не зникають одразу після припинення бойових дій, необхідне створення сталих, довготривалих програм допомоги. Це мають бути мультидисциплінарні підходи з фокусом на стабілізацію, ресоціалізацію, відновлення професійних навичок, сімейних зв'язків, духовних орієнтирів.

Таким чином, психологічна підтримка цивільного населення в умовах війни повинна бути гнучкою, доступною, культурно чутливою і довготривалою. Особлива увага має приділятися чоловікам як окремій групі, яка часто недоотримує психологічної допомоги через соціальні стереотипи, внутрішні заборони та брак ресурсів. Системна робота з цивільними — це не лише про подолання травми, але й про формування стійкості та повернення відчуття життя попри війну [74].

У контексті війни та колективної травматизації психотерапевтична допомога цивільним чоловікам потребує структурованого, етапного підходу. Ці етапи мають враховувати не лише класичні протоколи кризового втручання, а й особливості гендерних ролей, культурних норм і типових для українських чоловіків захисних стратегій (уникнення, алекситимія, замовчування болю) [75].

Основні етапи психотерапевтичної допомоги цивільним чоловікам у контексті війн [76]:

1. Налагодження контакту та формування безпечного простору.

Завдання: створити умови, в яких чоловік зможе відчути себе не засудженим, не слабким, не винним. Виклики: багато чоловіків соціалізовані у культурі «не показуй емоцій», тому вони можуть уникати звернення або приходити «за компанію», «для сина», «щоб спати краще». Методи: активне слухання, ненасильницьке спілкування, прийняття без діагностичної мети на перших сесіях, нормалізація реакцій на стрес.

2. Психоосвіта та валідизація.

Завдання: дати зрозуміти, що симптоми не є «помилкою» психіки, а нормальними реакціями на ненормальні обставини. Зміст: роз’яснення механізмів ПТСР, тривоги, соматизації, депресії. Озвучення поширених реакцій: замороження, гнів, відчуження, проблеми з інтимністю, агресивність. Фокус: важливо не тиснути на клієнта з очікуванням «глибокого контакту», а йти за його темпом.

3. Стабілізація та відновлення контролю

Завдання: зменшити інтенсивність симптомів, надати чоловікові відчуття впливу на власний стан. Практики: робота з тілом (дихальні техніки, тілесно—орієнтовані підходи), саморегуляція, розвиток навичок заспокоєння. Особливості: у чоловіків часто підвищена тривога проявляється через соматику або контрольну поведінку — важливо пов’язати симптоми з психологічними процесами.

4. Робота з травматичними подіями.

Підхід: обережне, поетапне наближення до травматичного досвіду — через метафори, малювання, наратив. Техніки: TIP (травмоінформована розповідь), EMDR, когнітивно—поведінкова терапія з фокусом на експозицію. Особливість: багато чоловіків відчувають сором за «недієвість», нездатність захистити, вивезти родину — ці почуття часто ключ до глибокої роботи.

5. Опрацювання втрат і зміни ідентичності.

Фокус: зруйновані плани, втрата статусу, відчуження від родини, знецінення власного «цивільного» досвіду — усе це створює кризу ідентичності. Мета: дати змогу переосмислити себе, знайти нові способи бути корисним, важливим, живим. Формати: групи підтримки, терапія чоловічих ролей, індивідуальна робота з новими життєвими цілями.

6. Відновлення стосунків і інтеграція в соціум.

Завдання: повернення до родини, відновлення сексуального життя, подолання ізоляції. Проблеми: емоційне відсторонення, втрата довіри, внутрішнє «відключення». Методи: парна терапія, соціотерапія, робота з тілом і сексуальністю, навчання нової комунікації.

7. Формування перспектив і підтримка посттравматичного зростання.

Підхід: від терапії як лікування — до терапії як розвитку. Фокус: що я можу дати світу? який я тепер? що змінилось у мені не лише негативно? Засоби: екзистенційна терапія, арттерапія, коучингові техніки, метафоричне мислення, пошук сенсу.

Висновки до Розділу ІІІ

У третьому розділі роботи було сформульовано й обґрунтовано напрямки психологічної підтримки військових та цивільних чоловіків в умовах війни, виходячи з емпіричних даних, клінічних спостережень та специфіки психоемоційного стану досліджуваних груп. Результати аналізу дозволили виділити низку диференційованих підходів до надання психологічної допомоги, які враховують унікальні потреби, контекстні особливості та емоційно—поведінкові реакції кожної з груп.

