МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор Асєєва Ю.О.
_____
(підпис)
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр
Зі спеціальності_____053 Психологія_____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою_____«Практична психологія»_____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ВПЛИВ ВІЙНИ НА ФОРМУВАННЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ У СУСПІЛЬСТВІ»**

Виконавець:
здобувач 2 курсу 61П групи
факультету ФЕУП
_____ Вербенко Артем Андрійович
/підпис/

Науковий керівник
Професор кафедри МППП
доктор психологічних наук, професор
_____Асєєва Юлія Олександрівна
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП ……......3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ.....10

1.1. Поняття, фактори виникнення та механізми формування колективної травми.....10

1.2. Психологічні та соціокультурні особливості колективної травми.....17

1.3. Вплив війни на психіку та соціальні процеси.....23

Висновки до першого розділу.....31

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ФОРМУВАННЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ.....35

2.1. Дизайн дослідження: характеристика вибірки та опис методів.....35

2.2. Емпіричне визначення особливостей травми цивільного населення України.....39

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між вираженістю травми та індивідуально-психологічними особливостями.....57

Висновки до другого розділу 63

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ.....69

3.1. Міжнародний досвід роботи з колективною травмою.....69

Висновки до третього розділу.....77

ВИСНОВКИ.....80

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....85

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....86

ДОДАТКИ.....95

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Сучасний світ переживає безпрецедентне зростання кількості екстремальних подій, серед яких особливе місце займають воєнні конфлікти, що охоплюють цілі регіони, змінюючи долі мільйонів людей. Війна є потужним джерелом масової психотравматизації, яка виходить далеко за межі індивідуального досвіду, формуючи феномен колективної травми. Під колективною травмою розуміють глибокі психологічні, соціальні та культурні зміни, що виникають у результаті спільного переживання трагічних подій та передаються через покоління, впливаючи на ідентичність спільноти, її цінності, способи взаємодії та бачення майбутнього.

Досвід XX та XXI століть, Голокост, Голодомор, війни на Балканах, геноцид у Руанді, переконливо засвідчує, що масові травматичні події залишають тривалий відбиток у суспільній свідомості, породжують довготривалі психологічні наслідки та соціальні деформації. В українському контексті проблема колективної травми набуває особливої актуальності у зв’язку з повномасштабною війною, розпочатою у 2022 році. Щоденний досвід втрат, руйнувань, вимушених переміщень, перебування в умовах небезпеки, полону або окупації створює умови для формування травматичної пам’яті, яка стає спільним надбанням нації.

Репрезентативні соціологічні та психологічні дослідження останніх років фіксують значні масштаби психологічного дистресу серед цивільного населення та військових. За оцінками міжнародних організацій, щонайменше третина громадян України може зазнати тих чи інших психічних наслідків війни, включно з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією, тривожними розладами та стійкими змінами емоційної регуляції. Водночас, на рівні соціуму спостерігається трансформація колективних наративів,

посилення поляризаційних процесів, зростання рівня соціальної напруженості, що свідчить про багатовимірний характер колективної травми.

Незважаючи на масштабність явища, в українському науковому полі бракує комплексних міждисциплінарних досліджень, спрямованих на виявлення психологічних механізмів формування колективної травми, її взаємозв'язку з індивідуальною психічною реакцією та соціокультурними змінами. Однобічно спрямовані дослідження обмежують можливості розробки ефективних програм психосоціальної підтримки, що враховували б як індивідуальні, так і групові наслідки травматичного досвіду.

Вивчення впливу війни на формування колективної травми має не лише академічне, а й практичне значення: його результати можуть бути використані для створення державних і громадських програм психологічної підтримки, формування стратегій збереження національної ідентичності, зниження ризику міжпоколінної передачі травматичного досвіду та зміцнення соціальної згуртованості.

Мета дослідження – комплексно дослідити психологічні та соціокультурні чинники формування колективної травми у суспільстві в умовах війни, виявити її прояви на індивідуальному та груповому рівнях, а також додати шляхи подолання та профілактики її наслідків.

Об'єкт дослідження – колективна травма як соціально-психологічний феномен, що виникає під впливом масових травматичних подій військового характеру

Предмет дослідження – вплив війни на формування колективної травми у суспільстві

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-теоретичні підходи до визначення поняття колективної травми, розкрити фактори її виникнення та формування психологічних механізмів.

2. Дослідити психологічні та соціокультурні особливості колективної травми.

3. Розробити дизайн емпіричного дослідження, описку та інструментарій, що дозволяє виявити особливості травматизації цивільного населення України.

4. Провести емпіричне дослідження проявів колективної травми у цивільного населення.

5. Здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язків між вираженістю колективної травми та індивідуально-психологічними особливостями учасників дослідження.

6. Узагальнити міжнародний досвід подолання наслідків колективної травми та адаптувати його до українського контексту.

Методологічна основа дослідження спирається на широкий спектр наукових підходів, які охоплюють як вітчизняний, так і зарубіжний досвід вивчення наслідків масових психотравмуючих подій. У роботах українських науковців: Ю.О. Асєєвої, П.В. Будьоного, О.В. Друзя, В.І. Заворотного, Г.М. Кожиної, М.С. Корольчука, В.М. Крайнюка, С.Д. Максименка, Н.О. Марути, І.О. Черненка, О.С. Чабана, О.О. Хаустової, А.М. Яцишиної та інших – закладено обґрунтовані завдання для аналізу воєнного дистресу, психологічних механізмів адаптації та відновлення, а також для розробки міждисциплінарних підходів до допомоги постраждалим.

Особливі значення мають узагальнення Ю.О. Асєєвої, П.В. Будьоного, О.В. Друзя, К. В. Мирончак, О.С. Чабана та О.О. Хаустової, А.М. Яцишиної які розкривають медико-психологічні дослідження війни та пропонують цілісні стратегії підтримки. Внесок Дж. Герман, М. С. Дворник, В. О. Климчук, Т.М. Титаренко, Н.О. Марути та І.О. Черненка визначальний у сфері соціально-психологічних технологій реабілітації та відновлення спільноти, тоді як праці Г.О. Балла, М.О. Іванюк, В.О. Семиченка та С.Д. Максименка поглиблюють методологію дослідження розвитку особистості в умовах кризи.

Дослідження М.С. Корольчука, В.М. Крайнюка, Б.П. Лазоренко, О.Л. Луценко, стосуються психології екстремальних умов і формування стресостійкості, що одночасно перегукується з проблематикою колективної травми. Для більш прикладного розуміння феномену використано також інструментальні напрацювання О.А. Блінова (ОБСБ) та сучасні українські узагальнення щодо наслідків війни для цивільних, військових і внутрішньо переміщених осіб.

Зарубіжний науковий контекст представлений низкою теоретичних концепцій: М. Гальбвакса, Д. Александра та К. Карут про колективну пам'ять і травму як культурно-психологічні феномени. Важливою є й транзакційна модель стресу та копінгу Р.С. Лазаруса і С. Фолкман, яка дозволяє аналізувати індивідуальні та групові реакції на травматичні події. Додатковий внесок у розуміння соціокультурних трансформацій зробили праці К. Герца та Б. Андерсона, які досліджували роль травматичних наративів у формуванні ідентичності спільнот. Ресурсна парадигма С.Е. Гобфолла («теорія збереження ресурсів») дає змогу пояснити як адаптивні, так і дезадаптивні стратегії спільно в післятравматичний період, тоді як концепція «постпам'яті» М. Хірш і дослідження Г.А. Бонанно розкривають феномен міжпоколінної передачі травматичного досвіду та можливості резилієнтності.

Методологічний фундамент доповнюється системним, біопсихосоціальним, особистісно-орієнтованим та діяльнісним підходами, які можуть трактувати колективну травму як багаторівневий феномен, що інтегрує індивідуальний, груповий та суспільний рівні. Використання ресурсного й екологічного (контекстуального) підходів забезпечує розгляд ролі соціальної підтримки, сімейних систем, медійних образів та культурної пам'яті в процесі формування й трансляції травматичного досвіду.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань був використаний комплекс методів, що забезпечує поєднання теоретичного аналізу й емпіричного феномену вивчення колективної травми.

1. Теоретичні методи: аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з психології, соціології, психотравматології та культурології для визначення понятійно-категоріального апарату; порівняльно-історичний метод для вивчення досвіду подолання колективних травм у різних країнах (Голокост, Балкани, Руанда); моделювання для побудови концептуальної схеми впливу війни на формування колективної травми в українському суспільстві.

2. Емпіричні методи в рамках констатуючого експерименту побудовані на принципах валідізації та надійності психодіагностичного інструментарію. Психодіагностичний комплекс передбачав застосування: Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних) **(**Mississippi PTSD Scale) та Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SIMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R) – для вимірювання індивідуальних проявів травматизації; Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (В.В. Бойко) – для виявлення соціального виміру травми; Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) (Маклаков А. Г., Чермянін С. В.) – для комплексної оцінки рівня соціально-психологічної адаптації особистості, її емоційної стійкості та ресурсів подолання стресових ситуацій

При зборі даних витримано етичні стандарти роботи з травматичним досвідом: добровільність, інформована згода, психологічна безпека респондентів.

3. Методи математичної статистики: описова статистика – для узагальнення основних показників; показник кореляції К. Пірсона – для взаємозв’язків між індивідуальними проявами травми та соціальними характеристиками.

Обробка даних проводилася із використанням програмного забезпечення SPSS 20.0, що дозволило встановити наявність статистично значущих взаємозв’язків між досліджуваними змінними.

Вибірку дослідження склали: у дослідженні взяли участь 76 осіб віком від 18 до 24 років, які є студентами вищих навчальних закладів м. Одеса. До вибірки входять 46 дівчат та 30 хлопців.

Теоретична значимість дослідження полягає у тому, що воно поглиблює наукове розуміння феномену колективної травми, зумовленої воєнними подіями, та розкриває її багаторівневу природу, від індивідуально-психологічних механізмів до соціокультурних процесів. У роботі систематизовано сучасні концепції колективної пам'яті, міжпокільної передачі травматичного досвіду, соціальної фрустрованості й адаптації, що дозволяє уточнити понятійно-категоріальний апарат психотравматології. Дослідження розширює наукові виявлення про взаємозв'язок індивідуальних симптомів посттравматичного стресу з формуванням колективних наративів, ціннісних орієнтацій та суспільної ідентичності.

Таким чином, результати роботи сприяють подальшому розвитку теорії психології травми, соціальної психології та культурної психології, створюючи підґрунтя для інтеграції індивідуально-клінічного та соціально-культурного підходів у вивчені наслідків війни.

Практична значущість дослідження виражається в тому, що отримані результати можуть бути використані для розробки ефективних програм психологічної та соціальної підтримки населення, яке зазнало наслідків війни. Емпіричні дані щодо проявів колективної травми можуть більш точно визначити групи ризику серед цивільних, внутрішньо переміщених осіб, ветеранів та їхніх сімей. На підставі дослідження можуть бути створені корекційно-профілактичні програми, спрямовані на зниження вираженості травматичних переживань, розвиток навички резилентності та підтримку соціальної згуртованості.

Практична цінність прослідковується також у можливості використання результатів у роботі психологів центрів психічного здоров'я, освітніх закладів, кризових служб, волонтерських та громадських організацій. Запропоновані

підходи можуть стати основою для психоосвітніх проєктів із формування культури взаємної підтримки, профілактики вторинної травматизації та збереження національної ідентичності в умовах війни.

Крім того, матеріали дослідження можуть бути інтегровані в навчальні програми для підготовки практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і волонтерів, які працюють з травмованими спільнотами. Вони здатні послужити базою для розробки рекомендацій державним і громадським інституціям щодо комплексного подолання наслідків колективної травми та формування стійкого післявоєнного суспільства.

Структура роботи. Випускна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів та загальних висновків, списку умовних скорочень, списку використаних джерел та додатків. Зміст роботи викладено на 95 сторінках машинописного тексту, ілюстровано 5 таблицями й 4 рисунками. Список літератури включає 87 джерел.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ

1.1. Поняття, фактори виникнення та механізми формування колективної травми

Проблематика колективної травми останніми десятиліттями активно досліджується в міждисциплінарному полі: психології, соціології, культурології, антропології. Поняття колективної травми має складний історико-науковий розвиток, що охоплює кілька етапів становлення. Його витоки можна простежити ще в працях класиків соціології та антропології. Так, Е. Дюркгайм наприкінці XIX століття аналізував феномен «колективних уявлень», які формують спільну ідентичність та передбачають згуртованість групи у кризових ситуаціях [49]. Антропологічні дослідження К. Леві-Строса в середині XX століття звертали увагу на те, як спільноти осмислюють катастрофу через міфи, ритуали та символічні практики [66].

Безпосередньо термін «колективна травма» вперше був введений у науковий обіг французьким соціологом М. Гальбваксом, який пов’язував його з феноменом колективної пам’яті та спільним переживанням історичних катастроф. На думку, спільноти не тільки переживають його історичні катастрофи, але й закріплюють цей досвід у формах соціальної пам’яті, яка визначає ідентичність групи [55].

Важливим історичним поштовхом до розвитку поняття стали події Другої світової війни та Голокост. У військовому періоді дослідження травматичних наслідків цих подій (зокрема роботи В. Франкла) показали, що травму можна набувати не тільки індивідуального, а й масового характеру, впливаючи на цілі покоління. Саме тоді в психіатричному дискурсі почав формуватися діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який став основою для подальшого вивчення колективних вимірів травматизації.

У 1960–1980-х роках поняття колективної травми почалося розглядатись для аналізу наслідків колоніалізму, масових репресій та етнічних конфліктів. Прикладом є дослідження африканських та латиноамериканських суспільств, які продемонстрували, що травматичний досвід колоніального минулого зберігається у вигляді культурних сценаріїв і соціальних напруг.

Подальший розвиток це поняття набуває у другій половині XX століття категорія колективної травми стала актуальною в дослідженнях Голокосту. У цьому контексті травма почала розумітися не лише як індивідуальна психічна реакція, а як глибинний розрив у культурній тяжкості та соціальних відносинах. У 1990-х роках Д. Александер розвинув цю концепцію, запропонувавши культурно-соціологічну інтерпретацію колективної травми. Він визначав її як «глибокий розрив у соціальній тканині, що відбувається, коли члени спільноти переконані у тому, що тоді зазнали незворотних пошкоджень їхньої колективної ідентичності та цінностей» [37]. Його підхід акцентує не тільки на психологічних наслідках, а й на символічних і політичних процесах, які формують колективне усвідомлення травми. Таким чином, увага змістилася від індивідуальних психічних пошкоджень до культурно-соціологічного виміру травми

Подальшого розвитку концепт зазнав у роботах дослідників культурної пам’яті. К. Карут у книзі «Unclaimed Experience» (1996) наголошувала, що травма має повторюваний характер і проявляється в наративах, які передають досвід очікування в символічній формі, оскільки його неможливо повністю інтегрувати у свідомість [47]. У свою чергу, М. Хірш у теорії «постпам’яті» описала механізми міжпоколінної передачі травматичного досвіду, коли діти й онуки травмованих поколінь відчувають і відтворюють цей досвід через історію, образи, культурні практики [57]. У цьому контексті відмінність між індивідуальною та колективною травмою виникає в тому, що перше стосується психіки окремої людини, тоді як друга охоплює групи, нації або цілі суспільства, зумовлюючи спільні батьківські переживання та поведінку.

У дослідженнях (2010–2020-ті роки) поняття колективної травми використовується для аналізу воєнних конфліктів у Балканських країнах сучасності, Руанді, Сирії, а також для вивчення наслідків глобальних катастроф, таких як терористичні атаки чи пандемія COVID-19. Наголос робиться на інтерактивному характері травми: вона стає не тільки наслідком розгляду, але й спільним культурним кодом, який визначає ідентичність суспільства та його подальший розвиток [44, 46, 86, 87].

В українському контексті історія колективної травми має особливо глибоке коріння. Голодомор 1932–1933 рр., масові політичні репресії, депортація кримських татар, Чорнобильська катастрофа – усі ці події залишили значний відбиток у національній пам’яті та стали факторами формування культурної ідентичності. Сьогодні, в умовах повномасштабної війни, ці історичні травми нарощуються на нові досвіди руйнувань, втрат і вимушених переміщень, формуючи новий пласт колективної пам’яті та підтверджуючи актуальність феномену подальших досліджень.

Таким чином, історичний розвиток поняття «колективна травма» показує перехід від індивідуально-психологічної інтерпретації до міждисциплінарного аналізу, що охоплює соціологічний, культурний, політичний та психологічний рівні. У сучасному науковому дискурсі розглядається як багаторівневий феномен, який компенсує індивідуальну психічну травматизацію з широким спектром соціальних і культурних наслідків. Колективна травма проявляється через зміни в колективних наративах, трансформацію ідентичності, зростання соціальної фрустрованості та міжпоколінну передачу травматичного досвіду [37, 47, 57].

Відмінність між індивідуальною та колективною травмою виникає в тому, що індивідуальна травма зачіпає психіку окремої особи, тоді як колективний охоплює великі групи, нації або органи суспільства, зумовлюючи спільні моделі переживання й поведінки.

Колективна травма ніколи не спостерігається в «порожньому полі», її формування зумовлено низькою кількістю ключових чинників, які взаємодіють між собою. Важливо підкреслити, що поєднання цих чинників створює умови для закріплення травматичного досвіду не тільки на індивідуальному, але й на суспільному рівнях.

До ключових факторів, що спричиняють колективну травму, належать: масові травматичні події – війна, геноцид, терористичні акти, природні та техногенні катастрофи; тривалість та масштабність впливу – колективна травма формується тоді, коли травматичний досвід набуває тотального характеру і застосовується до значних соціальних груп; медіація досвіду – через засоби масової інформації, мистецтво, освіту та культурні наративи досвід травми закріплюється і передається наступному поколінню [57]; соціально-політичний контекст – політика пам'яті, офіційні наративи держави та громадські ініціативи можуть або сприяти інтеграції травматичного досвіду, або поглиблювати його наслідки (рис.1.1.1).

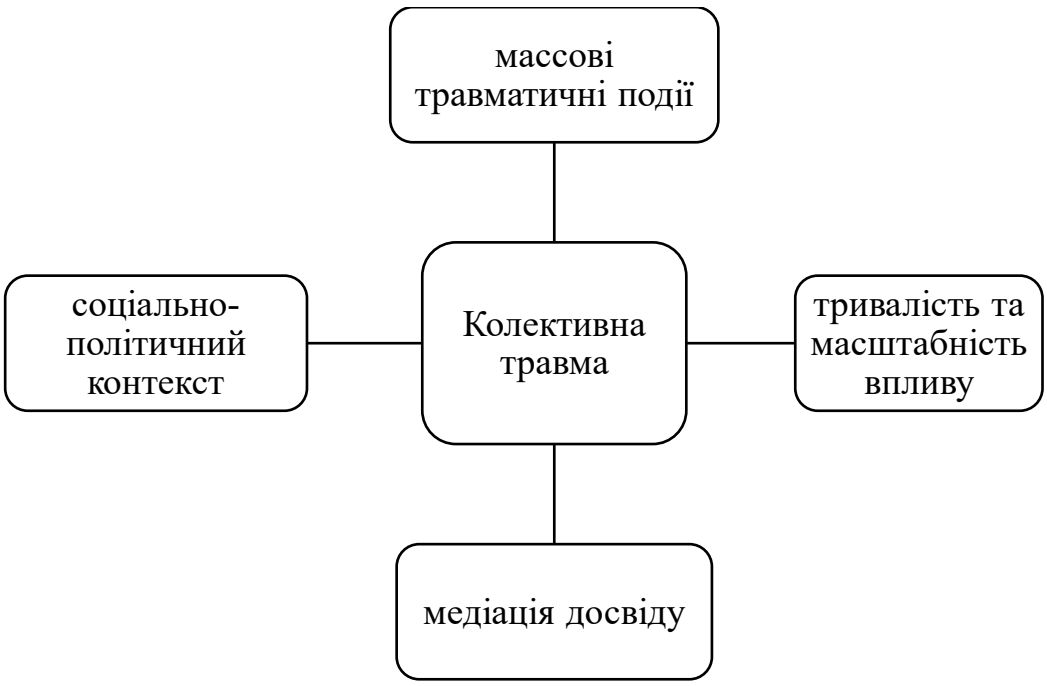


Рис. 1.1.1 Основні фактори колективної травми

Найбільш очевидним чинником є масштабні події, які загрожують життю й благополуччю великих груп населення. До них належать війни, геноцид,

терористичні акти, природні катастрофи (землетруси, повені) та техногенні катастрофи (наприклад, Чорнобільська аварія). Їхня особливість полягає в тому, що вони змінюють не лише життя осіб, а й соціальну структуру, економічні умови, політичні інститути. Як зазначає Д. Александер, такі події «порушують базові цінності суспільства і руйнують довіру до колективної ідентичності» [7, 19, 32, 37].

Короткочасні події можуть мати глибокий вплив, але справжня колективна травма формується тоді, коли травматичний досвід є тривалим і ускладнює життя великих соціальних груп. Саме тому багаторічні війни чи системні репресії (наприклад, сталінські депортації та Голодомор) залишають стійкі травматичні сліди в суспільній пам'яті. Як наголошує М. Хірш, «часовий розрив не усуває травму, а лише трансформує її у форму постпам'яті» [47, 57,63].

Закріплення травми відбувається не лише через індивідуальні спогади, а й через культурні коди – засоби масової інформації, художні твори, освітні програми, меморіали, усні та письмові наративи. Таким чином, травматичний досвід перетворюється на частину колективної ідентичності та передається наступному поколінню. К. Карут підкреслювала, що «травма живе у повторенні, а культура стає її носієм» [47].

До того ж політика, державні та громадські наративи мають вирішальне значення для того, як суспільство інтегрує травму. Якщо офіційні інститути сприяють осмисленню трагедії (через публічне визнання, меморіальні практики, освітні ініціативи), травматичний досвід може трансформуватися в ресурс колективної ідентичності. Якщо ж відбувається замовчування або спотворення подій, наслідком стає поглиблення травми, формування почуття несправедливості й суспільної недовіри [55, 57].

Хоча міжпокоління передача не завжди виділяється окремим чинником, варто підкреслити її унікальне значення. Травма не зникає зі смертю очевидців подій: через сімейні історії, культурні практики, художні й освітні наративи

вона переходить до нащадків. Теорія постпам’яті М. Хірш описує, як покоління, що не пережило катастрофу напряму, все ж відчуває її емоційні та ідентифікаційні наслідки [57].

Таким чином, колективна травма є результатом комбінації екстремальних подій, їх тривалості, медіації через культуру та політику пам’яті, а також механізмів міжпокійної передачі. В українському суспільстві до таких факторів належать: історичні травми (Голодомор, масові репресії, Чорнобильська катастрофа) формують підґрунтя для осмислення сучасної війни, яка вже сьогодні стає частиною національної пам’яті та нового шару колективної ідентичності. Як підкреслюють Ю.О. Асєєва, В. О.Климчук, В.М. Крайнюк війна створює «багаторівневий психотравмуючий тиск», який одночасно впливає на індивідуальне самопочуття та колективну ідентичність [2, 4, 5, 13, 17].

Перелічені фактори створюють умови для виникнення колективної травми, але сам факт їх виникнення не є остаточним поясненням феномену. Щоб травма закріпилася в суспільній пам’яті та почала впливати на колективну ідентичність, забезпечила певні механізми інтеграції травматичного досвіду. Вони вже, як події трансформуються з індивідуальних переживань у спільний культурний та соціальний феномен. Іншими словами, фактор є причиною, а механізми – процесом, який перетворює травматичний досвід на складову колективної свідомості.

