

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**СИСТЕМНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
ЦИВІЛЬНОМУ НАСЕЛЕННЮ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ,
ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ЧЕРЕЗ НАСЛІДКИ ВІЙНИ**

053 – Психологія

05 – Соціальні та поведінкові науки

Квітки Наталі Вікторівни

аспірантки кафедри практичної психології
Криворізького державного педагогічного університету

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології

Шаповал Іванна Миколаївна

Кривий Ріг – 2025

АНОТАЦІЯ

Квітка Н. В. Системна психологічна допомога цивільному населенню дорослого віку, яке постраждало через наслідки війни. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 19.00.07 «Вікова та педагогічна психологія» (053 Психологія). Криворізький державний педагогічний університет, Кривий Ріг, 2025.

В дисертації презентовано результати наукових пошуків в галузі психологічної допомоги в умовах війни.

Мета роботи: теоретично вивчити та емпірично дослідити особливості системної психологічної допомоги дорослому цивільному населенню, враховуючи наслідки впливу війни на психологічний стан особистості.

Наукова новизна роботи полягає у тому, що:

- було систематизовано і теоретично проаналізовано системний підхід у психології, зокрема щодо системної психологічної допомоги;
- обґрунтовано та визначено авторське трактування системної психологічної допомоги;
- проаналізовано та узагальнено актуальні дослідження з проблематики психологічних наслідків новітнього військового конфлікту в Україні;
- за результатами здійсненого автором статистичного аналізу (лінійна регресія, machine learning) визначено специфічні предиктори вищих рівнів вираженості ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) у дорослого цивільного населення України під час повномасштабної війни;
- розроблено авторську програму системної психологічної допомоги, яка передбачає системний вплив на усі системні рівні особистості

(біологічний, індивідуально-психологічний та соціально-зумовлений), а також базується на інтеграції методів когнітивно-поведінкової терапії та соціально-психологічного тренінгу; програму адаптовано до онлайн-формату та безпекових ризиків через війну.

Вступ дисертації містить відомості про новизну, актуальність, мету, завдання, практичне та теоретичне значення роботи, про апробацію результатів і методологію дослідження.

Перший розділ присвячений теоретичному аналізу системного підходу в психології в аспекті психологічної допомоги, феноменології особистості як системи, матеріальних та психологічних збитків через війну, особистісної зрілості, авторському трактуванню сутності системної психологічної допомоги.

Виділено найбільш поширені психологічні наслідки війни для дорослого цивільного населення (тенденція до вираженості ознак ПТСР, КПТСР, тривожна та депресивна симптоматика, порушення сну). Описано фактори вразливості до виникнення негативної психологічної симптоматики, як то: старший вік; жіноча стать; нижчий рівень освіти; висока інтенсивність та тривалість травматичних подій; низька ефективність копінг-стратегій; відсутність партнера; низький ступінь свободи впливати на травматичні події; вимушена еміграція через війну та вимушене переселення. Окреслено концепцію посттравматичного зростання як здатності особистості набувати позитивних змін внаслідок опрацювання травматичного досвіду.

Описано ефективність окремих психологічних методів, базованих на системному підході. Винайдено фактори збільшення терапевтичного ефекту психологічної допомоги постраждалим через війну та найбільш ефективні теоретико-методологічні напрямки допомоги, серед яких є КПТ, ЕФТ, EMDR.

На підставі розгляду ключових проблем системного аналізу психічних явищ та прикладів використання системного підходу в психологічних

дослідженнях обґрунтовано авторське розуміння сутності системної психологічної допомоги, визначено її об'єкт та структуру.

Здійснено аналіз системного підходу до особистості, описано такі її системні рівні: біологічний, соціально-зумовлений, індивідуально-психологічний.

Розглянуто сутність особистісної зрілості як інтегративної характеристики, що може забезпечувати опірність стресовим факторам взагалі та в контексті негативного впливу війни зокрема.

Другий розділ містить результати емпіричного вивчення предикторів вищих рівнів травматизації, кореляційних зв'язків та міжгрупових відмінностей параметрів негативних психологічних наслідків війни.