Для військових чоловіків ключовими напрямками підтримки виявились: робота з ПТСР, комплексна психосоціальна реабілітація, навчання саморегуляції, кризове консультування, а також програми підтримки повернення до цивільного життя. Особливу увагу приділено формуванню довіри, роботі з почуттями провини, агресії, пригніченого гніву та тілесними проявами травми. З огляду на вплив культури маскулінності, ефективними є такі інтервенції, що акцентують не на «слабкості», а на відновленні функціональності, контролі, відповідальності.

У разі цивільних чоловіків, які не брали прямої участі в бойових діях, але переживали наслідки війни (обстріли, втрати, окупацію, переміщення), психологічна підтримка має орієнтуватися на стабілізацію, зниження рівня тривожності, роботу з хронічним стресом, астенічним станом, соромом, фрустрацією. Важливо враховувати ускладнену диференціацію переживань, часто пригнічену емоційність, а також уникання звернення по допомогу через почуття другорядності власної травми. Ефективними виявляються тілесно—орієнтовані техніки, робота з втраченими зв’язками, інтеграція досвіду, а також зміцнення ідентичності в умовах нестабільності.

Важливою частиною розділу стали практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги. У роботі виділено кілька рівнів втручання: екстрена кризова допомога, середньострокова стабілізаційна

підтримка, довготривала психотерапія. Обґрунтовано потребу в мультидисциплінарному підході, залученні спільнот, розбудові доступної інфраструктури підтримки, активному використанні онлайн—ресурсів та мобільних бригад.

Таким чином, розділ ІІІ демонструє, що ефективна психологічна підтримка військових і цивільних чоловіків в умовах війни повинна бути гнучкою, контекстно—чутливою, орієнтованою як на симптоми (ПТСР, тривожність, астенія), так і на загальні життєві ресурси — стосунки, віру, тіло, ідентичність. Інтервенції повинні враховувати маскулінні культурні установки, специфіку воєнної травми, а також потребу в нормалізації психологічної допомоги як форми турботи про себе.

Отримані рекомендації можуть бути застосовані як у роботі психологів у гарячих точках та центрах допомоги, так і в освітніх, волонтерських та медичних ініціативах, спрямованих на збереження психічного здоров’я українських чоловіків у час війни.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота присвячена дослідженню емоційного досвіду військових і цивільних чоловіків в умовах війни в Україні. Метою дослідження було виявлення специфіки психоемоційного реагування представників обох груп, а також розробка рекомендацій щодо психологічної підтримки з урахуванням виявлених відмінностей.

Згідно з метою дослідження, нами були виконані наступні завдання:

1. Визначено поняття «емоційний досвід», проаналізований вплив зовнішніх та внутрішніх факторів на його формування. Досліджена наукова література щодо психологічних особливостей емоційної сфери у чоловіків та вплив екстремальних ситуацій на військових та цивільних чоловіків. Виявлені та порівнені особливості емоційного досвіду військових і цивільних чоловіків в умовах війни.

Поняття емоційного досвіду як інтегративної конструкції, поєднує когнітивні, фізіологічні та поведінкові елементи. Було показано, що на емоційний досвід чоловіків у військових умовах впливають як зовнішні (загроза життю, втрата близьких, руйнування соціальних зв’язків), так і внутрішні (особистісні риси, рівень резилієнтності) чинники. В умовах війни цей досвід стає особливо насиченим, інтенсивним і глибоко пов’язаним із феноменами астенії, тривожності та ПТСР. Теоретичний аналіз виявив, що в українському культурному контексті формування чоловічого емоційного реагування значною мірою визначається традиційними уявленнями про мужність, витривалість, емоційну стриманість і самозарадність. У результаті — чоловіки рідко звертаються по психологічну допомогу, навіть за наявності глибоких симптомів психоемоційного виснаження.

2. Емпіричне дослідження охопило вибірку з 80 чоловіків: 40 військових і 40 цивільних. Для оцінки їхнього психоемоційного стану були використані шкали PCL-5 (ПТСР), STAI (тривожність) та шкала астенічного стану Л. Д.

Малкової. Дослідження дозволило виявити як спільні, так і специфічні елементи емоційного реагування в обох групах. Статистичний аналіз продемонстрував, що:

- симптоми ПТСР мають однакову середню інтенсивність у військових і цивільних, але варіативність показників значно вища у цивільних;
- астенічний стан майже не відрізняється між групами, проте у цивільних більше розкиду значень, що свідчить про нерівномірність стресових реакцій;
- тривожність (особистісна й реактивна) виявилась вищою у цивільних, що може бути зумовлено відсутністю системної підтримки, структури, згуртованості, притаманної військовому середовищу.

