

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ



Завідувачка кафедри ПП та М

професор **Юлія ГЕРАСИМЕНКО**

(підпис)

Юлія Герасименко 16.08.2026 р.
(дата)

«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ІЗ ЖЕРТВАМИ
НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ»

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові
науки Спеціальність: 053 Психологія
Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти
групи ПС-24-11-ЗМ

КІСІНА ОЛЕНА СТАНІСЛАВІВНА

(підпис)

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук

ХОМЧУК ОЛЕНА ПАВЛІВНА

(підпис)

Біла Церква 2026

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: КІСІНА ОЛЕНА СТАНІСЛАВІВНА, група ПС-24-11-ЗМ

Назва: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ІЗ ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Керівник: Хомчук Олена Павлівна

Підрозділ: Bila Tserkva institute of continuous professional education

Коефіцієнт подібності: 1:2.28%

Мікропробіли: 0

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Відсоток оригінальності за системою Strike Plagiarism 2,28% відповідає встановленим вимогам. Високий рівень оригінальності. Допускається до захисту/рецензування.

Дата 08.05.2026 р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України:

Підпис _____



механізми формування травматичного стресу, ПТСР та супутніх розладів; проаналізувати специфіку воєнного часу як чинника, що підвищує ризик насильства та ускладнює його психологічні наслідки; емпірично дослідити рівень травматичного стресу, профіль психопатологічної симптоматики та особливості копінг-поведінки жертв насильства в умовах воєнного часу; встановити характер і статистичну значущість взаємозв'язків між рівнем травматизації, психопатологічною симптоматикою та копінг-стратегіями постраждалих; розробити програму психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу; сформулювати рекомендації щодо впровадження програми для психологів-практиків, які працюють з постраждалими в умовах воєнного стану.

Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Хомчук О.П. кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки, психології та менеджменту БІНПО	12.01.2026 р.	12.01.2026 р.
2	Хомчук О.П. кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки, психології та менеджменту БІНПО	25.02.2026 р.	25.02.2026 р.
3	Хомчук О.П. кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки, психології та менеджменту БІНПО	30.03.2026 р.	30.03.2026 р.

6. Дата видачі завдання 15.01.2026 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	січень	виконано
2	Вивчення літературних джерел	січень	виконано
3	Збирання матеріалу у закладі освіти	січень	виконано
4	Обробка матеріалу	січень	виконано
5	Виконання розділу 1	січень	виконано
6	Виконання розділу 2	лютий	виконано
7	Виконання розділу 3	березень	виконано

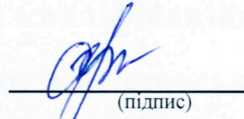
8	Формулювання висновків	березень	виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії, перевірка на плагіат	квітень	виконано
10	Подання роботи на кафедру	квітень	виконано

Здобувачка освіти


(підпис)

Олена КІСІНА
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник роботи


(підпис)

Олена ХОМЧУК
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

В І Д Г У К

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу здобувачки освіти
другого (магістерського) рівня**

Кісіної Олени Станіславівни

за темою:

**«Психологічні особливості роботи із жертвами насильства
в умовах воєнного часу»**

Актуальність даної теми полягає у необхідності дослідження психологічних особливостей роботи із жертвами насильства в умовах воєнного часу та розробки програми психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу, адже насильство в умовах воєнного часу має вагомі та довгострокові психологічні наслідки: спричиняє розвиток посттравматичного стресового розладу, депресивних і тривожних станів, порушує базове відчуття безпеки особистості та руйнує систему міжособистісних стосунків.

У кваліфікаційній роботі магістра визначено сутність та класифікацію насильства, у психологічному аналізі проаналізовано психологічні наслідки насильства в умовах воєнного часу, встановлено комплексну і взаємодоповнюючу картину психологічного стану жертв насильства, що є необхідною основою для планування психологічної допомоги, здійснено емпіричне дослідження психологічного стану жертв насильства в умовах воєнного часу, розроблено програму психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу та сформульовано рекомендації щодо

впровадження програми для психологів-практиків, які працюють з постраждалими в умовах воєнного стану, здійснено аналіз наукових джерел.

Вважаємо, що кваліфікаційна робота Кісіної Олени Станіславівни розкрита на належному теоретичному та практичному рівнях, містить елементи наукової новизни, оформлена згідно встановлених вимог та рекомендується до захисту на засіданні екзаменаційної комісії. Кваліфікаційна робота заслуговує 90 балів (оцінка ECTS - A, оцінка за національною шкалою - *відмінно*).

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент
кафедри педагогіки, психології
та менеджменту



Олена ХОМЧУК

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота: 83 сторінки, 15 таблиць, 3 додатки, 52 джерел.

Об'єктом дослідження є психологічний стан жертв насильства в умовах воєнного часу.

Предметом дослідження є психологічні особливості травматичного стресу, психопатологічної симптоматики та копінг-стратегій жертв насильства в умовах воєнного часу.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості стану жертв насильства в умовах воєнного часу й розробити програму психологічного супроводу постраждалих, спрямовану на відновлення психологічного функціонування особистості.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми дослідження; емпіричні – Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) для діагностики рівня травматичного стресу та ПТСР-симптоматики, Симптоматичний опитувальник SCL-90-R для виявлення профілю психопатологічної симптоматики за дев'ятьма клінічними шкалами та трьома інтегральними індексами, Методика копінг-стратегій Лазаруса (WCQ) для дослідження домінуючих стратегій подолання стресу; методи математичної статистики – описова статистика, частотний аналіз, кореляційний аналіз за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена, порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні.

Основний науковий результат роботи полягає у наступному: уточнено та доповнено наукові уявлення про сутність, класифікацію та психологічні наслідки насильства в умовах воєнного часу; розкрито специфіку воєнного часу як чинника, що підвищує ризик насильства, надає йому кумулятивного характеру та суттєво ускладнює надання психологічної допомоги постраждалим; емпірично встановлено, що переважна більшість жертв насильства в умовах воєнного часу демонструє виражений рівень травматичного стресу, що відповідає клінічній картині ПТСР, а загалом абсолютна більшість постраждалих потребує психологічної допомоги різного

рівня інтенсивності; виявлено провідний симптоматичний профіль жертв насильства, що утворюють три кластери – депресивна симптоматика, тривожність та міжособистісна сензитивність, – клінічно значущий рівень яких зафіксовано у переважної більшості учасників дослідження; встановлено домінування дезадаптивних копінг-стратегій уникаючого типу у більшості жертв насильства та виражений дефіцит проблемно-орієнтованих стратегій, насамперед планового вирішення проблем; виявлено систему статистично значущих взаємозв'язків між рівнем травматичного стресу, психопатологічною симптоматикою та копінг-стратегіями, зокрема встановлено, що стратегія уникнення є потужним позитивним предиктором психологічного дистресу, тоді як планове вирішення проблем виступає найбільш вираженим негативним предиктором як травматичного стресу, так і загального рівня психопатологічного дистресу; розроблено та теоретично обґрунтовано програму психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу, що включає п'ять тематичних групових занять у чотирьох послідовних фазах; сформульовано систему диференційованих практичних рекомендацій щодо впровадження програми для психологів-практиків з урахуванням специфіки воєнного контексту.

Ключові слова: насильство, жертви насильства, воєнний час, психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад, травматичний стрес, психопатологічна симптоматика, депресія, тривожність, міжособистісна сензитивність, копінг-стратегії, уникнення, планове вирішення проблем, психологічна резилієнтність, програма психологічного супроводу, внутрішньо переміщені особи, вторинна травматизація.

ABSTRACT

Thesis: 83 pages, 15 tables, 3 appendices, 52 references.

The object of the study is the psychological state of victims of violence in wartime conditions.

The subject of the study is the psychological characteristics of traumatic stress, psychopathological symptoms, and coping strategies of victims of violence in wartime conditions.

The aim of the study: to theoretically substantiate and empirically investigate the psychological characteristics of the state of victims of violence in wartime and to develop a psychological support program for victims aimed at restoring psychological functioning.

Research methods: theoretical—analysis, synthesis, generalization, and systematization of scientific sources on the research problem; empirical – the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) for diagnosing the level of traumatic stress and PTSD symptoms, the SCL-90-R Symptom Checklist for identifying a profile of psychopathological symptoms across nine clinical scales and three integrated indices, Lazarus’s Coping Strategies Questionnaire (WCQ) for studying dominant stress coping strategies; methods of mathematical statistics – descriptive statistics, frequency analysis, correlation analysis using Spearman’s rank correlation coefficient, and comparative analysis using the Mann-Whitney U test.

The main scientific finding of this study is as follows: scientific understanding of the nature, classification, and psychological consequences of violence in wartime has been refined and expanded; the specific nature of wartime as a factor that increases the risk of violence, gives it a cumulative character, and significantly complicates the provision of psychological assistance to victims has been revealed; It has been empirically established that the overwhelming majority of victims of violence in wartime exhibit a pronounced level of traumatic stress corresponding to the clinical picture of PTSD, and overall, the vast majority of victims require psychological assistance of varying intensity; A leading symptomatic profile of victims of violence has been identified, comprising three

clusters—depressive symptoms, anxiety, and interpersonal sensitivity—clinically significant levels of which were recorded in the vast majority of study participants; The dominance of maladaptive avoidance-type coping strategies was established in most victims of violence, along with a marked deficit of problem-oriented strategies, particularly planned problem-solving; A system of statistically significant correlations was identified between the level of traumatic stress, psychopathological symptoms, and coping strategies; in particular, it was found that the avoidance strategy is a strong positive predictor of psychological distress, while planned problem-solving serves as the most pronounced negative predictor of both traumatic stress and the overall level of psychopathological distress; a program for the psychological support of victims of violence in wartime conditions was developed and theoretically substantiated, comprising five thematic group sessions across four sequential phases; a system of differentiated practical recommendations for implementing the program has been formulated for practicing psychologists, taking into account the specifics of the wartime context.

Keywords: violence, victims of violence, wartime, psychological trauma, post-traumatic stress disorder, traumatic stress, psychopathological symptoms, depression, anxiety, interpersonal sensitivity, coping -strategies, avoidance, planned problem-solving, psychological resilience, psychological support program, internally displaced persons, secondary traumatization.

ЗМІСТ

ВСТУП.	12
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖЕРТВАМ НАСИЛЬСТВА.	16
1.1 Поняття насильства та його класифікація у психологічному аналізі науці.	16
1.2 Психологічні наслідки насильства, травма, ПТСР та супутні розлади.	19
1.3 Специфіка воєнного часу як чинник підвищення ризику насильства та ускладнення його наслідків.	23
Висновки до розділу 1.	27
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ. .	28
2.1. Організація та методика дослідження психологічного стану жертв насильства в умовах воєнного часу.	28
2.2. Аналіз результатів дослідження травматичного стресу та психопатологічної симптоматики у жертв насильства.	35
2.3. Аналіз результатів дослідження копінг-стратегій жертв насильства та їх взаємозв'язку з рівнем травматизації.	43
Висновки до розділу 2.	51
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.	54
3.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми психологічного супроводу.	54
3.2. Зміст та етапи реалізації програми психологічного супроводу жертв насильства.	57
3.3. Рекомендації щодо впровадження програми для психологів в умовах воєнного часу.	61
Висновки до розділу 3.	66
ВИСНОВКИ.	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.	71
ДОДАТКИ.	77

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема психологічної допомоги жертвам насильства належить до найбільш гострих і практично значущих проблем сучасної клінічної та кризової психології. Особливої трагічної актуальності вона набуває в умовах сьогодення, коли українське суспільство переживає безпрецедентні випробування, зумовлені повномасштабним воєнним вторгненням, масовими переміщеннями населення, руйнуванням соціальної інфраструктури та хронічною психотравматизацією. У таких умовах явище насильства набуває нових форм і масштабів, а його жертви опиняються у ситуації подвійної вразливості – пережитої травми насильства та триваючого воєнного стресу, що суттєво ускладнює їхній психологічний стан і знижує ефективність традиційних підходів до надання допомоги.

Насильство в умовах воєнного часу має вагомі та довгострокові психологічні наслідки: спричиняє розвиток посттравматичного стресового розладу, депресивних і тривожних станів, порушує базове відчуття безпеки особистості, дезорганізує копінг-поведінку та руйнує систему міжособистісних стосунків. Водночас дослідження переконливо засвідчують, що психологічні наслідки насильства визначаються не лише характером пережитої травми, а й наявними ресурсами особистості, якістю соціальної підтримки та своєчасністю і адекватністю наданої психологічної допомоги. Це зміщує фокус наукового пошуку з питання про те, які розлади виникають у жертв насильства, на питання про те, які психологічні особливості визначають ефективність роботи з постраждалими в умовах воєнного часу.

Теоретичний аналіз проблеми засвідчує, що психологічна допомога жертвам насильства є багатовимірним феноменом, детермінованим на індивідуально-особистісному, міжособистісному та соціально-контекстуальному рівнях. Однак, незважаючи на значний масив накопичених знань у сфері психотравматології та кризової інтервенції, питання про специфіку діагностики та психологічного супроводу жертв насильства саме в умовах воєнного часу залишається недостатньо дослідженим. Більшість

наявних підходів розроблялися для мирного часу і потребують суттєвої адаптації до реалій, у яких психолог і клієнт одночасно перебувають в умовах триваючої загрози.

Практична значущість дослідження зумовлена нагальною потребою у розробці науково обґрунтованої програми психологічного супроводу жертв насильства, що ґрунтується на актуальній діагностиці рівня травматизації, психопатологічної симптоматики та копінг-ресурсів конкретного постраждалого, а не на узагальнених уявленнях про наслідки насильства. Така програма має реалізовуватися на основі ресурсного підходу, що передбачає опору на збережені сильні сторони особистості та цілеспрямований розвиток дефіцитних ресурсів подолання, і враховувати специфічний контекст воєнного часу як додаткового стресора.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості стану жертв насильства в умовах воєнного часу й розробити програму психологічного супроводу постраждалих, спрямовану на відновлення психологічного функціонування особистості.

Відповідно до мети було сформульовано наступні **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми насильства та визначити його сутність, класифікацію і основні підходи до вивчення у психологічній науці.

2. Розкрити психологічні наслідки насильства, зокрема механізми формування травматичного стресу, ПТСР та супутніх розладів.

3. Проаналізувати специфіку воєнного часу як чинника, що підвищує ризик насильства та ускладнює його психологічні наслідки.

4. Емпірично дослідити рівень травматичного стресу, профіль психопатологічної симптоматики та особливості копінг-поведінки жертв насильства в умовах воєнного часу.

5. Встановити характер і статистичну значущість взаємозв'язків між рівнем травматизації, психопатологічною симптоматикою та копінг-стратегіями постраждалих.

6. Розробити, теоретично обґрунтувати та описати програму психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу.

7. Сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо впровадження програми для психологів, які працюють з постраждалими в умовах воєнного стану.

Об'єкт дослідження – психологічний стан жертв насильства в умовах воєнного часу.

Предмет дослідження – психологічні особливості травматичного стресу, психопатологічної симптоматики та копінг-стратегій жертв насильства в умовах воєнного часу.

Методологічну та теоретичну основу дослідження становлять: біопсихосоціальна модель психологічної травми; концепція посттравматичного стресового розладу згідно з DSM-5; транзакційна модель стресу і копінгу Лазаруса і Фолкман; ресурсний підхід до психологічного супроводу особистості; теорія прив'язаності як основа розуміння наслідків насильства; когнітивно-поведінковий підхід до психологічної допомоги при травмі; теоретичні положення вітчизняних дослідників у сфері психотравматології та кризової психології.

Для досягнення поставлених завдань дослідження використовувалися наступні **методи дослідження**: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми дослідження; емпіричні – Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) для діагностики рівня травматичного стресу, Симптоматичний опитувальник SCL-90-R для виявлення профілю психопатологічної симптоматики, Методика копінг-стратегій Лазаруса (WCQ) для дослідження стратегій подолання стресу; методи математичної статистики – описова статистика, кореляційний аналіз за критерієм Спірмена, порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі Комунальної установи Маловільшанської сільської ради «Маловільшанський інклюзивно-ресурсний центр».