За допомогою конфірматорного (CFA) та розвідувального (EFA) факторного аналізу здійснено оцінку використаного діагностичного інструментарію щодо сили його психометричних характеристик. В результаті деякі емпіричні дані були виключені із загального кількісного аналізу.

На підставі результатів кореляційного аналізу (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена r_s) визначено систему зв'язків параметрів негативних психологічних наслідків війни (тенденція до вираженості ознак ПТСР, КПТСР, депресії) з окремими соціально-демографічними характеристиками особистості (вік, стать) та її суб'єктивною оцінкою рівня загрози власному життю.

За допомогою методу лінійної регресії розроблено прогностичні моделі вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР, винайдено їхні спільні та відмінні предиктори. До спільних предикторів належать: вік; проживання з членами родини; суб'єктивна оцінка рівня загрози життю; соматичне виснаження. Для вищих рівнів вираженості ознак ПТСР значущими та відмінними предикторами виявились такі соціально-демографічні характеристики особистості: максимальний рівень освіти – повна середня; самостійне проживання; види зайнятості: студент, підприємець найманий працівник, непрацюючий з інших причин. Для вищих рівнів вираженості

ознак КПТСР значущими та відмінними предикторами виявились такі психологічні характеристики особистості: соціальна нереалізованість та здатність до прийняття ризику. Натомість прогностичні моделі тенденцій до вираженості ознак ПТСР та КПТСР, побудовані із застосуванням методу machine learning (Random Forest), продемонстрували більш високу значущість в якості предикторів психологічних параметрів, ніж соціально-демографічних характеристик.

На підставі порівняльного аналізу (критерій Крускала-Уолліса H) та визначено статистично значущі відмінності груп респондентів відповідно до віку видів основної діяльності у таких психологічних параметрах: «соматичне виснаження»; параметри життєстійкості («загальний рівень життєстійкості», «контроль»); параметри ПТСР («загальний рівень птср», «уникнення», «гіперпильність»); «загальний рівень вираженості ознак КПТСР»; «суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю». Зроблено висновок про необхідність врахування цих групових особливостей для підбору адекватних інтервенцій при наданні психологічної допомоги.

Третій розділ містить організаційно-методичне та теоретико-методологічне обґрунтування авторської навчально-розвивальної програми системної психологічної допомоги «системне плекання особистості в умовах війни». В якості центральних теоретико-методологічних напрямків було обрано ідеї когнітивно-поведінкового підходу та соціально-психологічного тренінгу, описано ключові методи, методики та форми роботи з урахуванням умов здійснення психологічної роботи в контексті війни.

Структурні блоки програми співвідносяться з системними рівнями особистості та мають такі назви: «Вітальність» (біологічний рівень), «Соціальна взаємодія» (соціально-зумовлений рівень), «Особистісні переживання» (індивідуально-психологічний рівень). Блок «Вітальність» спрямований на розвиток навичок саморегуляції психосоматичної напруги. Метою блоку «Соціальна взаємодія» є удосконалення соціально-комунікативних навичок учасників. Блок «Особистісні переживання»

сфокусований на опрацюванні досвіду війни, на формуванні вмінь дистанціювання від травматичних спогадів, а також на відпрацюванні навичок надання першої психологічної допомоги оточуючим.

Оцінка ефективності впровадженої навчально-розвивальної програми системної психологічної допомоги «системне плекання особистості в умовах війни» (критерій *T*-Віллоксона, критерій Cliff's Delta (δ)) продемонструвала найбільші позитивні ефекти за такими параметрами: «невдоволеність собою та розчарування в житті», «соціальне прийняття» та «соціальна актуалізація». Також позитивні зрушення можемо констатувати у змінах таких параметрів: задоволеність відносинами з іншими, загальний рівень задоволеності життям, соціальна інтеграція, узгодженість із суспільством, відчуття внеску у суспільство, актуалізація психологічної роботи над собою, знання власних ресурсів та уміння їх оновлювати.