Кореляційний аналіз не підтвердив наявність значущих зв’язків між симптомами ПТСР, астенією та тривожністю в обох вибірках.

Проведений факторний аналіз виявив переживання хронічної напруги та психотравматичних симптомів, де симптоми ПТСР роблять прямий внесок в фактор, а особистісна тривожність – негативний. Також, за результатами факторного аналізу до виділеного фактора увійшли шкали «Реактивна тривожність» (факторне навантаження = 0.688) та «Особистісна тривожність» (факторне навантаження = 1.001).

Додатково проаналізовано частоту вживання алкоголю та вік респондентів як додаткові предиктори психоемоційного стану. У цивільних встановлено позитивну кореляцію між віком і реактивною тривожністю ($r = 0.345$; $p = 0.029$), тоді як алкоголізація не показала значущих зв’язків із жодним із психічних показників у жодній групі.

Згідно отриманих даних, військові демонструють адаптивні стратегії подолання стресу, зумовлені бойовим досвідом та військовою підготовкою. У

той же час, цивільні чоловіки частіше переживають високий рівень тривожності через відсутність підготовки до екстремальних умов.

3. У третьому розділі на основі результатів дослідження розроблено психотерапевтичні рекомендації. Було сформульовано специфічні підходи до психологічної підтримки як військових, так і цивільних чоловіків. Для військових акцент зроблено на відновленні автономії, навичок саморегуляції та нормалізації травматичного досвіду. Для цивільних — на безпечному середовищі, стабілізації, роботі з тривогою, соромом, гнівом та соціальній підтримці. Також було запропоновано етапну модель психотерапевтичної підтримки, яка включає діагностику, стабілізацію, опрацювання травматичних переживань, формування нових способів саморегуляції та підтримку після кризових станів.

Отримані результати мають високу практичну цінність для кризових психологів, психотерапевтів, організацій, що працюють із ветеранами та цивільними постраждалими від війни, а також для волонтерських і державних програм психосоціальної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Yingzi, Lin., Audrey, Michal., Jun, Zhang. (2024). A Bayesian Drift—Diffusion Model of Schachter—Singer's Two Factor Theory of Emotion. doi: 10.48550/arxiv.2406.11086.

2. Hakpyeong, Kim., Taehoon, Hong. (2023). Emotional experience in uncomfortable indoor environments: A combined examination of personal factors. Building and Environment, doi: 10.1016/j.buildenv.2023.110742.

3. Jean, Moritz, Müller., Sabine, A., Döring. (2022). Emotion as Feeling Towards Value: A Theory of Emotional Experience, by Jonathan Mitchell. Mind, doi: 10.1093/mind/fzac024.

4. Eunyeong, Doh., Guk—Hee, Lee. (2023). The Concept of Well—being and Daily Emotional Experience: The Paradox of Avoidance of Negative Experience and the Positivity of Self—development. doi: 10.33645/cnc.2023.08.45.08.1031.

5. Paul, Ekman. (1995). Exploring affect: Silvan Tomkins and facial expression. doi: 10.1017/CBO9780511663994.014.

6. David, Le, Breton. (2004). Les émotions dans la vie quotidienne: approche critique de Klaus Scherer:. Social Science Information, doi: 10.1177/0539018404047708.

7. Frank, A., Liporace. (2022). Emotional Experience and the Senses. Philosophers' Imprint, doi: 10.3998/phimp.2115.

8. Robert, P., Hyatt. (2022). Michael Polanyi and Bessel A. van der Kolk on the Healing Power of Metaphor. Tradition & discovery, doi: 10.5840/traddisc20224814.

9. (2022). 41 The interaction of gender and culture in the communication of emotion. doi: 10.1515/9783110670851—009.

10. Anatoliy, Zahnitko., Zhanna, Krasnobayeva—Chorna. (2022). Сором і вина як фрагменти емотивної картини світу (на матеріалі української фраземіки). Przegląd Wschodnioeuropejski, doi: 10.31648/pw.7669.

11. Genna, Bebko, Bobby, K., Cheon. (2019). Cultural Differences in Perceptual Strategies Underlying Emotion Regulation. Journal of Cross—Cultural Psychology, doi: 10.1177/0022022119876102.

12. Iuliia, Makarets. (2022). Modern game with the norm: language space of ukrainian poetry of the end of the 20th and the beginning of the 21st century. Orbis Linguarum, doi: 10.37708/ezs.swu.bg.v20i2.13.