Практичне значення результатів дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці програми психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу, що інтегрує травмофокусований, ресурсний і когнітивно-поведінковий підходи. Розроблена програма містить комплекс науково обґрунтованих методів і прийомів, що включають психоосвітні елементи, техніки стабілізації та заземлення, методи опрацювання травматичного досвіду та розвитку адаптивних копінг-стратегій. Результати дослідження і розроблені рекомендації можуть бути використані практичними психологами кризових центрів, притулків для постраждалих від насильства, психологічної служби територіальної оборони, а також фахівцями, які надають психологічну допомогу вимушеним переселенцям та іншим вразливим категоріям населення в умовах воєнного стану.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 80 сторінок. Робота містить 15 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖЕРТВАМ НАСИЛЬСТВА

1.1. Поняття насильства та його класифікація у психологічному аналізі науки

Насильство як соціально-психологічний феномен є предметом активного наукового дискурсу у сучасній психологічній науці. Незважаючи на тривалу історію вивчення, єдиного загальновизнаного визначення цього поняття досі не існує, що зумовлено багатовимірністю, контекстуальною варіативністю та міждисциплінарним характером явища. Різні наукові школи акцентують увагу на різних аспектах насильства – поведінковому, мотиваційному, наслідковому або структурному, – що породжує значну термінологічну варіативність у наукових джерелах.

У вітчизняній психологічній науці насильство розглядається передусім як форма соціальної деструкції, що підриває засади міжособистісної взаємодії та руйнує соціальну тканину суспільства. Герасіна Л. М. визначає насильство як навмисну дію або бездіяльність, що спрямована на заподіяння фізичної, психологічної або соціальної шкоди іншій особі всупереч її волі та порушує її базові права і свободи [14]. Дослідниця наголошує на тому, що насильство є не лише індивідуальним актом, а й соціальним явищем, детермінованим системою суспільних відносин, норм і владних структур. Таке розуміння насильства є важливим для аналізу його специфіки у воєнний час, коли системне руйнування соціальних норм і структур створює умови для масштабного поширення різноманітних форм насильницької поведінки.

Бенашвілі О. С. та Сорокіна Н. Ю. розмежовують поняття насильства та агресії, підкреслюючи, що агресія є ширшим феноменом, який охоплює будь-яку поведінку, спрямовану на заподіяння шкоди, тоді як насильство передбачає систематичне або надмірне застосування сили з вираженими

деструктивними наслідками для жертви [5]. Це розмежування має принципове значення для психологічного аналізу, оскільки дозволяє чіткіше окреслити предмет дослідження і уникнути термінологічної плутанини.

Кривуляк В. В. досліджує психологічне насильство як самостійну та найбільш латентну форму міжособистісної агресії [29]. Автор визначає психологічне насильство як систематичний вплив на психіку жертви з метою підпорядкування, контролю або заподіяння емоційного болю, що реалізується через приниження, залякування, маніпуляцію, ізоляцію та емоційне знехтування. Особливістю психологічного насильства є його невидимість для оточення та висока латентність, що суттєво ускладнює своєчасне виявлення і надання допомоги постраждалим. Дослідник підкреслює, що психологічне насильство нерідко передує фізичному або супроводжує його, утворюючи складний симбіоз форм насильницької поведінки.

Сучасна класифікація насильства у психологічній науці здійснюється за кількома підставами. За характером дій і сферою впливу розрізняють фізичне, психологічне, сексуальне та економічне насильство. Корягіна М. О. зазначає, що у реальній практиці ці форми рідко зустрічаються ізольовано — найчастіше вони утворюють складні комбінації, у яких кожна форма посилює деструктивний вплив інших [28]. Зокрема, фізичне насильство майже завжди супроводжується психологічним, а сексуальне – обома попередніми формами.

За суб'єктом та контекстом вчинення насильства розрізняють домашнє (інтимне партнерське) насильство, насильство щодо дітей, насильство у громаді та насильство, вчинене збройними формуваннями або державою. Бучин М. І. підкреслює, що домашнє насильство є найбільш поширеною і водночас найменш виявленою формою насильства, оскільки відбувається у приватному просторі сім'ї та обтяжене механізмами замовчування, сорому і взаємозалежності між жертвою та кривдником [11]. Гнатюк О. Б., аналізуючи досвід зарубіжних країн у протидії домашньому насильству, наголошує на

системному характері цієї проблеми та необхідності комплексної міжвідомчої відповіді, що поєднує правові, соціальні та психологічні заходи [16].

За тривалістю та систематичністю насильство поділяють на одноразове, що спричиняє гостру психологічну травму, та повторюване і систематичне, що формує хронічну травму або травму розвитку. Герман Джудіт у своїй фундаментальній праці «Психологічна травма та шлях до видужання» обґрунтовує концепцію комплексної травми як специфічного наслідку тривалого, повторюваного насильства в умовах залежності або позбавлення волі [15]. Авторка підкреслює, що комплексна травма формує якісно відмінний симптомокомплекс порівняно з простим ПТСР і потребує специфічних підходів до психологічної допомоги. Концепція набуває особливої значущості у контексті воєнного часу, коли особи, що опинилися в умовах окупації або полону, зазнають саме цього типу систематичної травматизації.

Журавльов І. А. досліджує особистісні фактори, що визначають вразливість особистості до насильства та її реагування на нього [22]. Автор встановлює, що жертви насильства нерідко мають специфічні особистісні характеристики — занижену самооцінку, залежність від стосунків, труднощі у встановленні особистісних меж та схильність до самозвинувачення, — які формуються не до насильства, а здебільшого є його наслідком. Це застереження є принципово важливим для психологічної практики, оскільки запобігає хибній тенденції до віктимблеймінгу — перекладання відповідальності за насильство на саму жертву.

Ануфрієва Н. М., Зелінська Т. М. та Єрмакова Н. О. аналізують насильство у контексті соціально-групової динаміки, підкреслюючи роль групових норм, владних ієрархій та процесів соціального навчання у відтворенні насильницьких патернів поведінки [3]. Автори наголошують, що насильство не є лише індивідуально-психологічною проблемою, а відтворюється через соціальні структури та культурні норми, що

нормалізують або навіть легітимізують певні його форми. У воєнному контексті ця соціально-психологічна динаміка набуває особливої ваги, оскільки деіндивідуалізація та деморалізація, характерні для бойового середовища, суттєво знижують психологічні бар'єри перед вчиненням насильства.

Таким чином, насильство є складним, багатовимірним феноменом, що охоплює різноманітні форми і прояви, об'єднані спільними ознаками – навмисністю дії, відсутністю згоди жертви та заподіянням шкоди її фізичному, психологічному або соціальному функціонуванню. Розуміння цієї багатовимірності є необхідною передумовою для адекватної оцінки психологічних наслідків насильства та розробки ефективних стратегій психологічної допомоги постраждалим в умовах воєнного часу.

1.2 Психологічні наслідки насильства, травма, ПТСР та супутні розлади

Психологічні наслідки насильства є предметом інтенсивного наукового дослідження у сучасній психотравматології та клінічній психології. Герман Джудіт визначає психологічну травму як стан, що виникає внаслідок переживання події, яка переповнює адаптивні можливості особистості і руйнує її здатність до саморегуляції та підтримання зв'язку з іншими людьми [15]. Авторка наголошує, що травматичний досвід насильства підриває базові переконання особистості про безпеку світу, передбачуваність подій та власну цінність, формуючи глибоку дезорієнтацію у просторі міжособистісних стосунків.

Центральним клінічним наслідком насильства є посттравматичний стресовий розлад. Згідно з критеріями DSM-5, ПТСР діагностується за наявності чотирьох кластерів симптомів: симптомів вторгнення – нав'язливі спогади, флешбеки, кошмарні сновидіння та виражений психологічний дистрес при зіткненні з нагадуваннями про травму; симптомів уникнення –

уникнення думок, почуттів та зовнішніх стимулів, пов'язаних з травматичними подіями; негативних змін у когніціях і настрої – стійкі негативні переконання про себе і світ, хронічний негативний емоційний стан, відчуженість від інших і втрата інтересу до значущої діяльності; симптомів гіперзбудження — гіперпильність, підвищена реакція переляку, порушення концентрації уваги та сну, дратівливість і спалахи агресії [21]. Brewin et al. підкреслюють, що концептуалізація ПТСР продовжує розвиватися у напрямі більш точного врахування культурного контексту та різноманіття клінічних проявів розладу, що є важливим для роботи з жертвами насильства у різних соціокультурних умовах [48].

Гнатюк О. В. аналізує специфіку ПТСР у населення, яке постраждало від воєнних дій, і підкреслює, що у цій категорії постраждалих класична симптоматика ПТСР нерідко поєднується з симптомами гострого горя, екзистенційного розпачу та моральної травми, утворюючи складну клінічну картину, що потребує комплексного підходу до психологічної допомоги [17]. Дослідниця наголошує на важливості своєчасного виявлення та кваліфікованого реагування на ці стани в умовах воєнного часу, коли доступність психологічної допомоги є суттєво обмеженою .

Борисенко Л. Л. та Корват Л. В. досліджують психологічні особливості депресивних станів у осіб в умовах воєнного стану в Україні [9]. Автори встановлюють, що депресія є одним із найбільш поширених психологічних наслідків насильства і воєнного стресу і характеризується у цій категорії постраждалих специфічними рисами — стійким відчуттям безпорадності та безнадії, вираженим почуттям провини за виживання, когнітивними порушеннями та апатією. Дослідники підкреслюють, що депресивна симптоматика у жертв насильства в умовах воєнного часу нерідко маскується соматичними скаргами та поведінкою уникнення, що суттєво ускладнює її своєчасну діагностику та лікування. Бек А. обґрунтовує, що в основі депресивних станів лежить специфічна тріада негативних когніцій –

негативне сприйняття себе, світу та майбутнього, – яка у жертв насильства набуває особливої стійкості та інтенсивності [4].

Ясточкіна І. аналізує особистісну тривожність як соціально-психологічну проблему, що суттєво загострюється у жертв насильства [44]. Авторка розмежовує реактивну тривогу як ситуативну реакцію на стрес і особистісну тривожність як стійку рису характеру, що формується під впливом хронічного стресу та травматичного досвіду. У жертв систематичного насильства особистісна тривожність набуває стійкого характеру і проявляється у постійному очікуванні небезпеки, гіперпильності та схильності до катастрофізації, що суттєво порушує якість життя та соціальне функціонування особистості.

Коробейнікова С. В. досліджує психологічні наслідки насильства та шляхи їх корекції, виокремлюючи чотири основні рівні впливу насильства на психіку жертви: когнітивний, де порушуються базові переконання про безпеку і власну цінність; емоційний, де виникають стійкі стани страху, сорому, провини та гніву; поведінковий, де формуються дезадаптивні патерни уникнення, ізоляції та самодеструктивної поведінки; соматичний, де травматичний досвід фіксується у тілі у вигляді хронічного м'язового напруження та психосоматичних розладів [27]. Такий багаторівневий підхід до розуміння наслідків насильства є важливою методологічною основою для розробки комплексних програм психологічної допомоги постраждалим.

Гошовська Д. Т. та Гошовський Я. О. досліджують феномен психічної депривації як специфічного наслідку хронічного насильства та знехтування [19]. Автори визначають психічну депривацію як стан, що виникає внаслідок тривалого позбавлення особистості задоволення базових психологічних потреб у безпеці, прийнятті, автономії та стимуляції. У контексті насильства психічна депривація є особливо деструктивною для дітей, оскільки порушує нормальний розвиток особистості та формує стійкі психологічні дефіцити, що зберігаються впродовж усього подальшого життя.

Анищенко О. О. акцентує увагу на феномені медіатравми як специфічного різновиду психологічного ураження, що набуває особливої актуальності в умовах воєнного часу [2]. Авторка описує механізм вікарної травматизації через медіаспоживання — систематичний перегляд новин та відеоматеріалів про воєнні злочини та насильство може призводити до розвитку симптоматики, подібної до ПТСР, навіть у осіб, які безпосередньо не зазнали насильства.

Засекіна Л. В. та Козігора М. А. досліджують моральну травму як специфічний психологічний наслідок, що виникає внаслідок участі у подіях, які суперечать моральним переконанням особистості, або свідчення таких подій [23]. Авторки підкреслюють, що моральна травма є якісно відмінним від ПТСР феноменом, хоча нерідко поєднується з ним. Федотова Т. у свою чергу аналізує феномен морального дистресу як більш широку категорію, що охоплює переживання неможливості діяти відповідно до своїх моральних переконань в умовах зовнішніх обмежень [41]. У контексті воєнного насильства ці феномени є особливо значущими для розуміння психологічного стану не лише жертв, а й свідків та фахівців, що надають допомогу постраждалим.

Білик Н. І. у дослідженні психологічної підтримки жертв домашнього насильства підкреслює, що психологічні наслідки насильства мають виражену гендерну специфіку [7]. Авторка встановлює, що жінки — жертви партнерського насильства — частіше демонструють інтерналізовані форми психологічного дистресу (депресія, тривога, самозвинувачення), тоді як у чоловіків частіше спостерігаються екстерналізовані форми реагування (гнів, зловживання алкоголем, агресивна поведінка) [7]. Така гендерна специфіка має враховуватися при розробці диференційованих програм психологічної допомоги.

Адаменко Л. С. досліджує феномен психічної резиліентності як здатності особистості до збереження психологічного функціонування та відновлення після травматичного досвіду [1]. Дослідниця виокремлює

внутрішні та зовнішні ресурси резилієнтності і підкреслює, що здатність до психологічного відновлення після насильства визначається не лише особистісними характеристиками жертви, а й якістю соціальної підтримки та наявністю доступної кваліфікованої психологічної допомоги.

Психологічні наслідки насильства є різноманітними та взаємопов'язаними. ПТСР, депресія, тривожні розлади, дисоціативна симптоматика, моральна травма та порушення соціального функціонування формують складну клінічну картину, що вимагає комплексного та індивідуалізованого підходу до психологічної допомоги з урахуванням специфіки воєнного контексту.

1.3 Специфіка воєнного часу як чинник підвищення ризику насильства та ускладнення його наслідків

Воєнний час створює принципово відмінний контекст для виникнення та психологічних наслідків насильства порівняно з мирним часом. Збройний конфлікт не лише безпосередньо породжує нові масштабні форми насильства, а й формує соціальні, економічні та психологічні умови, що суттєво підвищують вразливість населення до різноманітних форм насильницьких дій і одночасно ускладнюють надання психологічної допомоги постраждалим.

Царенко Л. Г. досліджує особливості переживання психотравми в умовах воєнного конфлікту і підкреслює, що воєнна травматизація якісно відрізняється від травматизації у мирний час передусім своїм системним, масовим характером та відсутністю часових меж [43]. Якщо у мирний час психологічна травма є, як правило, дискретною подією, що має визначений початок і кінець, то воєнна травма є триваючим, кумулятивним процесом, у якому нові травматичні події нашаровуються на вже існуючі, ускладнюючи їх переробку та відновлення. Авторка наголошує, що кумулятивна природа

воєнної травматизації вимагає особливого підходу до психологічної допомоги, орієнтованого на поступове відновлення стабільності та безпеки.

Медведева О. В. аналізує психологічні особливості переживання горя під час воєнних дій і встановлює, що воєнний час породжує специфічний феномен ускладненого горя – патологічної форми реагування на втрату, що характеризується стійкою нездатністю прийняти реальність втрати, хронічною тугою і тривогою, труднощами у переживанні позитивних емоцій та порушенням соціального функціонування [31]. Авторка підкреслює, що множинні та часто раптові втрати, характерні для воєнного часу – втрата близьких, домівки, звичного способу життя та соціальних зв'язків, – суттєво ускладнюють нормальний процес горювання і підвищують ризик розвитку ускладненого горя.