Запропоновано перспективи подальшого розвитку ідей системної психологічної допомоги, а також вдосконалення та практичного застосування розробленої навчально-розвивальної програми.

Ключові слова: психологічна травма, війна в Україні, посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, стрес, тривожність, депресія, системний підхід, системна психологічна допомога, системна модель особистості, особистісна зрілість, життєстійкість, навчально-розвивальна програма, когнітивно-поведінкова терапія, соціально-психологічний тренінг, дорослість.

ABSTRACT

Kvitka N. V. Systemic Psychological Aid for the Adult Civilian Population Affected by the Consequences of War. A Qualification Scientific Work (Manuscript).

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 19.00.07 «Developmental and Educational Psychology» (053 Psychology). Kryvyi Rih State Pedagogical University, Kryvyi Rih, 2025.

This dissertation presents the results of scientific inquiry in the field of psychological aid during wartime.

The aim of the study is to theoretically explore and empirically investigate the features of systemic psychological aid for the adult civilian population, taking into account the effects of war on the psychological state of the individual.

Scientific novelty of the work lies in the following:

- the systemic approach in psychology, particularly in the area of systemic psychological aid, was systematized and theoretically analyzed;
- an original authorial interpretation of systemic psychological aid was substantiated and defined;
- current studies on the psychological consequences of the ongoing military conflict in Ukraine were analyzed and summarized;
- based on statistical analyses conducted by the author (linear regression, machine learning), specific predictors of higher levels of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) in the adult civilian population of Ukraine during full-scale war were identified;
- an original program of systemic psychological aid was developed, providing a systemic influence on all levels of the personality system (biological, individual-psychological, and socially conditioned). The program integrates methods of cognitive-behavioral therapy and socio-psychological training, and was adapted to an online format and wartime safety conditions.

The **Introduction** outlines the study's novelty, relevance, aim, objectives, theoretical and practical significance, research methodology, and the testing of results.

Chapter One is devoted to a theoretical analysis of the systemic approach in psychology in the context of psychological aid, the phenomenology of personality as a system, material and psychological losses due to war, and the concept of personal maturity. An original authorial understanding of systemic psychological aid is also defined.

The most common psychological consequences of war for the adult civilian population were identified, including tendencies toward PTSD and CPTSD symptoms, anxiety and depressive symptomatology, and sleep disturbances. Vulnerability factors for these symptoms are described, such as older age, female gender, lower education level, high intensity and duration of traumatic events, ineffective coping strategies, lack of a partner, low agency in trauma contexts, forced emigration, and displacement. The concept of post-traumatic growth is outlined as the personality's ability to undergo positive transformation following trauma processing.

The effectiveness of specific psychological methods based on the systemic approach is described. Factors that enhance the therapeutic effect of psychological aid and the most effective methodological frameworks (including CBT, EFT, and EMDR) are highlighted.

Based on an overview of key challenges in systemic analysis of psychological phenomena and examples of the systemic approach in psychological research, the author substantiates a definition and structure of systemic psychological aid.

A systemic model of personality is analyzed, detailing its biological, socially conditioned, and individual-psychological levels. Personal maturity is explored as an integrative characteristic that may contribute to psychological resilience in general and under the influence of war-related trauma in particular.

Chapter Two presents the empirical results of the study of predictors of higher levels of trauma, correlation links, and intergroup differences in psychological consequences of war.

The psychometric strength of the diagnostic tools was evaluated via confirmatory (CFA) and exploratory (EFA) factor analysis, with some empirical data excluded from the final analysis.

Spearman's rank correlation (r_s) revealed associations between psychological outcomes (tendencies toward PTSD, CPTSD, and depression symptoms) and sociodemographic characteristics (age, gender), as well as subjective threat-to-life evaluations.

Linear regression was used to build predictive models for PTSD and CPTSD tendencies. Common predictors included: age, living with family members, subjective threat-to-life assessment, and somatic exhaustion.

Unique predictors for PTSD included: having only secondary education, living alone, and types of occupation (students, entrepreneurs, employees, unemployed).