13. R., Lukanynets. (2022). Ukrainian mentality through the prism of phrasemes of ancient origin: linguistic and cultural aspects. Vìsnik Žitomirs′kogo deržavnogo unìversitetu ìmenì Ìvana Franka, doi: 10.35433/philology.3(98).2022.137—148.

14. Adelina, TKACHUK., Zhanna, BUTS. (2023). Gender stereotypes of the ukrainian female elite in a portrait interview. doi: 10.17721/folia.philologica/2023/6/5.

15. Esmae, McKenzie—Norton. (2010). The Emotional Lives of Men: The Complexities of Expressing Emotions.

16. Brendan, Gough. (2018). Affective Masculinities: Emotions and Mental Health. doi: 10.1007/978—3—319—78819—7_3.

17. T., Smirnova. (2022). Emotional burning out of the Armed Forces of Ukraine personnel as a challenge to mental health problems in war conditions. Vìsnik, doi: 10.17721/1728—2217.2022.49.48—53.

18. Larysa, Zasiekina., Tamara, Duchyminska., Antonia, Bifulco., Giacomo, Bignardi. (2023). War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms.. Military Psychology, doi: 10.1080/08995605.2023.2235256.

19. Tetyana, Khraban. (2020). Emotional Concept WAR Within the Ukrainian Military Subculture. American Journal of Applied Psychology, doi: 10.11648/J.AJAP.20200906.14.

20. Inna, I., Osadchenko., Tetiana, D., Perepeliuk., Sergey, Olkhovetsky. (2023). 5. Analysis of the psycho—emotional state of ukrainians and aspects of

psychological assistance at the beginning of the current war. Психологічні перспективи, doi: 10.29038/2227—1376—2023—42—osa.

21. Larysa, Klymanska., Maryana, Malachivska—Danchak., Maryna, Klimanska., Inna, Haletska. (2024). Civilian Attitudes Toward the Military through the Prism of Personal Experience in Wartime Ukraine. The Journal of Education, Culture, and Society, doi: 10.15503/jecs2024.2.43.65.

22. Jonathan, Jackson., Lily, Hamourtziadou. (2024). Voices from Ukraine. Journal of global faultlines, doi: 10.13169/jglobfaul.11.1.0083.

23. M., Shopsha., Olena, L., Shopsha., Khrystyna, Zhyvaho., Natalia, Fesenyuk., Nina, V., Koliadenko., Nadiia, O., Bachurina. (2023). The influence of the war situation on the mental states of the population of ukraine and their art—therapeutic psychocorrection. Psychological health, doi: 10.32689/2663—0672—2023—2—11.

24. Anton, Kurapov., Ivan, Danyliuk., Andrii, Mykolaiovych, Loboda., Argyroula, Kalaitzaki., Tobias, Kowatsch., Tamara, Klimash., Viktoriia, Predko. (2023). Six months into the war: a first—wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. Frontiers in Psychiatry, doi: 10.3389/fpsyt.2023.1190465.

25. V., Spyrydonenko., Yu., Gurzhenko. (2023). Pathogenetic Effects of Global Stress on the Dynamic Component of Benign Prostatic Hyperplasia in Men in Ukraine. Здоровье мужчины, doi: 10.30841/2786—7323.2.2023.286433.

26. M.I., Bobryk. (2024). Psychological and medical problems caused by distress of war in patients with type 2 diabetes. Clinical endocrinology and endocrine surgery, doi: 10.30978/cees—2024—3—17.

27. Natalia, Tsybuliak., Uliana, Kolomiiets., Hanna, Lopatina., Анастасія, Попова., Yana, Suchikova. (2024). War, Researchers, and Anxiety: Evidence from Ukraine. doi: 10.21203/rs.3.rs—4603070/v1.

28. Ruslan, OSADCHUK. (2024). Peculiarities of anxiety among Ukrainian military personnel. Vìsnik Kiïvs′kogo nacìonal′nogo unìversitetu ìmenì Tarasa Ševčenka. Psihologìâ, doi: 10.17721/bpsy.2024.1(19).7.

29. Valeriy, N, Kuzminov., Igor, Linskiy. (2023). Clinical variants of affective manifestations in the structure of adjustment disorder at forcibly displaced persons as a result of Russia's invasion of Ukraine. European Psychiatry, doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.1930.