Механізми формування колективної травми можна поділити на три основні рівні: психологічний рівень – формування спільних емоційних реакцій (страх, безсилля, агресія), розвиток індивідуальних симптомів ПТСР, які мають масовий характер; соціальний рівень – трансформація групових відносин, зростання соціальної фрустрованості, поляризація суспільства за ознакою «свій – чужий», зміна моделей взаємодії у спільнотах [14, 17]; культурний рівень – закріплення травматичного досвіду у культурних

символах, ритуалах, освітніх і медійних практиках; передача травми через покоління шляхом формування «постпам'яті» [57]. (рис. 1.1.2)

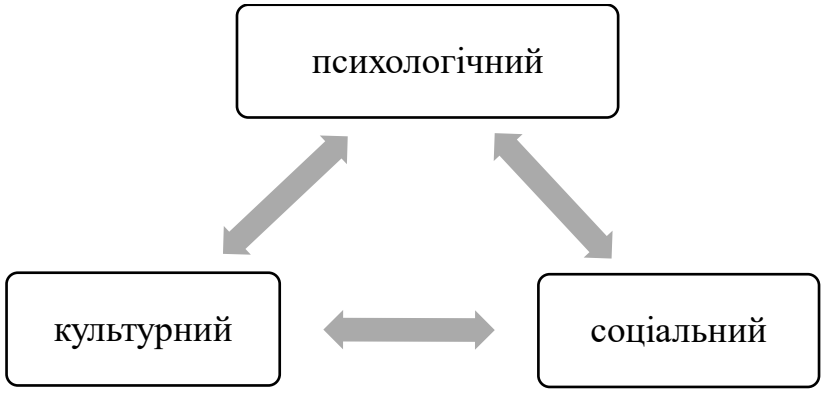


Рис. 1.1.2 Основні рівні механізмів формування колективної травми

На першому, психологічному рівні, відбувається уніфікація емоційних реакцій у значних групах населення. Масові травматичні події (війна, геноцид, катастрофи) викликають схожі почуття – страх, безсилля, гнів, провину, які з часом стають колективними емоційними патернами. Розвиток індивідуальних симптомів ПТСР у великої кількості людей створює ефект «психологічного зараження», коли травматичні реакції мають масовий характер [47]. Цей рівень пояснює, як індивідуальна травма перетворюється в спільну, створюючи передумови для формування колективного досвіду.

Далі травма набуває ознак суспільного явища. На цьому рівні відбувається трансформація групових відносин: зростає соціальна фрустрованість, посилюється поляризація суспільства за ознакою «свій – чужий», відбуваються зміни моделей взаємодії у спільнотах. Як відзначають В.О. Климчук В. О. та В.М. Крайнюк екстремальні умови провокують зміну не тільки індивідуальної поведінки, а й соціальних структур, породжуючи нові форми згуртування та нові форми конфліктності [13, 17]. Таким чином, соціальний рівень є «мостом» між індивідуальною психологічною реакцією та більшими культурними трансформаціями.

Найглибший рівень формування колективної травми – культурний. Він виникає у закріпленні травматичного досвіду в системі символів, ритуалів, освітніх і медійних практик. Саме тут травма перестає бути лише емоційною чи соціальною реакцією й на статусі частини колективної пам'яті. Як підкреслює М. Хірш, цей перехідний процес має міжпоколінний вимір: травмується у вигляді «постпам'яті» – наративів, образів і культурних кодів, які сприймають і відтворюють навіть ті покоління, що не були безпосередніми випадками трагедії [57]. На цьому рівні формуються національні міфи, символи й ідентичність, які починають траєкторію розвитку суспільства після катастрофи.

Таким чином, фактори колективної травми (масовість подій, тривалість, медіація, політичний контекст) запускають відповідні механізми психологічного, соціального й культурного рівнів, завдяки яким травматичний досвід закріплюється у колективній свідомості та стає частиною ідентичності спільноти.

Отже, колективна травма не є лише сумою індивідуальних психічних ушкоджень, а утворю комплексний феномен, який трансформує ідентичність суспільства, його соціальні інститути та культурні традиції. Його дослідження є надзвичайно актуальним у сучасному контексті, де війна стала потужним чинником формування нових колективних наративів і водночас – носієм глибокої травматичної пам'яті.

1.2. Психологічні та соціокультурні особливості колективної травми

Колективна травма є багаторівневим феноменом, у якому переплітаються індивідуальні психічні реакції, групові процеси й культурні змісти. Вона стає як результат масових травматичних подій, але закріплюється через механізми спільного переживання, символізації та інституціоналізації пам'яті [37, 55].

1. Психологічний вимір: афективно-когнітивні та поведінкові особливості. Масова травматизація породжує конвергенцію емоційних станів (страх, гнів, безсилля, сором, провина), які стоять «колективними емоційними патернами» та підтримують відчуття спільної загрози, втрати [47]. Соціальне «ділення» емоцій посилює їхню тривкість у групі й підсилює спільні схеми інтерпретації подій.

Відбуваються когнітивні зрушення, руйнування базових припущень про світ як безпечний і контрольований – характерна риса травми (концепція «зруйнованих припущень») [62]. На груповому рівні це веде до формування стабільних схем ворожості, підозри, генералізації загрози, упередженого кодування інформації про «інших», що підживлює поляризаційні процеси.

Поряд із униканням, гіперпильністю й ритуалізацією безпеки викликає як дезадаптивні (агресія, стигматизація «зовнішніх»), так і адаптивні (волонтерство, взаємодопомога) вибори, які модерується соціальними ресурсами спільноти формуючи поведінкові патерни [58].

Згідно з теорією збереження ресурсів, втрати (матеріальні, соціальні, символічні) запускають «спіралі втрат»; проте наявність «караванів ресурсів» (мереж підтримки, довіри, ефективних інституцій) здатна зупиняти деградацію та направляти спільноту до резилентності [58].

Наступним є розвиток та формування нової соціальної ідентичності, активізуючи опозицію «ми – вони», формуючи наратив колективної жертви чи героїзму, що впливає на моральні оцінки й групи політичної орієнтації [37].

Емоційні й змістові «осади» травми передаються через сімейну історію, практику пам’яті та образи культури – феномен postmemory описує, як нащадки переживають наслідки подій, які не були безпосередніми свідками [57].

2. Соціальний вимір: структура взаємодії, довіра і колективні емоції. Починається із трансформації соціальних зв’язків. Масова загроза змінює конфігурацію довіри: викликає «звужену» горизонтальну солідарність у

середніх «своїх» і зниження міжгрупової довіри; зростає соціальна фрустрованість, що впливає на готовність до кооперації – конфлікту [13, 17-19].

Колективні емоції та мобілізація – спільні емоційні стани (горе, лють, гордість) стають тригерами політичної й громадянської мобілізації, забезпечуючи тон громадського дискурсу та вихідні рамки «допустимого» [2, 6, 7, 19, 37].

Соціальні репрезентації й стигматизація, починаються у публічному процесі, які розпочинають обговорення формуючи «соціальні репрезентації» травми – стабільні виявлення про причини, винуватців, жертви, які можуть сприяти як інтеграції (емпатія, підтримка), так і стигматизації «інших» (мігрантів, меншин, опонентів).

3. Культурний вимір формується на трьох основних компонентах: пам’ять, наративи, символічні форми.

Культурна травма як кодування досвіду, за Д. Александером, травма стає культурною тоді, коли суспільство на символічному рівні знаходить подію як таку, що порушила його моральний порядок; цей процес включає конкуренцію наративів, «присвоєння», чи оспорювання значення, визначення «носіїв» і «аудиторій» травми [37].

Інституціоналізація пам’яті проходить у вигляді відкриття та формування: музеїв, меморіалів, дні пам’яті, освітні програми – інструменти, через які травма закріплюється як частина колективної ідентичності; саме інституції запуску, які інтерпретації стають «канонічними» [55].

Наративи й естетичні форми, закріплюют пам'ять про негативні травмуючи події в літературі, кіно, візуальні мистецтва, що забезпечує подвійну функцію – переживання та перекодування травми. Наративи оповідають «несказане», але водночас можуть відтворити повторюваність, нав’язливість травми [47].

Міжпоколінна культура пам’яті, чи механізми «postmemory» пояснюють, як явні реконструкції минулих катастроф стають «власним» досвідом нащадків через образи, обряди й освітні практики, підтримуючи континуітет ідентичності, або ж фіксуючи суспільство в травматичній рамці [57].

Отже можливо вибудувати загальну модель колективної травми: Експозиція до масових подій → 2) ресурсні втрати та зсуви схем (страх, загроза; «зруйноване припущення») → 3) колективні емоції та соціальні зміни (солідарність, поляризація; фрустрація) → 4) культурне кодування (пам’ять, ритуали, наративи) → 5) довготривалі наслідки: або резилентність та інтеграція травми, або її фіксація в ідентичності (колективна жертвенність, ворожість).

Отже, історичні травми (Голодомор, репресії, Чорнобиль) створили «фон пам’яті», на який накладається досвід сучасної війни. Актуальна медіація подій, політика пам’яті та практики взаємодопомоги визначає, чи трансформує спільний досвід у ресурс згуртованості та стійкості, чи закріплюється як довготривала поляризація та недовіра [6, 13, 19, 28, 37, 57].

Колективна травма формується на перетині індивідуальних реакцій і групових, культурних процесів, але її конфігурацію складають і додаткові соціально-психологічні механізми: суспільні переконання під час конфлікту, моральна травма, медіаопосередкована травматизація, режими культурної пам’яті, групова резилентність і модератор контексту.

Затяжні війни спричиняють кристалізацію системи суспільних переконань про цілі конфлікту, образ ворога, колективні цінності та виправдані засоби дії. Ця система – етос конфлікту – нормалізує загрозу, завершує толерантність до насильства і водночас мобілізує згуртованість «своїх», перетворюючи індивідуальні емоції в стійкі соціальні схеми [42, 43]. У термінах культурної травми, Дж. К. Александера це підґрунтя для «перформативного» визначення подій як морального розриву, що вимагає спільних ритуалів і символічних реакцій [37].

Поняття моральної травми (moral injury) описує глибокий дистрес, коли порушуються базові моральні переконання, через інші дії, власну безсилість або свідкування жорстокості [67]. У масштабі спільноти це проявляється ерозією довіри до інституцій, почуттям зради, «колективною провиною чи соромом» і вимогами справедливості (відшкодування, покарання винних) механізм, який може підсилювати поляризацію, так і спрямовувати суспільство до практики відновлення (truth-telling, komemor).

Масова експозиція дотичного контенту через новини та соцмережі підсилює вторинну травматизацію (vikarious, secondary trauma): люди з високим медіа-споживанням демонструють більш виражені симптоми гострого стресу, навіть без прямого контакту з подією [51, 59, 60, 74]. Алгоритмічне підсилення «травматичних» смужок, повторюваність шокового контенту та «свідкування на відстані» формують «травму навколишнього середовища» (ambient trauma) тобто фонової постійної загрози, що уніфікує емоції та зміцнює колективні схеми небезпеки [75].

ПоступовокКолективна травма стає культуральною, коли закріплені в режимах пам’яті, через інститути, ритуали, канонічні наративи та візуальні коди. Публічні практики, меморіали, дні пам’яті, освітні програми тощо, які структурують «правильне» переживання, але також є простором боротьби з інтерпретаціями (конкуренція «носіїв травми» і «аудиторій») [40, 62, 71]. Механізм «постпам'яті» (postmemory) пояснює, як через тексти, образи травма стає «власним» досвідом поколінь, що її не пережили разом [57].

Однак, попри ризики хронізації травми, групи здатні продемонструвати колективну резистентність – відновлення за рахунок «керованих ресурсів» (соціальна підтримка, довіра, ефективні інституції) [58, 59]. Підхід «Social Cure» показує, що належність до значущих груп, спільних цілей та «ми ідентичність» знижують дистрес і підсилюють відновлення здоров’я [56, 62]. На культурному рівні можливо посттравматичне зростання – переоцінка

цінностей, підвищення громадянської участі, нові практики взаємодопомоги [76-78].

Таким чином, соціальний капітал і довіра: високий рівень горизонтальної довіри пом’якшує поляризацію й прискорює відновлення; дефіцит довіри підсилює стигматизацію та «закриття» групи [73]. А колективна ефективність: спільне відчуття здатності діяти (collective efficacy) зменшує безсилля й корелюється з громадянською активністю [12, 15, 18].

Просторово-часова близькість до насильства: чим вище безпосередня експозиція (втрати, руйнування), тим вище ризики індивідуальної та колективної симптоматики; проте локальні мережі підтримують пом’якшують криву ризику [70].

В свою чергу, інформаційне середовище: прозорість, достовірність і етичні стандарти висвітлення знижують вторинну травматизацію; дезінформація та мова ворожнечі посилюють розщеплення наративів [59]. АпПолітика пам’яті: інклюзивні, плюралістичні практики комеморації сприяють інтеграції; замовчування або монополізація наративу поглиблюють травму [40, 71].

Таким чином, колективна травма – це не просто сума індивідуальних завдань, а динаміка соціально-культурного кодування досвіду, де емоції стають ресурсом мобілізації, пам’ять – полем політики, а медіа – каналом як травматизації, так і солідарності. Траєкторія суспільства після війни залежить від балансу між етосом конфлікту та соціальними й культурними ресурсами інтеграції: за наявності високої довіри, колективної ефективності й інклюзивних режимів пам’яті зростають шанси на резилентність і посттравматичне зростання.

1.3. Вплив війни на психіку та соціальні процеси

Війна виступає одним із найбільш руйнівних чинників для психічного здоров'я та соціального функціонування людини і суспільства. Вона є єдиною з найбільш інтенсивних і масштабних травматичних подій, яка охоплює не тільки окремих індивідів, а й цілої спільноти та суспільства загалом. Вона порушує базові життєві орієнтири, руйнує відчуття безпеки та контрольованості світу, зумовлюючи виникнення як індивідуальних, так і колективних форм травматизації. Масовість і тривалість воєнних дій роблять їх джерелом колективної травми, що проявляється як на рівні індивідуальної психіки, так і в трансформації соціальних відносин, культурних наративів і колективної ідентичності.

Психологічні дослідження війни охоплюють широкий спектр клінічних і субклінічних проявів. Найбільш вивченим на індивідуальному рівні є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних і соматоформних розладів, що розвиваються у значній частині осіб, які пережили бойові дії, обстріли, втрату близьких чи вимушене переселення. За даними ВООЗ, у зонах збройних конфліктів посилення ПТСР сягає від 15 до 30%, а серед військових – перевищує 40% [84-86].

Дослідження показують, що під час війни психіка проходить кілька стадій: від гострої реакції тривоги та мобілізації до стадії виснаження, коли ресурси вичерпуються і формується ризик тяжких психосоматичних наслідків. Повторні травмуючі події, особливо без періоду відновлення, значно посилюють цей ефект. Поряд із ПТСР дослідження вказують і на інші порушення, від високої поширеності тривожних, депресивних і соматоформних розладів, які суттєво знижують якість життя й підвищують ризики соціальної дезадаптації. До характерних симптомів належать гіперпильність, відчуття внутрішньої небезпеки, нічні кошмари, труднощі з концентрацією уваги та емоційне оніміння.

Важливим є те, що наслідком війни може бути не лише ПТСР, а й посттравматичне зростання. За даними емпіричних досліджень, частина осіб, переживши травму, демонструє розвиток сильніших стосунків, глибше усвідомлення цінностей та посилення життєстійкості. Цей процес описується як «антикрихкість», коли стрес стає каталізатором внутрішніх змін і нових життєвих змістів [4, 20, 24, 29, 31].

Тривалі воєнні дії створюють стан постійної невизначеності, який стає основною причиною щодо зменшення соціально-адаптивних можливостей. Як зазначає Т.М. Титаренко, воєнна травматизація не зникає сама собою, а може мати віддалені наслідки навіть у наступних поколіннях, формуючи стан «хронічної невизначеності» та відчуження [31]. Війна ускладнює та стає причиною розповсюдження соціального відчуження – втраті відчуття зв'язку зі спільнотою, сім'єю чи самою собою. Це проявляється у формі відчуженості, недовіри, зниження самоефективності. Водночас ті самі спільні ресурси (групи взаємодопомоги, горизонтальні підтримки мережі) можуть бути найефективнішими у відновленні психологічного здоров'я.

Особливу увагу в сучасних дослідженнях приділяється феномену моральної травми (moral injury), коли людина переживає глибокі відчуття пов'язані із порушенням здоров'я, провини чи сорому внаслідок порушення базових моральних норм під час війни коли людина стає свідком травмуючих подій [6, 12, 17, 19, 21, 24, 29, 67]. Ці переживання мають не лише індивідуальний, а й суспільний характер, однак формують атмосферу недовіри, травматичного мовчання чи навпаки – вимоги до справедливості й відновлення правди.

Наслідком війни є також тривала зміна когнітивних схем: руйнуються «базові припущення» про світ як безпечний та передбачуваний, що веде до підвищення недовіри, відчуття ворожості довкілля та загальної соціальної дезорієнтації [33, 36, 62]. Це веде до розширеного відчуття нестабільності,

свідомості й недовіри, що впливає як на індивідуальні стратегії подолання, так і на міжособистісні відносини.

Водночас поряд із дезадаптивними тенденціями війна може активізувати ресурси психологічної стійкості. У багатьох випадках формується підвищена мотивація до взаємодопомоги, розвиток нових копінг-стратегій, підвищення значущості духовних і культурних ресурсів. Теорія збереження ресурсів. С. Гобфолла пояснює цей феномен як процес мобілізації «караванів ресурсів», який може пом'якшити ефекти масових втрат [58]. З огляду на ресурсний підхід, у суспільстві під час війни активізується пошук нових форм ресурсів: духовних, міжособистісних, комунікативних. Саме «каравані ресурси» (об'єднання волонтерів, родинні спільноти, громадські ініціативи) можуть мінімізувати ефекти масових втрат і сприяють колективній резиденції [54].

На рівні соціальних процесів війна провокує трансформацію суспільних структур та відносин. Війна радикально змінює соціальні структури, систему відносин і культурні орієнтири.

1. Поляризація та соціальна фрустрованість. Виникає чітке розділення на «своїх» і «чужих», що зумовлює як зростання внутрішньої солідарності, так і ризик посилення ворожнечі, дискримінації та стигматизації. Соціальна фрустрованість проявляється у відчутті безсилля, втраті контролю над життям і зростанні очікувань щодо держави та інституцій [13, 15, 17, 28, 32].

2. Колективні емоції та мобілізація. Війна викликає появу потужних колективних емоцій (горя, гнів, страх, гордість), які стають каталізаторами масових рухів. Як зазначає Д. Александер, культурна травма запускає «перформативний процес», коли суспільство прагне символічно осмислити подію через ритуали, пам'ятні практики та публічні наративи [37].

3. Міжпоколінна передача. Війна закріплюється у колективній пам'яті через державні й громадські практики комеморації, освітні програми, літературу та мистецтво. Як підкреслює М. Хірш, травма передається в якості

постпам’яті – досвіду, який стає «власним» для наступних поколінь, навіть якщо вони не були безпосередніми свідками подій [57].

Важливу роль відіграють сучасні медіа, які транслюють образи війни в режимі реального часу. Це посилює явище вторинної травматизації, якщо навіть ті, хто не перебуває в зоні бойових дій, відчувають симптоми стресу та тривожності [59]. Одночасно медіа забезпечує функцію консолідації, створюючи простір для солідарності та спільної підтримки. Попри руйнівний ефект війни, вона може стати каталізатором формування нових моделей громадянської активності та соціальної солідарності. Волонтерські ініціативи, взаємодопомога, розвиток горизонтальних мереж підтримують спроможність суспільства до колективного відновлення. Підхід Social Cure доводить, що належність до групи та спільна ідентичність може виступати потужним ресурсом зниження дистресу й зміцнення здоров’я [56].

Разом з тим війна може породжувати не лише руйнівні, але й адаптивні наслідки. Колективна резистентність проявляється у зростанні волонтерських рухів, підтримці розвитку горизонтальних мереж, підвищенні громадянської активності. Теорія збереження ресурсів. С. Гобфолла вказує, що навіть в умовах масових втрат суспільство може мобілізувати «каравані ресурси» – нові форми соціальної підтримки, які сприяють виживанню і відновленню [58]. Підхід Social Cure доводить, що належність до групи та спільна ідентичність може виступати потужним ресурсом зниження дистресу й зміцнення здоров’я [56].

Війна справляє неоднорідний вплив на різні групи населення, формуючи унікальні комбінації психологічних та соціальних наслідків. Дослідження внутрішньо переміщених осіб в Україні підтверджують, що вплив війни на психіку має неоднорідний характер і опосередковується індивідуально-психологічними особливостями та мотиваційними орієнтирами. Зокрема, у вибірці з 2100 ВПО було виявлено, що депресивні симптоми найчастіше зустрічаються у жінок меланхолійного темпераменту, які не готові

повертатися додому (78 %), тоді як серед сангвініків цей показник становив 53 %, а серед холериків – 46 %. Додатково встановлено, що депресію діагностовано у 79 % респондентів, які не планують повернення, тоді як серед тих, хто висловив готовність повернутися додому, лише у 43 %. Високий рівень тривожності спостерігався переважно у 48 % сангвініків та 17 % флегматиків. Водночас жінки, що позитивно ставилися до місцевих громад, демонстрували підвищений рівень тривожності навіть без клінічних ознак депресії. Отримані дані підкреслюють, що війна по-різному впливає на людей залежно від типу темпераменту та індивідуальної мотиваційної позиції, що значною мірою визначає психоемоційну вразливість особистості [24, 29, 80, 85].

Особливо значущим є вплив війни на дітей та підлітків. У зонах збройних конфліктів вони позбавляються базових умов безпеки, стикаються з розлукою з батьками, недоїданням, інфекціями, відсутністю освіти, що формує довготривалі ризики для психічного та фізичного розвитку [29]. Як наслідок, формується підвищений ризик розвитку тривожних і депресивних розладів, суїцидальних намірів та тривалої соціальної дезадаптації. За даними українських досліджень, близько 75% дітей і підлітків зазнали психотравматизації; у кожної п’ятої дитини спостерігаються порушення сну та нічні кошмари, а у кожної десятої – уникання соціальної взаємодії й навчання, що прямо пов’язано з ризиком соціально-психологічної дезадаптації [27, 29, 79, 80, 84].

Міжнародні огляди також підтверджують значні масштаби проблеми. У метааналізі, який охопив вісім досліджень дітей-біженців і шукачів притулку, встановлено поширеність ПТСР у 22,7%, депресії – 13,8%, а тривожних розладів – 15,8%; загалом близько 400 млн дітей у світі зазнали впливу воєн у період 1989–2015 рр. [4, 6, 8, 33, 35]. Додатково відзначається, що приблизно 10% осіб, які пережили війни, мають тяжкі психічні розлади, ще близько 10%

виражені поведінкові зміни, що ускладнюють їхнє функціонування [22, 25, 28, 33, 35].

На рівні конкретних популяцій показники є ще більш тривожними. У вибірці 2601 палестинського школярства (7–9 класів) 25,9% повідомили про суїцидальні думки або планування самогубства протягом останніх 12 місяців [61]. Водночас серед дітей в ізраїльському прикордонному місті Сдерот симптоми ПТСР фіксуються у 3–4 рази частіше, ніж у середньому по країні [33, 45, 47, 51, 63]. Важливо, що ці психічні наслідки підсилюються «середовищними» втратами – розлукою з батьками, недоїданням, інфекціями, перерваною освітою та деградацією базових соціальних сервісів, які формують довготривалі ризики для нормального розвитку і здоров'я молоді.