Саковська В. В. досліджує вплив війни на самоствалення особистості і встановлює, що воєнні події суттєво трансформують систему самосприйняття у постраждалих [38]. Авторка виявляє два протилежних вектори цих змін: з одного боку, частина осіб демонструє підвищення самооцінки та відчуття власної компетентності внаслідок успішного подолання екстремальних обставин, з іншого — значна частина жертв насильства у воєнний час переживає глибоке руйнування самоідентичності, відчуття власної нікчемності та нездатності контролювати власне життя.

Яцина О. Ф. аналізує вплив війни на психічне здоров'я дітей і підлітків – особливо вразливої категорії жертв насильства у воєнний час [45]. Авторка описує специфічні ознаки травматизації психіки у дітей, що зазнали насильства в умовах воєнних дій: регресивну поведінку, гіперпильність, нічні жахи, психосоматичні реакції, порушення шкільної адаптації та труднощі у стосунках з однолітками [45]. Дослідниця підкреслює, що у дітей межа між нормативною реакцією на стрес і патологічною симптоматикою є значно більш розмитою, ніж у дорослих, що вимагає особливої уважності і чутливості від фахівців, що працюють з цією категорією постраждалих.

Leshem B. et al. досліджують феномен спільної травматичної реальності в умовах триваючої війни в Україні – ситуації, коли і постраждалі, і фахівці, що надають їм допомогу, одночасно перебувають під впливом тих самих травматичних подій [51]. Автори встановлюють, що спільна травматична реальність суттєво трансформує терапевтичні стосунки, розмиваючи традиційну асиметрію між терапевтом і клієнтом і породжуючи унікальні виклики для психологічної практики [51]. Водночас дослідники виявляють, що міжпоколінний трансфер досвіду подолання травм виконує захисну функцію і може бути ресурсом резилієнтності для українських спеціалістів у сфері психічного здоров'я.

Foley J. et al. досліджують поширеність і предиктори ПТСР, тривоги та депресії у фахівців, що працюють з жертвами насильства [50]. Автори встановлюють, що систематична робота з жертвами насильства є суттєвим фактором ризику вторинної травматизації та професійного вигорання. Цей висновок набуває особливої значущості у контексті воєнного часу, коли психологи та інші фахівці допоміжних професій опиняються у ситуації безперервної роботи з надзвичайно важким контингентом постраждалих в умовах власного травматичного стресу.

Annunziata K. N. et al. у своєму літературному огляді аналізують феномен вікарної травми у фахівців, що надають допомогу постраждалим [47]. Автори встановлюють, що вікарна травма є закономірним наслідком емпатійної включеності у важкий досвід клієнтів і проявляється у трансформації системи переконань, порушенні здатності до довіри та відчутті безсилля перед обличчям людського страждання [47]. У контексті воєнного насильства ці процеси набувають особливої інтенсивності, оскільки фахівці стикаються з масовою, систематичною травматизацією і нерідко самі є членами травмованого суспільства.

Гнатюк О. В. підкреслює, що надання психологічної допомоги жертвам насильства в умовах воєнного часу стикається з низкою специфічних труднощів: триваюча загроза безпеці унеможлиблює повноцінне

опрацювання травматичного досвіду; зруйнована соціальна інфраструктура і переміщення фахівців обмежують доступність допомоги; множинна травматизація ускладнює диференціацію та ієрархізацію травматичних подій; а хронічна втома і власний стрес фахівців знижують якість надання допомоги [17].

Основи реабілітаційної психології окреслюють ключові принципи психологічної допомоги в умовах надзвичайних обставин: принцип фазовості, принцип ресурсності, принцип культурної чутливості та принцип турботи про фахівця [34]. Ці принципи є особливо важливими у контексті воєнного насильства, де традиційні підходи потребують суттєвої адаптації до реалій триваючої загрози.

Тарасова В. досліджує програми психологічної корекції стресостійкості у постраждалих і наголошує на необхідності комплексного підходу, що поєднує роботу з когнітивними, емоційними, поведінковими та соматичними аспектами травматичного досвіду [39]. Авторка підкреслює, що ефективна психологічна допомога жертвам насильства в умовах воєнного часу має бути орієнтована не лише на редукцію симптоматики, а й на відновлення здатності особистості до смислотворення, побудови стосунків та активної участі у власному житті.

Специфіка воєнного часу виявляється у масштабному поширенні нових форм насильства, кумулятивній природі травматизації, трансформації системи самоствалення та соціального функціонування постраждалих, а також в унікальних викликах для фахівців, що надають психологічну допомогу в умовах спільної травматичної реальності. Ефективна психологічна робота з жертвами насильства у воєнний час вимагає від фахівця глибокого розуміння цієї специфіки, гнучкого застосування доказових методів допомоги та системної підтримки власного психологічного благополуччя.

Висновки до розділу 1

Встановлено, що насильство є багатовимірним феноменом, конститутивними ознаками якого є навмисність дії, відсутність згоди жертви та заподіяння шкоди її фізичному, психологічному або соціальному функціонуванню. З'ясовано, що сучасна психологічна наука розрізняє фізичну, психологічну, сексуальну та економічну форми насильства, кожна з яких має специфічні механізми впливу на психіку постраждалого.

Проаналізовано психологічні наслідки насильства, центральне місце серед яких посідає посттравматичний стресовий розлад, що супроводжується депресивною, тривожною та дисоціативною симптоматикою, порушеннями міжособистісних стосунків і нейробіологічними змінами. Виявлено, що характер і тяжкість психологічних наслідків визначаються типом і тривалістю насильства, індивідуальними характеристиками жертви та наявністю соціальної підтримки.

З'ясовано, що воєнний час є специфічним контекстом, який суттєво підвищує ризик насильства та актуалізує його нові форми — сексуальне насильство як зброю війни, примусове переміщення населення та систематичний психологічний терор. Встановлено, що множинна та кумулятивна травматизація, характерна для жертв насильства у воєнний час, формує складну клінічну картину, що суттєво ускладнює надання психологічної допомоги постраждалим.

Узагальнено, що ефективна психологічна робота з жертвами насильства в умовах воєнного стану вимагає адаптації існуючих доказових підходів до реалій триваючої загрози, врахування феномену множинної травматизації та орієнтації на активацію власних ресурсів і резилієнтності постраждалих.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

2.1. Організація та методика дослідження психологічного стану жертв насильства в умовах воєнного часу

Емпіричне дослідження психологічного стану жертв насильства в умовах воєнного часу було організоване та проведене на базі Комунальної установи Маловільшанської сільської ради «Маловільшанський інклюзивно-ресурсний центр». Вибір даної установи як бази дослідження зумовлений кількома чинниками. По-перше, інклюзивно-ресурсний центр є одним із ключових осередків надання психологічної та соціальної допомоги населенню у громаді, що забезпечує доступ до цільової вибірки постраждалих. По-друге, в умовах воєнного стану центр розширив спектр своїх послуг, охопивши психологічний супровід вимушених переселенців, осіб, що пережили насильство, та інших вразливих категорій населення. По-третє, наявність кваліфікованого психологічного персоналу та відповідної матеріально-технічної бази створювала оптимальні умови для організації та проведення психодіагностичного обстеження.

Метою емпіричного дослідження є вивчення психологічного стану жертв насильства в умовах воєнного часу шляхом діагностики рівня травматичного стресу, профілю психопатологічної симптоматики та особливостей копінг-поведінки постраждалих.

Відповідно до мети були сформульовані такі завдання емпіричного дослідження:

1. Визначити рівень травматичного стресу у жертв насильства в умовах воєнного часу за допомогою Шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R).

2. Дослідити профіль психопатологічної симптоматики постраждалих за допомогою Симптоматичного опитувальника SCL-90-R.
3. Виявити домінуючі копінг-стратегії жертв насильства в умовах воєнного часу за допомогою Методики копінг-стратегій Лазаруса (WCQ).
4. Встановити статистично значущі взаємозв'язки між рівнем травматичного стресу, профілем психопатологічної симптоматики та копінг-стратегіями постраждалих.

Гіпотеза дослідження: жертви насильства в умовах воєнного часу характеризуються високим рівнем травматичного стресу та вираженою психопатологічною симптоматикою, що поєднується з переважанням дезадаптивних, емоційно-орієнтованих копінг-стратегій над проблемно-орієнтованими.

До участі у дослідженні були залучені 38 осіб, які зверталися за психологічною допомогою до Маловільшанського інклюзивно-ресурсного центру відповідали критеріям включення у дослідження.

Критерії включення у дослідження:

досвід пережитого насильства (фізичного, психологічного або сексуального) в умовах воєнного часу після 24 лютого 2022 року;

вік від 18 років;

відсутність гострого психотичного стану або важкої когнітивної дисфункції на момент дослідження;

добровільна інформована письмова згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення: наявність гострого суїцидального ризику, стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, відмова від участі або неповне заповнення діагностичного інструментарію.

За гендерним складом вибірка розподілилася таким чином: 27 жінок (71,1 %) та 11 чоловіків (28,9 %), що відображає загальну тенденцію до переважання жінок серед осіб, які звертаються за психологічною допомогою у зв'язку з пережитим насильством.

За віковим складом учасники розподілилися на три групи: від 18 до 35 років – 12 осіб (31,6 %), від 36 до 50 років – 17 осіб (44,7 %), від 51 до 65 років – 9 осіб (23,7 %). Таким чином, найбільш представленою є вікова група від 36 до 50 років, що відповідає загальній картині звернень за психологічною допомогою в умовах воєнного часу.

За типом пережитого насильства вибірка розподілилася таким чином: психологічне насильство – 18 осіб (47,4 %); поєднане фізичне та психологічне насильство – 13 осіб (34,2 %); сексуальне насильство – 4 особи (10,5 %); економічне насильство у поєднанні з психологічним – 3 особи (7,9 %). Переважання психологічного насильства у структурі вибірки узгоджується з даними досліджень, що фіксують зростання частки психологічного насильства у загальній структурі насильства в умовах воєнного часу.

За статусом переміщення: внутрішньо переміщені особи – 24 особи (63,2 %), місцеві мешканці громади – 14 осіб (36,8 %). Значна частка внутрішньо переміщених осіб у вибірці відображає специфіку діяльності центру в умовах воєнного стану, коли установа суттєво розширила охоплення за рахунок обслуговування переселенців з постраждалих регіонів України.

Дослідження проводилося у три послідовних етапи.

Перший етап – підготовчий. На цьому етапі здійснювалося теоретичне обґрунтування вибору методичного інструментарію, розроблялися бланки діагностичних методик та протоколи фіксації результатів, проводився інструктаж персоналу центру щодо процедури збору даних, а також розроблялася форма інформованої згоди на участь у дослідженні. Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів роботи з вразливими категоріями постраждалих, зокрема забезпеченню конфіденційності, добровільності участі та можливості виходу з дослідження на будь-якому його етапі без пояснення причин.

Другий етап – діагностичний. На цьому етапі проводилося безпосереднє психодіагностичне обстеження учасників дослідження.

Третій етап – аналітичний. На цьому етапі здійснювалася кількісна та якісна обробка отриманих даних, розраховувалися первинні та інтегральні показники за кожною методикою, проводився кореляційний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними показниками, а також формулювалися висновки та практичні рекомендації.

Для проведення емпіричного дослідження було використано наступний діагностичний інструментарій.

Шкала оцінки впливу травматичної події у переглянутій версії (Impact of Event Scale — Revised, IES-R) є одним із найбільш широко застосовуваних стандартизованих інструментів для оцінки суб'єктивного дистресу, пов'язаного з конкретною травматичною подією. Методика розроблена Weiss та Marmar на основі оригінальної шкали Horowitz і є надійним інструментом скринінгової діагностики ПТСР-симптоматики у клінічній практиці та наукових дослідженнях [21].

Шкала містить 22 пункти, що утворюють три субшкали, які відповідають основним кластерам симптомів ПТСР згідно з DSM-5. Субшкала «Вторгнення» (7 пунктів) вимірює інтенсивність нав'язливих спогадів, флешбеків та кошмарних сновидінь, пов'язаних з травматичною подією. Субшкала «Уникнення» (8 пунктів) оцінює ступінь уникнення думок, почуттів та ситуацій, що нагадують про травму. Субшкала «Гіперзбудження» (6 пунктів) відображає рівень фізіологічного та психологічного збудження, пов'язаного з травматичним досвідом [21].

Респонденти оцінюють кожен пункт за п'ятибальною шкалою (від 0 – «зовсім ні» до 4 – «дуже сильно»), відповідаючи на питання про те, наскільки кожне твердження стосувалося їх впродовж останніх 7 днів. Загальний бал IES-R розраховується як сума балів за всіма трьома субшкалами і може варіювати від 0 до 88. Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до таких градацій: 0–23 бали – субклінічний рівень дистресу; 24–32 бали –

помірний рівень, що свідчить про наявність клінічно значущих симптомів; 33 бали і вище – виражений рівень, що відповідає клінічній картині ПТСР і потребує поглибленого обстеження та психологічної допомоги.

Вибір IES-R для цього дослідження обґрунтований кількома міркуваннями. По-перше, методика є валідизованим і широко застосовуваним інструментом у дослідженнях психологічних наслідків воєнних дій та насильства [17]. По-друге, вона дозволяє оцінити не лише загальний рівень травматичного дистресу, а й диференціювати його компоненти, що є важливим для планування психологічної допомоги. По-третє, короткий формат методики знижує когнітивне навантаження на постраждалих і полегшує процедуру обстеження.

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) є багатовимірним стандартизованим інструментом для оцінки широкого спектру психопатологічної симптоматики, розробленим Derogatis (1994). Опитувальник містить 90 пунктів, що охоплюють дев'ять клінічних шкал та три інтегральні індекси загального психологічного дистресу [13].

Дев'ять клінічних шкал методики охоплюють такі виміри психопатологічної симптоматики. Шкала «Соматизація» (12 пунктів) оцінює наявність соматичних скарг, пов'язаних з порушеннями функціонування серцево-судинної, шлунково-кишкової та інших систем організму. Шкала «Обсесивно-компульсивні симптоми» (10 пунктів) вимірює наявність нав'язливих думок, дій та імпульсів. Шкала «Міжособистісна сензитивність» (9 пунктів) відображає почуття особистісної неадекватності та дискомфорту у міжособистісних стосунках. Шкала «Депресія» (13 пунктів) оцінює широкий спектр депресивних проявів – від дисфорії до клінічної депресії. Шкала «Тривожність» (10 пунктів) вимірює ознаки тривоги, включаючи соматичний та когнітивний компоненти. Шкала «Ворожість» (6 пунктів) охоплює думки, почуття та дії, пов'язані з гнівом та агресією. Шкала «Фобічна тривога» (7 пунктів) оцінює стійкі ірраціональні страхи та уникаючу поведінку. Шкала «Параноїдне мислення» (6 пунктів) вимірює

параноїдний спосіб мислення. Шкала «Психотизм» (10 пунктів) охоплює широкий спектр симптомів від соціальної ізоляції до психотичних проявів.

Три інтегральні індекси SCL-90-R – Загальний індекс важкості симптомів (GSI), Індекс наявності симптомів (PST) та Індекс вираженості дистресу (PSDI) – дозволяють отримати узагальнену характеристику рівня психологічного дистресу респондента.

Респонденти оцінюють кожен пункт за п'ятибальною шкалою (від 0 – «зовсім ні» до 4 – «дуже сильно»), відповідаючи на питання про те, наскільки кожна проблема турбувала їх впродовж останніх 7 днів. Нормативні дані дозволяють порівняти результати конкретного досліджуваного з показниками нормативної та клінічної вибірок.

Вибір SCL-90-R обґрунтований його здатністю забезпечити широкий і диференційований профіль психопатологічної симптоматики жертв насильства, виявити провідні синдроми дистресу та оцінити загальний рівень психологічного неблагополуччя постраждалих. Застосування цієї методики у поєднанні з IES-R дозволяє отримати комплексну картину психологічного стану жертв насильства, що охоплює як специфічну травматичну симптоматику, так і загальний рівень психопатологічного дистресу.