30. Dorota, Ortenburger., Jacek, Wąsik., Anatolii, Tsos., Natalia, Bielikowa., Olga, Andrijchuk., Svitlana, Indyka. (2017). Forms of expressing anger in hospitalised Ukrainian post—deployed™ service members.. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, doi: 10.26444/AAEM/75141.

31. Тест-опитувальник для діагностики астенії. «Шкала астенічного стану» Л. Д. Малкова. URL: https://www.academia.edu/37787046/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%B2_%D0%B1%D0%BE%D0%B9%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85_%D0%B4%D1%96%D0%B9.

32. Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера—Ханіна). URL: https://www.lnu.edu.ua/life—safety/wp—content/uploads/2019/09/OZDSH_PR—4—2019.pdf.

33. PCL – «Шкала самооцінки наявності ПТСР. URL: https://uk.e—medjournal.com/index.php/psp/article/view/8.

34. Nataliia, Makarchuk., Serhii, Tamarin. (2024). Development of Psychological Support Programs for Military Personnel Considering Combat Experience (Ukrainian Case). Salud, Ciencia y Tecnología, doi: 10.56294/saludcyt2024.542.

35. Natalia, Kostruba., Andrii, Kostruba. (2024). Social support as a factor of mental health in wartime conditions: Communication and interaction. Naukovì studìï ìz socìal′noï ta polìtičnoï psihologìï, doi: 10.61727/sssppj/1.2024.39.

36. Laurent, Brulin., Diane, Brulin—Solignac., Jean—Pierre, Bouchard. (2023). Prises en charge psychologiques des combattants psychotraumatisés par les conflits armés. Revue de l'infirmière, doi: 10.1016/j.revinf.2023.01.012.

37. Serhii, Shykovets., Taras, Karamushka. (2024). Mental health support of personnel in the armed forces of ukraine: characteristics of the current situation and prospects for improvement. Kiïvs′kij žurnal sučasnoï psihologìï ta psihoterapìï, doi: 10.48020/mppj.2024.01.07.

38. Cécile, Bizouerne., Elisabetta, Dozio., Endale, Dlasso., Alexandre, Letzelter., Aras, Abuzeid., Karine, Le, Roch., Derek, Farrell. (2023). Randomized Controlled Trial: Comparing the Effectiveness of Brief Group Cognitive Behavioural Therapy and Group Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Interventions for PTSD in Internally Displaced Persons, Administered by Paraprofessionals in Northern Iraq. doi: 10.1016/j.ejtd.2023.100362.

39. Cécile, Bizouerne., Elisabetta, Dozio., Endale, Dlasso., Alexandre, Letzelter., Aras, Abuzeid., Karine, Le, Roch., Derek, Farrell. (2023). Randomized Controlled Trial: Comparing the Effectiveness of Brief Group Cognitive Behavioural Therapy and Group Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Interventions for PTSD in Internally Displaced Persons, Administered by Paraprofessionals in Northern Iraq. doi: 10.1016/j.ejtd.2023.100362.

40. Thole, H., Hoppen., Melissa, Jehn., Heinz, Holling., Julian, Mutz., Ahlke, Kip., Nexhmedin, Morina. (2022). Psychological interventions for adult PTSD: A network and pairwise meta—analysis of short and long—term efficacy, acceptability and trial quality. medRxiv, doi: 10.1101/2022.05.03.22274616.

41. Gaohong, He. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta—analysis of randomised controlled trials. Psychological Medicine, doi: 10.1017/s0033291722003737.

42. Ifigeneia, Mavranezouli., Odette, Megnin—Viggars., Caitlin, Daly., Sofia, Dias., Nicky, J, Welton., Sarah, Stockton., Gita, Bhutani., Nick, Grey., Jonathan, Leach., Neil, Greenberg., Cornelius, Katona., Shairf, El—Leithy., Stephen, Pilling. (2020). Psychological treatments for post—traumatic stress disorder in adults: a network meta—analysis. Psychological Medicine, doi: 10.1017/S0033291720000070.

43. Thole, H., Hoppen., Melissa, Jehn., Heinz, Holling., Julian, Mutz., Ahlke, Kip., Nexhmedin, Morina. (2022). Psychological interventions for adult PTSD: A network and pairwise meta—analysis of short and long—term efficacy, acceptability and trial quality. medRxiv, doi: 10.1101/2022.05.03.22274616.

44. Nexhmedin, Morina., Thole, H., Hoppen., Ahlke, Kip. (2021). Study quality and efficacy of psychological interventions for posttraumatic stress disorder: a meta—analysis of randomized controlled trials.. Psychological Medicine, doi: 10.1017/S0033291721001641.