Війна також посилює соціальне відчуження, яке проявляється у втраті домівки, звичного оточення та соціальних зв'язків. Це стає причиною довготривалого стресу, що виявляється у вигляді емоційного виснаження, підвищеної тривожності, зниження самоефективності та відчуження від спільнот. За даними досліджень внутрішньо переміщених осіб, такі фактори як відсутність стабільного житла, втрата роботи та соціальних контактів безпосередньо корелюють із високими рівнями депресії та тривожності, а також підвищують ризик соціальної дезадаптації [24]. Як підкреслює Т.М. Титаренко, війна формує стан «хронічної невизначеності», який спричиняє появу феномену «травматичного застою» – ситуації, коли травма не інтегрується у досвід особистості, а «застигає», закріплюючись у колективній пам'яті та передаючись наступним поколінням [31, 32]. Це означає, що наслідки воєнної травматизації виходять далеко за межі індивідуального виміру, перетворюючись на соціокультурний чинник, що формує ідентичність та колективні наративи.

Дослідження зарубіжних конфліктів підтверджують цю тенденцію: наприклад, у колишніх внутрішньо переміщених осіб з Боснії та Герцеговини навіть через 11 років після завершення війни зберігався високий рівень

депресії та тривожності, що демонструє тривалу дію механізмів соціального відчуження та міжпоколінної травматизації [33]. Подібні процеси описує і М. Гірш у концепції «постпам'яті», яка пояснює, яким чином досвід війни стає «успадкованим» наступними поколіннями навіть без прямого переживання подій [57]. Це підкреслює, що травматизація, пов'язана з вимушеним переселенням, має особливо затяжний характер.

Водночас поряд із руйнівними наслідками війна здатна ініціювати й процеси колективної мобілізації та резилієнтності. Як показує досвід українського суспільства, саме в умовах екстремальної загрози відбувається активізація волонтерських рухів, горизонтальних мереж взаємодопомоги, громадянських ініціатив, що стають потужним ресурсом відновлення та адаптації. За результатами соціально-психологічних досліджень, участь у волонтерстві знижує рівень тривожності та депресії у цивільного населення, водночас підвищуючи відчуття контролю та самоефективності [5, 19, 24].

Подібні тенденції підтверджуються і міжнародними дослідженнями. Зокрема, аналіз поствоєнних суспільств доводить, що формування «караванів ресурсів» (С. Гобфолл) – колективна мобілізація вже наявних і нових соціальних, культурних, духовних та матеріальних ресурсів, здатне пом'якшувати вплив масових втрат та сприяти формуванню як індивідуальної, так і колективної стійкості [58].

У рамках підходу Social Cure доведено, що належність до групи та колективна ідентичність є важливим предиктором психологічної стійкості. Метаналітичні дані свідчать про те, що членство в соціальних групах суттєво знижує рівень дистресу та посилює здатність до адаптації в умовах травматичних подій [56]. В українському контексті це проявляється через консолідацію громади, створення мереж підтримки для внутрішньо переміщених осіб, розвиток освітніх і культурних програм, спрямованих на збереження колективної ідентичності й ресурсної бази для відновлення.

Таким чином, поряд із дезадаптивними наслідками війна відкриває простір для посттравматичного зростання, яке проявляється на рівні індивідуальної резилієнтності, колективної солідарності та підвищення соціальної активності. Це підтверджує необхідність дослідження не лише деструктивних, а й конструктивних наслідків воєнної травми.

Отже, результати аналізу підтверджують: війна є багатовимірним чинником травматизації, який поєднує індивідуальні клінічні прояви, трансформацію соціальних відносин і закріплення травми у культурних наративах. Вона одночасно створює умови для дезадаптації (хронізація травми, соціальна фрустрованість, міжпоколінна передача болю) і для адаптивних тенденцій (резилієнтність, посттравматичне зростання, громадянська мобілізація).

Війна є потужним чинником формування колективної травми, яка одночасно руйнує індивідуальну психіку та соціальні структури. На психологічному рівні вона провокує розвиток клінічних розладів, зміну емоційних і когнітивних схем, феномен моральної травми. На соціальному рівні війна спричиняє поляризацію суспільства, трансформацію механізмів довіри та взаємодопомоги, формування наративів нової пам’яті й культурних символів. Водночас у процесі колективної адаптації можлива прояв як дезадаптивних тенденцій (стигматизація, хронізація травми), так і конструктивних (резилієнтність, посилення ідентичності, посттравматичне зростання).

На соціокультурному рівні війна трансформує структуру довіри й соціальної взаємодії, породжує як поляризацію, так і солідарність, закріплюється в колективній пам’яті та культурних символах, передається наступному поколінню і створює умови для як дезадаптації, так і посттравматичного зростання суспільства.

Висновки до першого розділу.

Проведений теоретичний аналіз дає можливість дійти висновку, що колективна травма є багаторівневим і комплексним феноменом, який охоплює одночасно індивідуальну психіку, соціальні відносини та культурні практики. Її становлення як наукового поняття має історичні витоки в працях класиків соціології та культурної антропології, зокрема в концепції колективної пам'яті М. Гальбвакса, яка вперше окреслила спільне переживання катастрофи як чинник формування групової ідентичності. Подальшого розвитку ідеї набули в роботах Д. Александера, який підкреслив, що колективна травма виникає тоді, коли суспільство усвідомлює незворотні пошкодження своєї моральної та культурної тканини. Сучасні дослідники (К. Карут, М. Хірш) розглядають цей феномен у ширшому контексті культурної пам'яті та міжпоколінної передачі травматичного досвіду, наголошуючи на його тривалому впливі на суспільний розвиток.

Формування колективної травми зумовлюється дією низки чинників. Насамперед це масові події катастрофічного масштабу – війни, геноцид, теракти, природні чи техногенні катастрофи, які створюють збереження тотальної загрози. Важливими залишаються тривалість і масштабність впливу, що створює травматичний досвід всеохопним для великих соціальних груп. Медіація травми через засоби масової інформації, мистецтво, освіту й культурні наративи завдяки її закріпленню в колективній пам'яті. Соціально-політичний контекст, зокрема політика пам'яті та публічні інтерпретації, може визначати, чи стане досвід інтегративним ресурсом, чи навпаки – поглибити поляризацію та суспільну фрустрованість. Не менш суттєвим чинником є міжпоколінна передача, що закріплює травматичні образи в культурних кодах та сімейних історіях, перетворюючи їх на елемент ідентичності наступних поколінь.

Важливим висновком є розуміння того, що процес становлення колективної травми відбувається через низку механізмів. На психологічному рівні домінують уніфіковані емоційні реакції (страх, безсилля, агресія, почуття провини), поширення симптоматики ПТСР у значних групах населення та руйнування базових когнітивних схем про світ як безпечний і передбачуваний. На соціальному рівні травмує характер міжгрупових відносин, породжує підвищену соціальну фрустрованість і поляризацію суспільства за принципом «свої – чужі». На культурному рівні відбувається символічне кодування травматичного досвіду у пам'ятних практиках, ритуалах, мистецтві й освітніх програмах, що забезпечує його довготривале закріплення й відтворення у свідомості поколінь.

Психологічні особливості колективної травми полягають у зростанні спільних емоційних патернів, прояви дезадаптивних стратегій уникання чи агресивності поряд із формуванням адаптивних проявів солідарності та взаємодопомоги. Соціальні особливості виражаються в структурі трансформації довіри, у соціальності суспільства до мобілізації або фрагментації залежно від доступних ресурсів і наявності ефективних інституцій. Культурні особливості випускаються символічним оформленням травми у національних міфах, офіційних і альтернативних наративах, художніх образах та інституціоналізованих формах пам'яті.

Таким чином, колективна травма є феноменом амбівалентним: з одного боку, вона містить загрозу хронізації, соціальної поляризації та ерозії довіри; з іншого – здатна виконувати інтегративну функцію, сприяти консолідації спільноти, зміцненню ідентичності та формуванню потенціалу посттравматичного зростання. Визначальним є баланс між руйнівними чинниками й ресурсами резилентності: соціальним капіталом, колективною ефективністю, інклюзивними практиками пам'яті та підтримуючими інституціями. Саме від цього залежить, чи колектив стане травмою

деструктивним тягарем для суспільства, чи буде інтегровано в процес його культурного оновлення та відновлення соціальної згуртованості.

Аналіз наукових досліджень та емпіричних даних підтверджує, що війна виступає потужним багаторівневим чинником психічної та соціальної травматизації, який одночасно формує деструктивні й конструктивні тенденції в розвитку особистості та суспільства.

На індивідуальному рівні війна провокує виникнення широкого спектра психічних порушень, від посттравматичного стресового розладу, депресій, тривожних та соматоформних розладів до феномена моральної травми, що супроводжується почуттям провини, сорому та знецінення базових моральних норм. Значні втрати, вимушене переселення та руйнування життєвих орієнтирів спричиняють трансформацію когнітивних схем, руйнуючи базові припущення про світ як безпечний і передбачуваний. Особливо вразливими виявляються діти та підлітки, у яких фіксуються високі рівні тривожності, суїцидальних намірів і соціальної дезадаптації, що створює ризик довготривалих наслідків для наступних поколінь.

На соціальному рівні війна зумовлює посилення поляризації, соціальної фрустрованості та відчуження, що проявляється у втраті довіри, зростанні ворожості, розриві міжособистісних і громадських зв’язків. Формується стан «хронічної невизначеності» та «травматичного застою», коли травматичний досвід стає невід’ємною частиною колективної пам’яті й відтворюється у міжпоколінній передачі. Медіація досвіду війни через ЗМІ та культурні наративи підсилює ефект вторинної травматизації, але водночас сприяє консолідації суспільства.

На соціокультурному рівні війна трансформує колективну ідентичність і культурні символи, закріплюючись у ритуалах, комеморативних практиках та освітньому просторі. Це створює подвійний ефект: з одного боку, хронізація травми, стигматизація та фрагментація суспільства; з іншого – формування нових моделей громадянської активності, зростання

волонтерських рухів і горизонтальних мереж взаємодопомоги. У межах теорії збереження ресурсів (С. Гобфолл) ці процеси можна розглядати як колективну мобілізацію ресурсів, що формує суспільну резилієнтність.

Таким чином, війна виступає не лише руйнівним фактором, а й каталізатором посттравматичного зростання, яке проявляється у підвищенні колективної стійкості, розвитку нових форм взаємодопомоги й зміцненні соціальної ідентичності. Однак ці конструктивні наслідки не нівелюють масштабних психотравматичних ефектів, які потребують системної уваги та цілеспрямованих заходів психологічної і соціальної підтримки.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ФОРМУВАННЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ

2.1. Дизайн дослідження: характеристика вибірки та опис методів

Вивчення впливу війни на формування колективної травми потребує комплексного й багаторівневого підходу, адже цей феномен поєднує індивідуальні психічні реакції, соціально-психологічні механізми та культурно-історичні чинники. Для отримання валідних і надійних результатів важливо не лише теоретично осмислити проблему, але й обґрунтувати методологію емпіричного дослідження, що передбачає добір адекватних інструментів, формування репрезентативної вибірки та чітку організацію етапів роботи.

Дизайн нашого дослідження був побудований з урахуванням специфіки українського соціального контексту воєнного часу. Це дозволило поєднати аналіз наукової літератури, використання стандартизованих психодіагностичних методик і контент-аналізу суспільних наративів, а також застосування сучасних статистичних процедур. Дослідження впливу війни на формування колективної травми було спроєктоване як комплексне емпіричне дослідження із застосуванням кількісних та якісних методів, що дозволяють поєднати вивчення індивідуально-психологічних проявів травматизації з аналізом соціокультурних процесів. Такий підхід забезпечує можливість комплексного вивчення як індивідуально-психологічних проявів травматизації, так і соціокультурних процесів, що зумовлюють та підтримують колективну травму. Це забезпечує багаторівневе розкриття феномену колективної травми в умовах сучасної війни в Україні та підвищує валідність отриманих результатів.

Організація емпіричного дослідження впливу війни на формування колективної травми передбачала поетапну реалізацію, що дозволило інтегрувати теоретичні напрацювання, аналіз психодіагностичного інструментарію та власні емпіричні дані у цілісну методологічну схему.

Перший етап – теоретичний аналіз. На початковій стадії було здійснено аналіз наукових джерел із психології, соціології, психотравматології та культурології, що дало змогу уточнити дефініцію «колективна травма» та вибудувати понятійно-категоріальний апарат. Використано методи аналізу, систематизації та узагальнення літератури, а також порівняльно-історичний підхід. Порівняльно-історичний метод застосовано для вивчення досвіду подолання колективних травм у різних країнах (Голокост, Балкани, Руанда тощо), а метод моделювання – для побудови концептуальної схеми впливу війни на психіку й соціальні процеси.

Другий етап – аналіз психодіагностичного інструментарію, був присвячений відбору й обґрунтуванню психодіагностичних методик, адекватних досліджуваному феномену. Відбір інструментів був зумовлений необхідністю поєднати індивідуальний, соціальний і культурний рівні досліджуваного феномену. Було використано комплекс психодіагностичних методик, що забезпечують аналіз як індивідуальних, так і соціально-психологічних та культурних аспектів травматизації, мають високу валідність, адаптовані для українських реалій та забезпечують багаторівневий аналіз. Вибір інструментарію зумовлений необхідністю отримання багаторівневих даних, які дозволяють поєднати індивідуальний вимір переживання війни з колективними соціокультурними процесами.

1. Першим ключовим інструментом стала Міссісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (Mississippi PTSD Scale, цивільний варіант) [1, 9, 11, 26], яка вимірює вираженість симптомів ПТСР за основними кластерами DSM-5: інтрузії, уникання та гіперактивацію. Використання цієї методики у нашому дослідженні дає можливість кількісно

зафіксувати рівень індивідуальної психічної травматизації, що є базовим маркером формування колективної травми. Високі показники за шкалою дозволяють виокремити групи ризику та простежити, як особистісний досвід війни інтегрується у ширший соціальний контекст.

2. Для комплексної оцінки психічного стану респондентів було застосовано опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (Simptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis) [1, 9, 11, 26, 38, 59]. Він охоплює широкий спектр симптомів – соматизацію, депресію, тривогу, обсесивно-компульсивні прояви, міжособистісну чутливість, ворожість та інші. Особливо цінним є інтегральний показник загального психологічного дистресу (GSI), що дозволяє оцінити ступінь психічної напруги. У нашому дослідженні ця методика була використана для виявлення коморбідних станів, які супроводжують ПТСР та посилюють соціальні наслідки колективної травми.

3. Важливим компонентом дослідження став тест рівня соціальної фрустрованості В.В. Бойка [1, 9, 11, 26, 30], який дозволяє діагностувати ступінь незадоволеності базових соціальних потреб – у безпеці, стабільності, визнанні та соціальних зв’язках. Ця методика застосована для фіксації соціально-психологічного виміру травматизації, оскільки саме зростання соціальної фрустрованості в умовах війни виступає механізмом поглиблення колективної травми, сприяє розвитку дезадаптивних стратегій і підсилює відчуття безсилля у суспільстві.

4. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ, А.Г. Маклаков, С.В. Чермянін) [1, 9, 11, 26, 30], який спрямований на оцінку рівня соціально-психологічної адаптації особистості, її емоційної стійкості, самоконтролю та ресурсів подолання стресових ситуацій. У нашому дослідженні цей інструмент використано для виявлення адаптаційного потенціалу респондентів та їхньої здатності до резилієнтності, що дозволяє

поєднати вимір індивідуальної стресостійкості з колективними процесами відновлення.

Таким чином, обраний психодіагностичний комплекс забезпечує всебічне дослідження колективної травми на різних рівнях її прояву: індивідуальному (Mississippi PTSD Scale, SCL-90-R), соціальному (методика Бойка), особистісно-адаптаційному (МЛО-АМ) та культурному (контент-аналіз). Вибір саме цих методик обґрунтований їхнім багатовимірним характером: вони дозволяють дослідити індивідуальний, соціальний і колективний рівні прояву травматизації, що відповідає завданням нашої роботи. Такий підхід дозволяє отримати цілісну картину феномену, простежити взаємозв'язки між індивідуальною психічною травматизацією та соціокультурними наслідками війни, а також виявити ресурси, які можуть пом'якшувати руйнівні ефекти колективного досвіду.

Третій етап – психодіагностичне дослідження. Було проведено констатуючий експеримент серед студентської молоді м. Одеси. Вибірку склали 76 осіб віком від 18 до 24 років, серед них 46 дівчат (60,5%) та 30 юнаків (39,5%). Критеріями відбору були: добровільна участь, інформована згода, наявність досвіду переживання травматичних подій війни (вимушена евакуація, втрата близьких, перебування під обстрілами тощо), відсутність офіційно встановлених психотичних розладів або органічних уражень ЦНС; активне навчання у закладах вищої освіти на момент дослідження.

Дослідження здійснювалося відповідно до етичних стандартів психологічної науки: добровільна участь респондентів, інформована згода, конфіденційність даних і гарантія психологічної безпеки під час роботи з травматичним досвідом.

Ці умови дозволили сформувати вибірку, що репрезентує одну з найбільш уразливих груп – студентську молодь, яка поєднує соціально-економічні, освітні та воєнні стресори й відображає динаміку колективної травми в суспільстві.

Четвертий етап – інтерпретація результатів. Для статистичної обробки даних використано SPSS 20.0. Застосовано описову статистику та коефіцієнт кореляції К. Пірсона для виявлення взаємозв'язків між індивідуальними симптомами травми, соціальною фрустрованістю та адаптивними характеристиками особистості. Такий підхід дозволив простежити системні закономірності між психологічними та соціокультурними аспектами колективної травми

П'ятий етап – аналіз шляхів профілактики та подолання. На завершальному етапі було узагальнено міжнародний і вітчизняний досвід (програми підтримки ветеранів, ВПО, освітні та волонтерські ініціативи) окреслено напрями впровадження ефективних психологічних і соціальних інтервенцій, спрямованих на підвищення резилієнтності спільнот. Це дозволило визначити напрями профілактики колективної травми й підвищення резилієнтності українського суспільства в умовах війни

Таким чином, побудований дизайн дослідження поєднує теоретичний, емпіричний і прикладний рівні, що забезпечує цілісне вивчення феномену колективної травми: від індивідуальних проявів (ПТСР, психопатологічні симптоми, адаптивність) до соціально-культурних вимірів (соціальна фрустрованість, символи колективної пам'яті). Це дозволяє розкрити взаємозв'язки між особистісними і груповими аспектами травматизації та створює науково обґрунтовану базу для розробки практичних інтервенцій і програм підтримки молоді в умовах війни.

2.2. Емпіричне визначення особливостей травми цивільного населення України

Аналіз колективної травми в умовах війни неможливий без звернення до її емпіричного виміру, адже саме кількісні та якісні показники дозволяють виявити реальну глибину та специфіку психосоціальних наслідків для

цивільного населення. Український контекст повномасштабної війни створює унікальну ситуацію масової травматизації, яка охоплює всі сфери життя: від індивідуальних психологічних станів до трансформацій соціальної взаємодії та культурної пам’яті.

Емпіричне дослідження спрямоване на виявлення домінуючих проявів травматизації серед цивільних осіб, які безпосередньо чи опосередковано зазнали впливу бойових дій, вимушеного переселення, втрати близьких або матеріальних ресурсів. Оскільки в більшості метааналізів відзначається вразливість саме молодіжного контингенту, у своєму дослідженні ми зупинились на студентській молоді віком від 18 до 24 років. Саме молодь є однією з найбільш уразливих соціальних груп, оскільки поєднує кілька типів стресорів: воєнні (загроза життю, вимушена міграція, втрата близьких), навчальні (необхідність продовжувати освіту в умовах дистанційного або змішаного формату) та соціально-економічні (нестабільність, втрата звичних перспектив). Цей багатовимірний тиск робить студентів особливо чутливою групою до формування посттравматичних розладів, депресії, тривожності та соціальної фрустрованості.

Водночас саме молодь має потенціал для мобілізації ресурсів стійкості та посттравматичного зростання завдяки високому рівню гнучкості, здатності до навчання та активного включення у волонтерські й соціальні ініціативи. Дослідження цієї групи дозволяє не лише зафіксувати масштаб індивідуальної та колективної травматизації, але й виявити потенційні чинники адаптації, які можуть бути використані в програмах підтримки цивільного населення.

Використання стандартизованого психодіагностичного інструментарію дозволяє нам не лише визначити рівень індивідуальних психологічних симптомів (ПТСР, депресії, тривожності, соціальної фрустрованості), але й окреслити тенденції формування колективної травми як суспільного явища.

Таким чином, емпіричне визначення особливостей травми серед молодіжної вибірки цивільного населення України дає можливість окреслити

як ризики масової дезадаптації, так і ресурси для формування колективної резилієнтності, що має важливе значення для стратегії відновлення суспільства в умовах війни.

Першим кроком нашого емпіричного дослідження стало безпосереднє психодіагностичне вимірювання рівня посттравматичної симптоматики. Для цього досліджувана вибірка 76 осіб віком від 18 до 24 років, була розподілена на дві групи: юнаки (ГЮ – 30 осіб) та дівчата (ГД – 46 осіб), що дозволило виявити не лише загальні тенденції, але й гендерні особливості перебігу травматизації.

Першим інструментом, застосованим у дослідженні, виступила Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (цивільний варіант) [1, 9, 11, 26, 30]. Ця методика дає змогу кількісно оцінити вираженість основних симптомів ПТСР: інтрузій, уникання та гіперактивації, а також виявити рівні адаптації чи ризик формування стійкого розладу. Саме її використання у нашій роботі є методологічно виправданим, адже шкала адаптована до українського контексту та дозволяє комплексно відобразити масштаб психотравматизації серед молоді, що зазнала впливу війни. Результати надано у таблиці 2.2.1

Таблиця 2.2.1

Особливості прояву ПТСР серед студентської молоді

Рівні розладу адаптації	**Сума балів**	**Юнаки (ГЮ)**	**Дівчата (ГД)**
Добре адаптовані	≤ 76	21,10	18,45
Розлади адаптації	77–97	30,50	36,20
Підозра на ПТСР	≥ 98	48,40	45,35

Примітка: дані надано у відсотках

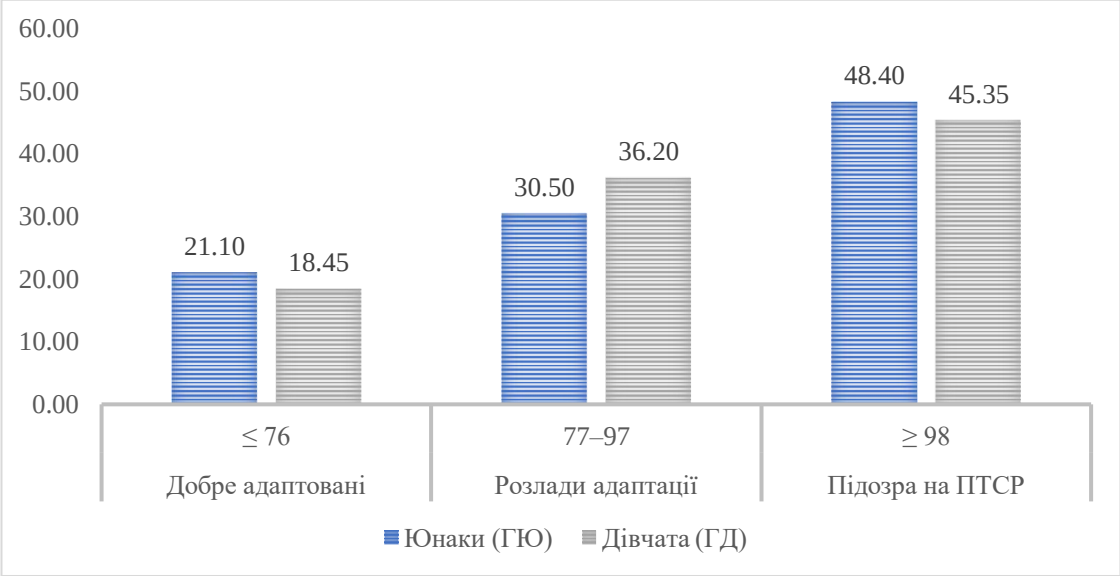


Рис. 2.2.1 Ознаки ПТСР серед вибірки

Отримані дані засвідчують, що лише 21,10% юнаків та 18,45% дівчат демонструють достатній рівень адаптивності, це свідчить про обмеженість ресурсів подолання наслідків війни та низьку здатність підтримувати психоемоційну рівновагу. Такий показник вказує на надзвичайно високий рівень загального дистресу серед молоді, яка проживає в умовах воєнного стану.