Методика копінг-стратегій Лазаруса (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) розроблена Lazarus та Folkman у рамках транзакційної моделі стресу і копінгу та є одним із найбільш відомих і широко застосовуваних інструментів для дослідження стратегій подолання стресових ситуацій [12]. В українській психологічній практиці методика використовується у адаптованому варіанті та дозволяє виявити домінуючі копінг-стратегії особистості у ситуаціях психологічного стресу.

Опитувальник містить 50 тверджень, що описують різноманітні когнітивні та поведінкові стратегії подолання стресу. Методика дозволяє діагностувати вісім копінг-стратегій. «Конфронтаційний копінг» характеризується агресивними зусиллями для зміни ситуації, ворожістю та ризиком. «Дистанціювання» передбачає когнітивні зусилля відокремитися

від проблеми та зменшити її значущість. «Самоконтроль» відображає зусилля щодо регулювання власних почуттів і дій. «Пошук соціальної підтримки» охоплює зусилля щодо отримання інформаційної, матеріальної та емоційної підтримки. «Прийняття відповідальності» передбачає визнання власної ролі у виникненні проблеми та спроби її виправлення. «Уникнення-втеча» характеризується бажанням уникнути проблеми або втекти від неї. «Планове вирішення проблем» відображає цілеспрямовані зусилля для зміни ситуації на основі аналітичного підходу. «Позитивна переоцінка» передбачає зусилля щодо знаходження позитивного у ситуації та особистісного зростання.

Респонденти оцінюють кожне твердження за чотирибальною шкалою (від 0 – «ніколи так не роблю» до 3 – «часто роблю так»), відповідаючи на питання про те, як вони поведуться у ситуаціях психологічного стресу. Результати підраховуються за кожною субшкалою і дозволяють визначити домінуючі копінг-стратегії досліджуваного.

Вибір WCQ для цього дослідження обґрунтований тим, що копінг-поведінка є важливим медіатором між травматичним досвідом насильства і його психологічними наслідками. Дослідження копінг-стратегій жертв насильства в умовах воєнного часу дозволяє виявити як дезадаптивні патерни подолання стресу, що посилюють психологічний дистрес, так і адаптивні ресурси особистості, на які може спиратися психологічна допомога. Отримані дані є безпосередньою основою для розробки програми психологічного супроводу постраждалих.

Для кількісної обробки та аналізу отриманих емпіричних даних використовувалися методи математичної статистик.

2.2. Аналіз результатів дослідження травматичного стресу та психопатологічної симптоматики у жертв насильства

Аналіз результатів діагностики за шкалою IES-R дозволив отримати комплексну картину рівня травматичного стресу у жертв насильства в умовах воєнного часу. Первинна обробка даних включала розрахунок показників за трьома субшкалами (вторгнення, уникнення, гіперзбудження) та загального балу IES-R для кожного учасника дослідження (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Описова статистика показників за шкалою IES-R

Показник	M	SD	Min	Max
Вторгнення	18,4	5,2	7	28
Уникнення	19,7	6,1	6	32
Гіперзбудження	14,3	4,8	4	24
Загальний бал IES-R	52,4	13,7	18	81

Як свідчать дані табл.2.1, середній загальний бал за шкалою IES-R у вибірці становить 52,4 балів ($SD = 13,7$), що суттєво перевищує критичне значення у 33 бали і відповідає вираженому рівню травматичного дистресу, характерному для клінічної картини ПТСР. Це свідчить про те, що в середньому учасники дослідження демонструють виражену симптоматику травматичного стресу, що потребує кваліфікованої психологічної допомоги.

Серед трьох субшкал найвищі показники зафіксовано за субшкалою «Уникнення» ($M = 19,7$; $SD = 6,1$), що свідчить про домінування стратегії психологічного уникнення у реагуванні постраждалих на травматичний досвід. Це узгоджується з теоретичними положеннями про те, що уникнення є одним із центральних механізмів підтримання травматичної симптоматики, оскільки запобігає переробці травматичного матеріалу і тим самим консервує дистрес [15]. Субшкала «Вторгнення» також демонструє високі значення (M

= 18,4; SD = 5,2), що відображає інтенсивність нав'язливих спогадів та флешбеків у постраждалих. Дещо нижчими є показники субшкали «Гіперзбудження» (M = 14,3; SD = 4,8), хоча і вони перевищують нормативні значення.

Широкий діапазон індивідуальних значень загального балу IES-R – від 18 до 81 – свідчить про суттєву гетерогенність вибірки за рівнем травматичного стресу, що може бути обумовлено відмінностями у типі та тривалості пережитого насильства, індивідуальними психологічними ресурсами та наявністю соціальної підтримки [1; 43].

Розподіл учасників за рівнями травматичного стресу відповідно до нормативних критеріїв IES-R представлений у *табл. 2.2*.

Таблиця 2.2

Розподіл учасників за рівнями травматичного стресу (IES-R)

Рівень травматичного стресу	Діапазон балів	%
Субклінічний	0–23	10,5
Помірний	24–32	23,7
Виражений (ПТСР)	33 і вище	65,8

Дані *табл. 2.2* засвідчують, що переважна більшість учасників дослідження (65,8 %) демонструють виражений рівень травматичного стресу, що відповідає клінічній картині ПТСР. Ще 23,7 % постраждалих мають помірний рівень травматичного дистресу з клінічно значущою симптоматикою. Лише 10,5 % учасників демонструють субклінічний рівень дистресу. Таким чином, загалом 89,5 % жертв насильства у вибірці потребують психологічної допомоги різного рівня інтенсивності у зв'язку з травматичним стресом. Ці дані підтверджують результати вітчизняних досліджень, що фіксують надзвичайно високий рівень психологічної травматизації серед населення, яке постраждало від воєнних дій та насильства [9; 17].

Порівняльний аналіз показників IES-R за гендерною ознакою представлений у *табл. 2.3*.

Таблиця 2.3

Порівняльний аналіз показників IES-R за гендерною ознакою

Субшкала IES-R	Жінки M (SD)	Чоловіки M (SD)	U Манна-Уїтні	p
Вторгнення	19,2 (5,0)	16,3 (5,6)	101,5	0,047
Уникнення	20,8 (5,9)	16,9 (6,4)	98,0	0,038
Гіперзбудження	14,9 (4,6)	12,8 (5,2)	118,5	0,183
Загальний бал	54,9 (13,1)	46,0 (14,7)	96,5	0,031

Порівняльний аналіз виявив статистично значущі гендерні відмінності у загальному рівні травматичного стресу ($U = 96,5$; $p = 0,031$), а також за субшкалами «Вторгнення» ($p = 0,047$) та «Уникнення» ($p = 0,038$). Жінки демонструють вищі показники за всіма вимірами IES-R порівняно з чоловіками, що узгоджується з даними досліджень про більшу вразливість жінок до розвитку ПТСР після пережитого насильства [7; 28]. Відмінності за субшкалою «Гіперзбудження» не досягають рівня статистичної значущості ($p = 0,183$), що може свідчити про схожість фізіологічного компоненту реагування на стрес у представників обох статей.

Порівняльний аналіз показників IES-R залежно від типу пережитого насильства представлений у *табл. 2.4*.

Таблиця 2.4

Показники загального балу IES-R залежно від типу насильства

Тип насильства	M	SD
Психологічне	47,3	12,4
Фізичне + психологічне	57,8	13,2
Сексуальне	68,5	9,7
Економічне + психологічне	43,7	11,8

Дані табл. 2.4 засвідчують виражену диференціацію рівня травматичного стресу залежно від типу пережитого насильства. Найвищі показники загального балу IES-R зафіксовано у жертв сексуального насильства ($M = 68,5$; $SD = 9,7$), що підтверджує теоретичні положення про особливо руйнівний вплив сексуального насильства на психологічне функціонування особистості [15; 43]. Поєднання фізичного та психологічного насильства також асоціюється з суттєво вищим рівнем травматичного стресу ($M = 57,8$) порівняно з ізольованим психологічним насильством ($M = 47,3$), що свідчить про кумулятивний характер психологічних наслідків при поєднанні різних форм насильства [29].

Аналіз результатів діагностики за опитувальником SCL-90-R дозволив отримати детальний профіль психопатологічної симптоматики жертв насильства в умовах воєнного часу. Описова статистика показників за дев'ятьма клінічними шкалами та трьома інтегральними індексами SCL-90-R представлена у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Описова статистика показників за шкалами SCL-90-R

Шкала SCL-90-R	M	SD	Min	Max
Соматизація (SOM)	1,82	0,54	0,67	3,17
Обсесивність-компульсивність (O-C)	1,74	0,61	0,40	3,30
Міжособистісна сензитивність (INT)	1,93	0,58	0,56	3,44
Депресія (DEP)	2,11	0,63	0,69	3,54
Тривожність (ANX)	1,98	0,57	0,60	3,40
Ворожість (HOS)	1,47	0,62	0,17	3,00
Фобічна тривога (PHOB)	1,31	0,59	0,00	2,86
Параноїдне мислення (PAR)	1,68	0,65	0,17	3,17
Психотизм (PSY)	1,29	0,58	0,10	2,90
GSI (загальний індекс)	1,71	0,49	0,68	3,02
PST (індекс наявності симптомів)	62,4	14,3	28	87
PSDI (індекс вираженості дистресу)	2,43	0,52	1,21	3,78

Аналіз середніх значень за клінічними шкалами SCL-90-R засвідчує, що найвищі показники у вибірці зафіксовано за шкалами «Депресія» ($M = 2,11$; $SD = 0,63$), «Тривожність» ($M = 1,98$; $SD = 0,57$) та «Міжособистісна

сензитивність» ($M = 1,93$; $SD = 0,58$). Ці три шкали утворюють провідний симптоматичний профіль жертв насильства у воєнний час, що узгоджується з теоретичними уявленнями про депресивно-тривожний характер психологічних наслідків насильства та порушення міжособистісного функціонування постраждалих.

Загальний індекс важкості симптомів (GSI) становить $M = 1,71$ ($SD = 0,49$), що суттєво перевищує нормативні значення для загальної популяції і свідчить про клінічно значущий рівень психологічного дистресу у вибірці в цілому. Індекс вираженості дистресу (PSDI = 2,43) свідчить про те, що симптоми, які присутні у постраждалих, переживаються ними з високою інтенсивністю. Індекс наявності симптомів (PST = 62,4) вказує на те, що в середньому кожен учасник відзначає наявність більше ніж 62 із 90 можливих симптомів, що свідчить про широту охоплення психопатологічної симптоматики.

Для більш детального аналізу розподіл учасників за рівнями вираженості симптоматики за провідними клінічними шкалами представлений у *табл.2.6*.

Таблиця 2.6

Розподіл учасників за рівнями вираженості симптоматики за провідними шкалами SCL-90-R

Шкала	Рівні вираженості		
	Низький	Помірний	Високий
Депресія	7,9	36,8	55,3
Тривожність	10,5	42,1	47,4
Міжособистісна сензитивність	13,2	44,7	42,1
Соматизація	13,2	50,0	36,8
Обсесивність	15,8	47,4	36,8

Дані *табл. 2.6* наочно демонструють, що депресивна симптоматика є найбільш поширеною серед жертв насильства у вибірці: 55,3 % учасників демонструють високий рівень депресивних проявів, а загалом клінічно значущий рівень депресивної симптоматики (помірний та високий разом) виявлено у 92,1 % постраждалих. Це є надзвичайно тривожним показником, що підтверджує дані Борисенко Л. Л. та Корват Л. В. про масовий характер депресивних станів серед осіб, які зазнали насильства в умовах воєнного стану [9].

Тривожна симптоматика клінічно значущого рівня виявлена у 89,5 % учасників, з яких 47,4 % демонструють її на високому рівні. Ці показники відображають хронічний стан психофізіологічної напруженості, характерний для жертв насильства в умовах триваючої воєнної загрози [44]. Порухення міжособистісного функціонування, що проявляється у підвищеній міжособистісній сензитивності, зафіксовано у 86,8 % учасників, що свідчить про широке руйнування довіри до інших людей та базового відчуття безпеки у міжособистісних стосунках.

Профіль психопатологічної симптоматики за всіма шкалами SCL-90-R представлений у *табл. 2.7*, де наведено порівняння середніх значень вибірки з нормативними показниками.

Таблиця 2.7

Порівняння середніх значень SCL-90-R у вибірці з нормативними показниками

Шкала	Норма (М)	Вибірка (М)	Різниця
Соматизація	0,49	1,82	+1,33
Обсесивність	0,51	1,74	+1,23
Міжособистісна сензитивність	0,45	1,93	+1,48
Депресія	0,52	2,11	+1,59
Тривожність	0,39	1,98	+1,59
Ворожість	0,35	1,47	+1,12
Фобічна тривога	0,20	1,31	+1,11
Параноїдне мислення	0,44	1,68	+1,24
Психотизм	0,16	1,29	+1,13
GSI	0,40	1,71	+1,31

Дані *табл. 2.7* наочно демонструють, що за всіма без винятку шкалами SCL-90-R показники вибірки суттєво перевищують нормативні значення. Найбільше відхилення від норми зафіксовано за шкалами «Депресія» (+1,59), «Тривожність» (+1,59) та «Міжособистісна сензитивність» (+1,48), що підтверджує депресивно-тривожний характер провідної симптоматики жертв насильства у воєнний час. Суттєве перевищення норми за шкалою «Соматизація» (+1,33) свідчить про виражену тенденцію до соматизації психологічного дистресу, що є характерним наслідком хронічного травматичного стресу [27; 38].

Показово, що навіть за шкалами «Психотизм» та «Фобічна тривога», що зазвичай демонструють найнижчі значення у неклінічних вибірках, показники жертв насильства перевищують норму більше ніж удвічі. Це свідчить про глибину та широту психопатологічних порушень у постраждалих і підтверджує необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги, що виходить за межі роботи лише з травматичними симптомами.

Порівняльний аналіз профілів психопатологічної симптоматики залежно від статусу переміщення засвідчує, що внутрішньо переміщені особи (ВПО) демонструють статистично значущо вищі показники за шкалами депресії ($p = 0,042$), тривожності ($p = 0,038$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,049$) та загальним індексом GSI ($p = 0,031$) порівняно з місцевими мешканцями. Відмінності за шкалою соматизації не досягають рівня статистичної значущості ($p = 0,086$), хоча і виявляють тенденцію у тому ж напрямку. Ці результати свідчать про додатковий психологічний тягар, що пов'язаний із вимушеним переміщенням, і узгоджуються з теоретичними положеннями про множинні втрати та специфічний синдром горя у ВПО [31; 43].

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками IES-R та SCL-90-R представлений у *табл.2.8*.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі позитивні взаємозв'язки між загальним балом IES-R та всіма шкалами SCL-90-R. Найсильніші кореляції зафіксовано між рівнем травматичного стресу та загальним індексом психологічного дистресу GSI ($r_s = 0,73$; $p < 0,001$), депресією ($r_s = 0,71$; $p < 0,001$) та тривожністю ($r_s = 0,68$; $p < 0,001$). Ці результати підтверджують тісний взаємозв'язок між рівнем травматичного стресу та загальним рівнем психопатологічного дистресу і свідчать про те, що ПТСР-симптоматика є потужним предиктором широкого спектру психологічних порушень у жертв насильства.

Таблиця 2.8

Кореляційні взаємозв'язки між загальним балом IES-R та шкалами SCL-90-R (r_s Спірмена)

Шкала SCL-90-R	r_s	p
Депресія	0,71	0,000
Тривожність	0,68	0,000
Міжособистісна сензитивність	0,64	0,000
Соматизація	0,57	0,000
Обсесивність- компульсивність	0,53	0,001
Параноїдне мислення	0,48	0,002
Ворожість	0,44	0,006
Фобічна тривога	0,41	0,011
Психотизм	0,38	0,018
GSI	0,73	0,000

Помірні кореляції між IES-R та шкалами міжособистісної сензитивності ($r_s = 0,64$), соматизації ($r_s = 0,57$) та обсесивності ($r_s = 0,53$) відображають багатовимірний характер психологічних наслідків травматичного стресу, що виходять за межі власне ПТСР-симптоматики і охоплюють порушення соціального функціонування та соматичну сферу. Наявність значущих, хоча і менш виражених кореляцій між травматичним стресом та шкалами ворожості, фобічної тривоги і психотизму підтверджує,

що тяжкість ПТСР є предиктором широкого спектру психопатологічних порушень у постраждалих.