45. Jingyi, Zhu. (2023). The Impact and Interventions of Posttraumatic Stress Disorder. SHS web of conferences, doi: 10.1051/shsconf/202315704009.

46. Peter, A., Coventry., Nicholas, Meader., Hollie, Melton., Melanie, Temple., Holly, Dale., Kath, Wright., Marylene, Cloitre., Marylene, Cloitre., Thanos, Karatzias., Jonathan, Ian, Bisson., Neil, P., Roberts., Neil, P., Roberts., Jennifer, Valeska, Elli, Brown., Corrado, Barbui., Rachel, Churchill., Karina, Lovell., Dean, McMillan., Dean, McMillan., Simon, Gilbody., Simon, Gilbody. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: systematic review and component network meta—analysis. PLOS Medicine, doi: 10.1371/JOURNAL.PMED.1003262.

47. Креденцер, О. (2024). Basic approaches to the analysis of the concept of resilience in modern organizational psychology. *Organìzacìjna Psihologìâ. Ekonomìčna Psihologìâ*, *33*(3–4), 124–136. https://doi.org/10.31108/2.2024.3.33.11.

48. Lunansky, G., Bonanno, G. A., Blanken, T. F., van Borkulo, C. D., Cramer, A., & Borsboom, D. (2024). Bouncing back from life's perturbations: Formalizing psychological resilience from a complex systems perspective. *Psychological Review*. https://doi.org/10.1037/rev0000497.

49. Dai, Q., Kyuragi, Y., Zakia, H., Oishi, N., Yao, L., Zhang, Z., Wang, L., Yang, J., Murai, T., & Fujiwara, H. (2024). Psychological resilience is positively correlated with Habenula volume. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.012.

50. Малімон, Л., & Пархоменко, В. (2024). Ресурси резильєнтності осіб з травматичним досвідом. *Психологічні Перспективи*, *43*, 132–142. https://doi.org/10.29038/2227–1376–2024–43–mal.

51. Narter, M. (2023). Crisis and resilience in psychology. *Journal of Design for Resilience in Architecture and Planning*. https://doi.org/10.47818/drarch.2023.v4si113.

52. Ostapchuk, A. (2024). *Features of psychological resilience development in the context of contemporary psychological research*. https://doi.org/10.31652/2786–6033–2024–3(1)–18–23.

53. Zaterta, Z. V. (2024). Resilience of personality as a problem of modern psychological science. *Габітус*, *58*, 140–144. https://doi.org/10.32782/2663–5208.2024.58.22.

54. Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2023). *Psychosocial facets of resilience: implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience*. https://doi.org/10.6084/m9.figshare.21829578.

55. Silveira, S., Hecht, M., Adli, M., Voelkle, M. C., & Singer, T. (2022). Exploring the Structure and Interrelations of Time–Stable Psychological Resilience, Psychological Vulnerability, and Social Cohesion. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.804763.

56. Faustova, A. G. (2023). THE GENESIS OF PSYCHOLOGICAL

RESILIENCE: NATURE vs NURTURE. *Ličnost' v Menâûŝemsâ Mire: Zdorov'e, Adaptaciâ, Razvitie*, *11*(1), 17–20. https://doi.org/10.23888/humj20231117–20.

57. Veni, N. (2023). *Psychological systems perspectives on resilience* (pp. 868–875). Elsevier eBooks. https://doi.org/10.1016/b978–0–323–91497–0.00134–x.

58. Vévoda, J., Vévodová, Š., & Nakládalová, M. (2018). Psychosocial risks in healthcare. *Casopís Lékařů Českých*, *157*(8), 411–418. https://europepmc.org/article/MED/30754978.

59. Lazorko, O., Panchuk, N. P., Borysiuk, O., Kulchytska, A. V., Borysenko, O. A., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *Broad Research in Artificial Inteligence Neuroscience*, *13*(1), 324–346. https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287.

60. de Terte, I., & Stephens, C. (2014). Psychological resilience of workers in high–risk occupations. *Stress and Health*, *30*(5), 353–355. https://doi.org/10.1002/SMI.2627.

61. Zhulkovskyi, V. V. (2023). Professional and psychological requirements for rank and command staff of the state criminal and executive service of ukraine. *Naukovij Vìsnik Sìverŝini. Serìâ: Osvìta*. https://doi.org/10.32755/sjeducation.2023.02.092.