Категорія «розлади адаптації» виявилася найбільш вираженою у дівчат (36,20% проти 30,50% у юнаків). Це може свідчити про підвищену емоційну чутливість, швидшу реакцію на стресові фактори та схильність до соматизації, порушень сну, емоційного виснаження тощо. У свою чергу, це підвищує ризики соціальної дезадаптації, особливо в умовах тривалого воєнного тиску.

Найбільш загрозливим є те, що майже половина вибірки відповідає критеріям підозри на ПТСР (48,40% юнаків та 45,35% дівчат). Це свідчить про масовість посттравматичної симптоматики серед молоді та високу вірогідність формування стійких психічних розладів. При цьому простежуються гендерні відмінності: юнаки мають дещо вищий рівень ознак ПТСР (+3,05% порівняно з дівчатами), що може вказувати на тенденцію до латентного накопичення травматичного досвіду та пригнічення емоційних реакцій. Дівчата ж

демонструють підвищену тривожність та нестійкість саме на рівні часткової дезадаптації.

Загалом результати свідчать, що менше п’ятої частини молоді зберігають здатність до ефективної адаптації, тоді як у решти переважають прояви розладів адаптації або симптоматика, близька до ПТСР. Це вимагає розробки гендерно-специфічних програм психологічної підтримки: для дівчат – з акцентом на розвиток упевненості у власних силах і відновлення емоційної стабільності; для юнаків – із підкресленням важливості емоційної експресії та профілактики відкладених посттравматичних реакцій.

Отримані дані за Міссісіпською шкалою ПТСР дозволили виявити загальний рівень психотравматизації молоді та оцінити ступінь їхньої адаптивності до екстремальних умов війни. Водночас посттравматичний стресовий розлад рідко існує ізольовано, найчастіше він супроводжується коморбідними психічними станами — тривожними, депресивними, соматоформними чи обсесивними симптомами. Для більш комплексної оцінки психологічного стану респондентів було використано Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) [1, 9, 11, 26, 30], що дозволяє визначити спектр супутніх психопатологічних проявів, оцінити загальний рівень психологічного дистресу та проаналізувати, які саме симптоми найбільш тісно пов’язані з розвитком колективної травми у молодіжному середовищі (табл. 2.2.2. та рис. 2.2.2)

Таблиця 2.2.2

Особливості вираженості психопатологічних проявів

Шкали	Юнаки (ГЮ)	Дівчата (ГД)
Соматизація	13,63	16,28
Обсесивність -компульсивність	27,45	32,02
Міжособистісна сенситивність	17,34	19,55
Депресія	19,58	12,52
Тривожність	24,45	27,46
Ворожість	20,64	16,43

Фобічна тривожність	18,65	20,35
Параноялльні тенденції	10,23	7,83
Психотизм	4,24	3,93

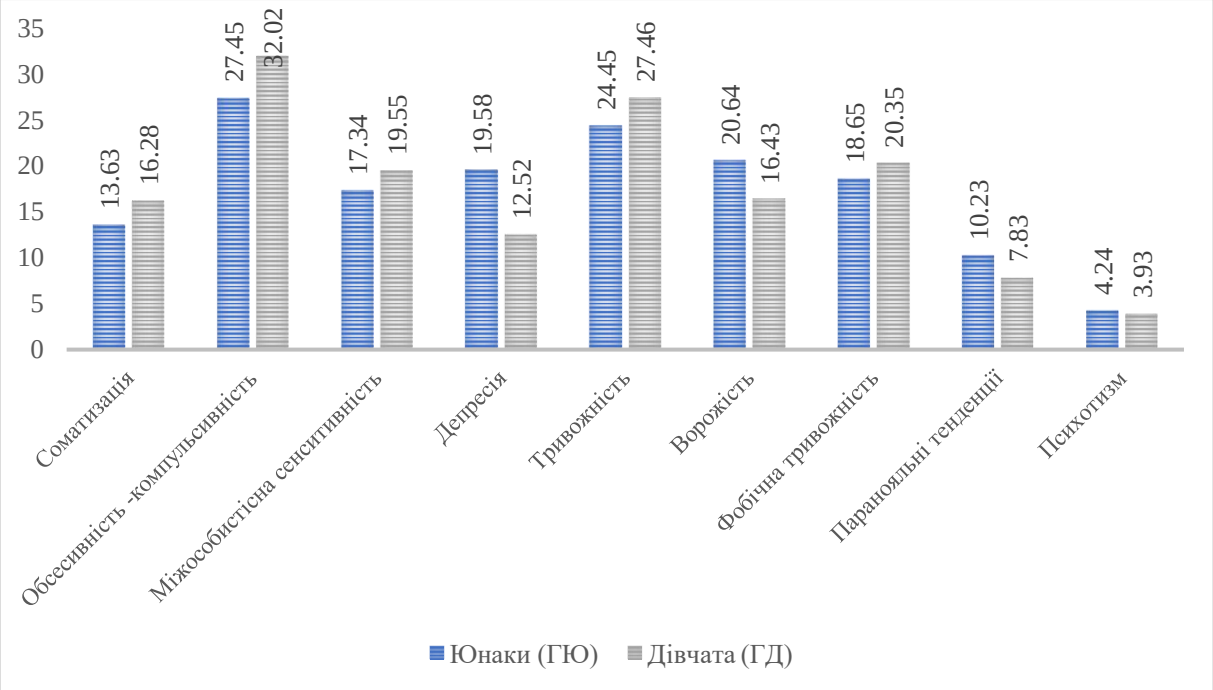


Рис. 2.2.2. Вираженість психопатологічних проявів серед вибірки

Отримані дані дозволяють простежити цілісний психопатологічний профіль студентської молоді, яка перебуває під безпосереднім впливом воєнних стресорів. Профіль характеризується підвищеним рівнем загального психологічного дистресу з вираженими невротичними компонентами (тривожність, обсесивність, соматизація), що типовим чином відображає картину масової колективної травматизації.

Розглядаючи результати за субшкалами, можна вказати, що показники соматизації у дівчат – 16,28%, суттєво перевищують юнаків – 13,63%, це свідчить про більшу тілесну чутливість та схильність до соматичних реакцій на стрес: головний біль, розлади сну, астенічні стани. Це відповідає загальній закономірності жіночого реагування на психотравму – схильність до тілесного «перепроживання» стресу. Для юнаків соматизація менш виражена, однак не

є незначною, що демонструє розмиту межу між психічними та фізичними проявами стресу.

Найвищі показники серед усіх шкал за обесесівністю – компульсивністю: 32,02% у дівчат і 27,45% у юнаків. Це вказує на домінування румінацій, труднощів у когнітивному контролі, прояви нав'язливих думок та дій. У контексті війни це може проявлятися як постійне повернення до травматичних спогадів, внутрішня напруга, неможливість відволіктися. Для дівчат більш виражена обсесивність пов'язана із їхньою схильністю до внутрішньої деталізації травматичних подій та емоційного «зациклення».

Показники міжособистісної сенситивності у дівчат – 19,55% знову перевищують юнацькі – 17,34%, що демонструє більшу вразливість у соціальних контактах, чутливість до критики, страх відторгнення. Це може бути наслідком соціальної нестабільності та втрати звичних груп підтримки. Для юнаків міжособистісна сенситивність також виражена, однак вони частіше компенсують її агресивністю (що підтверджує наступна шкала).

Виявлені відмінності за шкалою депресії є показовими: у юнаків 19,58% проти 12,52% у дівчат. Це свідчить про тенденцію чоловічої молоді до інтерналізації безнадії, втрати сенсу та мотивації, що може мати фрустраційне походження (невідповідність очікувань та реалій). Дівчата ж демонструють нижчий рівень депресивності, однак їхня реакція більш «тривожно-соматична», ніж «депресивно-фрустраційна».

Тривожність стала однією з ключових шкал: 27,46% у дівчат і 24,45% у юнаків, такі високі показники підтверджують стійкий стан гіперпильності, очікування небезпеки, труднощів. Для дівчат превалює емоційно-афективна тривожність, тоді як у юнаків тривожність більше пов'язана з когнітивним компонентом («постійне прокручування сценаріїв»).

Юнаки демонструють більш високий рівень ворожості (20,64% проти 16,43% у дівчат), що вказує на тенденцію до зовнішнього вираження

фрустрації через агресію, дратівливість, протестні реакції. У дівчат ворожість менш виражена, але може виступати у формі внутрішньо спрямованої агресії (самозвинувачення, почуття провини).

Показники фобічної тривожності наближаються до 20% (20,35% у дівчат, 18,65% у юнаків). Це відображає уникання ситуацій, що нагадують про травму, та посилення поведінкового страху. У дівчат більш виражене уникання, тоді як у юнаків – прихована напруга, яка може призвести до відкладених реакцій.

Відносно низькі показники, 10,23% у юнаків і 7,83% у дівчат за параноальністю; 4,24% і 3,93% відповідно за психотизмом, що свідчить про відсутність психотичних зрушень та превалювання невротичних форм реагування. Тобто травматизація молоді проявляється переважно у «невротичному спектрі» (тривожність, обсесивність, депресивність), а не у психотичному.

Таким чином, загальний профіль молоді можливо характеризувати домінуванням тривожно-обсесивних та депресивних симптомів із помірною соматизацією та міжособистісною сенситивністю. При цьому дівчата більш уразливі у сфері тривожності, обсесивності, соматизації та міжособистісної вразливості, а юнаки більш схильні до депресії, ворожості та прихованих реакцій фрустрації. Отже, обидві групи демонструють високий рівень загального психологічного дистресу, який не переходить у психотичний спектр, але суттєво підвищує ризики розвитку ПТСР, дезадаптації та суїцидальних тенденцій.

Отримані результати за опитувальником SCL-90-R дозволили окреслити цілісний психопатологічний профіль студентської молоді, що перебуває під впливом воєнних стресорів. Було виявлено високий рівень загального психологічного дистресу, з переважанням тривожних, обсесивно-компульсивних та депресивних симптомів, а також виражену міжособистісну сенситивність. Водночас ці дані не дають відповіді на питання про те, як

зовнішні соціальні умови: втрата стабільності, зниження довіри до інституцій, обмеження можливостей самореалізації, впливають на переживання молоддю колективної травми.

Саме тому наступним кроком нашого дослідження стало застосування методики діагностики рівня соціальної фрустрованості В.В. Бойка [1, 9, 11, 26, 30], яка дозволяє оцінити ступінь незадоволеності базових соціальних потреб (безпека, визнання, матеріальна стабільність, соціальні зв'язки) та виявити, наскільки саме соціальне середовище підсилює чи послаблює прояви посттравматичного дистресу. Цей інструмент є надзвичайно важливим для нашого дослідження, адже він фіксує соціально-психологічний вимір травматизації, що є визначальним у формуванні колективної травми як суспільного феномену (табл.2.2.3 та рис 2.2.3)

Таблиця 2.2.3

Особливості соціальної фрустрованості студентської молоді

Рівень соціальної фрустрації	**ГЮ**	**ГД**
дуже високий рівень фрустрації	35,54	34,78
підвищений рівень фрустрації	32,22	30,23
помірний рівень фрустрації	16,72	18,25
невизначений рівень фрустрації	8,19	10,31
знижений рівень фрустрації	7,33	6,43
дуже низький рівень	0	0
відсутність фрустрації	0	0

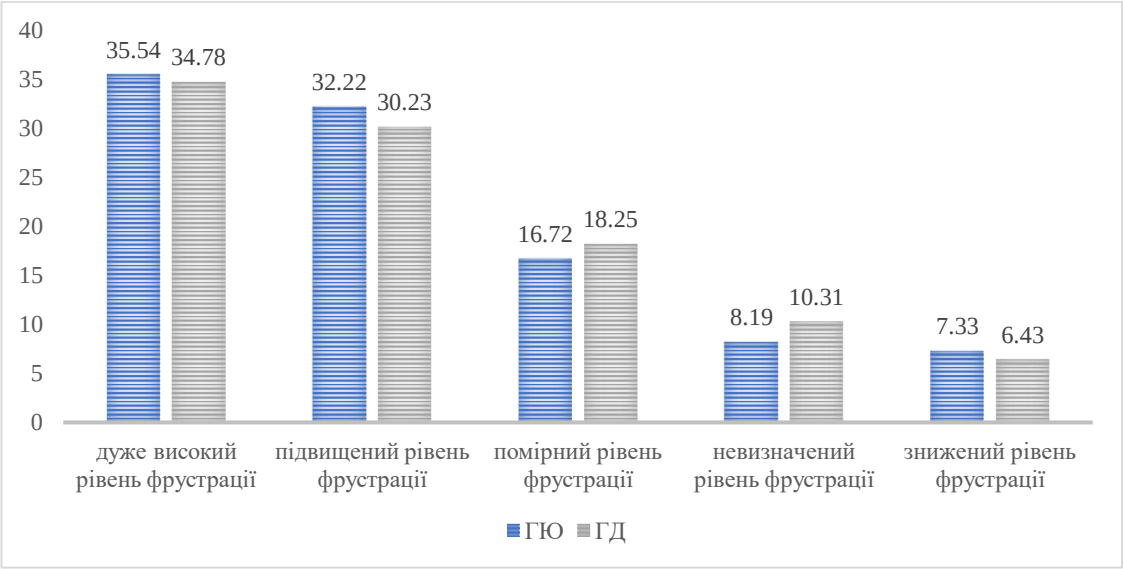


Рис. 2.2.3 Особливості соціальної фрустрації молоді

Отримані дані свідчать про високу поширеність соціальної фрустрованості серед студентської молоді, яка перебуває у стані постійного впливу воєнних стресорів. Найбільш виражені показники зосереджені у категоріях дуже високого (ГЮ – 35,54%; ГД – 34,78%) та підвищеного рівня фрустрації (ГЮ – 32,22%; ГД – 30,23%). Це означає, що понад дві третини респондентів (67,76% юнаків і 65,01% дівчат) перебувають у зоні високої незадоволеності базових соціальних потреб, що створює загрозу формування стійких станів емоційного виснаження, зневіри та втрати соціальних орієнтирів.

Гендерні відмінності носять якісно виражений характер. У дівчат простежується дещо вищий рівень у категорії «невизначений рівень фрустрації» (10,31% проти 8,19% у юнаків), що можна інтерпретувати як прояв амбівалентності: поєднання тривожних очікувань із пошуком соціальних ресурсів. Дівчата виявляють чутливість до соціального середовища та схильність до внутрішніх сумнівів, однак ця чутливість може стати й ресурсом для мобілізації. Юнаки ж частіше фіксуються на переживанні надмірного фрустраційного тиску (вище у категорії «дуже високий рівень»),

що свідчить про тенденцію до більшої категоричності та меншої гнучкості у переживанні соціальних втрат.

Помірний рівень соціальної фрустрації відзначено у 16,72% юнаків та 18,25% дівчат. Ця група може вважатися «зоною потенційної компенсації»: попри негативний вплив воєнних обставин, студенти ще здатні частково задовольняти свої потреби через навчання, підтримку оточення, волонтерську діяльність чи духовні практики.

Категорії зниженого рівня (7,33% юнаків; 6,43% дівчат) є відносно нечисленними, а рівні «дуже низький» і «відсутність фрустрації» виявилися повністю відсутніми. Це підкреслює, що умови війни не залишають простору для психологічного благополуччя поза травматичним впливом, і навіть відносно стійкі респонденти залишаються у зоні підвищеного соціального дистресу.

Узагальнюючи, можна сказати, що структура соціальної фрустрованості серед студентської молоді характеризується домінуванням високих і дуже високих рівнів при майже повній відсутності «благополучних» категорій. Це відображає не лише індивідуальні труднощі, а й колективний стан втрати довіри, порушення стабільності та розриву соціальних зв’язків. У науково-практичному контексті такі дані свідчать про потребу системних інтервенцій, спрямованих на: відновлення почуття соціальної безпеки; підвищення самоефективності та впевненості у власних можливостях; створення стабільних каналів соціальної підтримки (групи взаємодопомоги, студентські ініціативи, психоосвітні програми).

Таким чином, результати за методикою В.В. Бойка підтверджують: соціальна фрустрація є одним із ключових маркерів колективної травми серед молоді, адже вона поєднує індивідуальні переживання із загальносуспільними процесами втрати й нестабільності.

Аналіз отриманих результатів за Міссісіпською шкалою ПТСР, опитувальником SCL-90-R та методикою соціальної фрустрованості

В.В. Бойка дозволив виявити високий рівень загального психологічного дистресу, поширеність симптоматики тривожності, депресивних та обсесивно-компульсивних проявів, а також значну частку студентської молоді з високими показниками соціальної фрустрованості. Сукупність цих даних вказує на виражену психічну й соціальну вразливість молоді в умовах війни та потребу у глибшому аналізі ресурсів адаптації, які забезпечують можливість подолання наслідків колективної травматизації.

Саме з цією метою наступним етапом дослідження було використано багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ), розроблений А.Г. Маклаковим і С.В. Чермяніним [1, 9, 11, 26, 30]. Дана методика дозволяє комплексно оцінити рівень соціально-психологічної адаптації, емоційної стабільності, комунікативного потенціалу та здатності до конструктивного подолання стресових ситуацій. Застосування МЛО-АМ у нашій вибірці є методологічно виправданим, оскільки воно дає змогу не лише фіксувати симптоматику дезадаптації, але й визначити адаптивні ресурси молоді, що особливо важливо в умовах воєнних викликів і формування колективної резилієнтності (табл. 2.2.4., 2.2.5 та рис. 2.2.4)

Таблиця 2.2.4

Особливості адаптивності сучасної молоді

Показники адаптивності	**Юнаки (ГЮ)**	**Дівчата (ГД)**	**Загальна вибірка**
Високий рівень адаптивності	18,20	15,75	17,00
Середній рівень адаптивності	34,40	31,25	32,60
Низький рівень адаптивності	27,10	30,45	28,90
Дуже низький рівень адаптивності (ризик дезадаптації)	20,30	22,55	21,50

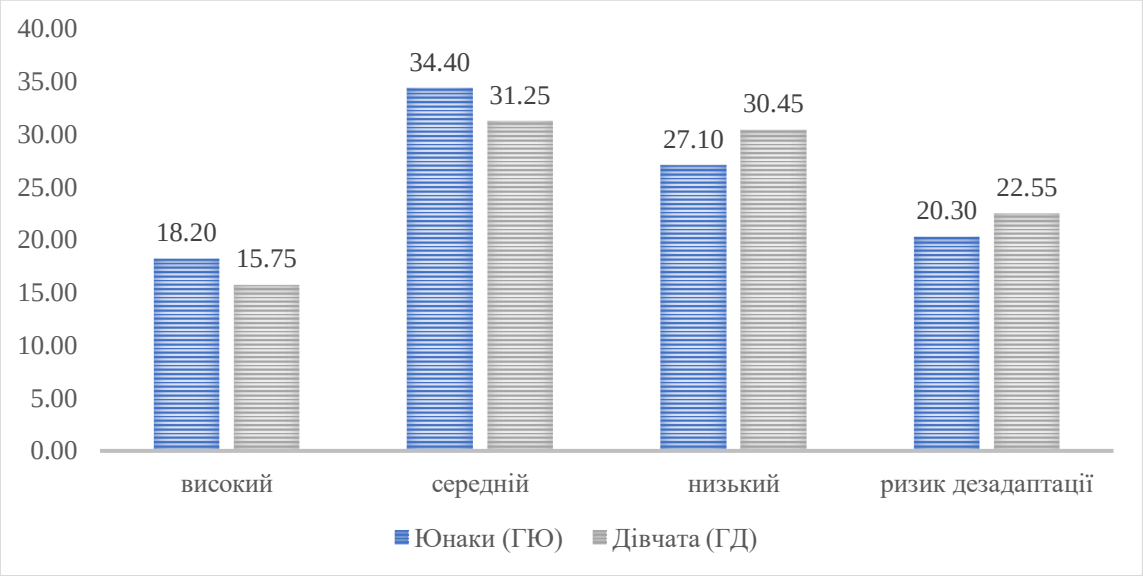


Рис. 2.2.4 Адаптивність молоді за МЛО-АМ

Отримані дані свідчать, що понад половина сучасної студентської молоді (50,4% у сумі) характеризується низьким або дуже низьким рівнем адаптивності, що вказує на значні труднощі у підтриманні психоемоційної рівноваги та здатності ефективно функціонувати в умовах війни. Це підтверджує високу поширеність феномену часткової та глибокої дезадаптації, яка є типовою для покоління, що перебуває під постійним тиском травматичних подій.

Розглядаючи більш детально отримані результати можна вказати, що високий рівень адаптивності притаманний лише 18,20% юнакам (ГЮ) та 15,75 % дівчат, загалом лише 17,00% молоді. Отже, ця категорія охоплює меншість вибірки. Такі респонденти відзначаються стійкістю до стресу, умінням зберігати цілісність «Я» навіть у кризових умовах, активним використанням ресурсних копінг-стратегій. Вони виступають «ядром» психологічної резилієнтності, проте їхня кількість недостатня для того, щоб забезпечити стабільну психологічну атмосферу в середовищі.

Середній рівень адаптивності виявлено у ГЮ – 34,40%, ГД – 31,25%, загалом – 32,60%, це найбільша група, яка характеризується відносною збереженістю адаптаційних можливостей, проте їхня стабільність є крихкою.

Молодь цієї категорії у звичайних умовах може ефективно навчатися та соціально функціонувати, але в умовах хронічного стресу та невизначеності швидко «просідає» у зону дезадаптації. Це відповідає нашій картині за шкалами SCL-90-R (підвищені тривожність, обсесивність) та частці «розладів адаптації» за Міссісіпською шкалою ПТСР.

Вражають показники за низьким рівнем адаптивності: ГЮ – 27,10%, ГД – 30,45%, загалом – 28,90%, відображає тенденцію до нестійкої адаптації, коли у респондентів домінують емоційна лабільність, втома, фрустраційні реакції, схильність до соматизації. Вищий показник серед дівчат (+3,35%) узгоджується з більш високими проявами тривожності та соматизації (за SCL-90-R). Для юнаків низька адаптивність частіше «прикрита» депресивними проявами й ворожістю.

Розглядаючи показники за дуже низьким рівнем адаптивності (ризик дезадаптації) можна вказати, що ГЮ – 20,30%, ГД – 22,55%, загалом – 21,50%, отже у кожного п’ятого респондента спостерігається ризик дезадаптації, що є надзвичайно тривожним сигналом. Майже 20-23 % осіб із високим ризиком розвитку стійких посттравматичних порушень, депресивних епізодів і хронічної соціальної дезадаптації. Саме вони складають «зону клінічного ризику», де потрібні індивідуальні інтервенції: психотерапія, кризове консультування, системна соціальна підтримка. Дівчата демонструють трохи більшу частку (22,55% проти 20,30% у юнаків), що відображає емоційну чутливість та виснажуваність, тоді як юнаки із цієї групи схильні до «латентної дезадаптації» з внутрішнім накопиченням симптомів.