Результати діагностики за шкалами IES-R та SCL-90-R свідчать про виражений рівень травматичного стресу та широкий профіль психопатологічної симптоматики у жертв насильства в умовах воєнного часу. Провідними симптоматичними кластерами є депресія, тривожність та порушення міжособистісного функціонування, що тісно пов'язані з рівнем травматичного дистресу. Особливо вразливими є жінки та внутрішньо переміщені особи, які демонструють вищі показники психологічного дистресу. Отримані результати підкреслюють нагальну потребу у комплексній, диференційованій психологічній допомозі жертвам насильства, що враховує індивідуальний профіль симптоматики та специфіку воєнного контексту.

2.3. Аналіз результатів дослідження копінг-стратегій жертв насильства та їх взаємозв'язку з рівнем травматизації

Дослідження копінг-поведінки жертв насильства в умовах воєнного часу здійснювалося за допомогою Методики копінг-стратегій Лазаруса (WCQ). Аналіз отриманих даних проводився у кількох напрямках: визначення домінуючих копінг-стратегій у вибірці загалом, порівняльний аналіз копінг-поведінки за гендерною ознакою та статусом переміщення, а також дослідження взаємозв'язків між копінг-стратегіями та показниками травматичного стресу і психопатологічної симптоматики.

Описова статистика показників за вісьмома субшкалами WCQ представлена у *табл.2.9*.

Таблиця 2.9

Описова статистика показників за субшкалами WCQ

Копінг-стратегія	M	SD	Min	Max	Ранг
Конфронтаційний копінг	9,4	3,2	2	17	5
Дистанціювання	12,7	3,8	4	21	2
Самоконтроль	10,3	3,5	3	19	4

Пошук соціальної підтримки	8,6	3,7	1	18	6
Прийняття відповідальності	7,8	3,1	1	16	7
Уникнення-втеча	14,2	4,1	5	24	1
Планове вирішення проблем	7,1	3,4	0	16	8
Позитивна переоцінка	11,4	3,9	2	22	3

Аналіз середніх значень за субшкалами WCQ засвідчує виражену ієрархію копінг-стратегій у жертв насильства в умовах воєнного часу. Домінуючою стратегією є «Уникнення-втеча» ($M = 14,2$; $SD = 4,1$), що відображає прагнення постраждалих уникнути зіткнення з травматичним досвідом та пов'язаними з ним думками, почуттями і ситуаціями. На другому місці за частотою застосування знаходиться «Дистанціювання» ($M = 12,7$; $SD = 3,8$) – когнітивне відокремлення від проблеми та зменшення її суб'єктивної значущості. Третю позицію посідає «Позитивна переоцінка» ($M = 11,4$; $SD = 3,9$), що свідчить про певний ресурсний потенціал вибірки у плані пошуку смислу у пережитому досвіді.

Найменш вживаними стратегіями є «Планове вирішення проблем» ($M = 7,1$; $SD = 3,4$) та «Прийняття відповідальності» ($M = 7,8$; $SD = 3,1$). Низькі показники за шкалою «Планове вирішення проблем» є особливо значущими, оскільки ця стратегія належить до проблемно-орієнтованих копінг-стратегій і є найбільш адаптивною у ситуаціях, що піддаються контролю. Слабке застосування цієї стратегії у жертв насильства може свідчити про знижену здатність до цілеспрямованої активної дії, що є характерним наслідком травматичного безсилля і вивченої безпорадності.

Також звертає на себе увагу відносно низький показник за шкалою «Пошук соціальної підтримки» ($M = 8,6$; $SD = 3,7$), що відображає труднощі у зверненні за допомогою до інших людей. Це узгоджується з теоретичними положеннями про порушення базової довіри та міжособистісного функціонування як характерних наслідків пережитого насильства [15; 28]. Порушена здатність використовувати соціальну підтримку як ресурс подолання стресу є важливим чинником, що поглиблює ізоляцію жертв насильства і перешкоджає їхньому психологічному відновленню.

Для більш чіткого розуміння структури копінг-поведінки у вибірці стратегії були згруповані відповідно до класифікації Лазаруса на проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані та змішані. Результати такого групування представлені у *табл. 2.10*.

Таблиця 2.10

Розподіл копінг-стратегій за орієнтацією та їх представленість у вибірці

Тип копінгу	Стратегії	М сумарний	% від максимуму
Проблемно-орієнтований	Планове вирішення проблем, Конфронтаційний копінг	16,5	33,0
Емоційно-орієнтований (дезадаптивний)	Уникнення-втеча, Дистанціювання	26,9	53,8
Емоційно-орієнтований (адаптивний)	Позитивна переоцінка, Самоконтроль	21,7	43,4
Соціально-орієнтований	Пошук соціальної підтримки, Прийняття відповідальності	16,4	32,8

Дані *табл. 2.10* наочно демонструють домінування дезадаптивних емоційно-орієнтованих копінг-стратегій (уникнення та дистанціювання) у загальній структурі копінг-поведінки жертв насильства. Сумарний показник за цими стратегіями ($M = 26,9$) суттєво перевищує відповідні показники проблемно-орієнтованих ($M = 16,5$) та соціально-орієнтованих ($M = 16,4$) стратегій. Цей дисбаланс між адаптивними та дезадаптивними стратегіями є важливим діагностичним показником і безпосередньою мішенню для психологічного втручання.

Розподіл учасників за домінуючою копінг-стратегією представлений у *табл.2.11*.

Дані *табл. 2.11* підтверджують висновок про домінування дезадаптивних копінг-стратегій у вибірці. Найбільша частка учасників (36,8%) демонструє уникнення як провідну копінг-стратегію. У поєднанні з дистанціюванням (23,7 %) загальна частка осіб з домінуванням дезадаптивних стратегій унікаючого типу становить 60,5 % вибірки.

Таблиця 2.11

Розподіл учасників за домінуючою копінг-стратегією

Домінуюча копінг-стратегія	%
Уникнення-втеча	36,8
Дистанціювання	23,7
Позитивна переоцінка	18,4
Самоконтроль	10,5
Конфронтаційний копінг	5,3
Пошук соціальної підтримки	2,6
Прийняття відповідальності	2,6
Планове вирішення проблем	0,0

Показово, що жодного учасника з домінуванням стратегії планового вирішення проблем у вибірці не виявлено, а пошук соціальної підтримки та прийняття відповідальності як домінуючі стратегії зафіксовано лише у поодиноких учасників. Ці дані свідчать про виражену дезадаптацію копінг-поведінки жертв насильства в умовах воєнного часу та підкреслюють важливість розвитку адаптивних стратегій подолання стресу у рамках психологічного супроводу.

Порівняльний аналіз копінг-стратегій за гендерною ознакою представлений у *табл.2.12*.

Таблиця 2.12

Порівняльний аналіз показників WCQ за гендерною ознакою

Копінг-стратегія	Жінки M (SD)	Чоловіки M (SD)	p
Конфронтаційний копінг	3,1	3,0	0,024

Дистанціювання	3,7	4,1	0,271
Самоконтроль	3,4	3,7	0,304
Пошук соціальної підтримки	3,6	3,8	0,098
Прийняття відповідальності	3,0	3,3	0,197
Уникнення-втеча	3,9	4,4	0,031
Планове вирішення проблем	3,3	3,6	0,187
Позитивна переоцінка	3,8	4,1	0,291

Порівняльний аналіз виявив статистично значущі гендерні відмінності за двома копінг-стратегіями. Жінки достовірно частіше застосовують стратегію «Уникнення-втеча» ($p = 0,031$), тоді як чоловіки достовірно частіше використовують «Конфронтаційний копінг» ($p = 0,024$). Ці результати узгоджуються з даними Лазаренко О. І. про гендерні відмінності у використанні копінг-стратегій у кризових ситуаціях [30]. Жінки виявляють тенденцію до активнішого пошуку соціальної підтримки ($M = 9,2$ проти $M = 7,1$ у чоловіків), хоча ця відмінність не досягає рівня статистичної значущості ($p = 0,098$). Відсутність значущих гендерних відмінностей за більшістю шкал може свідчити про нівелюючий вплив травматичного досвіду насильства на гендерно-специфічні особливості копінг-поведінки.

Порівняльний аналіз копінг-стратегій залежно від статусу переміщення представлений у *табл.2.13*.

Таблиця 2.13

Порівняльний аналіз показників WCQ залежно від статусу переміщення

Копінг-стратегія	ВПО М (SD)	Місцеві М (SD)	р
Конфронтаційний копінг	9,1 (3,3)	9,9 (3,1)	0,461
Дистанціювання	13,4 (3,6)	11,6 (4,1)	0,143
Самоконтроль	9,8 (3,4)	11,2 (3,6)	0,218
Пошук соціальної підтримки	7,9 (3,6)	9,8 (3,7)	0,094
Прийняття відповідальності	7,2 (3,0)	8,7 (3,2)	0,143
Уникнення-втеча	15,4 (3,8)	12,1 (4,3)	0,017
Планове вирішення проблем	6,4 (3,2)	8,3 (3,6)	0,076
Позитивна переоцінка	10,8 (3,8)	12,4 (4,1)	0,218

Порівняльний аналіз за статусом переміщення виявив статистично значущу відмінність за стратегією «Уникнення-втеча»: внутрішньо переміщені особи достовірно частіше застосовують цю дезадаптивну стратегію порівняно з місцевими мешканцями ($M = 15,4$ проти $M = 12,1$; $p = 0,017$). Виявлено тенденцію до нижчих показників за шкалами «Пошук соціальної підтримки» ($p = 0,094$) та «Планове вирішення проблем» ($p = 0,076$) у ВПО, хоча ці відмінності не досягають рівня статистичної значущості. Отримані результати можуть бути пояснені більш глибокою дезорганізацією системи соціальних зв'язків та підтримки у ВПО, які через переміщення втратили звичне соціальне оточення і стикаються з труднощами у формуванні нових підтримуючих стосунків [31].

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між копінг-стратегіями та загальним балом IES-R представлений у *табл. 2.14*.

Таблиця 2.14

Кореляційні взаємозв'язки між копінг-стратегіями (WCQ) та загальним балом IES-R (r_s Спірмена)

Копінг-стратегія	r_s	p
Конфронтаційний копінг	0,29	0,079
Дистанціювання	0,54	0,000
Самоконтроль	-0,31	0,058
Пошук соціальної підтримки	-0,47	0,003
Прийняття відповідальності	-0,19	0,251
Уникнення-втеча	0,67	0,000
Планове вирішення проблем	-0,58	0,000
Позитивна переоцінка	-0,43	0,007

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між копінг-стратегіями та рівнем травматичного стресу. Найбільш виражений позитивний зв'язок встановлено між рівнем травматичного стресу та

стратегією «Уникнення-втеча» ($r_s = 0,67$; $p < 0,001$): чим вищий рівень травматичного стресу, тим більш вираженою є схильність до уникання як способу подолання. Цей результат підтверджує теоретичні положення про те, що уникнення є одночасно і симптомом ПТСР, і копінг-стратегією, що підтримує та поглиблює травматичну симптоматику через запобігання переробці травматичного матеріалу [15; 21].

Значущий позитивний зв'язок між травматичним стресом та дистанціюванням ($r_s = 0,54$; $p < 0,001$) свідчить про те, що вищий рівень травматизації асоціюється з активнішим когнітивним уникненням та знеціненням травматичного досвіду. Хоча дистанціювання може виконувати певну захисну функцію у гострій фазі стресу, його хронічне застосування заважає адекватній переробці травматичних переживань і тим самим підтримує симптоматику [10; 26].

Статистично значущі негативні кореляції виявлено між рівнем травматичного стресу та стратегіями «Планове вирішення проблем» ($r_s = -0,58$; $p < 0,001$) та «Пошук соціальної підтримки» ($r_s = -0,47$; $p = 0,003$): вищий рівень травматизації асоціюється з меншою здатністю до цілеспрямованого вирішення проблем та активного пошуку соціальної підтримки. Ці результати мають важливе практичне значення: розвиток навичок планового вирішення проблем та відновлення здатності до використання соціальної підтримки є пріоритетними завданнями психологічного супроводу жертв насильства [1; 39].

Негативна кореляція між травматичним стресом та позитивною переоцінкою ($r_s = -0,43$; $p = 0,007$) свідчить про те, що більш травматизовані учасники мають знижену здатність до смислотворення та позитивного переосмислення пережитого досвіду. Відновлення цієї здатності є важливим завданням психотерапевтичної роботи з жертвами насильства, оскільки позитивна переоцінка є потужним ресурсом резилієнтності [1; 41].

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між копінг-стратегіями та провідними шкалами SCL-90-R представлений у *табл. 2.15*.

Результати кореляційного аналізу підтверджують та поглиблюють висновки, отримані при аналізі взаємозв'язків з IES-R. Стратегія «Уникнення-втеча» демонструє найбільш виражені позитивні зв'язки з усіма провідними шкалами психопатологічної симптоматики: найсильнішу кореляцію зафіксовано з депресією ($r_s = 0,63$; $p < 0,01$) та загальним індексом дистресу GSI ($r_s = 0,62$; $p < 0,01$).

Таблиця 2.15

Кореляційні взаємозв'язки між копінг-стратегіями (WCQ) та провідними шкалами SCL-90-R (r_s Спірмена)

Копінг-стратегія	Депресія	Тривожність	МО сензитивність	Соматизація	GSI
Конфронтаційний копінг	0,24	0,31*	0,27	0,19	0,26
Дистанціювання	0,49**	0,43**	0,51**	0,38*	0,48**
Самоконтроль	-0,28	-0,33*	-0,29	-0,22	-0,30
Пошук соціальної підтримки	-0,44**	-0,39*	-0,52**	-0,31	-0,43**
Прийняття відповідальності	0,17	0,14	0,21	0,16	0,17
Уникнення-втеча	0,63**	0,59**	0,57**	0,48**	0,62**
Планове вирішення проблем	-0,55**	-0,48**	-0,46**	-0,37*	-0,53**
Позитивна переоцінка	-0,39*	-0,34*	-0,41**	-0,27	-0,38*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Результати підтверджують, що уникнення як домінуюча копінг-стратегія є потужним чинником підтримання та поглиблення депресивної та тривожної симптоматики у жертв насильства.

Дистанціювання також демонструє значущі позитивні зв'язки з психопатологічною симптоматикою, особливо з міжособистісною сензитивністю ($r_s = 0,51$; $p < 0,01$), що свідчить про роль когнітивного

уникнення у порушенні здатності до довіри та комфортної міжособистісної взаємодії.

Стратегія «Планове вирішення проблем» демонструє найбільш виражені негативні зв'язки з депресивною симптоматикою ($r_s = -0,55$; $p < 0,01$) та загальним рівнем дистресу ($r_s = -0,53$; $p < 0,01$), що підтверджує її роль як важливого захисного ресурсу щодо психопатологічних порушень. Результат має принципове значення для практики: розвиток навичок активного, цілеспрямованого вирішення проблем може бути ефективним інструментом профілактики та корекції депресивної симптоматики у жертв насильства.

«Пошук соціальної підтримки» виявляє значущі негативні кореляції з депресією ($r_s = -0,44$; $p < 0,01$), міжособистісною сензитивністю ($r_s = -0,52$; $p < 0,01$) та загальним рівнем дистресу ($r_s = -0,43$; $p < 0,01$). Вплив соціальної підтримки є особливо виразним щодо міжособистісної сензитивності, що може свідчити про те, що активне звернення за підтримкою відновлює базову довіру до інших і знижує рівень міжособистісної тривоги.