61. Kalgina, I. D. (2023). Certain aspects of the study and development of emotional stability in the personnel professional activities of the state criminal and executive service of ukraine. *Naukovij Vìsnik Sìverŝini. Serìâ: Osvìta*. https://doi.org/10.32755/sjeducation.2023.02.102.

63. Substantiation of requirements for provision of information–psychological security of servicemen of the national guard of ukraine at the stage of service (combat) missions performance. (2023). *Честь і Закон*, *1*(84), 125–131. https://doi.org/10.33405/2078–7480/2023/1/84/276859.

64. Lyman, A., Prykhodko, I., & Morozova, L. (2019). *Determination of the*

structure of psychological risk readiness of military personnel of the national guard of ukraine. *4*(71), 117–125. https://doi.org/10.33405/2078–7480/2019/4/71/196998.

65. Кравченко, К., Sokolina, O., & Юркова, О. (2024). Scientific justification of the multi–level method of psychological study of citizens of Ukraine during competitive selection for military training under the training program for reserve officers. *Vìsnik*, *3 (59)*, 40–47. https://doi.org/10.17721/1728–2217.2024.59.40–47.

66. Матласевич, О., & Герасімов, Ф. (2024). Особливості психологічного імунітету українських комбатантів та членів їхніх родин: теоретичні аспекти. *Psihologìâ: Real'nìst' ì Perspektivi*, *22*, 50–59. https://doi.org/10.35619/prap_rv.v1i22.384.

67. Prykhodko, I., Matsehora, Y., Kolesnichenko, O., Baida, M., & Vasylkovskyi, O. (2023). The psychological recovery program of Ukrainian military personnel after completing combat missions in the Russian–Ukrainian war. *Ceskoslovenska Psychologie*. https://doi.org/10.51561/cspsych.67.6.455.

68. Predko, V., Schabus, M., & Danyliuk, I. (2023). *Psychological characteristics of the relationship between mental health and hardiness of ukrainians during the war*. https://doi.org/10.31219/osf.io/m6ujf.

69. Vasyliev, S. (2024). Analysis of methodological approaches of armies of the world countries in the context of the development of psychological training of military personnel for combat operations. *Vìsnik*, *3 (59)*, 34–39. https://doi.org/10.17721/1728–2217.2024.59.34–39.

70. МАРКОВ, О., Tenenov, Ye. P., Butryk, S. M., & Kozynets, A. M. (2024). Psychological rehabilitation of law enforcement officers after the use of firearms. *Вісник Харківського Національного Університету Внутрішніх Справ*, *106*(3), 277–284. https://doi.org/10.32631/v.2024.3.24.

71. Петренко О. В. Психологічні особливості професійної деформації особистості в умовах військово–професійної діяльності : автореф. дис. на

здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / О. В. Петренко. – К., 1998. – 20 с.

72. Петренко О.В. Психологічні особливості професійної деформації в умовах військово–професійної діяльності: дис. ... кандидата психол. наук : 19.00.07 / Петренко Олександр Віталійович. – К.: 1998. – 185 с.

73. Психологічна енциклопедія / авт.–упоряд. О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с

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

75. Хайрулін О.М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців: [монографія] / Олег Михайлович Хайрулін; за наук. 72 ред. А.В. Фурмана. – Тернопіль: ТНЕУ, 2015. – 220 с.

76. Pavlidou, K., Alevriadou, A., and Antoniou, A. S. 2020. Professional Burnout in General and Special Education Teachers: The Role of Interpersonal Coping Strategies. European Journal of Special Needs Education: 1–15.

77. Schaufeli W. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi–sample study / W. B. Schaufeli, A. B. Bakker // Journal of Organizational Behavior. – 2004. – No 25. – P. 293–315.

78. Schaufeli, W. B. Burnout and reciprocity: Towards a dual–level social exchange model // Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations. 1996. Vol. 10, № 3. P. 225–237.

79. Schaufell W. B. Measurement of burnout: A review. In Professional Burnout: Recent Development in Theory and Reserch /ed. W. B. Schaufell, C. Maslach, T. Marek. – Washington, DC : Taylor&Francisp, 2005. – P. 199–215.

80. Морозова Т. Р. Експрес–діагностика перевтоми у працівників органів внутрішніх справ України / Т. Р. Морозов // Актуальні проблеми

психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К., 2001. – Т.1. – Ч.2. – С. 137–141.