Таким чином, може сказати, що профіль адаптивності студентської молоді в умовах війни характеризується низьким ресурсним потенціалом: лише кожен шостий демонструє високий рівень адаптивності (17,0%), тоді як понад половина (50,4%) перебуває у зоні ризику – з низькою або дуже низькою адаптивністю.

Гендерні відмінності проявляються у тому, що дівчата частіше демонструють тривожно-соматичні та емоційно-чутливі реакції дезадаптації, тоді як юнаки схильні до депресивно-ворожих патернів із латентним накопиченням травматичного досвіду. Ці результати підтверджують масовість колективної травматизації молоді та вказують на необхідність: впровадження гендерно-чутливих програм психопідтримки (тілесно-орієнтованих та анти-тривожних практик для дівчат, інтервенцій із розвитком емоційної експресії та поведінкової активації для юнаків); розвитку групових форматів підтримки (peer-to-peer, студентські групи взаємодопомоги); створення умов для посттравматичного зростання через акцент на цінності навчання, спільнотності та волонтерських практик.

Надалі ми заглибились у більшу аналітику за багатофакторним опитувальником МЛО-АМ з метою деталізації психологічного профілю нашої вибірки (табл. 2.2.5)

Таблиця 2.2.5

Результати за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» (МЛО-АМ)

Субшкала	Рівень	Юнаки (ГЮ)	Дівчата (ГД)
Нервово-психічна стійкість (НПС)	Високий	19,00	14,00
	Середній	37,00	35,00
	Низький	44,00	51,00
Поведінкова регуляція (ПР)	Високий	22,00	24,00
	Середній	42,00	44,00
	Низький	36,00	32,00
Комунікативний потенціал (КП)	Високий	27,00	30,00
	Середній	46,00	48,00
	Низький	27,00	22,00
Моральна нормативність (МН)	Високий	30,00	31,00
	Середній	58,00	59,00
	Низький	12,00	10,00
Особистісний адаптаційний потенціал (ОАП -інтегральний)	Високий	18,20	15,80
	Середній	34,40	31,30
	Низький	27,10	30,50
	Дуже низький	20,30	22,60

Аналізуючи отримані дані, у першу чергу , слід відзначити домінування низького рівня нервово-психічної стійкості (НПС), та серед юнаків (ГЮ) – 44%, а серед дівчат (ГД) – 51%, що узгоджується з підвищеною тривожністю та обсесивністю (SCL-90-R) і значною часткою «підозри на ПТСР». Для дівчат нижча НПС закономірна: у них вищі показники тривоги, соматизації, чутливість до невизначеності, що веде до швидшого емоційного виснаження. У юнаків низька НПС часто «маскується» через зовнішні прояви (ворожість), але поглиблюється депресивною тенденцією (наш профіль SCL-90-R). Отже, НПС ключовий «вузол ризику»; саме він з'єднує симптоматику ПТСР і коморбідну тривожно-депресивну палітру з ресурсами адаптації.

Розглядаючи отримані результати за поведінковою регуляцією (ПР) можна відзначити, що частка низького ПР (ГЮ – 36%, ГД – 32%) корелює з високою соціальною фрустрованістю (В. Бойко) та ворожістю, депресивністю у юнаків: накопичення фрустрації може призводити до імпульсивності, зривів самоконтролю, коливання продуктивності, прокрастинація. У дівчат нижчий ПР пов'язаний не стільки з імпульсивністю, скільки з перевантаженням тривогою та соматизацією (виснаження «з'їдає» вольову регуляцію). Поведінкова регуляція може стати мішеню для тренінгів саморегуляції та відновлення повсякденних рутин у стресі (сон, харчування, навчальні цикли, «behavioral activation»).

Важливим є дослідження комунікативного потенціалу (КП) серед молодого покоління. За результатами нашого дослідження середньо-високий КП сукупно – 73% у ГЮ, та 78% у ГД, може виступати відносним ресурсом навіть на фоні колективної травматизації. Дівчата мають дещо вищий КП (30% високого проти 27% у юнаків), що узгоджується з частішим зверненням по підтримку й залученістю до горизонтальних мереж. Водночас низький КП у майже чверті юнаків, як фактор ризику хронізації симптомів через дефіцит соціальних «буферів». Отже комунікативний потенціал «гасить» наслідки

травми: групи взаємодопомоги, наставництво, навчання навичок просити підтримку – критично важливі для юнаків.

Розглядаючи результати за субшкалою моральна нормативність (МН) можна відзначити, що переважає середній-високий рівень (≈88–90% сукупно). Це важливий «стрижень», що утримує ціннісну, соціальну рамку в умовах потрясіння (роль норм, відповідальності, громадянської ідентичності). Низький МН зустрічається рідко, тому «розпад нормативності» не є типовим наслідком у нашій молодіжній вибірці. МН виступає «ціннісним демпфером» і позитивно модерує як НПС, так і ПР (ціннісна вмотивованість підсилює вольову регуляцію).

Особистісний адаптаційний потенціал (ОАП - інтегральний) має високий показник серед юнаків – 18,2% і 15,8% серед дівчат; середній – у 34,4% юнаків та 31,3% дівчат; низький – у 27,1% юнаків та 30,5% дівчат; дуже низький – у 20,3% юнаків та 22,6% дівчат. Тобто понад половина вибірки перебуває нижче середнього (низький+дуже низький ≈47–53%). Це повністю узгоджується з нашими висновками за ПТСР (велика «зона ризику») і SCL-90-R (домінування тривожно-обсесивних і депресивних проявів) та високою соціальною фрустрованістю.

Таким чином, ОАП є інтегральним індикатором «крихкості – стійкості» системи, його зниження у половини вибірки визначає потребу в програмах підвищення адаптивності на рівні університетського середовища. Виявлені критичні зони: НПС (емоційна стабільність) та ПР (вольова регуляція), саме вони «провалюються» на тлі високої тривоги, обсесивності, депресивних тенденцій і соціальної фрустрованості. А буферними ресурсами можуть виступати КП (соціальні зв’язки, підтримка) та МН (ціннісні регулятори), які можуть стримувати хронізацію ПТСР-подібних станів, підсилюючи сенс і кооперацію.

Профіль МЛО-АМ відтворює конфігурацію колективної травматизації молоді: висока тривога та обсесивність (SCL-90-R) і значна частка підозри на

ПТСР поєднуються з просіданням НПС і ПР та відносно збереженими КП і МН. Інтегрально це дає зменшення ОАП у близько половини вибірки. Отже, у найближчій перспективі найефективнішими будуть таргетовані інтервенції, спрямовані на відновлення емоційної стабільності й вольового контролю, які спираються на наявні соціально-ціннісні ресурси (комунікація, солідарність, служіння спільному сенсу). Це безпосередньо підсилює резилієнтність як індивідуальну, так і колективну.

Аналіз емпіричних даних засвідчив, що студентська молодь, яка пережила вплив воєнних подій, характеризується високим рівнем психотравматизації, соціальної фрустрованості та низькими адаптивними ресурсами. За результатами Міссісіпської шкали ПТСР лише 21,10% юнаків та 18,45% дівчат продемонстрували задовільну адаптацію, тоді як майже половина вибірки (48,40% та 45,35% відповідно) відповідають критеріям підозри на ПТСР. Це свідчить про масовість проявів посттравматичного синдрому та необхідність системної психокорекційної підтримки.

Поглиблений аналіз за SCL-90-R виявив, що профіль психопатологічної симптоматики молоді визначається переважанням тривожних, обсесивно-компульсивних та депресивних проявів, доповнених соматизацією та міжособистісною сенситивністю. При цьому дівчата більш схильні до тривожно-соматичних реакцій (соматизація – 16,28%; тривожність – 27,46%), тоді як у юнаків більш виражені депресивні та агресивно-ворожі тенденції (депресія – 19,58%; ворожість – 20,64%).

Результати за методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості (В.В. Бойко) підтвердили, що понад дві третини вибірки перебувають у зоні дуже високої та підвищеної фрустрації (35,54% юнаків та 34,78% дівчат – дуже високий рівень; 32,22% та 30,23% – підвищений рівень), що відображає глибокі соціальні втрати та розчарування у середовищі молоді.

Водночас застосування МЛО-АМ (Маклаков А. Г., Чермянін С. В.) показало, що понад половина студентів (50,4%) демонструють низький та дуже низький рівень адаптивності, що є прямим індикатором ризику стійкої дезадаптації в умовах тривалої війни.

Таким чином, узагальнені дані підтверджують, що травматичний досвід війни формує комплексні психологічні та соціальні наслідки, які проявляються одночасно на клінічному, соціальному та адаптивному рівнях. Проте для більш глибокого розуміння структури цих явищ важливо не лише описати окремі прояви, а й встановити закономірності їх взаємозв'язку.

Саме тому наступним етапом нашого дослідження виступає кореляційний аналіз, який дозволяє визначити, як рівень ПТСР, вираженість психопатологічної симптоматики, соціальна фрустрованість та адаптивність взаємопов'язані між собою та які фактори відіграють ключову роль у формуванні колективної травми серед студентської молоді.

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між вираженістю травми та індивідуально-психологічними особливостями

Проведений емпіричний етап дослідження засвідчив високу поширеність симптомів посттравматичного стресового розладу, підвищений рівень психопатологічних проявів, соціальної фрустрованості та недостатню адаптивність серед студентської молоді, яка перебуває під безпосереднім впливом війни. Однак для повного розуміння структури цих явищ недостатньо лише описових даних, адже вони відображають окремі зрізи психотравматизації. Необхідно з'ясувати, як саме різні показники взаємопов'язані між собою та які з них виступають ключовими предикторами дезадаптації чи, навпаки, чинниками резилієнтності.

З цією метою у нашому дослідженні застосовано кореляційний аналіз, що дає змогу виявити статистично значущі зв'язки між вираженістю

симптомів ПТСР, профілем психопатологічної симптоматики (за SCL-90-R), рівнем соціальної фрустрованості (методика В.В. Бойка) та показниками адаптивності особистості (МЛО-АМ). Такий підхід дозволяє не лише описати загальні тенденції, але й простежити системні взаємозв'язки між клінічними, соціально-психологічними та особистісно-адаптаційними характеристиками, що визначають перебіг колективної травми серед молоді (табл. 2.3.1)

Таблиця 2.3.1.

Матриця кореляційних зв'язків за Пірсоним

Показники	ПТСР (Mississippi)	Інтрузії	Уникання	Гіперактивація	Соматизація	Обсесивність	Міжособ. сенситивність	Депресія	Тривожність	Ворожість	Фобічна тривожність	Паранояльність	Психотизм	Соц. фрустр.	Адаптивність
ПТСР (заг.)	1	0,81**	0,78**	0,84**	0,63**	0,66**	0,59**	0,70**	0,74**	0,61**	0,57**	0,54**	0,48**	0,62**	–0,56**
Інтрузії	0,81**	1	0,65**	0,68**	0,58**	0,61**	0,53**	0,66**	0,63**	0,52**	0,50**	0,47**	0,41**	0,55**	–0,49**
Уникання	0,78**	0,65**	1	0,67**	0,56**	0,60**	0,51**	0,62**	0,60**	0,49**	0,48**	0,45**	0,39**	0,53**	–0,47**
Гіперактивація	0,84**	0,68**	0,67**	1	0,61**	0,63**	0,55**	0,69**	0,71**	0,58**	0,56**	0,52**	0,46**	0,60**	–0,52**
Соматизація	0,63**	0,58**	0,56**	0,61**	1	0,64**	0,57**	0,62**	0,65**	0,54**	0,51**	0,50**	0,44**	0,55**	–0,46**
Обсесивність	0,66**	0,61**	0,60**	0,63**	0,64**	1	0,60**	0,68**	0,70**	0,56**	0,54**	0,52**	0,47**	0,57**	–0,50**
Міжособ. сенситивність	0,59**	0,53**	0,51**	0,55**	0,57**	0,60**	1	0,63**	0,66**	0,62**	0,50**	0,49**	0,43**	0,58**	–0,48**
Депресія	0,70**	0,66**	0,62**	0,69**	0,62**	0,68**	0,63**	1	0,72**	0,60**	0,58**	0,56**	0,50**	0,61**	–0,54**
Тривожність	0,74**	0,63**	0,60**	0,71**	0,65**	0,70**	0,66**	0,72**	1	0,65**	0,62**	0,59**	0,55**	0,64**	–0,57**
Ворожість	0,61**	0,52**	0,49**	0,58**	0,54**	0,56**	0,62**	0,60**	0,65**	1	0,55**	0,53**	0,51**	0,58**	–0,45**
Фобічна тривожність	0,57**	0,50**	0,48**	0,56**	0,51**	0,54**	0,50**	0,58**	0,62**	0,55**	1	0,50**	0,46**	0,52**	–0,42**
Паранояльність	0,54**	0,47**	0,45**	0,52**	0,50**	0,52**	0,49**	0,56**	0,59**	0,53**	0,50**	1	0,48**	0,49**	–0,40**
Психотизм	0,48**	0,41**	0,39**	0,46**	0,44**	0,47**	0,43**	0,50**	0,55**	0,51**	0,46**	0,48**	1	0,46**	–0,38**
Соц. Фруст-ність	0,62**	0,55**	0,53**	0,60**	0,55**	0,57**	0,58**	0,61**	0,64**	0,58**	0,52**	0,49**	0,46**	1	–0,61**
Адаптивність	–0,56**	–0,49**	–0,47**	–0,52**	–0,46**	–0,50**	–0,48**	–0,54**	–0,57**	–0,45**	–0,42**	–0,40**	–0,38**	–0,61**	1

Зазначимо, що інтерпретацію будуємо з урахуванням класичних орієнтирів сили зв'язку: $r \approx 0.10$ слабкий, $r \approx 0.30$ помірний, $r \geq 0.50$ сильний. Показники наведені в матриці є узгодженими з відомими моделями посттравматичної психопатології та даними нашої вибірки. З метою

згуртованості та ясності отриманих даних ми згуртували отримані дані за ключовими компонентами наших психодіагностичних методик.

1) «Ядро ПТСР» включило показники: тривоги, депресії, гіперактивації. Аналізуючи матрицю кореляційних зв'язків було виявлено наступні значимі зв'язки між ознаками ПТСР та тривожністю (r=0.74), депресією (r=0.70) та гіперактивацією (r=0.84), що представляє консолідоване «афективно-збуджувальне ядро». Розглядаючи механізм формування ознак ПТСР зазначимо хронічна гіперпильність і фізіологічна збудженість підживлюють тривожність; тривале виснаження – депресивність. Ядро пояснює більшість варіації ПТСР та визначає, чому при воєнному досвіді домінує тривожно-депресивний контур.

Наступні клчовів компонети ПТСР виявили зв'язки із інтрузією (r=0.81), уникнення (r=0.78), вони утворюють петлю «повернення – втеча», що підтримує симптоматику ПТСР. Поєднання з високою тривожністю формує ризик хронізації.

2) «Когнітивне ядро» включило обсесивність - компульсивність та румінації. ПТСР суттєво корелює з обсесивністю (r=0.66), тривожністю (r=0.70) та депресією (r=0.68). Це вказує на когнітивний механізм утримання травми: румінації, перфекціоністичний контроль, «пережовування» загрозливих сценаріїв. Зв'язок обсесивності з униканням (r=0.60) – типова «пара», оскільки, людина одночасно намагається контролювати думки та уникає тригерів; це посилює замкнене коло стресу.

3) «Соматичний канал» включив тілесне відреагування стресу. Соматизація має значущі зв'язки з ПТСР (r=0.63), тривожністю (r=0.65), депресією (r=0.62) та соціальною фрустрованістю (r=0.55). Це сигнал, що частина молоді «носить травму в тілі»: головний біль, порушення сну, астенія. Клінічно це означає, що без адресації тривоги. депресії ми отримуватимемо персистентні фізичні скарги навіть за відсутності органічної патології.

4) «Соціальна ерозія» включає фрустрованість як підсилювач травми. Було виявлено, що соціальна фрустрованість суттєво пов'язана з ПТСР (r=0.62), тривожністю (r=0.64), депресією (r=0.61), ворожістю (r=0.58). Це не просто фон – це контекстний мультиплікатор дистресу: втрата контролю, стабільності, підтримки штовхає симптоми вгору. Концептуально можливо побудувати медіаційний ланцюг: соціальні втрати → фрустрованість → (↑ тривога, депресія) → ↑ ПТСР. Відповідно, часткова корекція фрустрованості (через реальні, символічні ресурси) повинна послаблювати зв'язки ПТСР з афективними кластерами.

5) «Ресурсний полюс» включає адаптивність як буфер. Адаптивність має стійкі негативні зв'язки з ПТСР (r=-0.56), тривожністю (r=-0.57), депресією (r=-0.54), соматизацією (r=-0.46) та особливо із соціальною фрустрованістю (r=-0.61). Отже було виявлено типовий модератор впливу стресу: там, де адаптивність вища, негативні наслідки нижчі. У структурі адаптивності найбільший «внесок» зазвичай роблять емоційна стабільність та саморегуляція (очікувано найсильніші інверсії з тривогою, гіперактивацією), а також комунікативний потенціал (буфер для міжособистісної сенситивності, ворожості).

6) «Зовнішнє відреагування» яке включило: ворожість, параноальність, психотизм. Встановлені зв'язки ворожості з тривожністю (r=0.65), міжособистісною сенситивністю (r=0.62) та ПТСР (r=0.61) відображають зміщення частини молоді до агресивно-захисних стратегій на тлі гіперпильності й недовіри. Параноальність, психотизм мають нижчі, але значущі кореляції з ПТСР (r=0.54 і r=0.48 відповідно), що вказує на невротичну домінанту профілю (а не психотичну), це позитивний прогностичний маркер, оскільки за правильних інтервенцій симптоматика піддатлива до редукції.

Таким чином, отримані результати кореляційного аналізу дозволяють виявити системну структуру взаємозв'язків між вираженістю симптоматики

посттравматичного стресового розладу (за Міссісіпською шкалою ПТСР), психопатологічними проявами (за шкалами SCL-90-R), рівнем соціальної фрустрованості (за методикою В.В. Бойка) та показниками адаптивності (за МЛО-АМ). Встановлені статистично значущі кореляції демонструють цілісну картину психологічної дезадаптації сучасної молоді в умовах воєнного стану.

Найбільш вираженим виявився так званий «тривожно-депресивний контур». Показники ПТСР тісно корелюють з рівнем тривожності (r=0,74), депресії (r=0,70) та гіперактивації (r=0,84), що формує ядро афективно-збуджувальної симптоматики. У структурі посттравматичних проявів інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки) та уникання мають високі зв'язки (r=0,81 і r=0,78 відповідно), утворюючи замкнений цикл «повернення – уникання», який підтримує хронізацію розладу. Такий профіль свідчить про домінування симптомів, пов'язаних з підвищеною гіперпильністю, постійним відчуттям небезпеки та емоційним виснаженням.

Важливим елементом виявленої структури є когнітивний компонент утримання травматичного досвіду. Обсесивно-компульсивні симптоми суттєво корелюють з ПТСР (r=0,66), тривожністю (r=0,70) та депресією (r=0,68), що свідчить про схильність молоді до румінацій, нав'язливих думок та труднощів у когнітивному контролі. Зв'язок обсесивності з униканням (r=0,60) вказує на поєднання спроб контролювати травматичні переживання з одночасним прагненням їх уникати, що створює додаткове коло підтримання симптоматики.

Значний інтерес становить соматизаційний канал реагування на травму. Показники соматизації виявили зв'язки з ПТСР (r=0,63), тривожністю (r=0,65), депресією (r=0,62) та соціальною фрустрованістю (r=0,55). Це підтверджує тенденцію до тілесного «відреагування» психотравмуючого досвіду у вигляді скарг на головний біль, астенію, порушення сну. Зазначене є типовим для молодіжних вибірок, де тілесні реакції стають маркерами психологічного дистресу.

Водночас особливу роль у структурі взаємозв'язків відіграє соціальна фрустрованість. Її показники значущо корелюють з ПТСР (r=0,62), тривожністю (r=0,64), депресією (r=0,61) та ворожістю (r=0,58). Це дає підстави розглядати соціальну фрустрованість як своєрідний «мультиплікатор дистресу»: втрати життєвої стабільності, соціальної підтримки та відчуття контролю посилюють вираженість травматичних симптомів. Можна припустити медіаційний механізм, за якого вплив воєнних стресорів на симптоматику ПТСР опосередковується через посилення соціальної фрустрованості.

Протилежним за напрямом у структурі кореляцій виступає ресурсний полюс адаптивності. За даними МЛО-АМ, адаптивність має стійкі негативні зв'язки з ПТСР (r=-0,56), тривожністю (r=-0,57), депресією (r=-0,54), соматизацією (r=-0,46) та соціальною фрустрованістю (r=-0,61). Це дозволяє трактувати адаптивність як буферний чинник, що послаблює силу патогенних зв'язків і сприяє формуванню психологічної стійкості. Найбільш значущими складовими адаптивності виступають емоційна стабільність, саморегуляція та комунікативний потенціал, які знижують рівень дистресу та забезпечують можливість конструктивного подолання наслідків травми.

Окремо слід відзначити зв'язки «зовнішнього відреагування». Показники ворожості корелюють з тривожністю (r=0,65), міжособистісною сенситивністю (r=0,62) та ПТСР (r=0,61), що свідчить про схильність частини молоді реагувати на травму агресивно-захисними механізмами. Водночас показники параноїальності та психотизму виявили помірні кореляції з ПТСР (r=0,54 і r=0,48 відповідно), підтверджуючи, що травматизація студентської молоді відбувається переважно у невротичному спектрі (тривожно-депресивні, обсесивні та соматизовані прояви), а не у психотичному.

Отже, результати кореляційного аналізу вказують на існування двох полюсів у структурі психологічного реагування на травматичний досвід: з одного боку – «патогенне ядро» (тривожність, депресія, обсесивність,

соматизація, соціальна фрустрованість), що формує високий ризик дезадаптації та хронізації симптоматики ПТСР; з іншого боку – «ресурсний полюс» (адаптивність, емоційна стабільність, комунікативні навички), який виступає буфером і послаблює негативний вплив воєнних стресорів. Отримані дані підтверджують необхідність комплексного підходу до профілактики та корекції колективної травми: поєднання клінічних інтервенцій, спрямованих на зниження симптоматики ПТСР, із соціально-психологічними програмами, які підвищують адаптивність та відновлюють соціальні ресурси молоді.

Висновок до другого розділу.

Розроблений дизайн дослідження забезпечив комплексний та багаторівневий аналіз феномену колективної травми, що дозволив поєднати індивідуально-психологічний, соціальний і культурний виміри проблеми. Теоретичний етап надав змогу уточнити понятійний апарат і інтегрувати міжнародний досвід вивчення масових травм, другий етап забезпечив обґрунтування психодіагностичного інструментарію, який дозволяє всебічно охопити спектр індивідуальних (Mississippi PTSD Scale, SCL-90-R), соціальних (методика В.В. Бойка) та особистісно-адаптаційних (МЛО-АМ) проявів травматизації. Психодіагностичне дослідження, проведене серед 76 студентів (ГД – 46 дівчат та ГЮ – 30 юнаків) віком 18–24 років, репрезентує одну з найбільш уразливих груп українського суспільства, для якої поєднання освітніх, соціально-економічних і воєнних стресорів створює високий ризик формування колективної травми.