Висновки до розділу 2

За результатами емпіричного дослідження психологічного стану жертв насильства в умовах воєнного часу, проведеного на базі Комунальної установи Маловільшанської сільської ради «Маловільшанський інклюзивно-ресурсний центр» із залученням 38 учасників, встановлено, проаналізовано та узагальнено такі положення.

Встановлено, що переважна більшість жертв насильства в умовах воєнного часу демонструє виражений рівень травматичного стресу. За результатами діагностики за шкалою IES-R, 65,8% учасників мають показники, що відповідають клінічній картині ПТСР, ще 23,7% – помірний рівень травматичного дистресу з клінічно значущою симптоматикою. Загалом 89,5% жертв насильства у вибірці потребують психологічної допомоги різного рівня інтенсивності. Домінуючими компонентами

травматичної симптоматики є уникнення ($M = 19,7$) та вторгнення ($M = 18,4$), що відображає характерну для ПТСР динаміку чергування нав'язливих спогадів та захисного уникнення. Виявлено статистично значущі відмінності у рівні травматичного стресу залежно від типу насильства: найвищі показники IES-R зафіксовано у жертв сексуального насильства ($M = 68,5$), що підтверджує особливо руйнівний характер цієї форми насильства для психологічного функціонування особистості.

Проаналізовано профіль психопатологічної симптоматики жертв насильства за даними SCL-90-R. Встановлено, що за всіма без винятку дев'ятьма клінічними шкалами показники вибірки суттєво перевищують нормативні значення. Провідний симптоматичний профіль утворюють три кластери: депресивна симптоматика ($M = 2,11$), тривожність ($M = 1,98$) та міжособистісна сензитивність ($M = 1,93$). Клінічно значущий рівень депресивної симптоматики виявлено у 92,1 % учасників, тривожної – у 89,5 %, порушень міжособистісного функціонування – у 86,8 %. Загальний індекс важкості симптомів GSI ($M = 1,71$) суттєво перевищує нормативні значення, що свідчить про масовий характер психологічного неблагополуччя у вибірці. Виявлено статистично значущо вищий рівень депресії, тривожності та міжособистісної сензитивності у внутрішньо переміщених осіб порівняно з місцевими мешканцями, що підтверджує додатковий психологічний тягар вимушеного переміщення.

З'ясовано структуру копінг-поведінки жертв насильства в умовах воєнного часу за даними WCQ. Домінуючими копінг-стратегіями у вибірці є «Уникнення-втеча» ($M = 14,2$) та «Дистанціювання» ($M = 12,7$), що є дезадаптивними емоційно-орієнтованими стратегіями. Загалом 60,5 % учасників демонструють домінування стратегій унікаючого типу. Найменш вживаними є проблемно-орієнтовані стратегії – «Планове вирішення проблем» ($M = 7,1$) та «Пошук соціальної підтримки» ($M = 8,6$), що свідчить про виражений дефіцит адаптивних ресурсів подолання стресу. Жодного учасника з домінуванням стратегії планового вирішення проблем у вибірці не

виявлено, що є особливо тривожним показником дезадаптації копінг-поведінки постраждалих.

Встановлено систему статистично значущих взаємозв'язків між рівнем травматичного стресу, психопатологічною симптоматикою та копінг-стратегіями. Кореляційний аналіз виявив, що рівень травматичного стресу, загальний рівень психологічного дистресу та стратегія уникнення утворюють взаємопосилуючий трикутник психологічного неблагополуччя (r_s від 0,62 до 0,73; $p < 0,01$). Стратегія «Планове вирішення проблем» виступає найбільш вираженим негативним предиктором як рівня травматичного стресу ($r_s = -0,58$; $p < 0,001$), так і загального рівня психопатологічного дистресу ($r_s = -0,53$; $p < 0,001$), підтверджуючи свою роль ключового адаптивного ресурсу. Пошук соціальної підтримки демонструє найбільш виражений захисний ефект щодо порушень міжособистісного функціонування ($r_s = -0,52$; $p < 0,01$).

Узагальнено, що отримані результати формують чітку доказову основу для розробки програми психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу. Першочерговими завданнями такої програми є редукція дезадаптивних стратегій уникнення та дистанціювання, цілеспрямований розвиток навичок планового вирішення проблем і пошуку соціальної підтримки, опрацювання депресивної та тривожної симптоматики, а також відновлення здатності до позитивного переосмислення пережитого досвіду. Особливої уваги потребують внутрішньо переміщені особи та жертви сексуального насильства як найбільш психологічно вразливі категорії постраждалих.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

3.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми психологічного супроводу

Програма психологічного супроводу розроблена на основі інтеграції кількох взаємодоповнюючих теоретичних підходів, кожен з яких робить специфічний внесок у розуміння природи психологічних порушень у жертв насильства та механізмів їх подолання.

Травмофокусований підхід є теоретичним фундаментом програми. Герман Джудіт обґрунтовує фазову модель роботи з травмою, що передбачає послідовне проходження трьох стадій: встановлення безпеки та стабілізації, опрацювання травматичних спогадів і реінтеграції [15]. В умовах воєнного часу, коли зовнішня загроза продовжує існувати паралельно з психотерапевтичним процесом, особливої ваги набуває перша фаза – встановлення безпеки, яка може потребувати значно більше часу та зусиль, ніж у мирних умовах [17; 34]. Програма побудована відповідно до цієї фазової логіки, приділяючи особливу увагу стабілізації як передумові подальшої глибшої роботи.

Когнітивно-поведінковий підхід забезпечує конкретний інструментарій для роботи з дисфункціональними переконаннями та дезадаптивними поведінковими патернами жертв насильства. Бек А. обґрунтовує, що в основі депресивних та тривожних станів лежить специфічна система негативних автоматичних думок і дисфункціональних переконань, що піддаються цілеспрямованій когнітивній реструктуризації [4]. Когнітивно-поведінкові техніки є особливо ефективними для роботи з провідними симптоматичними кластерами, виявленими у вибірці, – депресією, тривожністю та порушеннями міжособистісного функціонування.

Ресурсний підхід орієнтує програму на виявлення та активацію збережених сильних сторін особистості постраждалих. Адаменко Л. С. підкреслює, що психологічна резилієнтність є не вродженою рисою, а здатністю, що може розвиватися та зміцнюватися цілеспрямованими інтервенціями [1]. Ресурсний підхід дозволяє переорієнтувати фокус роботи з дефіцитів на потенціал, що є особливо важливим у роботі з постраждалими, які нерідко переживають глибоке відчуття власної безпорадності та нікчемності [24; 38].

Транзакційна модель стресу і копінгу Лазаруса забезпечує теоретичне обґрунтування роботи з копінг-поведінкою як центральним компонентом програми. Шайхлісламов З. та Горбенко В. зазначають, що копінг-стратегії є динамічними утвореннями, що піддаються цілеспрямованій корекції та розвитку [42]. Результати емпіричного дослідження переконливо засвідчили, що розвиток адаптивних копінг-стратегій – насамперед планового вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки – є потужним ресурсом редукції психологічного дистресу. Василенко В. М. розглядає копінг-стратегії як ключовий адаптаційний ресурс особистості в умовах хронічного стресу [12].

Тілесно-орієнтований підхід доповнює програму методами роботи з соматичними проявами травматичного стресу. Меліченко Т. Д. обґрунтовує ефективність тілесно-орієнтованих технік для корекції емоційного стану особистості, яка пережила травму [32]. Анищенко О. О. підкреслює важливість тілесно-орієнтованої терапії у роботі з медіатравмою та вторинною травматизацією [2]. Включення тілесно-орієнтованих компонентів у програму є обґрунтованим з огляду на виражену соматизацію психологічного дистресу, виявлену у вибірці за шкалою SCL-90-R.

Програма психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу реалізується відповідно до таких основних принципів.

Принцип безпеки та довіри передбачає, що встановлення психологічної безпеки є абсолютним пріоритетом на всіх етапах роботи. Жодна техніка опрацювання травматичного матеріалу не застосовується до досягнення

стабільного рівня безпеки у терапевтичних стосунках та суб'єктивного відчуття безпеки у самого учасника.

Принцип фазовості відображає послідовну логіку програми — від стабілізації через опрацювання до реінтеграції. Перехід до наступної фази здійснюється лише після досягнення цілей попередньої і є індивідуально обумовленим.

Принцип ресурсності означає, що програма орієнтована передусім на виявлення та зміцнення наявних психологічних ресурсів і резилієнтності постраждалих, а не лише на усунення симптоматики.

Принцип індивідуалізації передбачає врахування індивідуального профілю симптоматики, копінг-ресурсів та соціального контексту кожного учасника при плануванні та реалізації психологічного втручання [7].

Принцип культурної чутливості вимагає врахування культурного контексту, цінностей та переконань учасників, зокрема специфіки переживання травми в українському соціокультурному середовищі [51].

Принцип турботи про фахівця передбачає обов'язкову систему супервізії та підтримки психологів, що реалізують програму, з огляду на високий ризик вторинної травматизації при роботі з жертвами насильства у воєнний час [47].

Мета програми – відновлення психологічного функціонування жертв насильства в умовах воєнного часу шляхом редукції травматичної та психопатологічної симптоматики, розвитку адаптивних копінг-стратегій та зміцнення психологічної резилієнтності.

Завдання програми.

1. Забезпечити психологічну стабілізацію учасників та сформувати базове відчуття безпеки.

2. Знизити рівень травматичного стресу та ПТСР-симптоматики шляхом когнітивного опрацювання травматичного досвіду.

3. Редукувати депресивну та тривожну симптоматику за допомогою когнітивно-поведінкових технік.

4. Замінити дезадаптивні копінг-стратегії уникнення адаптивними стратегіями планового вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки та позитивної переоцінки.

5. Сформувані навички психологічної саморегуляції та самопомоги для збереження досягнутих результатів.

Цільова аудиторія – дорослі особи від 18 років, які пережили насильство в умовах воєнного часу та звертаються за психологічною допомогою до Маловільшанського інклюзивно-ресурсного центру.

Формат реалізації – груповий з елементами індивідуального супроводу. Оптимальний розмір групи – 6–8 осіб. Додатково передбачено індивідуальну консультацію на початку та наприкінці програми тривалістю 50 хвилин.

Тривалість програми – 5 занять тривалістю 90 хвилин кожне, що проводяться двічі на тиждень впродовж 2,5 тижнів.

3.2. Зміст та етапи реалізації програми психологічного супроводу жертв насильства

Фаза I. Встановлення безпеки та стабілізація

Заняття 1. «Я тут, я в безпеці»

Мета: встановлення першого контакту, формування групової довіри, навчання технікам стабілізації.

Тривалість: 90 хвилин.

Вступна частина (20 хв.) включає знайомство учасників, обговорення правил групової роботи – конфіденційність, право на паузу, відсутність осуду – та психоосвітній мінілекторій «Що таке психологічна травма і чому моя реакція є нормальною відповіддю на ненормальні обставини». Психоосвітній компонент є надзвичайно важливим на початковому етапі, оскільки нормалізація симптоматики знижує рівень сорому та самозвинувачення у постраждалих.

Основна частина (50 хв.) присвячена вправі «Карта безпеки» — учасники визначають та описують ресурсні місця, людей та ситуації, у яких вони відчують себе у відносній безпеці [24; 34]. Далі проводиться навчання базовим технікам заземлення: техніка «5–4–3–2–1» (усвідомлення п'яти предметів, що бачиш, чотирьох – що можеш торкнутися, трьох – що чуєш, двох – що відчуваєш на запах, одного – що відчуваєш на смак), техніка діафрагмального дихання та тілесна вправа «Відчуй опору» [32; 35]. Завершує основну частину вправа «Термометр емоцій» – навчання ідентифікації та диференціації власних емоційних станів за шкалою інтенсивності від 0 до 10, що є базовою навичкою для подальшої роботи з емоційною регуляцією [37].

Завершальна частина (20 хв.) включає вправу «Скарбничка ресурсів» – кожен учасник записує три власні ресурси, виявлені у ході заняття, шерінг вражень та домашнє завдання – щоденне практикування техніки заземлення впродовж тижня.

Фаза II. Опрацювання травматичного досвіду

Заняття 2. «Моя історія — мій погляд»

Мета: когнітивна реструктуризація дисфункціональних переконань, робота з провинною та сорому як центральними наслідками насильства.

Тривалість: 90 хвилин.

Вступна частина (15 хв.) включає практику техніки заземлення, перевірку домашнього завдання та оцінку стану за «термометром емоцій».

Основна частина (55 хв.) починається з психоосвітнього блоку «Як насильство змінює наші переконання» – обговорення типових дисфункціональних переконань жертв насильства: «Я сам(а) винен(на)», «Я слабкий(а)», «Нікому не можна довіряти», «Я назавжди зламаний(а)» [4; 15]. Далі проводиться когнітивна вправа «Думки на суд» – навчання техніці виявлення та оскарження автоматичних негативних думок за схемою: виявлення думки → оцінка доказів «за» та «проти» → формулювання альтернативного збалансованого погляду [4]. Учасники працюють

індивідуально з власними актуальними переконаннями. Завершує основну частину письмова вправа «Лист собі» – учасники пишуть лист самому собі від імені мудрого, співчутливого друга, який знає всю їхню історію і ставиться до них з безумовним прийняттям [4; 15]. Ця техніка є потужним інструментом для роботи з самокритикою та самозвинуваченням, характерними для жертв насильства [22].

Завершальна частина (20 хв.) включає обов'язкову стабілізуючу вправу після роботи з травматичним матеріалом, шерінг стану та домашнє завдання – ведення щоденника думок за схемою ABC (активуюча ситуація – переконання – наслідки).

Фаза III. Розвиток адаптивних копінг-стратегій

Заняття 3. «Я можу вирішувати проблеми»

Мета: розвиток навичок планового вирішення проблем як провідної адаптивної копінг-стратегії.

Тривалість: 90 хвилин.

Вступна частина (15 хв.) включає практику стабілізації, перевірку домашнього завдання та обговорення динаміки стану після попередньої фази.

Основна частина (55 хв.) присвячена навчанню алгоритму планового вирішення проблем у шість кроків: визначення проблеми → генерація альтернативних рішень (мозковий штурм) → оцінка переваг та недоліків кожного рішення → вибір оптимального рішення → планування конкретних дій → оцінка результату [12; 42]. Учасники відпрацьовують алгоритм спочатку на нейтральних ситуаційних завданнях у малих групах по 3 особи, а потім застосовують його до реальних актуальних проблем. Особлива увага приділяється диференціації ситуацій, що піддаються та не піддаються контролю, та вибору відповідних стратегій для кожного типу ситуацій [25; 30]. Проводиться обговорення зв'язку між уникненням проблем та наростанням психологічного дистресу на основі результатів кореляційного аналізу, що був представлений учасникам у доступній формі.

Завершальна частина (20 хв.) включає шерінг та домашнє завдання – застосування алгоритму до однієї реальної проблеми впродовж тижня із занесенням результатів у щоденник.

Заняття 4. «Я не сам(а): сила соціальної підтримки»

Мета: відновлення здатності до пошуку та прийняття соціальної підтримки.

Тривалість: 90 хвилин.

Вступна частина (15 хв.) включає практику стабілізації та перевірку домашнього завдання.

Основна частина (55 хв.) починається з психоосвітнього блоку «Чому після травми важко просити про допомогу» – нормалізація труднощів із довірою та пояснення механізмів їх виникнення після насильства [15; 28]. Далі проводиться вправа «Карта підтримки» – учасники картографують власну систему соціальної підтримки, визначаючи людей та ресурси у концентричних колах: найближчий ресурс, доступний ресурс, потенційний ресурс [34]. Наступним елементом є навчання навичкам ефективного звернення за підтримкою – вербалізація потреб, розрізнення видів підтримки (емоційна, інформаційна, практична) та відповідні способи їх запиту [36]. Завершує основну частину рольова вправа «Прошу про допомогу» у парах з відпрацюванням навички звернення по підтримку та отримання зворотного зв'язку від партнера.