Unique predictors for CPTSD were: social unfulfillment and risk acceptance.

Machine learning models (Random Forest) revealed stronger predictive power for psychological over sociodemographic variables.

A Kruskal–Wallis H test revealed significant group differences (by age and type of activity) in psychological parameters such as: somatic exhaustion; resilience components («overall resilience», «control»); PTSD components («overall PTSD tendencies», «avoidance», «hypervigilance»); overall CPTSD tendencies; and subjective threat-to-life assessment. These results emphasize the need to tailor psychological interventions based on such group-specific traits.

Chapter Three presents the methodological and theoretical justification of the author's systemic psychological aid program titled «*Systemic Nurturing of the Personality in Wartime Conditions*». The program integrates cognitive-behavioral

therapy and socio-psychological training and was adapted for wartime realities. Its structure aligns with three systemic personality levels:

- *Vitality* (biological level) focuses on psychophysiological self-regulation;
- *Social Interaction* (socially conditioned level) aims to enhance communication skills;
- *Personal Experiences* (individual-psychological level) centers on trauma processing, memory distancing, and first-aid support skills.

Effectiveness evaluation (Wilcoxon T-test, Cliff's Delta (δ)) showed the highest improvements in: «dissatisfaction with self and disillusionment with life», «social acceptance», and «social actualization». Positive dynamics were also recorded in satisfaction with relationships, life satisfaction, social integration, societal alignment, perceived social contribution, engagement in self-work, and awareness of personal resources.

The dissertation proposes future directions for the development of systemic psychological aid and practical enhancement of the intervention program.

The dissertation outlines perspectives for further development of systemic psychological assistance and improvements in the practical application of the developed educational-developmental program.

Keywords: psychological trauma, war in Ukraine, post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, stress, anxiety, depression, systemic approach, systemic psychological assistance, systemic personality model, personal maturity, resilience, educational-developmental program, cognitive-behavioral therapy, social-psychological training, adulthood.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ABSTRACT.....	7
ЗМІСТ	11
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	13
ВСТУП.....	14
Список публікацій здобувача за темою дисертації	19
РОЗДІЛ 1.СИСТЕМНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПМОГА ЯК ІНСТРУМЕНТ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ЧЕРЕЗ ВІЙНУ	21
1.1. Наслідки війни, їх психологічне відображення та методи допомоги.....	21
1.2. Системний підхід в психології	38
1.3. Особистість як система та об'єкт системної психологічної допомоги ...	54
1.4. Особистісна зрілість як системний елемент особистості та інтегративний фактор подолання негативних наслідків війни	64
Висновки до розділу 1.....	72
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ.....	75
2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження	75
2.2. Аналіз результатів дослідження	88
Висновки до розділу 2.....	112
РОЗДІЛ 3. НАВЧАЛЬНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА СИСТЕМОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ ЦИВІЛЬНОМУ НАСЕЛЕННЮ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ЧЕРЕЗ НАСЛІДКИ ВІЙНИ	115
3.1. Розробка та апробація навчально-розвивальної програми	115
3.2. Оцінка ефективності навчально-розвивальної програми.....	124
Висновки до розділу 3.....	138

ВИСНОВКИ	141
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	145
ДОДАТКИ	161

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ПТЗ – посттравматичне зростання

ГСР – гостра стресова реакція

КПТСР – комплексний посттравматичний стресовий розлад

ГСР – гостра стресова реакція

ОЗ – особистісна зрілість

КПТ – когнітивно-поведінкова психотерапія

ПД – психологічна допомога

ППД – перша психологічна допомога

СПД – системна психологічна допомога

ПТЗ – посттравматичне зростання

БПС – біопсихосоціальна модель

НРП – навчально-розвивальна програма

СПТ – соціально-психологічний тренінг

EMDR – eye movement desensitization and reprocessing therapy

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена початком війни Росії проти України 24 лютого 2022 року, яка не лише завдає матеріальних збитків населенню, а й становить загрозу психологічному благополуччю українців. Результати багатьох актуальних досліджень, описаних нами у даному тексті, вказують на поширення негативної психологічної симптоматики серед населення України через війну у порівнянні з довоєнним періодом. Українськими та зарубіжними дослідниками зроблено багато припущень з приводу того, які фактори пов'язані з більшою опірністю особистості до травмуючих факторів війни. На тлі цього різноманіття постає питання винайдення теоретико-методологічного підходу психологічної допомоги, який давав змогу чинити системний вплив на означені фактори.