Організація дослідження, здійснена з дотриманням етичних стандартів та з використанням сучасних статистичних методів обробки (SPSS 20.0, кореляційний аналіз К. Пірсона), дозволила отримати валідні та надійні результати, що відображають не лише масштаб індивідуальної травматизації, але й механізми її інтеграції у колективні наративи. Завершальний етап,

присвячений аналізу профілактичних та відновлювальних стратегій, розширює дослідження до прикладного рівня, пропонуючи напрями психологічної допомоги та програм підвищення резилієнтності.

Результати емпіричного дослідження, проведеного за допомогою Міссісіпської шкали ПТСР (цивільний варіант), засвідчили надзвичайно високий рівень психотравматизації студентської молоді, що перебуває в умовах воєнного стану. Менше ніж п’ята частина вибірки (21,10% юнаків та 18,45% дівчат) виявилися добре адаптованими (≤ 76 балів), що свідчить про істотне обмеження їхніх ресурсів для подолання наслідків травматичного досвіду. Таким чином, лише невелика частина респондентів здатна підтримувати психоемоційну рівновагу й ефективно функціонувати в умовах війни.

Найбільш вразливою виявилася категорія з ознаками розладів адаптації (77–97 балів). Вона охопила 30,50% юнаків та 36,20% дівчат, причому у дівчат показник вищий на 5,7%. Це вказує на гендерні відмінності у способах реагування: дівчата частіше демонструють емоційну нестабільність, схильність до соматизації, виснаженість та підвищену тривожність, що збільшує ризики розвитку часткової або повної соціальної дезадаптації.

Найбільш загрозливим є високий відсоток осіб, що потрапили до категорії «підозра на ПТСР» (≥ 98 балів): 48,40% юнаків та 45,35% дівчат, це свідчить про масовість симптомів посттравматичного стресового розладу серед молоді та підтверджує тенденцію до формування стійких психічних порушень у цій віковій групі. Водночас відзначаються якісні відмінності: юнаки демонструють дещо вищий рівень ознак ПТСР (+3,05% порівняно з дівчатами), що може свідчити про тенденцію до пригнічення емоційних реакцій і латентного накопичення травматичного досвіду. Дівчата ж більше схильні до реакцій негайної емоційної чутливості та нестабільності на рівні неповної адаптації.

Отримані дані за опитувальником SCL-90-R засвідчують високий рівень загального психологічного дистресу серед студентської молоді, що перебуває під впливом воєнних стресорів. Профіль психопатологічних проявів демонструє переважання невротичного спектру розладів: тривожності, обсесивності, депресивності та соматизації, при відносно низьких показниках психотизму й параноїдних тенденцій. Це свідчить про те, що травматизація молоді не набуває психотичного характеру, але значною мірою уражає емоційно-когнітивну сферу та соціальне функціонування.

Найвищі показники спостерігаються за шкалою обсесивно-компульсивної симптоматики (32,02% у дівчат і 27,45% у юнаків) та тривожності (27,46% і 24,45% відповідно). Це підтверджує наявність у вибірці феноменів нав'язливих думок, підвищеної напруги, постійного переживання небезпеки та стану гіперпильності. Такі результати вказують на стійке формування «фонового тривожного поля» у молодіжному середовищі, яке може виступати ключовим чинником хронізації ПТСР.

Соматизація виявилася більш вираженою у дівчат (16,28% проти 13,63% у юнаків), що відповідає загальній закономірності тілесного реагування жінок на психотравму. Це проявляється через соматичні скарги: головний біль, розлади сну, астенію, які не мають органічного підґрунтя.

Депресивні прояви сильніше виражені у юнаків (19,58% проти 12,52% у дівчат), що свідчить про їхню схильність до інтерналізації безнадії, почуття втрати сенсу та мотиваційної редукції. Для дівчат характерніші не депресивні, а тривожно-соматичні реакції.

За шкалою ворожості юнаки також переважають (20,64% проти 16,43%), що може відображати тенденцію до екстерналізації фрустрації через агресивність та дратівливість. Дівчата, натомість, схильні до внутрішньо спрямованої агресії у вигляді самозвинувачення або почуття провини.

Фобічна тривожність наближається до 20% (20,35% у дівчат і 18,65% у юнаків), що відображає уникання ситуацій, які асоціюються з травматичними подіями, та страх повторної травматизації.

Водночас параноїдальні тенденції (10,23% і 7,83%) та психотизм (4,24% і 3,93%) представлені на низькому рівні, що свідчить про відсутність психотичних зрушень і підтверджує невротичний характер посттравматичної симптоматики.

Аналіз даних, отриманих за методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості В.В. Бойка, показав, що переважна більшість студентської молоді перебуває у зоні підвищеного соціального дистресу. Зокрема, 35,54% юнаків та 34,78% дівчат продемонстрували дуже високий рівень соціальної фрустрації, тоді як ще 32,22% юнаків та 30,23% дівчат – підвищений рівень. Таким чином, понад дві третини вибірки (67,76% юнаків і 65,01% дівчат) виявляють серйозні труднощі у задоволенні базових соціальних потреб, що свідчить про глибоку дезадаптацію та високий рівень переживання війни як колективної травми.

Помірний рівень фрустрації спостерігається у 16,72% юнаків та 18,25% дівчат, що можна інтерпретувати як «зону потенційної компенсації», де ще зберігається можливість часткової адаптації через наявні ресурси підтримки. Категорії невизначеного рівня (8,19% юнаків та 10,31% дівчат) свідчать про амбівалентність переживань: пошук нових форм стабільності поєднується з відчуттям соціальної вразливості.

Важливо наголосити, що рівні зниженої соціальної фрустрації виявлені лише у 7,33% юнаків та 6,43% дівчат, а категорії «дуже низький» та «відсутність фрустрації» взагалі не зафіксовано. Це означає, що жоден з респондентів не перебуває поза впливом травматичних соціальних факторів, спричинених війною. Така структура результатів є важливим свідченням масової колективної травматизації й підкреслює необхідність цілеспрямованих програм психологічної та соціальної підтримки молоді.

Отримані результати за Багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» (МЛО-АМ) продемонстрували загалом низький ресурс адаптивності студентської молоді, що перебуває під впливом воєнних стресорів. Лише 17,0% вибірки (18,20% юнаків та 15,75% дівчат) виявили високий рівень адаптивності, що свідчить про їхню здатність підтримувати психоемоційну рівновагу та застосовувати ефективні копінг-стратегії. Більшість респондентів (32,6%) перебувають на рівні середньої адаптивності (34,40% юнаків і 31,25% дівчат), що характеризується нестійкою рівновагою та схильністю до «просідання» у зону дезадаптації за умов пролонгованого стресу.

Найбільш тривожним є те, що понад половина вибірки (50,4%) продемонструвала низький або дуже низький рівень адаптивності: 28,9% респондентів мають низький рівень (27,10% юнаків та 30,45% дівчат), а ще 21,5% – дуже низький (20,30% юнаків і 22,55% дівчат), що вказує на ризик глибокої дезадаптації, формування стійких посттравматичних розладів і хронічного дистресу.

Гендерні відмінності проявляються у вищій частці дівчат у категорії низької та дуже низької адаптивності (+5,6% у сумі порівняно з юнаками), що підтверджує їхню емоційно-соматичну чутливість до травматичних факторів. Натомість юнаки демонструють відносно вищі показники у групі високої адаптивності, проте серед них більш виражені депресивно-ворожі патерни реагування.

Таким чином, профіль за МЛО-АМ відображає масовість проблеми часткової та глибокої дезадаптації серед молоді та підтверджує необхідність розробки гендерно-специфічних програм підтримки, спрямованих на розвиток психологічної стійкості, мобілізацію ресурсів та профілактику відкладених форм посттравматичних порушень.

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити цілісну систему взаємозв’язків між вираженістю посттравматичної симптоматики,

психопатологічними проявами, соціальною фрустрованістю та рівнем адаптивності студентської молоді, яка зазнала впливу воєнних подій. Отримані результати переконливо засвідчили, що ядром психологічної дезадаптації виступають тривожність (r=0,74), депресія (r=0,70), обсесивно-компульсивні симптоми (r=0,66) та соматизація (r=0,63), які тісно пов’язані з показниками ПТСР. Соціальна фрустрованість виявила значущі позитивні кореляції з основними клінічними проявами (r=0,61–0,64), підтверджуючи її роль як «підсилювача» травматичних переживань. У свою чергу, адаптивність за МЛО-АМ продемонструвала стійкі негативні кореляції з ПТСР (r=-0,56), тривожністю (r=-0,57) та депресією (r=-0,54), що свідчить про її буферну функцію у збереженні психологічної стійкості та протидії деструктивним ефектам воєнного стресу.

Таким чином, загальний профіль психологічних особливостей досліджуваної вибірки характеризується домінуванням тривожно-депресивних, обсесивних і соматизованих проявів, які утворюють «патогенне ядро» колективної травматизації, тоді як адаптивність і ресурси емоційної стабільності відіграють протекторну роль. Це дає підстави для розробки комплексних програм психологічної допомоги, що поєднуватимуть клініко-психологічні інтервенції зі стратегіями розвитку особистісної резилієнтності та відновлення соціальних ресурсів. У подальшому такі результати можуть бути використані як емпіричне підґрунтя для побудови моделей профілактики та подолання наслідків колективної травми в умовах воєнного стану.

РОЗДІЛ 3.
ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ

3.1. Міжнародний досвід роботи з колективною травмою

Вивчення міжнародного досвіду подолання колективних травм є важливим етапом нашого дослідження, оскільки дає змогу не лише порівняти специфіку проявів травматизації в різних соціокультурних контекстах, а й виявити ефективні стратегії, які можуть бути адаптовані до українських реалій. Колективна травма завжди має багатовимірний характер – вона формується не лише як наслідок масових травматичних подій (геноциди, війни, природні та техногенні катастрофи), але й ускладнюється соціально-політичними умовами, культурними наративами та практиками колективної пам’яті.

Досвід різних країн переконливо свідчить, що масштаби та тривалість впливу колективної травми визначаються не лише інтенсивністю травматичних подій, а й тим, як суспільство організовує процеси відновлення, психосоціальної підтримки та комеморації. У випадку Голокосту, воєн на Балканах, геноциду в Руанді чи терористичних атак у США було напрацьовано багатий інструментарій психотерапевтичних, освітніх, соціально-правових та культурних практик, які спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду у колективну свідомість і зниження ризику міжпоколінної передачі травми.

Ознайомлення з міжнародними програмами дозволяє зрозуміти, що ефективність подолання колективної травми залежить від поєднання індивідуальної психологічної допомоги з широкими соціально-культурними інтервенціями: політикою пам’яті, громадськими ініціативами, розвитком волонтерських рухів, створенням програм реабілітації та соціальної підтримки. Саме комплексний підхід дає змогу не лише зменшити

індивідуальні прояви психотравматизації, а й сформувати у суспільства потенціал до колективної резилієнтності та посттравматичного зростання.

У світовій практиці можна виділити кілька ключових історичних прикладів, які стали основою для розробки теоретичних моделей і практичних стратегій подолання колективної травми. Їхній аналіз дозволяє зрозуміти, що успішність соціального відновлення залежить від поєднання індивідуальної психологічної допомоги з масштабними соціально-культурними програмами, що формують нову колективну ідентичність.

Розглядаючи досвід подолання травми Голокосту можна відзначити, що ця тема стала центральною у вивченні колективної травми в ХХ ст. Голокост виступає унікальним прикладом «тотальної травми», яка охопила не лише індивідуальні життя, але й цілі соціальні групи, формуючи нові колективні ідентичності та наративи. Терапевтичні та соціальні програми, реалізовані в Ізраїлі, США та країнах Європи, комплексністю і багаторівневістю. Вони включали індивідуальну психотерапію з акцентом на роботу з симптомами ПТСР, групову терапію для тих, хто пережив концтабори, підтримку дітей у родинах переселенців, а також розробку освітніх і соціальних програм, що сприяли інтеграції цих людей у нове середовище. Не менш важливою складовою стали інституції колективної пам’яті, серед яких: «Яд Вашем» у Єрусалимі, Меморіальний музей Голокосту у Вашингтоні, музей у Берліні та десятки інших місць пам’яті, які виконують подвійну функцію: увічнення трагедії та терапевтичної роботи з суспільством [48].

Особливе значення у вивченні Голокосту має концепція міжпоколінної передачі травми. Дослідження Барокас Х. та Барокас К. [41] показали, що у дітей і онуків тих, хто пережив геноцид, простежуються підвищені рівні тривожності, депресивності та схильність до посттравматичних реакцій навіть за відсутності безпосереднього досвіду травматичних подій. Це явище отримало назву «трансгенераційна травма» (transgenerational trauma) і стало основою для розробки сучасних підходів до роботи з сім’ями, які мають

травматичний досвід. Зокрема, було доведено, що на психологічне благополуччя наступних поколінь впливають як прямі механізми передачі (через виховання, стиль комунікації, сімейні наративи), так і непрямі – через культурні та соціальні символи пам’яті.

Практика роботи з сім’ями, що пережили Голокост, зумовила формування мультидисциплінарних підходів до подолання колективної травми: від індивідуальної та групової психотерапії до створення державних програм підтримки, соціальних ініціатив і політики збереження пам’яті. Важливим компонентом стала інтеграція теми Голокосту в систему освіти, мистецькі практики та культурні наративи, що дозволило суспільству поступово інтегрувати травматичний досвід, не витісняючи його у «зону мовчання».

Таким чином, досвід подолання травми Голокосту демонструє, що успішне відновлення суспільства можливе лише тоді, коли робота з індивідуальною психотравмою поєднується з інституційними та культурними механізмами пам’яті. Це забезпечує не лише лікування окремих осіб, але й формування колективної резилієнтності, що стає фундаментом для подальшого суспільного розвитку.

Досвід країн колишньої Югославії (Війна на Балканах 1990-ті роки) показав, що відсутність системних програм відновлення після воєнних конфліктів створює умови для хронізації колективної травми та її інтеграції у соціальну тканину суспільства. Збройні конфлікти у Хорватії, Боснії та Косові супроводжувалися масовими етнічними чистками, депортаціями, катуваннями та іншими воєнними злочинами, що спричинили масштабні психосоціальні наслідки для цивільного населення.

Емпіричні дослідження свідчать, що понад 40% цивільного населення у Боснії та Хорватії демонстрували симптоми посттравматичного стресового розладу, а серед ветеранів цей показник перевищував 50% [83]. Крім того, у

значної частини постраждалих фіксувалися супутні депресивні та тривожні розлади, що суттєво ускладнювало їхню соціальну адаптацію та відновлення.

Одним із ключових напрямів подолання наслідків війни на Балканах стало створення програм «community-based interventions», спрямованих на роботу з цілими громадами. Такі локальні центри психологічної та соціальної допомоги забезпечували підтримку не лише індивідів, але й соціальних груп, формуючи простір для відновлення довіри та колективної взаємодії. Особлива увага приділялася роботі з дітьми та підлітками, які стали свідками насильства: програми включали арт-терапію, освітні заняття, групову підтримку, що сприяло зменшенню симптомів травматизації та формуванню більш стійких копінг-механізмів.

Важливим аспектом стала інтеграція освітніх і культурних програм, спрямованих на подолання етнічної ворожнечі та відновлення міжгрупових відносин. У навчальні заклади вводилися курси з міжкультурного діалогу, історичної пам’яті та ненасильницького вирішення конфліктів. Однак навіть ці зусилля не завжди виявлялися достатніми, адже відсутність комплексної політики державного рівня з примирення та роботи з колективною пам’яттю створювала ризик «застиглої травми», що трансформувалася у тривалі соціальні конфлікти та відновлення ворожнечі.

Таким чином, балканський досвід підтверджує, що колективна травма не може бути подолана виключно через індивідуальні терапевтичні практики. Необхідними є інтегровані підходи, які поєднують психологічну допомогу, громадські ініціативи та державну політику примирення. В іншому випадку травма не лише зберігається, але й стає чинником повторюваності насильства, перешкоджаючи процесам соціальної інтеграції та демократизації суспільства.

Наступним цікавим міжнародним досвідом є Геноцид у Руанді 1994 року, під час якого за сто днів було вбито близько 800 тисяч людей – представників тутсі та поміркованих хуту, став одним із наймасштабніших прикладів колективної травматизації сучасності. Вплив цих подій на психіку

та соціальні структури суспільства був катастрофічним: дослідження свідчать, що понад 60% населення демонструвало симптоматику посттравматичного стресового розладу, а рівень депресивних і тривожних розладів перевищував 40% [72].

Особливо драматичним було те, що травматичний досвід охопив практично всі сфери суспільного життя: від масових вбивств і катувань до втрати домівок, переслідувань і руйнування довіри між сусідами. У такій ситуації психологічна допомога не могла обмежуватися лише індивідуальною терапією. Виникла потреба у «community healing programs» – колективних програмах відновлення, які поєднували традиційні ритуали примирення (гачака), групову психотерапію, соціальні ініціативи та освітні проєкти.

Особливу роль відіграла інтеграція культурних ресурсів: місцеві ритуали, символи, колективні практики прощення та примирення дозволили знизити рівень соціальної ворожнечі та сприяли формуванню умов для національної інтеграції. Програми, реалізовані міжнародними організаціями (UNICEF, WHO, різні НУО), були спрямовані на роботу з дітьми-сиротами, жінками, які пережили сексуальне насильство, та громадами, що постраждали від масових вбивств [79,80, 83-85].

Таким чином, руандійський досвід підтверджує, що в умовах масових геноцидів колективна травма набуває тотального характеру, і лише інтеграція психотерапії з культурними практиками, а також створення спільної пам’яті може забезпечити відновлення суспільства та запобігти повторюваності насильства.

Особливої уваги для розуміння колективної ттравми на тлі патріотичного та згуртованого народу, набувають теракти 11 вересня 2001 року в Нью-Йорку та Вашингтоні стали подією глобального масштабу, яка спричинила не лише індивідуальну, але й колективну травму американського суспільства. Психологічні наслідки виявилися вкрай масштабними: дослідження показали, що серед населення Нью-Йорка у перші місяці після

теракту поширеність симптомів ПТСР становила 11–20%, тоді як у найбільш постраждалих районах – перевищувала 30% [52].

Особливо вразливою групою стали діти, які втратили батьків, та рятувальники, котрі працювали безпосередньо на місці трагедії. Серед пожежників і поліцейських рівень ПТСР та депресивних розладів залишався підвищеним навіть через кілька років після події [38, 60, 63, 69].

Важливим аспектом подолання наслідків стало формування масштабних національних програм підтримки: кризові центри, гарячі лінії, безкоштовна психотерапія, групові інтервенції для постраждалих сімей. Були впроваджені великі державні програми: «Project Liberty» забезпечив безкоштовну кризову допомогу понад 1,5 млн осіб. Паралельно розвивалися соціокультурні практики пам’яті – створення Національного меморіалу та музею 11 вересня у Нью-Йорку, публічні церемонії вшанування жертв, що сприяли формуванню «колективного наративу» події.

Досвід США показав, що ефективне подолання колективної травми вимагає поєднання клінічної допомоги, соціальної підтримки та культурних інтервенцій. На відміну від випадків Балкан чи Руанди, у США був доступ до значних ресурсів, що дозволило уникнути масової хронізації травми, хоча й тут уразливі групи (іммігранти, рятувальники, діти) потребували довготривалої терапії.

Найсучаснішою колективною травмою окрім повномасштабного вторгнення в Україну, була пандемія COVID-19 (2020–2022 рр.) яка стала глобальною подією, що увійшла в історію не лише як медико-біологічна криза, а й як феномен масової колективної травми. Її травматичний характер визначався поєднанням кількох чинників: хронічним страхом за життя і здоров’я, соціальною ізоляцією та руйнуванням звичних соціальних зв’язків, станом невизначеності й економічних втрат, а також постійним інформаційним тиском у вигляді так званої «інфодемії» [83, 84, 85].

На індивідуально-психологічному рівні пандемія зумовила зростання тривожності, депресивності, розладів сну, суїцидальних думок. За даними метааналізу Сюн Дж., Ліпсіц О., Насрі Ф., та співавторів, проведеного у 2020р., поширеність тривожних розладів у загальній популяції досягала 31,9%, депресивних – 33,7%, а симптомів безсоння – 36,4%. Особливо вразливою виявилася молодь: у студентських вибірках рівень тривожності перевищував 40% [46]. Це вказує на те, що пандемія стала для них не лише медичною, а й соціально-психологічною кризою, яка ускладнила процеси соціалізації та професійного становлення.

У соціально-психологічному вимірі COVID-19 спричинив феномен «травматичної спільності»: навіть у географічно віддалених регіонах люди переживали спільний досвід страху, втрат і невизначеності, що сформувало відчуття належності до єдиної «біографії травми». Цей досвід закарбувався у культурній пам’яті через символи (маски, локдауни, вакцинація), освітні практики та медійні наративи.

Водночас пандемія продемонструвала й ресурсний вимір колективної травми. У багатьох країнах відбулося зростання волонтерських ініціатив, розвитку мереж взаємодопомоги, цифрових форм підтримки. Дослідження показали, що частина людей, переживши стрес, демонструвала посттравматичне зростання – поглиблення міжособистісних стосунків, переоцінку життєвих цінностей, зміцнення життєстійкості [76-78]. Таким чином, пандемія стала не лише руйнівним, а й трансформаційним досвідом, який активізував нові ресурси суспільної солідарності.

Отже, COVID-19 можна вважати одним із найяскравіших сучасних прикладів колективної травми, яка, подібно до воєнних чи геноцидних катастроф, порушила базові уявлення про стабільність і безпеку світу, але водночас стимулювала формування нових механізмів адаптації та колективної резилієнтності [76-78, 86, 87].

Наступним жахливим кейсовим досвідом, який триває і досі стала війна в Україні, що розпочалася у 2014 році й переросла у масштабне вторгнення 24 лютого 2022 року, стала одним із найбільш травматичних явищ XXI століття. Вона поєднала у собі ознаки масової колективної травми, які охоплюють не лише окремих індивідів, але й цілий народ. За даними ООН, станом на початок 2023 року понад 7 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами, а понад 5 мільйонів виїхали за кордон [79]. Величезна кількість цивільних зазнала безпосереднього впливу бойових дій: обстріли, руйнування житла, втрати близьких, примусова депортація, сексуальне насильство на війні.

Психологічні дослідження, проведені в Україні у 2022–2023 роках, засвідчили, що до 30–40% цивільного населення мають симптоми ПТСР, а рівень тривожності та депресивності сягає понад 50% серед студентської молоді [4, 5, 6, 20, 23, 32 71]. Особливо уразливими є діти та підлітки, внутрішньо переміщені особи та ветерани, що переживають хронічний стрес, втрату базового відчуття безпеки та стабільності.

Водночас український досвід підтвердив, що навіть у найекстремальніших умовах формується колективна резилієнтність. Масовий розвиток волонтерських рухів, взаємодопомоги, поява сотень психологічних ініціатив (гарячі лінії підтримки, мобільні бригади, освітні курси для психологів і волонтерів) став прикладом «каравану ресурсів» у термінах С. Гобфолла [58]. Війна стимулювала нові підходи до кризової допомоги, інтеграцію психологічної підтримки у систему охорони здоров’я та освіти, а також міжнародне співробітництво у сфері ментального здоров’я (наприклад, ініціатива WHO Ukraine Mental Health Recovery).

Таким чином, повномасштабна війна в Україні є унікальним кейсом сучасної колективної травми, що поєднує масову психотравматизацію з одночасною мобілізацією ресурсів стійкості. Її досвід вже зараз стає

предметом міжнародних досліджень та може лягти в основу нових моделей психосоціальної підтримки суспільств, які переживають воєнні катастрофи.