Завершальна частина (20 хв.) включає групове обговорення бар'єрів до прийняття підтримки, способів їх подолання та шерінг.

Фаза IV. Реінтеграція та зміцнення ресурсів

Заняття 5. «Я – людина, яка вижила і відновлюється»

Мета: інтеграція набутих навичок, розвиток позитивної переоцінки, завершення програми.

Тривалість: 90 хвилин.

Вступна частина (15 хв.) включає практику стабілізації та рефлексію пройденого шляху у програмі.

Основна частина (55 хв.) починається з психоосвітнього блоку «Посттравматичне зростання: чи можливе зростання після болю?» — ознайомлення з концепцією посттравматичного зростання та реальними прикладами відновлення після важкого досвіду [1; 41]. Далі учасники складають «Особистий копінг-план» – індивідуальний план дій на випадок загострення стресу та травматичної симптоматики, що включає: сигнали раннього попередження (ознаки наростання дистресу), конкретні стабілізуючі техніки, список осіб для звернення по підтримку та алгоритм вирішення проблем. Проводиться рефлексивна вправа «Що я дізнався(лась) про себе» – виявлення особистісних якостей та ресурсів, що розкрилися або зміцніли у процесі подолання труднощів. Завершує основну частину вправа «Подяка» – учасники висловлюють один одному конкретну подяку за підтримку у процесі групової роботи, що є потужним досвідом відновлення довіри та взаємного визнання.

3.3. Рекомендації щодо впровадження програми для психологів в умовах воєнного часу

Ефективне впровадження програми психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу вимагає від психологів не лише володіння відповідним методичним інструментарієм, а й глибокого розуміння специфіки роботи у контексті триваючого збройного конфлікту. Результати емпіричного дослідження формують доказову основу для системи практичних рекомендацій, адресованих фахівцям, що здійснюють психологічний супровід постраждалих.

До включення учасників у групову програму психологу необхідно провести індивідуальну первинну консультацію та психодіагностичне обстеження з використанням інструментарію, апробованого у цьому дослідженні. Результати діагностики дозволяють визначити ступінь готовності учасника до групової роботи, виявити наявність протипоказань (гострий суїцидальний ризик, активна психотична симптоматика, стан

гострого горя) та скласти індивідуальний профіль психологічних потреб, що враховується при реалізації програми. Галян І. підкреслює, що психодіагностика є не лише інструментом вимірювання, а й першим кроком терапевтичного контакту, що формує у клієнта відчуття того, що його бачать і розуміють [13].

При комплектуванні груп рекомендується враховувати рівень травматичного стресу за IES-R та загальний рівень психологічного дистресу за GSI. Учасники з показниками IES-R вище 60 балів потребують більш інтенсивного індивідуального супроводу паралельно з груповою роботою, а у ряді випадків – первинної стабілізації в індивідуальному форматі перед включенням у групу [15; 17]. Об'єднання учасників з суттєво різним рівнем травматизації в одній групі може призводити до ретравматизації менш стабільних учасників та стримування динаміки більш ресурсних [34; 36].

Приміщення для проведення занять має відповідати вимогам психологічної безпеки: наявність укриття поблизу на випадок повітряної тривоги, достатній рівень приватності, комфортна температура та освітлення, можливість вільного виходу з приміщення [17; 34]. Психолог має заздалегідь обговорити з учасниками алгоритм дій під час повітряної тривоги та передбачити у структурі заняття можливість перерви або перенесення у разі зовнішньої загрози. Ігнорування питань фізичної безпеки у воєнний час є грубою методичною помилкою, що підриває саму основу терапевтичного процесу [15].

Програма є структурованою інтервенцією, проте її реалізація вимагає від психолога готовності до гнучкої адаптації залежно від актуального стану групи. Якщо на початку заняття учасники демонструють ознаки підвищеного дистресу (повітряна тривога напередодні, нова травматична подія), психолог має збільшити частку стабілізуючих вправ і за потреби відкласти заплановану роботу з травматичним матеріалом [15; 17]. Бреус С. Й. підкреслює важливість врахування актуального рівня психологічного захисту особистості при плануванні терапевтичних інтервенцій [10].

На початку та в кінці кожного заняття психологу рекомендується проводити коротку оцінку стану учасників за шкалою суб'єктивного дистресу від 0 до 10. Це дозволяє відстежувати динаміку стану впродовж заняття, своєчасно виявляти ознаки дестабілізації та оцінювати ефективність застосованих технік [37]. Іваненко Б. Б. зазначає, що розвиток здатності до саморефлексії та моніторингу власного стану є самостійним терапевтичним завданням, що паралельно вирішується у ході цієї практики [24].

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що 60,5 % жертв насильства у вибірці демонструють домінування дезадаптивних копінг-стратегій уникаючого типу. Психологу слід бути готовим до того, що такі учасники можуть систематично уникали емоційно навантажених вправ, мінімізувати розкриття у шерінгу та демонструвати підвищений спротив при переході до роботи з травматичним матеріалом [26]. Панасенко Г. С. рекомендує у роботі з такими клієнтами поступово знижувати інтенсивність уникання через поетапне дозоване наближення до травматичного матеріалу без примусу та тиску [35].

Результати порівняльного аналізу засвідчили, що ВПО демонструють статистично значущо вищий рівень депресії, тривожності та міжособистісної сензитивності порівняно з місцевими мешканцями. При роботі з цією категорією учасників психологу рекомендується приділяти додаткову увагу темі множинних втрат та ускладненого горя, ресурсам відновлення соціальних зв'язків у новому середовищі та відновленню відчуття ідентичності та приналежності [40]. Медведєва О. В. підкреслює, що горе втрати дому та звичного способу життя є специфічною психологічною проблемою ВПО, що потребує окремого терапевтичного простору [31].

Психоосвітній компонент є наскрізним елементом програми і не обмежується першим заняттям. На кожному занятті рекомендується починати з короткого психоосвітнього блоку (5–10 хвилин), що пояснює психологічний механізм теми, яка опрацьовується. Борисенко Л. Л. та Корват Л. В. наголошують, що розуміння механізмів власного психологічного стану

суттєво підвищує мотивацію до участі у терапевтичному процесі та знижує рівень стигматизації у постраждалих [9]. Головка А. розглядає психоосвіту як інструмент відновлення відчуття контролю над власним станом, що є принципово важливим для жертв насильства, які переживають глибоке відчуття безпорадності [18].

Жертви сексуального насильства демонстрували найвищий рівень травматичного стресу у вибірці (M IES-R = 68,5). При роботі з цією категорією постраждалих психологу рекомендується: ніколи не вимагати детального опису травматичних подій; особливо ретельно відстежувати ознаки дисоціації під час занять; збільшити частку тілесно-орієнтованих стабілізуючих технік, спрямованих на відновлення безпечного контакту з тілом; проявляти підвищену чутливість до теми кордонів та згоди у груповій взаємодії [20; 52]. Радчук Л. В. підкреслює, що для жертв сексуального насильства відновлення відчуття безпеки власного тіла є центральним завданням психологічної допомоги, що передує будь-якій глибшій терапевтичній роботі [36].

Ковальчук М. І. встановлює, що особливості копінг-поведінки суттєво варіюють залежно від вікової групи [25]. Учасники старшого віку (51–65 років) нерідко демонструють більшу ригідність копінг-стратегій та підвищений спротив до засвоєння нових поведінкових патернів, що вимагає від психолога більшої терпеливості та поступовості при введенні нових технік. Водночас учасники цієї вікової групи, як правило, мають більший досвід подолання життєвих труднощів, що може бути ресурсом у терапевтичній роботі. Молодші учасники (18–35 років) частіше демонструють готовність до змін, але можуть потребувати більшої структури та конкретності у завданнях.

Результати дослідження засвідчили гендерні відмінності у рівні травматичного стресу та копінг-поведінці постраждалих. При проведенні занять психологу рекомендується враховувати, що жінки частіше потребують простору для емоційного вираження та підтримки, тоді як чоловіки нерідко

демонструють більший спротив до відкритого обговорення емоційних переживань і можуть активніше відгукуватися на практично-орієнтовані завдання [6; 33]. Лазаренко О. І. рекомендує у змішаних групах забезпечувати рівні можливості для різних стилів участі, уникаючи тиску на відкритість і емоційне вираження як єдино прийняттого формату [30].

Систематична робота з жертвами насильства є суттєвим фактором ризику вторинної травматизації та професійного вигорання психолога [8; 49]. Foley J. et al. (встановлюють, що фахівці, які не мають доступу до регулярної супервізії, демонструють значно вищий рівень ПТСР-симптоматики та вигорання [50]. Психологам, що реалізують програму, рекомендується проходити регулярну групову або індивідуальну супервізію не рідше одного разу на два тижні, а у разі роботи з особливо важкими випадками — частіше.

Вікарна травма є закономірним наслідком емпатійної включеності у важкий досвід клієнтів і потребує активного психологічного самомоніторингу [47]. Психологу рекомендується регулярно оцінювати власний рівень дистресу за допомогою стандартизованих інструментів, відстежувати ознаки вторинної травматизації (нав'язливі образи з розповідей клієнтів, емоційне оніміння, уникнення роботи) та звертатися за допомогою до колег або власного психолога при появі цих ознак. Leshem B. et al. підкреслюють, що в умовах спільної травматичної реальності в Україні особливої ваги набуває взаємна підтримка між фахівцями [51].

Для оцінки ефективності програми рекомендується проводити повторне психодіагностичне обстеження з використанням тих самих методик (IES-R, SCL-90-R, WCQ) після завершення програми та через 3 місяці після її завершення для оцінки стійкості досягнутих результатів. Порівняння показників «до» та «після» дозволяє об'єктивно оцінити ефективність кожного компоненту програми та внести необхідні корективи. Тарасова В. підкреслює важливість доказового підходу до оцінки ефективності психологічних програм у роботі з постраждалими [39].

Поряд із кількісними показниками рекомендується систематично збирати якісний зворотний зв'язок від учасників після кожного заняття та після завершення програми загалом. Це може здійснюватися у форматі коротких анонімних анкет або усного шерінгу наприкінці заняття. Якісний зворотний зв'язок дозволяє виявити найбільш та найменш корисні елементи програми з точки зору самих учасників і є важливим доповненням до кількісних діагностичних даних.

Висновки до розділу 3

Встановлено, що розробка ефективної програми психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу вимагає інтеграції кількох взаємодоповнюючих теоретичних підходів. Теоретико-методологічну основу програми становлять травмофокусований підхід з фазовою моделлю роботи з травмою, когнітивно-поведінковий підхід із технікою когнітивної реструктуризації, ресурсний підхід, орієнтований на розвиток резилієнтності, транзакційна модель стресу і копінгу Лазаруса та тілесно-орієнтований підхід для роботи з соматичними проявами травми.

Проаналізовано структуру та зміст програми, що складається з чотирьох послідовних фаз та п'яти групових занять тривалістю 90 хвилин кожне. Встановлено, що кожна фаза програми безпосередньо спрямована на корекцію конкретних психологічних порушень, виявлених у ході емпіричного дослідження: фаза стабілізації відповідає на потребу у зниженні гіперзбудження та формуванні безпеки; фаза опрацювання травми – на потребу у когнітивній реструктуризації та зниженні провини; фаза розвитку копінг-стратегій – на виявлений дефіцит проблемно-орієнтованих стратегій; фаза реінтеграції – на потребу у відновленні цілісності та смислотворенні.

З'ясовано, що впровадження програми в умовах воєнного часу вимагає від психолога системи специфічних компетентностей та дотримання низки обов'язкових умов: проведення первинної психодіагностики, забезпечення фізичної безпеки простору, гнучкої адаптації структури занять до

актуального стану групи та диференційованого підходу до різних категорій постраждалих – жертв сексуального насильства, внутрішньо переміщених осіб та учасників з домінуванням стратегії уникнення.

Узагальнено, що обов'язковою умовою якісного впровадження програми є система заходів щодо профілактики вторинної травматизації психолога, що включає регулярну супервізію, моніторинг власного психологічного стану та дотримання балансу між робочим навантаженням та відновленням. Ефективність програми підлягає обов'язковій доказовій оцінці шляхом повторного психодіагностичного обстеження з використанням тих самих методик після завершення програми та через три місяці після її закінчення.

ВИСНОВКИ

За результатами теоретичного аналізу та емпіричного дослідження психологічних особливостей роботи із жертвами насильства в умовах воєнного часу зроблено такі висновки.

1. Встановлено, що насильство є багатовимірним соціально-психологічним феноменом, конститутивними ознаками якого є навмисність дії, відсутність згоди жертви та заподіяння шкоди її фізичному, психологічному або соціальному функціонуванню. Сучасна психологічна наука розрізняє фізичну, психологічну, сексуальну та економічну форми насильства, які у реальній практиці нерідко утворюють складні комбінації, взаємно посилюючи деструктивний вплив одна на одну. Воєнний час є специфічним контекстом, що суттєво підвищує ризик насильства, надає йому кумулятивного та масового характеру і актуалізує нові його форми — сексуальне насильство як зброю війни, примусове переміщення та систематичний психологічний терор.

2. Проаналізовано психологічні наслідки насильства в умовах воєнного часу, серед яких центральне місце посідає посттравматичний стресовий розлад, що супроводжується депресивною, тривожною та дисоціативною симптоматикою, моральною травмою та порушеннями міжособистісного функціонування. З'ясовано, що характер і тяжкість психологічних наслідків визначаються типом, тривалістю та систематичністю насильства, індивідуально-особистісними характеристиками жертви та наявністю соціальної підтримки.

3. Обґрунтовано вибір діагностичного інструментарію дослідження. Встановлено, що поєднання обраного інструментарію забезпечує комплексну і взаємодоповнюючу картину психологічного стану жертв насильства, що є необхідною основою для планування психологічної допомоги.

4. Емпірично встановлено, що переважна більшість жертв насильства в умовах воєнного часу демонструє виражений рівень травматичного стресу,

що відповідає клінічній картині ПТСР, ще менше третини помірний рівень із клінічно значущою симптоматикою. Загалом більша частина постраждалих потребують психологічної допомоги різного рівня інтенсивності. Домінуючими компонентами травматичної симптоматики є уникнення та вторгнення. Найвищий рівень травматичного стресу зафіксовано у жертв сексуального насильства.

5. Виявлено, що провідний симптоматичний профіль жертв насильства утворюють три кластери: депресивна симптоматика, тривожність та міжособистісна сензитивність, що суттєво перевищують нормативні показники. Клінічно значущий рівень депресивної симптоматики виявлено у 92,1% учасників, тривожної – у 89,5 %, порушень міжособистісного функціонування – у 86,8 %. Встановлено статистично значущо вищий рівень депресії, тривожності та міжособистісної сензитивності у внутрішньо переміщених осіб порівняно з місцевими мешканцями ($p < 0,05$).

6. З'ясовано, що домінуючими копінг-стратегіями жертв насильства є «Уникнення-втеча» та «Дистанціювання», тоді як найменш вживаними є «Планове вирішення проблем» та «Пошук соціальної підтримки». Загалом 60,5% учасників демонструють домінування дезадаптивних копінг-стратегій унікаючого типу, а жодного учасника з домінуванням планового вирішення проблем у вибірці не виявлено.

7. Встановлено систему статистично значущих взаємозв'язків між рівнем травматичного стресу, психопатологічною симптоматикою та копінг-стратегіями. Виявлено, що рівень травматичного стресу, загальний рівень психологічного дистресу та стратегія уникнення утворюють взаємопосилюючий трикутник психологічного неблагополуччя. Стратегія «Планове вирішення проблем» є найбільш вираженим негативним предиктором як рівня травматичного стресу ($r_s = -0,58$; $p < 0,001$), так і загального рівня психопатологічного дистресу ($r_s = -0,53$; $p < 0,001$).