Обґрунтування вибору теми дослідження. За часи незалежності Україна зазнала впливу декількох збройних конфліктів. З лютого 2014 р. т. з. російська федерація почала здійснювати спроби у військовий спосіб привласнити території, що належать до законних кордонів України, встановлених з моменту її виходу з радянського союзу у 1991 р. У результаті зазначених спроб значна частина українських земель опинилася під окупацією російського режиму, а саме: територія Кримської, частини Донецької та Луганської областей. Результатом цього стала соціальна, економічна та політична дестабілізація на тимчасово окупованих та не окупованих територіях [79].

З 2014 року Україна веде активні дії по стримуванню російського наступу та визволення окупованих земель, внаслідок чого багато українців стикнулися безпосередньо з військовими діями та зазнали матеріальних збитків, фізичних ушкоджень, людських втрат, були вимушено переміщені [79].

Вторгнення 2014 року було передумовою початку 24 лютого 2022 року повномасштабної війни російської федерації проти України, в результаті чого переважна більшість українців стали свідками воєнних дій, а під окупацію потрапило ще більше земель: частина Миколаївської, Херсонської та Запорізької областей.

В означеному контексті постає питання, які наслідки стали для українців відбитком досвіду війни та який підхід психологічної допомоги матиме змогу комплексно їх охопити. На нашу думку, таким підходом є системна психологічна допомога, адже вона враховує багаторівневу структуру особистості, її взаємодію із соціальним середовищем та комплексний вплив війни на когнітивні, емоційні й поведінкові аспекти, що дозволяє створити інтегративні стратегії підтримки та відновлення українців, які потерпають від війни.

Вибір цільової аудиторії нашого дослідження у вигляді осіб віком від 18 років обґрунтований як з точки зору їхньої високої залученості у відновлення соціального та економічного потенціалу держави під час та після війни, так і з позиції забезпечення психосоціального благополуччя наступних поколінь завдяки поліпшенню ментального стану тих, хто приймає участь у їх вихованні.

Мета дослідження: теоретично вивчити та емпірично дослідити особливості системної психологічної допомоги дорослому цивільному населенню, з урахуванням впливу наслідків війни на психологічний стан особистості.

Об'єкт: феноменологія психологічної травматизації цивільних осіб дорослого віку внаслідок війни.

Предмет: системна психологічна допомога цивільним особам дорослого віку, постраждалим через війну.

Завдання:

- 1) здійснити теоретичний аналіз ключових психологічних наслідків війни для дорослого цивільного населення України та концептуальних підходів, методологічних засад і прикладних аспектів системної психологічної допомоги;
- 2) проаналізувати вплив ключових психосоціальних і демографічних чинників на вищі рівні вираженості ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) серед дорослого цивільного населення, яке постраждало через наслідки війни, для визначення напрямків системної психологічної допомоги;
- 3) розробити теоретично обґрунтовану й емпірично апробувати програму системної психологічної допомоги для дорослого цивільного населення, яке постраждало через наслідки війни.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, абстрагування, порівняння, узагальнення, систематизація, індукція, дедукція;
- емпіричні: анкетування; опитування за допомогою методик: «Міжнародний опитувальник про травму (International Trauma Questionnaire. ITQ)», «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера Ч. –Ханіна Ю.», «Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CES-D)», «Коротка версія тесту життєстійкості (Олефир В., Кузнецов М., Павлова А.)», «Тест-опитувальник особистісної зрілості (Гільбух Ю.)», Шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8), «Шкала оптимістичного стану» («State Optimism Measure» (SOM)), «Шкала соціального благополуччя» (Кіз К., в адаптації Четверик-Бурчак А.), «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ – 3) (Калюк О., Савченко О.), «Опитувальник психологічної ресурсності особистості» (Штепа О.), «Шкала переконань про переживання» (WWQ-2);