81. Оніщенко Н. В. Оцінка рівня емоційного вигорання у працівників слідчих органів з різним рівнем успішності професійної діяльності / Н. В. Оніщенко // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – Х., 2006. – Вип.16. – С. 103–110.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

1. Демографічні дані

Ваш вік: _____ років

Ваша стать: □ Чоловіча □ Жіноча

Ви є: □ Військовослужбовцем □ Цивільною особою

2. Травматичний досвід

Ви брали участь у бойових зіткненнях/операціях протягом останніх 12 місяців? □ Так □ Ні

Ви мали безпосередню близкість до місць влучань, приймали участь у розборі руйнувань, були наближені до експозиції смерті, втратили близьких, маєте економічні труднощі? □ Так □ Ні

3. Психічний стан

Чи проходили ви психіатричне обстеження протягом останніх 12 місяців? □ Так □ Ні

Чи приймаєте ви психотропні препарати? □ Так □ Ні

4. Шкідливі звички

Ви палите? □ Так □ Ні

Чи вживаєте ви алкоголь?

- ніколи
- рідше ніж раз на місяць
- 1–3 рази на місяць
- 1–3 рази на тиждень
- частіше ніж 3 рази на тиждень

Додаток Б

«Шкала PCL-5» (Перелік симптомів ПТСР)

Переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов’язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць…), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	стресового досвіду?					
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Обробка результатів.

Після заповнення тестового бланку проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних балів.

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

Додаток В

«Шкала астенічного стану» (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі ММРІ)

«Шкала астенічного стану» розроблена Л.Д. Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою на базі даних клініко—психологічних спостережень та опитувальника ММРІ. Астенія (астенічний стан, астенічний синдром) – патологічний стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням з вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження, несприйманням гучних звуків, яскравого світла, різких запахів.

Інструкція: *«Уважно прочитайте кожну пропозицію і, оцінивши її стосовно Вашого стану* ***в даний момент****, відзначте один з чотирьох варіантів відповідей правої частини бланка».*

№	Питання	Невірно	Мабутьтак	Вірно	Цілком
1	Я працюю з великим напруженням	1	2	3	4
2	Мені важко зосередитися на чому—небудь	1	2	3	4
3	Моє статеве життя не задовольняє мене	1	2	3	4
4	Очікування нервує мене	1	2	3	4
5	Я відчуваю слабкість в м’язах	1	2	3	4
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи в театр	1	2	3	4
7	Я забудькуватий	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе втомленим	1	2	3	4
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні	1	2	3	4

10	Мої руки тремтять	1	2	3	4
11	У мене поганий апетит	1	2	3	4
12	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	1	2	3	4
13	Я вже не так добре розумію прочитане	1	2	3	4
14	Мої руки і ноги холодні	1	2	3	4
15	Мене легко зачепити	1	2	3	4
16	У мене болить голова	1	2	3	4
17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочившим	1	2	3	4
18	У мене бувають запаморочення	1	2	3	4
19	У мене бувають посмикування м'язів	1	2	3	4
20	У мене шумить у вухах	1	2	3	4
21	Мене турбують питання статевого життя	1	2	3	4
22	Я відчуваю тяжкість в голові	1	2	3	4
23	Я відчуваю загальну слабкість	1	2	3	4
24	Я відчуваю біль у тім’яній частині голови	1	2	3	4
25	Життя для мене пов'язане з напруженням	1	2	3	4
26	Моя голова ніби стягнута обручем	1	2	3	4
27	Я легко прокидаюся від шуму	1	2	3	4
28	Мене втомлюють люди	1	2	3	4
29	Коли я хвилююся, то покриваюся потом	1	2	3	4
30	Мені не дають заснути неспокійні думки	1	2	3	4

Обробка результатів.

Після заповнення тестового бланку проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних балів. Діапазон варіює від 30 до 120 балів.

- 30 – 50 балів астенія відсутня
- 51 – 75 балів слабка астенія
- 76 – 100 балів помірна астенія

Додаток Д

«Шкала тривоги» Спілбергера—Ханіна
(State—Trait Anxiety Inventory — STAI)

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

А. «Шкала самооцінки реактивної тривожності»

Інструкція.

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4

6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. «Шкала самооцінки особистісної тривожності»

Інструкція.

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно

21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4

39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

1.РТ = Σ1–Σ2+ 50,

Де Σ1–сума закреслених на бланку цифр за пунктами «Шкали3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ2–сума інших закреслених цифр (пункти1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2.ОТ =Σ1–Σ2+ 35,

де Σ1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами «Шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ2–сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0—30 балів – низький рівень тривожності;

31—45 балів –помірний рівень тривожності;

вище 45 балів –високий рівень тривожності.