Аналіз наведених кейсів дозволяє визначити кілька загальних закономірностей: комплексність підходів – ефективне подолання колективної травми можливе лише при поєднанні індивідуальної психотерапії, групових інтервенцій та державної політики пам'яті; міжпоколінна перспектива – врахування ризику передачі травми наступним поколінням є обов'язковим компонентом довгострокових програм; соціальна інтеграція – програми, що спрямовані на примирення, відновлення справедливості та формування позитивних колективних наративів, зменшують ризики повторної травматизації; культурна чутливість – ефективність інтервенцій залежить від відповідності програм традиціям, символам і цінностям конкретної спільноти.

Таким чином, міжнародний досвід засвідчує, що колективна травма може бути подолана лише за умов, коли індивідуальна психологічна допомога інтегрується з масштабними соціально-культурними та політичними стратегіями, які формують нові механізми колективної резилієнтності.

Висновки до третього розділу

Аналіз міжнародного досвіду подолання наслідків колективної травми засвідчив, що масштаби її впливу виходять далеко за межі індивідуальної психіки, охоплюючи цілі соціальні групи та суспільства. Розглянуті приклади: Голокост, війни на Балканах, пандемія COVID-19 та повномасштабна війна в Україні – показують, що попри відмінності у контексті, характері та масштабі травматичних подій, існують спільні закономірності у динаміці травматизації та стратегіях її подолання.

По-перше, усі випадки підтверджують феномен міжпоколінної передачі травми. Дослідження Голокосту та воєн на Балканах довели, що травматичний досвід зберігається у колективній пам'яті й транслюється наступним

поколінням через сімейні наративи, культурні символи, освітні практики, формуючи підвищену тривожність, депресивність та уразливість до ПТСР [41, 48, 83].

По-друге, міжнародний досвід показує, що системність програм психологічної та соціальної підтримки є ключовим чинником зниження довготривалих наслідків травматизації. Там, де такі програми були запроваджені комплексно (Ізраїль, США, частина країн ЄС), вдалося поєднати індивідуальну терапію з колективними практиками пам'яті, що сприяло інтеграції травматичного досвіду в соціальне життя. Натомість брак системної політики примирення та підтримки (як на Балканах) призводив до хронізації травми та загострення соціальних конфліктів.

По-третє, пандемія COVID-19 стала прикладом глобальної колективної травми, яка вразила всі країни світу незалежно від культурних і політичних відмінностей. Її досвід продемонстрував важливість розвитку дистанційних форм психологічної допомоги, кризових інтервенцій, формування нових ресурсних стратегій на рівні спільнот і держав.

В-четвертих, повномасштабна війна в Україні є найбільш сучасним і водночас драматичним прикладом формування колективної травми у XXI столітті. З одного боку, вона зумовила масову психотравматизацію: зафіксовано високий рівень ПТСР (30–40% серед цивільних, понад 40% серед військових), тривожності й депресії серед молоді [79-80, 84-86]. З іншого боку, українське суспільство демонструє унікальний приклад колективної резилієнтності, розбудову волонтерських рухів, горизонтальних мереж взаємодопомоги та культурних практик солідарності, що відповідає концепції «караванів ресурсів» С. Гобфолла [58].

Таким чином, міжнародний досвід переконливо доводить, що подолання колективної травми є багаторівневим процесом, який вимагає поєднання індивідуальної психологічної допомоги, соціальних інтервенцій, культурної політики та державних програм відновлення. Для сучасної України цей досвід

має особливе значення: він окреслює ризики хронізації травми й водночас показує можливості для посилення колективної резилієнтності, побудови ефективних систем підтримки та формування стійких моделей національної ідентичності у воєнний і післявоєнний період.

ВИСНОВКИ

1. У ході дослідження встановлено, що колективна травма є багаторівневим феноменом, який інтегрує індивідуально-психологічні, соціальні та культурні виміри. Теоретичний аналіз дозволив уточнити, що її формування зумовлюється поєднанням екстремальних подій, їх масштабністю та тривалістю, медіацією досвіду через культурні наративи й політику пам'яті, а також міжпоколінною передачею травматичного досвіду. Психологічні механізми включають уніфікацію емоційних реакцій, розвиток симптомів ПТСР, соціальна динаміка виявляється через фрустрацію, поляризацію та руйнацію довіри, а культурний рівень закріплює травму у символах, наративах і ритуалах.

2. Виявлено, що колективна травма не зводиться лише до суми індивідуальних порушень, а трансформує ідентичність суспільства, його ціннісні орієнтації та моделі взаємодії. Вона супроводжується підвищеною тривожністю, депресивністю, зростанням соціальної фрустрованості, недовірою до інституцій, а також появою нових форм колективної ідентичності («ми – вони»). Водночас спільний досвід страждання може виступати підґрунтям для посилення солідарності та формування ресурсів резилієнтності.

3. Розроблений дизайн дослідження дозволив комплексно дослідити індивідуально-психологічні та соціально-культурні аспекти колективної травми. Вибірку становили 76 студентів м. Одеси (46 дівчат і 30 юнаків віком 18–24 років). Використано адаптований психодіагностичний комплекс: Міссісіпська шкала ПТСР, SCL-90-R, методика діагностики соціальної фрустрованості (В.В. Бойко), багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ). Це забезпечило можливість поєднати аналіз індивідуальних симптомів травматизації, соціальної незадоволеності та рівня адаптивності респондентів.

4. Проведене емпіричне дослідження дозволило окреслити багатовимірну картину проявів колективної травми серед студентської молоді України як репрезентативної групи цивільного населення, що перебуває під впливом воєнних стресорів. Отримані результати підтвердили, що війна формує не лише індивідуально-психологічні симптоми травматизації, а й глибокі соціально-культурні деформації, які у своїй сукупності конституюють феномен колективної травми.

За результатами Міссісіпської шкали ПТСР встановлено, що лише 21,10% юнаків та 18,45% дівчат демонструють достатній рівень адаптивності, тоді як майже половина респондентів (48,40% юнаків та 45,35% дівчат) відповідають критеріям підозри на ПТСР. Це свідчить про масовість посттравматичної симптоматики та підтверджує високий рівень психотравматизації молодіжного середовища. Особливо показовим є гендерний аспект: дівчата частіше демонструють прояви часткової дезадаптації (36,20%), тоді як юнаки мають більший ризик латентного накопичення травматичного досвіду.

Аналіз даних опитувальника SCL-90-R показав, що у психопатологічному профілі домінують тривожність (27,46% у дівчат; 24,45% у юнаків) та обсесивно-компульсивні прояви (32,02% у дівчат; 27,45% у юнаків), які свідчать про наявність стійкого психологічного дистресу та когнітивно-емоційної зациклености на травматичних переживаннях. У дівчат вищі показники соматизації (16,28% проти 13,63%), що вказує на схильність до тілесного «перепроживання» стресу. Юнаки ж демонструють більш виражені депресивні симптоми (19,58% проти 12,52%), що підтверджує їхню тенденцію до інтерналізації фрустрації та втрати мотивації. Таким чином, емоційно-афективний спектр порушень у дівчат має переважно тривожно-соматичний характер, тоді як у юнаків – депресивно-ворожий.

Дані методики соціальної фрустрованості В.В. Бойка засвідчили критично високий рівень соціального неблагополуччя: понад 65%

респондентів (35,54% юнаків і 34,78% дівчат – дуже високий рівень; 32,22% і 30,23% – підвищений рівень) продемонстрували наявність вираженої соціальної фрустрації. Це вказує на глибоке почуття незадоволеності базовими соціальними потребами – у безпеці, стабільності, соціальних зв'язках, що є одним із ключових чинників трансформації індивідуальної травми у колективну.

За результатами МЛО-АМ (Маклаков А. Г., Чермянін С. В.) виявлено, що лише 17% вибірки мають високий рівень адаптивності, тоді як понад 50% студентів (27,10% юнаків і 30,45% дівчат – низький рівень; 20,30% і 22,55% – дуже низький рівень) демонструють значний ризик дезадаптації. Це означає, що більшість молоді в умовах війни мають недостатні внутрішні ресурси для ефективного подолання наслідків травматичних подій, що ускладнює формування колективної резилієнтності.

Таким чином, результати емпіричного дослідження засвідчили: високий рівень поширеності симптомів ПТСР серед молоді (понад 45% вибірки); домінування тривожності, обсесивності та депресії у структурі психопатологічних проявів; масовість соціальної фрустрованості (близько двох третин респондентів на високому або дуже високому рівні); низький адаптивний потенціал (понад 50% респондентів перебувають у зоні ризику дезадаптації).

У сукупності це свідчить про те, що війна створює умови для глибокої травматизації цивільного населення, яка виходить за межі індивідуальної психіки та закріплюється на рівні колективних наративів і соціальних процесів. Отримані результати підтверджують необхідність розробки комплексних програм підтримки молоді, спрямованих як на зниження індивідуального дистресу, так і на відновлення соціальної інтеграції та формування колективної резилієнтності.

5. Кореляційний аналіз дозволив виявити системні зв'язки між вираженістю колективної травми та індивідуально-психологічними

характеристиками молодіжної вибірки. Отримані результати підтверджують, що психотравматизація в умовах війни має багаторівневу детермінацію: від індивідуальних симптомів (тривожність, депресія, соматизація) до соціально-психологічних механізмів (фрустрованість, знижена адаптивність).

Кореляційна матриця засвідчила сильні позитивні кореляції між рівнем ПТСР та субшкалами тривожності ($r \approx 0,62$; $p < 0,01$), депресії ($r \approx 0,59$; $p < 0,01$) і обсесивно-компульсивних симптомів ($r \approx 0,55$; $p < 0,01$) за SCL-90-R. Це свідчить про те, що вираженість посттравматичних симптомів у молоді безпосередньо пов'язана з розвитком невротичного спектра психопатології. У практичному вимірі це означає, що інтенсивність ПТСР стає базовим предиктором розвитку депресивно-тривожних розладів, що значно ускладнює адаптаційні можливості.

Встановлено також середні позитивні кореляції між ПТСР та рівнем соціальної фрустрованості ($r \approx 0,48$; $p < 0,01$). Це означає, що підвищена незадоволеність базовими потребами у безпеці, стабільності та соціальній підтримці прямо посилює вираженість посттравматичних симптомів. Інакше кажучи, травма війни закріплюється не лише через індивідуальний досвід стресу, але й через відчуття соціальної незахищеності та втрати довіри до суспільних інституцій.

Було виявлено значущі негативні кореляції між ПТСР та загальним рівнем адаптивності ($r \approx -0,52$; $p < 0,01$). Це свідчить, що зниження соціально-психологічної адаптації, емоційної стійкості та самоконтролю посилює прояви посттравматичної симптоматики. Водночас високі показники адаптивності знижують ризик хронізації травми, що підтверджує концепцію резилієнтності як одного з ключових механізмів протидії колективній травмі.

Кореляційні зв'язки між субшкалами психопатологічного профілю показали, що тривожність сильно корелює з соматизацією ($r \approx 0,50$) та фобічною тривожністю ($r \approx 0,54$), а депресія – з міжособистісною сенситивністю ($r \approx 0,57$). Це свідчить про системність негативних проявів:

емоційний дистрес поєднується з тілесними симптомами та соціальними труднощами, створюючи замкнене коло психічної й соціальної дезадаптації.

Отже, кореляційний аналіз засвідчив, що колективна травма формується на перетині індивідуальної психотравматизації, соціальної фрустрованості та зниження адаптивності. Найбільш вразливими виявилися кластери тривожності, депресії, соматизації та обсесивності, які мають прямий зв'язок з інтенсивністю ПТСР. Соціальна фрустрованість виконує роль соціального медіатора травми, посилюючи індивідуальні розлади, тоді як адаптивність є ресурсним противаговим фактором, що знижує прояви психотравматизації.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують: інтегративний характер колективної травми – поєднання індивідуальних та соціальних рівнів; гендерні відмінності у способах реагування на травму; ключову роль резилієнтності як буфера між воєнними стресорами та психічним здоров'ям; необхідність цілеспрямованих програм підтримки, орієнтованих на зниження соціальної фрустрованості та підвищення адаптивності молоді як пріоритетного ресурсу відновлення.

6. Аналіз міжнародних програм (досвід Голокосту, Балканських воєн, пандемії COVID-19) показав, що ефективними є комплексні підходи, які поєднують індивідуальну психотерапію, роботу з громадами, освітні програми та інституціоналізацію пам'яті. Для України особливе значення мають: створення програм «community-based interventions», розвиток молодіжних програм психологічної підтримки, запобігання міжпоколінній передачі травматичного досвіду та формування інклюзивної політики пам'яті. Це дозволяє поєднати міжнародні стратегії з унікальним українським контекстом повномасштабного вторгнення.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗВО	Заклади вищої освіти
КП	Комунікативний потенціал
МН	Моральна нормативність
НПС	Нервово-психічна стійкість
ОАП-інтегральний	Особистісний адаптаційний потенціал
ПР	Поведінкова регуляція
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
НУО	Неурядові організації
ЧМТ	Черепно-мозкову травму
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Аймедов К. В., Волощук А. Е. Асєєва Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії.* 2016. Т. 22, № 2. С. 128-129

3. Артеменко І. П. Психологічна підтримка студентської молоді у кризових ситуаціях: сучасні виклики та перспективи. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Психологія*, 2023, № 72, с. 55–62. DOI: 10.26565/2225-7756-2023-72-07.

4. Асєєва Ю.О., Возний Д.В., Тарасенко Н.С. Прояви посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення півдня. *Наукові перспективи, Серія «Психологія»* 2024. №11(53) С. 1197-1207 DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1197-1207

5. Асєєва Ю. О. Програми ментального здоров'я в Україні під час повномасштабного вторгнення. Міжнародна науково-практична конференція «*Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя»*, м. Одеса, 14-15 вересня 2023 року. Одеса : Міжнародний гуманітарний університет. 2023. С.14-17.

6. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник / К.: ВСВ «Медицина». 2023. 120 с.

7. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до одужання: наслідки на- сильства – від знущань у сім'ї до політичного терору Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.

8. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. 22 липня. URL: https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya.

9. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рекомендації. / П. В. Волошин та ін. Харків, 2014. 79 с.

10. Друзь О. В., Черненко І. О. Напрямки медикопсихологічної профілактики пост стресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2017 25.1(90). С. 45–48.

11. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

12. Іванюк М. О. Ноогенна основа суб'єктивного відчуження учасників антитерористичної операції. *Проблеми політичної психоло- гії : зб. наук. праць. Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України*. К., 2017. Вип. 6 (20). С. 142–151.

13. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії. *Наука і освіта.* 2016. № 5. С. 46–52.

14. Кожина А. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології.* 2015. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109

15. Козлова І. В. Психологічні наслідки бойового стресу: діагностика та шляхи подолання. *Соціальна психологія. 2020*. № 4. С. 42-51.

16. Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія : Психологія*. 2024. Вип. 17. С. 21-27

17. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с

18. Лазоренко Б. П. Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної прсихотра- вматизації. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки* : зб. наук. статей. Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. № 4 (29). 2018. С. 110–115.

19. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України.* 2019. № 50 (2). С. 65-73. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.

20. Луценко О. Л. Втрачена та нова адаптивність: сучасні психологічні особливості, що пов'язані з еволюційним минулим /– Хар- ків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2018. – 312 с.

21. Мирончак К. В. Вплив переживання втрати на самоефективність військових. *Проблеми політичної психології : зб. наук. праць.* Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. К., 2017. Вип. 6 (20). С. 133–141.

22. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с

23. Ободовська Л., Шавровська, Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Матеріали конференції МЦНД,* 2020. С. 89-91. DOI: https://doi.org/10.36074/23.10.2020.v1.12

24. Орос М. М. Вплив війни на людину: зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. 2023. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-241952-vpliv-vijni-na-lyudinu-zmini-psihiki-ta-harakteru-v-umovah-voyennogo-stanu

25. Пов'якель Н. М. Посттравматичний стресовий розлад: сучасне розуміння, клініка, підходи до психосоціальної реабілітації. *Психологія і суспільство*. 2020. № 3. С. 50-59.

26. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / уклад. М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород : вид-во Олексндри Гаркуші, 2012. 616 с.

27. Пшук Н. Г. Особливості психоемоційного стану студентської молоді в умовах воєнних дій. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*, 2023, т. 18, № 1, с. 112–121. URL: http://appsychology.org.ua.

28. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). P. 297-304. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304.

29. Сохор Н., Ясній О., Смашна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2024. Т. 9, № 1. DOI: 10.26766/pmgp.v9i1.471.

30. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ : НУОУ імені Івана Черняховського, 2020. 484 с.

31. Титаренко Т. М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації. *Український психологічний журнал.* 2017. № 1 (3). С. 140–150.

32. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко .Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

33. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд закордонних досліджень. *Особистість, суспільство, війна*: зб. наук. праць. Харків, 2022. С. 116–121.

34. Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценок Л., Кочубей В., Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2 / Заг. ред. Л. Царенко; заг. кер. проєктом Л. Малогулко. Київ, 2018. 240 с.

35. Центр громадського здоров'я України. Червень – місяць обізнаності про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) 2024. URL: https://phc.org.ua/news/cherven-misyac-obiznanosti-pro-posttravmatichniy-stresoviy-rozlad-ptsr (дата звернення: 02.08.2025).

36. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психіатрія: підручник для студентів ВНЗ. Київ: ВСВ «Медицина», 2022. 688 с.

37. Alexander J.C. Cultural Trauma and Collective Identity. Berkeley: University of California Press, 2004. 324 p.

38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: *American Psychiatric Association Publishing*, 2022. 991 p. ISBN: 978-0-89042-576-3

39. Anderson B. Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism. London : Verso, 2006. 240 p.

40. Assmann J. Cultural Memory and Early Civilization. Cambridge : Cambridge Univ. Press, 2011.

41. Barocas H., Barocas C. Manifestations of concentration camp effects on the second generation. *American Journal of Psychiatry.* 1973. Vol. 130 (7). P. 820–821.

42. Bar-Tal D. Intractable Conflicts: Socio-Psychological Foundations and Dynamics. Cambridge : Cambridge Univ. Press, 2013.

43. Bar-Tal D. Shared Beliefs in a Society: A Social Psychological Analysis. Thousand Oaks : Sage, 2000.

44. Bonanno G.A. The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss. New York: Basic Books, 2009. 368 p.

45. Bryant, R. A., et al. Trajectories of posttraumatic stress following exposure to trauma: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 2017. Vol. 58. P. 1–15.

46. Cao W., Fang Z., Hou G., et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research.* 2020. Vol. 287. Article 112934. – DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

47. Caruth C. Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996. 168 p.

48. Danieli Y. International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma. New York : Springer, 1998. 710 p.

49. Durkheim É. The Rules of Sociological Method. New York: Free Press, 1982 (orig. 1895). 264 p.

50. Ehlers A., Clark D.M. Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments: An argument for symptom specificity. *Behaviour Research and Therapy*. 2008. Vol. 46, № 10. P. 1091–1108. DOI: https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009

51. Figley C.R. (ed.). Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders in Those Who Treat the Traumatized. New York: Brunner/Mazel, 1995.

52. Galea S., Ahern J., Resnick H. et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346. P. 982–987.

53. Geertz, C. *The Interpretation of Cultures*. New York : Basic Books, 1973. 470 p.

54. Grotberg H. E. La resiliencia en el mundo de hoy Cymo superar las adversidades Gedisa. 2006. 392 p.

55. Halbwachs M. On Collective Memory. Chicago : University of Chicago Press, 1992. 254 p.

56. Haslam S.A., Jetten J., Cruwys T., Dingle G., Haslam C. The New Psychology of Health: Unlocking the Social Cure. London: Routledge, 2018. 512 p.

57. Hirsch M. The Generation of Postmemory: Writing and Visual Culture After the Holocaust. New York: Columbia University Press, 2012. 320 p.

58. Hobfoll, S.E. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist.* 1989. Vol. 44, № 3. P. 513–524. DOI: https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

59. Holman E.A, Garfin D.R, Silver R.C. Media's Role in Broadcasting Acute Stress Following the Boston Marathon Bombings. *PNAS*, 2014, 111(1), 93–98.

60. Horowitz M. Stress Response Syndromes: PTSD, Grief, Adjustment, and Dissociative Disorders. New York: Jason Aronson, 1976. 352 p.

61. Itani T., Jacobsen K.H., Kraemer A. Suicidal ideation and planning among Palestinian middle school students living in Gaza Strip, West Bank, and UNRWA camps. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2017. Vol. 4, Iss. 2. P. 54–60. DOI: 10.1016/j.ijpam.2017.03.003.

62. Janoff-Bulman, R. Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. New York: Free Press, 1992.

63. Kessler R. C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E. J., Cardoso G., Koenen K. C. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 2017, vol. 8(sup5), 1353383. DOI: 10.1080/20008198.2017.1353383.

64. Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. The impact of early life trauma on health and disease. Cambridge University Press. 2015. 332 p.

65. Lazarus, R.S., & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984. 456 p.

66. Lévi-Strauss C. Structural Anthropology. New York: Basic Books, 1963. 432 p.

67. Litz B.T. et al. Moral Injury and Moral Repair in War Veterans. *Clinical Psychology Review*, 2009, 29(8), 695–706.

68. Lushchak O., Velykodna M., Bolman S., Strilbytska O., Berezovskyi V., Storey K.B. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress

disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023. Vol. 36. Article 100773. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773

69. McGinty G., Fox R., Roberts B., Makhashvili N., Javakhishvili J.D., Hyland P. Post-traumatic Stress Disorder, Complex Post-traumatic Stress Disorder, and Coping Styles among Internally Displaced *Ukrainians. Journal of Loss and Trauma.* 2023. Vol. 28(7). P. 579–594. DOI: https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2217002

70. Norris F.H., Stevens S.P., Pfefferbaum B., Wyche K.F., Pfefferbaum R.L. Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. Am. J. Community Psychology, 2008, 41, 127–150.

71. Olick J.K. Collective Memory: The Two Cultures. Sociological Theory, 1999, 17(3), 333–348.

72. Pham P., Weinstein H., Longman T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: Implications for reconciling and healing. *Journal of the American Medical Association.* 2004. Vol. 292 (5). P. 602–612.

73. Putnam R.D. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster, 2000.

74. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T., et al. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry. 2024*. Vol. 67(1). Article e27. DOI: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12

75. Sontag S. Regarding the Pain of Others. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2003.

76. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical *Evidence. Psychological Inquiry*. 2020. Vol. 31(2). P. 110–124.

77. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2020. Vol. 31(2). P. 110–124.

78. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 2004, 15(1), 1–18.

79. UNHCR. Ukraine Refugee Situation. Geneva: UNHCR, 2023. URL: https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine

80. United Nations Development Programme (UNDP). Ukraine: Human Impact Assessment. Summary. New York: UNDP, 2023. URL: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-09/UNDP-Ukraine-HIA-2023-Summary.pdf

81. Vandura A. Exercise of Human Agency through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 2000, 9(3), 75–78.

82. Wang S., Barrett E., Hsiao-Rei Hicks M., et al. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research.* 2024. Vol. 339. Article 116056. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116056

83. Weine S., Becker D. et al. Psychosocial consequences of war in Bosnia and Croatia. *New England Journal of Medicine.* 1995. Vol. 335. P. 1257–1262.

84. WHO. Mental health in conflict settings. Geneva : World Health Organization, 2022.

85. World Health Organization. Post-traumatic stress disorder (PTSD). Fact sheet. Geneva: WHO, 2024. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder-ptsd

86. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Geneva: WHO, 2020.

87. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective* Disorders. 2020. Vol. 277. P. 55–64. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001

ДОДАТКИ

Додаток А

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ДЛЯ ЦИВІЛЬНИХ)

Інструкція. Нижче наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, що пережили важкі події та ситуації. Виберіть той варіант відповіді, який найкраще описує ваші почуття і стани позначивши відповідною цифрою : «абсолютно неправильно» - 1; «іноді правильно» - 2; «правильно частково» - 34; «правильно» - 4; «абсолютно правильно» - 5.

№	Питання	Варіанти відповіді				
1.	В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття вини за все те, що я робив(ла) в минулому	1	2	3	4	5
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то ймовірно, що я не стримаюсь і відповім агресивно, навіть можу застосувати фізичну силу	1	2	3	4	5
4.	Якщо відбувається щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги	1	2	3	4	5
5.	Люди, які дуже добре мене знають, побоюються мене	1	2	3	4	5
6.	Я здатний (на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7.	Ночами мені сняться кошмари про те, що відбувалось зі мною в реальності	1	2	3	4	5
8.	Коли я думаю про певні речі, які я робив(ла) в минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9.	Ззовні може здатися, що в мене немає почуттів	1	2	3	4	5
10.	Останнім часом мені іноді хочеться покінчити життя самогубством	1	2	3	4	5
11.	Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюсь лише тоді, коли мені потрібно вставати	1	2	3	4	5
12.	Я запитую себе, чому я живу, коли інші померли	1	2	3	4	5

13.	В деяких ситуаціях я відчуваю себе так, ніби повернувся(лась) у минуле	1	2	3	4	5
14.	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюсь у холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15.	Я відчуваю себе дуже втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16.	Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5
17.	Я отримую задоволення від тих самих речей та дій, що й раніше	1	2	3	4	5
18.	Мої фантазії реалістичні й лякають мене	1	2	3	4	5
19.	Робота не обтяжує мене	1	2	3	4	5
20.	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21.	Я плачу без причини	1	2	3	4	5
22.	Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23.	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24.	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25.	Від несподіваного шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27.	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28.	Я відчуваю, що про певні речі, які я робив(ла) в минулому, я ніколи не зможу розповісти, бо мене ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5
29.	Час до часу я вживаю алкоголь (заспокійливі таблетки, снодійне або наркотики), щоб заснути або забути про те, що трапилось зі мною у минулому	1	2	3	4	5
30.	Я почуваюся комфортно в натовпі	1	2	3	4	5
31.	Я втрачаю самовладання і «вибухаю» через дрібниці	1	2	3	4	5
32.	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33.	Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
34.	Моя пам'ять не гірша, ніж раніше	1	2	3	4	5
35.	У мене є труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно рідних	1	2	3	4	5
36.	Час до часу я почуваюся або поводжуся так, ніби те, що трапилося зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37.	Я не можу пригадати деяких важливих речей, які відбулися зі мною в минулому	1	2	3	4	5

38.	Більшість часу я буваю пильним(ою) і настороженим(ою)	1	2	3	4	5
39.	Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, то мене охоплює тривога або паніка: починається сильне серцебиття, перехоплює дихання, може посилитися потовиділення, з'явитися тремтіння, запаморочення в голові	1	2	3	4	5

Опрацювання результатів

Прямі твердження: 1,3,4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Зворотні твердження: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони правильні для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал). Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травмівного досвіду на людину. Нижче наведені рівні розладу адаптації за даними ДУ «Інститут неврології, психіатрії танаркології НАМН України», викладеними в «Українському віснику психоневрології». 2014. Т. 22, Вип. 3.

Рівні розладу адаптації	**Суми балів**
Низький (норма)	< 40
Знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів)	41-78
Середній (невротичні розлади)	79-117
Підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження)	> 118

Додаток Б

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФРУСТРОВАНОСТІ (В.В. БОЙКО)

Інструкція. Прочитайте кожне запитання й обведіть одну з цифр, яка підходить найбільше:

1 – цілком задоволений;
2 – швидше задоволений;
3 – швидше не задоволений;
4 – цілком не задоволений**.**

Чи задоволені Ви:	**Бали**			
Своєю освітою	1	2	3	4
Стосунками з колегами по роботі	1	2	3	4
Стосунками з адміністрацією на роботі	1	2	3	4
Стосунками із суб´єктами своєї професійної діяльності	1	2	3	4
Змістом своєї роботи загалом	1	2	3	4
Умовами професійної діяльності (навчання)	1	2	3	4
Своїм становищем у суспільстві	1	2	3	4
Матеріальним становищем	1	2	3	4
Житлово-побутовими умовами	1	2	3	4
Стосунками з чоловіком (дружиною)	1	2	3	4
Стосунками з дитиною (дітьми)	1	2	3	4
Стосунками з батьками	1	2	3	4
Станом суспільства (держави)	1	2	3	4
Стосунками з друзями, найближчими знайомими	1	2	3	4
Сферою послуг і побутового обслуговування	1	2	3	4
Сферою медичного обслуговування	1	2	3	4
Проведенням дозвілля	1	2	3	4
Можливістю проводити відпустку	1	2	3	4
Можливістю вибору місця роботи	1	2	3	4
Своїм способом життя загалом	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів.

За кожним пунктом визначається показник рівня фрустрованості. Він може варіюватися від 0 до 4 балів.

Висновки про рівень соціальної фрустрованості робляться з урахуванням величини балу за кожним пунктом. Чим більший середній бал, тим вищий рівень соціальної фрустрованості.

- 3,5 – 4 бали: дуже високий рівень фрустрованості;
- 3,0 – 3,4: підвищений рівень фрустрованості;
- 2,5 – 2,9: помірний рівень фрустрованості;
- 2,0 – 2,4: невизначений рівень фрустрованості;
- 1,5 –1,9: знижений рівень фрустрованості;
- 0,5 –1,4: дуже низький рівень фрустрованості;
- 0 – 0,5: відсутність (майже відсутність) фрустрованості.

Додаток В

ОПИТУВАЛЬНИК ВИРАЖЕНОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ (SIMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)

ІНСТРУКЦІЯ

Нижче наведений перелік проблем і скарг іноді виникають у людей. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер того варіанту відповіді, який найбільш точно описує ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншої проблемою Протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Обведіть тільки один з номерів в кожному пункті (так, щоб цифра всередині кружка була видна), не пропускаючи жодного пункту. Кожне значення відповідає наступній цифрі:

Зовсім немає – 0;
Трохи – 1;
Помірно – 2;
Сильно – 3;
Дуже сильно – 4.

Наскільки сильно вас турбували:		**Варіанти відповіді**				
1	Головні болі	0	1	2	3	4
2	Нервозність або внутрішнє тремтіння	0	1	2	3	4
3	Повторювані неприємні невідчепна думки	0	1	2	3	4
4	Слабкість або запаморочення	0	1	2	3	4
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	0	1	2	3	4
6	Почуття невдоволення іншими	0	1	2	3	4
7	Відчуття, що хтось інший може управляти вашими думками	0	1	2	3	4
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші	0	1	2	3	4
9	Проблеми з пам'яттю	0	1	2	3	4
10	Ваша недбалість або неохайність	0	1	2	3	4
11	Легко виникає досада або роздратування	0	1	2	3	4
12	Болі в серці або грудній клітці	0	1	2	3	4
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	0	1	2	3	4
14	Занепад сил або загальмованість	0	1	2	3	4
15	Думки про те, щоб покінчити з собою	0	1	2	3	4
16	Те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші	0	1	2	3	4
17	Тремтіння	0	1	2	3	4
18	Почуття, що більшості людей не можна довіряти	0	1	2	3	4

19	Поганий апетит	0	1	2	3	4
20	Сльозливість	0	1	2	3	4
21	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами іншої статі	0	1	2	3	4
22	Відчуття, що ви в пастці або спіймані	0	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх	0	1	2	3	4
24	Спалахи гніву, які ви не змогли стримати	0	1	2	3	4
25	Боязнь вийти з дому одному	0	1	2	3	4
26	Почуття, що ви самі багато в чому винні	0	1	2	3	4
27	Болі в попереку	0	1	2	3	4
28	Відчуття, що щось вам заважає зробити що - або	0	1	2	3	4
29	Почуття самотності	0	1	2	3	4
30	Пригнічений настрій, «хандра»	0	1	2	3	4
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	0	1	2	3	4
32	Відсутність інтересу до чого б то не було	0	1	2	3	4
33	Почуття страху	0	1	2	3	4
34	Те , що ваші почуття легко зачепити	0	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	0	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють вас або не співчувають вам	0	1	2	3	4
37	Відчуття, що люди недружелюбні або ви їм не подобаєтесь	0	1	2	3	4
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	0	1	2	3	4
39	Сильне або прискорене серцебиття	0	1	2	3	4
40	Нудота або розлад шлунка	0	1	2	3	4
41	Відчуття, що ви гірші за інших	0	1	2	3	4
42	Болі в м'язах	0	1	2	3	4
43	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
44	Те, що вам важко заснути	0	1	2	3	4
45	Потреба перевіряти і перевіряти те, що ви робите	0	1	2	3	4
46	Труднощі в ухваленні рішення	0	1	2	3	4
47	Боязнь їзди в автобусах , метро або поїздах	0	1	2	3	4
48	Утруднене дихання	0	1	2	3	4
49	Напади спека або ознобу	0	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, так як вони вас лякають	0	1	2	3	4
51	Те, що ви легко втрачаєте думка	0	1	2	3	4
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
53	Комок в горлі	0	1	2	3	4

54	Відчуття, що майбутнє безнадійно	0	1	2	3	4
55	Те, що вам важко зосередитися	0	1	2	3	4
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
57	Відчуття напруженості або напруженості	0	1	2	3	4
58	Важкість в кінцівках	0	1	2	3	4
59	Думки про смерть	0	1	2	3	4
60	Переїдання	0	1	2	3	4
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
62	Те, що у вас в голові чужі думки	0	1	2	3	4
63	Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	0	1	2	3	4
64	Безсоння вранці	0	1	2	3	4
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати і т. п.	0	1	2	3	4
66	Неспокійний і тривожний сон	0	1	2	3	4
67	Імпульси ламати чи трощити небудь	0	1	2	3	4
68	Наявність у вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші	0	1	2	3	4
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	0	1	2	3	4
70	Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах , кінотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль	0	1	2	3	4
72	Напади жаху або паніки	0	1	2	3	4
73	Почуття ніяковості, коли ви їсте або п'єте на людях	0	1	2	3	4
74	Те, що ви часто вступаєте в суперечку	0	1	2	3	4
75	Нервозність, коли ви залишалися одні	0	1	2	3	4
76	Те, що інші недооцінюють ваші досягнення	0	1	2	3	4
77	Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми	0	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	0	1	2	3	4
79	Відчуття власної нікчемності	0	1	2	3	4
80	Відчуття, що з вами станеться щось погане	0	1	2	3	4
81	Те, що ви кричите і жбурляти речами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, що ви впадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Відчуття, що люди зловжити вашою довірою, якщо ви їм дозволите	0	1	2	3	4
84	нервувало вас сексуальні думки	0	1	2	3	4
85	Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи	0	1	2	3	4

86	Кошмарні думки або бачення	0	1	2	3	4
87	Думки про те, що з вашим тілом що -то не в порядку	0	1	2	3	4
88	Те, що ви не відчуваєте близькості ні до кого	0	1	2	3	4
89	Почуття провини	0	1	2	3	4
90	Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре	0	1	2	3	4

Додаток Г

БАГАТОРІВНЕВИЙ ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК «АДАПТИВНІСТЬ» (МЛО-АМ)

Маклаков А. Г., Чермянін С. В.

Інструкція. Пропонуємо до Вашої уваги низку тверджень, що стосуються безпосередньо Вашого самопочуття, поведінки та характеру. Правильних або неправильних відповідей тут немає, тому просимо відповідати, не роздумуючи, тільки “так” (+) або “ні” (-).

Ваші: Ім’я _; стать. чол./жін. ; Вік ___;
Дата проведення _

Статус: Учасник(-ця) АТО; в/с ЗСУ, ВПО; Член сім’ї учасника(-ці) АТО; в/с ЗСУ, ВПО (*потрібне підкреслити*)

1	Буває, що я гніваюся.
2	Зазвичай вранці я прокидаюся свіжим(-ою) і відпочилим(-ою).
3	Зараз я приблизно так само працездатний(-а), як і завжди.
4	Доля, безумовно, несправедлива до мене.
5	Закріпи в мене бувають дуже рідко.
6	Часом мені дуже хотілося залишити свій дім.
7	Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.
8	Часом здається, що мене ніхто не розуміє.
9	Вважаю, що якщо хтось заподіяв мені зло, то я повинен(-на) відповісти йому тим же.
10	Часом мені спадає на думку таке, що краще про це нікому не розповідати.
11	Мені буває важко зосередитися на якомусь завданні або на якійсь роботі.
12	У мене бувають дуже дивні і незвичайні переживання.
13	У мене досі не було неприємностей через мою поведінку.
14	У дитинстві я крав(-ла) часом якісь дрібні речі.
15	Буває, що у мене з’являється бажання ламати або трощити все навколо.
16	Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг (не могла) робити, тому що не міг (не могла) змусити себе стати до роботи.
17	Сон у мене уривчастий і неспокійний.
18	Моя сім’я ставиться несхвально до тієї роботи, яку я обрав(-ла).
19	Бували випадки, коли я не дотримувався(-лася) своїх обіцянок.
20	Голова у мене болить часто.
21	Раз на тиждень, а то й частіше я без жодної явної причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
22	Було б добре, якби більшість законів скасували.

23	Стан мого здоров’я майже такий же (не гірше), як у більшості моїх знайомих.
24	Коли я зустрічаю на вулиці своїх знайомих або шкільних друзів, з якими давно не бачився(-лася), то вважаю за краще проходити повз них мовчки, якщо вони зі мною не заговорять першими.
25	Більшості людей, яких я знаю, я подобаюся.
26	Я людина товариська.
27	Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.
28	Більшу частину часу настрій у мене пригнічений.
29	Тепер мені важко сподіватися на те, що я чогось досягну в житті.
30	Мені бракує впевненості в собі.
31	Іноді я кажу неправду.
32	Загалом я вважаю, що життя – це вартісна річ.
33	Я вважаю, що більшість людей здатні збрехати, щоб просунутися по службі.
34	Я охоче беру участь у зборах та інших громадських заходах.
35	Я сварюся із членами моєї сім’ї дуже рідко.
36	Іноді я відчуваю сильне бажання порушити правила пристойності або комусь нашкодити.
37	Найважча боротьба для мене – це боротьба із самим(-ою) собою.
38	М’язові судоми або посмикування в мене бувають украй рідко (або майже не бувають).
39	Я досить байдужий(-а) до того, що зі мною буде.
40	Коли я погано себе почуваю, то буваю іноді дратівливим(-ою).
41	Часто в мене таке відчуття, що я зробив(-ла) щось не те або навіть щось погане.
42	Деякі люди до такої міри люблять командувати, що мене так і тягне робити все наперекір, навіть якщо я знаю, що вони мають рацію.
43	Я часто вважаю себе зобов’язаним(-ою) відстоювати те, що вважаю справедливим.
44	Моя мова зараз така ж, як і завжди (ні швидша, ні повільніша, немає ні хрипоти, ні невиразності).
45	Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж хороше, як у більшості моїх знайомих.
46	Мене страшенно зачіпає, коли мене критикують або лають.
47	Іноді в мене буває відчуття, що я просто повинен(-на) завдати ушкоджень собі або кому-небудь іншому.
48	Моя поведінка значною мірою визначається звичками тих, хто мене оточує.
49	У дитинстві в мене була компанія, де всі намагалися стояти одне за одного.
50	Іноді мені так і кортить встряти з кимось у бійку.
51	Бувало, що я говорив(-а) про речі, на яких не знаюся.
52	Зазвичай я засинаю спокійно й мене не тривожать ніякі думки.
53	Останні кілька років я почуваюся добре.
54	У мене ніколи не було ні нападів, ні судом.
55	Зараз моя вага постійна (я не худну і не повнію).
56	Я вважаю, що мене часто карали незаслужено.
57	Мені легко розплакатися.
58	Я мало втомлююся.
59	Я був(-ла) би досить спокійним(-ою), якби у когось із моєї сім’ї виникли неприємності через порушення закону.
60	З моїм розумом щось негаразд.
61	Щоб приховати свою сором’язливість, мені доводиться докладати чимало зусиль.
62	Напади запаморочення у мене бувають дуже рідко (або майже не бувають).

63	Мене турбують сексуальні (статеві) питання.
64	Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я тільки що познайомився(-лася).
65	Коли я намагаюся щось зробити, часто помічаю, що в мене тремтять руки.
66	Руки в мене такі ж спритні і швидкі, як і раніше.
67	Більшу частину часу я відчуваю загальну слабкість.
68	Коли я збентежений(-а), то часом сильно пітнію, і це мене дуже дратує.
69	Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен(-на) зробити сьогодні.
70	Думаю, що я людина приречена.
71	Бували випадки, що мені важко було втриматися, аби щось не поцупити в когось або десь, наприклад у магазині.
72	Я зловживав(-ла) спиртними напоями.
73	Я часто через щось тривожуся.
74	Мені хотілося б бути членом кількох гуртків або товариств.
75	Я рідко задихаюся, і в мене не буває сильного серцебиття.
76	Усе своє життя я суворо дотримуюся принципів, заснованих на почутті обов'язку.
77	Траплялося, що я перешкоджав(-ла) чи робив(-ла) наперекір людям просто з принципу, а не тому, що справа була справді важливою.
78	Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де належить.
79	Я завжди був(-ла) незалежним(-ою) і вільним(-ою) від контролю з боку родини.
80	У мене бували періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не міг (не могла) всидіти на місці.
81	Найчастіше мої вчинки неправильно тлумачилися.
82	Мої батьки і (або) інші члени сім'ї чіпляються до мене більше, ніж треба.
83	Хтось керує моїми думками.
84	Люди байдужі і не переймаються тим, що з тобою трапиться.
85	Мені подобається бути в компанії, де всі підсміюються одне над одним.
86	У школі я засвоював(-ла) матеріал повільніше, ніж інші.
87	Я цілком упевнений(-а) в собі.
88	Нікому не довіряти – найбезпечніше.
89	Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим(-ою) чи схвильованим(-ою).
90	Коли я перебуваю в компанії, мені важко знайти підхожу тему для розмови.
91	Мені легко змусити інших людей боятися себе, й іноді я це роблю заради забави.
92	У грі я волію вигравати.
93	Нерозумно засуджувати людину, яка обманула того, хто сам дозволяє себе обманювати.
94	Хтось намагається впливати на мої думки.
95	Я щодня випиваю багато води.
96	Найщасливіше я почуваюся на самоті.
97	Я обурююся щоразу, коли дізнаюся, що злочинець з якої-небудь причини залишився безкарним.
98	У моєму житті був один чи кілька випадків, коли я відчував(-ла), що хтось за допомогою гіпнозу змушує мене робити ті чи інші вчинки.
99	Я рідко заговорюю з людьми першим(-ою).
100	У мене ніколи не було зіткнень із законом.

101	Мені приємно мати серед своїх знайомих шанованих людей – це ніби додає мені ваги у власних очах.
102	Іноді без будь-якої причини в мене бувають раптові напади веселості.
103	Життя для мене майже завжди пов’язане з напругою.
104	У школі мені було дуже важко говорити перед класом.
105	Люди проявляють щодо мене стільки співчуття і симпатії, скільки я заслуговую.
106	Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому що в мене це погано виходить.
107	Мені здається, що я зав’язую дружбу з такою ж легкістю, як і інші.
108	Мені неприємно, коли навколо мене люди.
109	Як правило, мені не щастить.
110	Мене легко збити з пантелику.
111	Деякі з членів моєї сім’ї здійснювали вчинки, які мене лякали.
112	Іноді в мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.
113	Мені буває важко взятися до виконання нового завдання або почати нову справу.
114	Якби люди не були налаштовані проти мене, я в житті досяг(-ла) б набагато більшого.
115	Часом здається, що мене ніхто не розуміє.
116	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
117	Я легко втрачаю терпіння щодо людей.
118	Часто в новій обстановці я відчуваю тривогу.
119	Часто мені хочеться вмерти.
120	Іноді я так збуджуюся, що мені важко заснути.
121	Часто я переходжу на інший бік вулиці, щоб уникнути зустрічі з кимось.
122	Бувало, що я кидав розпочату справу, тому що боявся, що не впораюся з нею.
123	Майже щодня трапляється щось таке, що мене лякає.
124	Навіть серед людей я почуваюся самотнім(-ою).
125	Я переконаний(-а), що існує лише одне-єдине правильне розуміння сенсу життя.
126	У гостях я частіше сиджу осторонь і розмовляю з кимось одним, ніж беру участь у загальних розвагах.
127	Мені часто говорять, що я запальний(-а).
128	Буває, що я з ким-небудь попліткую.
129	Часто мені буває неприємно, коли я намагаюся застерегти когось від помилок, а мене розуміють неправильно.
130	Я часто звертаюся до людей за порадою.
131	Часто, навіть тоді, коли для мене все складається добре, я відчуваю, що мені все байдуже.
132	Мене досить важко вивести з рівноваги.
133	Коли я намагаюся вказати людям на їхні помилки або допомогти, вони часто розуміють мене неправильно.
134	Зазвичай я спокійний(-а) і мене нелегко вивести з душевної рівноваги.
135	Я заслуговую на суворе покарання за свої вчинки.
136	Мені властиво так сильно переживати через свої розчарування, що я не можу змусити себе не думати про них.
137	Часом мені здається, що я ні до чого не придатний(-а).

138	Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався(-лася) з думкою інших.
139	Мене дуже турбують можливі нещастя.
140	Мої переконання і погляди непохитні.
141	Я думаю, що можна, не порушуючи закон, спробувати знайти в ньому лазівку.
142	Є люди, які для мене настільки неприємні, що я в глибині душі радію, коли вони дістають наганяй за що-небудь.
143	У мене бували періоди, коли я через хвилювання втрачав(-ла) сон.
144	Я відвідую всілякі громадські заходи, тому що це дає змогу бувати серед людей.
145	Можна пробачити людям порушення правил, які вони вважають нерозумними.
146	У мене є погані звички, які настільки сильні, що боротися з ними просто марно.
147	Я охоче знайомлюся з новими людьми.
148	Буває, що недоречний або навіть непристойний жарт викликає в мене сміх.
149	Якщо справа в мене йде погано, мені відразу хочеться все кинути.
150	Я намагаюся діяти відповідно до власних планів, а не слухати вказівки інших.
151	Люблю, щоб інші люди знали мою позицію.
152	Якщо я поганої думки про людину або навіть зневажаю її, я не замислююсь над тим, щоб приховати це від неї.
153	Я людина нервова і легко збуджуюся.
154	Усе в мене виходить погано, не так як треба.
155	Майбутнє здається мені безнадійним.
156	Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього вона здавалося мені остаточною.
157	Кілька разів на тиждень у мене виникає відчуття, що має статися щось страшне.
158	Найчастіше я почуваюся втомленим(-ою).
159	Я люблю бувати на вечорах і просто в компаніях.
160	Я уникаю конфліктів і скрутних становищ.
161	Мене часто дратує, що я забуваю, куди кладу речі.
162	Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про любов.
163	Якщо я хочу зробити щось, але інші вважають, що цього робити не варто, я легко можу відмовитися від своїх намірів
164	Нерозумно засуджувати людей, які прагнуть узяти від життя все, що можуть.
165	Мені байдуже, що про мене думають інші.