8. Розроблено програму психологічного супроводу жертв насильства в умовах воєнного часу, що складається з п'яти групових занять тривалістю 90

хвилин кожне і реалізується у чотирьох послідовних фазах: встановлення безпеки та стабілізація, опрацювання травматичного досвіду, розвиток адаптивних копінг-стратегій та реінтеграція. Програма інтегрує травмофокусований, когнітивно-поведінковий, ресурсний та тілесно-орієнтований підходи і безпосередньо спрямована на корекцію психологічних порушень, виявлених у ході емпіричного дослідження.

9. Сформульовано систему науково обґрунтованих рекомендацій щодо впровадження програми для психологів, що охоплює такі напрями, як підготовка до впровадження, процес реалізації, робота з окремими категоріями постраждалих, профілактика вторинної травматизації психолога та оцінка ефективності програми. Особлива увага приділена специфіці воєнного контексту як чинника, що суттєво ускладнює реалізацію програми і вимагає від фахівця постійної готовності до гнучкої адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження психічної резильєнтності. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Вип. 5(58). С. 5–13
2. Анищенко О. О. Психологічна допомога при медіатравмі методам тілесно-орієнтованої терапії. *Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі*. Чернігів. 2020. С. 9-11.
3. Ануфрієва Н.М., Зелінська Т.М., Єрмакова Н.О. Соціальна психологія: Навч. посібник. 3-тє вид. Київ. Каравела. 2016. 370 с. С. 234-256.
4. Бек А. Когнітивна теорія депресії. Київ: Психологічний центр, 2018.
5. Бенашвілі, О. С., Сорокіна, Н. Ю. Психологія насилля: Підручник для студентів. Київ: Наукова думка. 2017.
6. Бех І. Д. Виховання в особистісному вимірі. Мистецтво життєтворчості особистості. наук.-метод. посібник. У 2 ч. Ч. 2. Життєтворчий потенціал нової школи. ред. В. М. Доній. Г. М. Несен. Київ. Інститут змісту і методів навчання МО України. 2018. С. 55-96.
7. Білик Н. І. Психологічна підтримка жертв домашнього насильства. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 128 с.
8. Білова М.Е Навчально-методичний посібник з спецкурсу «Соціально-психологічний тренінг». Одеса. Редакційно-видавничий центр ОНУ імені І.І. Мечникова, 2016. 115 с.
9. Борисенко Л. Л., Корват Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2022. Вип. 9(14). С. 53–65
10. Бреус С. Й. Механізми психологічного захисту та їх роль у подоланні стресових ситуацій. *Психологія і суспільство*. 2015. № 4. С. 15-21.

11. Бучин М. І. Домашнє насильство: профілактика та соціальна допомога. Івано-Франківськ: Плай, 2017. 156 с.
12. Василенко В. М. Копінг-стратегії як адаптаційний ресурс особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2017. Т. 10, Вип.8. С. 48-54
13. Галян І. Психодіагностика: навч. посібник. Київ. Академвидав. 2019. 464 с.
14. Герасіна Л. М. Насильство як соціальна деструкція. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи*. 2015. № 1148. Вип. 34. С. 35-40.
15. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева. 2015. 416 с
16. Гнатюк О. Б. Досвід зарубіжних країн у боротьбі з домашнім насильством. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 130 с.
17. Гнатюк О. В. Допомога населенню при посттравматичному стресовому розладі в умовах війни. *Забезпечення психологічної допомоги в секторі Сил оборони України: зб. Тез Всеукр. міжвід. психол. форуму (м. Київ, 30 червня 2022 р.)*. Київ: «Вид-во Людмила», 2022. С. 142.
18. Головка А. Психологія травми: сучасні підходи. Львів: Світ, 2020.
19. Гошовська Д.Т., Гошовський Я.О. Основні типологічні параметри феномену психічної депривації. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. № 1. 2016. 218-226.
20. Грінберг М. Психологічна підтримка жертв насильства. Київ: Академія, 2019.
21. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В.

Горбунової, Л. Засекіної, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.

22. Журавльов І. А. Особистісні фактори жертв сімейного насильства. *Психологія сьогодення*. №3. 2020. С. 45–57.

23. Засекіна Л. В., Козігора М. А. Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. Психологічні перспективи: наук. збірник. Луцьк. 2022. Вип. 39. С. 139–152.

24. Іваненко Б. Б. Саморегуляція особистості як чинник її психологічного благополуччя. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я, 2020. С. 59–62.

25. Ковальчук М. І. Особливості копінг-поведінки у стресових ситуаціях у різних вікових групах. *Освіта і розвиток обдарованої особистості*. № 4(79). 2020. С. 39-42.

26. Кондратюк С. М. Теоретичне обґрунтування механізмів психологічного захисту особистості. С. М. Кондратюк, Л. А. Сердечна. *Зб. наук. праць ХІСТ Університету «Україна»*. 2015. № 11. С. 115-118.

27. Коробейнікова С. В. Психологічні наслідки насилля: шляхи корекції. *Соціально-психологічні дослідження*. №2. 2020. С. 34–40

28. Корягіна М. О. Психологічні особливості жертв домашнього насильства. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*. 2019. № 2 (15), С. 45–49.

29. Кривуляк В. В. Психологічне насилля як форма міжособистісної агресії. *Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. №2. 2019. С. 28–35.

30. Лазаренко О. І. Гендерні особливості використання копінг-стратегій у кризових ситуаціях. *Проблеми сучасної психології*. № 45. 2019. С.94-101.

31. Медведева О. В. Психологічні особливості переживання горя під час воєнних дій. *Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах воєнного стану: зб. наук. пр. (м. Харків, 26 трав. 2022 р.) / МВС України,*

Харків. нац. ун-т внутр. справ, Каф. тактич. та спец. фізич. підготовки футболу № 3, Наук.парк «Наука та безпека». Харків : ХНУВС, 2022. С. 205–207.

32. Меліченко Т. Д. Діяльність психолога щодо корекції емоційного стану особистості засобами тілесно-орієнтованої психотерапії. *II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція*. Житомир. 2020. С.206-210.

33. Михальська Ю. А., Ренке С.О. Особливості механізмів психологічного захисту особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 417-427.

34. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навч. посібник. Том 3. Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ. 2018. 236 с.

35. Панасенко Г. С. Психологічний захист та копінг-стратегії у контексті адаптації до нових умов життя. *Психологічний журнал*. 2022. Т. 8. № 2. С. 25-31

36. Радчук Л. В. Психологічна допомога жертвам насильства. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2021. 130 с.

37. Раєвська Я. М. Активізація розвитку емоційного інтелекту як спосіб оптимізації процесу соціально-психологічної адаптації особистості. *Психологія особистості на сучасному ринку праці: монографія*. 2020. С. 370-381.

38. Саковська В. В. Психологічні особливості впливу війни на самоставлення особистості. *Development of modern science, experience and trends*. 2022. Vol. 3, P. 378.

39. Тарасова В. Програма психологічної корекції стресостійкості підлітків. *Перспективи та інновації науки*. 2023. Т. 31, № 13. С. 1–15.

40. Ткаченко Н. Ю. Психологічний захист і копінг-стратегії: їх взаємозв'язок і роль у подоланні стресу. *Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. Психологія*. 2020. № 69. С. 94-99.

41. Федотова Т. Переживання морального дистресу особистістю: теоретичне осмислення проблеми. *Психологічні перспективи*. 2022. Вип. 40. С. 180–193.
42. Шайхлісламов З., Горбенко В. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. серія: психологія*. 2023. Т. 34. № 1. С. 64–68
43. Царенко Л. Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика*. 2019. Вип.1(3). С. 158–170.
44. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. № 6. С. 1–6.
45. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2022. № 7 (25). С.554-567.
46. Adamson C., Jones L., Phillips J. Interprofessional Education for Domestic Violence Safety Planning in Nursing and Social Work: A Scoping Review. *Journal of Interprofessional Care*. 2020. 34(5). P.641–649.
47. Annunziata K. N., Curtis E. A., Comiskey C. M. A literature review and narrative synthesis of vicarious trauma findings among nurses working in addiction services. *Journal of addictions nursing*. 2025. Vol. 36(1). P. 53–60.
48. Brewin C. R., Atwoli L., Bisson J. I., Galea S., Koenen K., Lewis-Fernández R. Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World Psychiatry*. 2025. Vol. 24(1). P. 52-80
49. Chirico F., Batra K., Batra R., Ferrari G., Crescenzo P., Nucera G., ... & Yildirim M. Spiritual well-being and burnout syndrome in healthcare: A systematic review. *Journal of Health and Social Science*. 2023. Vol. 8(1). P. 13.

50. Foley J., Jones F., Hassett A., Williams E. 'Holding onto trauma?' The prevalence and predictors of PTSD, anxiety and depression in police officers working with child abuse, rape and sexual exploitation victims. *The Police Journal*. 2024. Vol. 97(2). P. 370–393.

51. Leshem B., Zasiakina L., Guterman N. B., Pat-Horenczyk R. Shared traumatic reality during the continuous war in Ukraine and the protective role of transgenerational transfer: Voices of mental health professionals. *Journal of Community Psychology*. 2025. Vol. 53(1). P. e23161.

52. Willroth E., Young Y., Tamir M. Judging emotions as good or bad: individual differences and associations with psychological health. *American psychological associatio*. 2023. P. 3–7.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувала вас знову переживати все, що сталося.
2. Мені було важко спати всю ніч.
3. Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося.
4. Я відчував дратівливість і гнів.
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію.
6. Проти своєї волі я думав про те, що трапилося
7. Мені здавалося, що цього не було або не було насправді.
8. Я уникав нагадувань про це.
9. Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті.
10. Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене
11. Я намагався не думати про те, що сталося.
12. Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.
13. Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими.
14. Я помічав, що поведжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації.
15. Мені було важко заснути.
16. У мене були хвили сильних почуттів з цього приводу.
17. Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті.
18. Мені було важко зосередитися.
19. Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс.
20. Мені про це снилося
21. Я почувався пильним і настороженим.
22. Я намагався не говорити про те, що трапилося.

Додаток Б**Симптоматичний опитувальник SCL-90-R**

Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей.

Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні.

Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

0 - Зовсім ні 1 - Трохи 2 - Помірно 3 - Сильно 4 - Дуже сильно

Текст методики

1 Головні болі

2 Нервозність або тремтіння всередині

3 Повторювані неприємні думки

4 Слабкість або запаморочення

5 Втрата сексуального потягу або задоволення

6 Почуття невдоволення іншими

7 Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками

8 Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші

9 Проблеми з пам'яттю

10 Ваша неакуратність або неохайність

11 Роздратування, що легко виникає

12 Болі в серці або в грудній клітці

13 Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці

14 Нестача сил або загальмованість

15 Думки про те, щоб накласти на себе руки

16 Ви чуєте голоси, яких не чують інші

17 Тремтіння

18 Відчуття, що більшості людям не можна довіряти

19 Поганий апетит

- 20 Сльозливість
- 21 Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі
- 22 Відчуття, що Ви потрапили у пастку
- 23 Несподіваний і безпричинний страх
- 24 Спалахи гніву, які Ви не могли стримати
- 25 Боязнь вийти одному з дому
- 26 Відчуття провини
- 27 Болі у попереку
- 28 Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь
- 29 Відчуття самотності
- 30 Пригнічений настрій, "хандра"
- 31 Надмірне занепокоєння з різних приводів
- 32 Відсутність інтересу до усього
- 33 Почуття страху
- 34 Ваші почуття легко зачепити
- 35 Відчуття, що інші проникають у Ваші думки
- 36 Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам
- 37 Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся
- 38 Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки
- 39 Сильне або прискорене серцебиття
- 40 Нудота або розлад шлунку
- 41 Відчуття, що Ви гірші за інших
- 42 Болі в м'язах
- 43 Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас
- 44 Вам важко заснути
- 45 Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите
- 46 Труднощі в прийнятті рішень
- 47 Страх їздити в автобусах, метро або поїздах
- 48 Утруднене дихання

- 49 Напади жару або ознобу
- 50 Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають
- 51 Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали
- 52 Оніміння або поколювання в різних частинах тіла
- 53 Комок в горлі
- 54 Відчуття, що майбутнє безнадійне
- 55 Вам важко зосередиться
- 56 Відчуття слабкості в різних частинах тіла
- 57 Відчуття тиску або напруженості
- 58 Важкість в кінцівках
- 59 Думки про смерть
- 60 Переїдання
- 61 Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас
- 62 Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки
- 63 Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду комунебудь
- 64 Ранкове безсоння
- 65 Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо
- 66 Неспокійний і тривожний сон
- 67 Бажання ламати або трощити що-небудь
- 68 Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші
- 69 Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими
- 70 Почуття зниковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)
- 71 Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль
- 72 Напади жаху або паніки
- 73 Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях
- 74 Ви часто вступаєте в суперечку
- 75 Нервозність, коли Ви залишилися насамоті
- 76 Інші недооцінюють Ваші досягнення

- 77 Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми
- 78 Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці
- 79 Відчуття власної нікчемності
- 80 Відчуття, що з Вами станеться щось погане
- 81 Ви кричите або жбурляєте речами
- 82 Страх, що Ви втратите свідомість на людях
- 83 Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою
- 84 Вас турбують сексуальні думки
- 85 Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи
- 86 Кошмарні думки або бачення
- 87 Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку
- 88 Ви не відчуваєте близькості ні до кого
- 89 Почуття провини
- 90 Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре

Методика копінг-стратегій Лазаруса (WCQ)

Інструкція. Дана методика спрямована на виявлення бажаних для Вас способів поведінки у важких життєвих ситуаціях. Відзначте, будь ласка, поруч з кожним з наступних тверджень, наскільки часто Ви так дієте у важких ситуаціях

Опинившись у скрутній ситуації, Я...

1. Зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити далі – на наступному кроці
2. Починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати: головне – робити хоч що-небудь
3. Намагався схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку
4. Говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію
5. Критикував і докоряв себе
6. Намагався не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є
7. Сподівався на диво
8. Смирився з долею: буває, що мені не щастить
9. Поводив себе, як ніби нічого не сталося
10. Намагався не показувати своїх почуттів
11. Намагався побачити в ситуації і щось позитивне
12. Спав більше звичайного
13. Зганяв свою досаду на тих, хто викликав на мене проблеми
14. Шукав співчуття і розуміння у кого-небудь
15. У мене виникала потреба виразити себе творчо
16. Намагався забути все це
17. Звертався за допомогою до фахівців
18. Змінювався або ріс як особистість в позитивну сторону
19. Вибачався або намагався все залагодити
20. Складав план дій
21. Намагався дати якийсь вихід своїм почуттям
22. Розумів, що я сам викликав цю проблему
23. Набирався досвіду в цій ситуації

24. Говорив з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації
25. Намагався поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням або ліками
26. Ризикував відчайдушно
27. Намагався діяти не занадто поспішно, довіряючись першому пориву
28. Знаходив нову віру в щось
29. Знову відкривав для себе щось важливе
30. Щось змінював так, що все владналось
31. В цілому уникав спілкування з людьми
32. Не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватися
33. Питав поради у родича або друга, якого поважав
34. Старався, щоб інші не знали, як погано йдуть справи
35. Відмовлявся сприймати це дуже серйозно
36. Говорив з кимось про те, що я відчуваю
37. Стояв на своєму і боровся за те, що хотів
38. Зганяв це на інших людях
39. Користувався минулим досвідом – мені доводилося вже потрапляти в такі ситуації
40. Знав, що треба робити, і подвоював свої зусилля, щоб все налагодити
41. Відмовлявся вірити, що це справді сталося
42. Я давав собі обіцянку, що наступного разу все буде по-іншому
43. Знаходив пару інших способів вирішення проблеми
44. Старався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах
45. Щось змінював у собі
46. Хотів, щоб все це швидше якось владналось або скінчилося
47. Уявляв собі, фантазував, як все це могло б обернутися
48. Молився
49. Прокручував в голові, що мені сказати або зробити
50. Думав про те, як би в даній ситуації діяла особа, якою я захоплююся, і намагався наслідувати їй