– методи математичної статистики: коефіцієнт лінійної кореляції Спірмена для визначення кореляційних зв'язків між досліджуваними параметрами; *H*-критерій Крускала-Волліса для вивчення міжгрупових відмінностей досліджуваних параметрів; лінійна регресія та метод Random-Forest для винайдення соціально-демографічних та психологічних предикторів травматизації в умовах війни; критерій Т-Вілкоксона для визначення напрямку зсувів показників досліджуваних параметрів до та після впровадження СПД; Cliff`s Delta для визначення сили ефекту авторської програми СПД на досліджувані параметри.

Наукова новизна дослідження полягає тому, що було систематизовано і теоретично проаналізовано ідеї системного підходу в психології. Описано вплив новітнього військового конфлікту на психологічний стан цивільного населення України на підставі актуальних публікацій. Надано авторське визначення системної психологічної допомоги, як взаємопов'язаної та взаємозумовленої сукупності заходів надання психологічної допомоги, методи та засоби в якій добираються відповідно до системи цільового об'єкту, як процесуальної єдності його елементів.

Проаналізовано та узагальнено актуальні дослідження з теми психологічних наслідків війни для цивільного населення України з моменту повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року.

Проведено дослідження вираженості ознак депресії, ПТСР, КПТСР, а також параметрів життєстійкості та суб'єктивної оцінки рівнів загрози життю громадян України на період з 13.09.2023 р. по 31.10.2023 р. із використанням онлайн-опитування за допомогою сервісу Google Meets.

Визначено специфічні предиктори вищих рівнів вираженості ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) в українському суспільстві під час війни із використанням сучасних методів статистичного аналізу (лінійна регресія, machine learning). Розроблено прогностичні моделі вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР.

Розроблено програму системної психологічної допомоги, яка відноситься до біологічно, індивідуально-психологічного та соціально-зумовленого системних рівнів особистості, та базується на інтеграції когнітивно-поведінкової терапії, соціально-психологічного тренінгу та системного підходу до особистості. Авторську програму СПД адаптовано до онлайн-формату, що є актуальним в умовах безпекових ризиків та обмежень доступу до очної допомоги.

Практичне значення полягає в тому, що концептуальні ідеї, описані в цій праці, можуть стати допоміжними в подальшій розробці програм психологічної допомоги цивільному населенню України під час та після припинення війни, що сприятиме відновленню країни. Програма системної психологічної допомоги може бути використана не лише в роботі з постраждалими від війни, а й у ширшому контексті кризової психології, наприклад, для реабілітації осіб після природних катастроф або інших стресових подій.

Апробація та впровадження результатів. Основні положення було апробовано на міжнародних наукових конференціях: «Стратегічні орієнтири освіти та реабілітації в умовах воєнного стану та повоєнного часу: проблеми, рішення, перспективи» (м. Запоріжжя); «Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень» (м. Рівне, 2025).

Структура роботи складається із анотації, переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, переліку використаних джерел (139 найменувань), додатків. Основний зміст містить 17 таблиць та 9 рисунків.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

1. Квітка Н. В. Розробка предиктивної моделі посттравматичного та комплексного посттравматичного стресового розладу для цивільних осіб України під час російського вторгнення. *Габітус*. 2023. № 56. С. 143–147. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.26>
2. Квітка Н. В. Перспективи використання штучного інтелекту у наданні першої психологічної допомоги населенню України, постраждалому від війни. *Стратегічні орієнтири освіти та реабілітації в умовах воєнного стану та повоєнного часу: проблеми, рішення, перспективи: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції*. Вид-во Хортицької національної академії, 2023. С. 404–405.
3. Квітка Н. В. Системна психологічна допомога цивільному населенню, що постраждало через війну. *Габітус*. 2024. № 62. С. 137–141. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.62.24>
4. Квітка Н. В. Навчально-розвивальна програма системної психологічної допомоги цивільному населенню, яке постраждало через війну. *Габітус*. 2024. № 66. С. 23–30. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.3>
5. Квітка Н., Шаповал І. Системний підхід у розробці програм психологічної допомоги в умовах повномасштабної війни: теоретичні засади та прикладні аспекти. *Матеріали конференцій МНЛ*, 31 січня 2025 р., м. Рівне. 2025. С. 140–142.
6. Velykodna M., Charyieva O., Kvitka N., Mitchenko K., Shylo O., Tkachenko O. Living with a friend mediates PTSD and CPTSD symptoms among trauma-exposed Ukrainians during the second year of 2022 Russian invasion. *Mental Health and Social Inclusion*. 2024. Vol. 28, No. 6. P. 1040–1050. <https://doi.org/10.1108/MHSI-11-2023-0118>
7. Velykodna M., Charyieva O., Kvitka N., Mitchenko K., Shylo O., Tkachenko O. Systematicity of receiving mental health care predicts better

subjective well-being of Ukrainians during the second year of the Russian invasion. *Mental Health Review Journal*. 2024. Vol. 29, No. 2. P. 211–223.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2024-0006>

РОЗДІЛ 1.СИСТЕМНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПМОГА ЯК ІНСТРУМЕНТ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ЧЕРЕЗ ВІЙНУ

1.1. Наслідки війни, їх психологічне відображення та методи допомоги

На підставі аналізу тлумачень дефініцій поняття «війна», представлених у різноманітних публікаціях, ми зупиняємось на визначенні, яке надає Сірій С. Згідно з думкою дослідника, війну можна означити як соціально-політичне явище, пов'язане з докорінною зміною характеру відносин між державами, народами, націями, класами і соціальними групами, та переходом протиборчих сторін до прямого застосування зброї й інших насильницьких засобів для вирішення певних суспільно-політичних, ідеологічних, національних, релігійних, територіальних та інших суперечностей [36]. На нашу думку, це визначення є найбільш доречним в контексті нашого дослідження, адже:

- описує війну як складне соціально-політичне явище, що відображає системні зміни у взаємодії між державами, народами та соціальними групами і відповідає необхідності багатопланового аналізу психологічних наслідків війни;

- містить ідею про перехід до застосування зброї та насильства, що є ключовим для розуміння характеру травматизації цивільного населення.

Ми доєднуємося до точки зору Яворської Г. про важливість використання саме терміну «війна» для кваліфікації подій в Україні, на противагу до «збройного конфлікту», адже це дозволить не знижувати їх рівень значущості та відбиватиме суть конфлікту між Україною та нападником [52].

Війна є потужним джерелом стресу, який є неспецифічною відповіддю психіки на загрозу та здатний до накопичення [124]. Спираючись на сучасні дослідження з проблематики війни в Україні, ми умовно поділили найбільш згадувані зовнішні негативні наслідки війни на ті, що відбуваються на рівні українського суспільства (в економічному, соціальному та політичному планах), та ті, що є більш специфічними на рівні окремого індивіда.

На рівні суспільства [83, 91, 9, 21, 38]:

- зменшення освітнього рівня та здоров'я населення;
- зниження рівня зайнятості та збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб;
- зростання рівня бідності;
- збитки малому, середньому та великому бізнесу;
- дезінтеграція суспільства;
- біженство (біля 9 млн українців станом на 2022 рік перетнули кордон з України з часу російського вторгнення).

На рівні окремого індивіда [92, 133, 14, 15, 54]:

- втрата місця роботи;
- втрата близьких;
- вимушене переміщення з місця проживання;
- погіршення матеріального становища;
- повне або часткове ушкодження майна;
- тілесні ушкодження;
- фізичні травми близьких людей через воєнні дії;
- інвалідизація;
- погіршення стану здоров'я (зокрема через існуючі соматичні симптоми);
- нові соматичні (фізичні) симптоми, які впливають на рівень життя та добробуту;
- погіршення життєвих перспектив;

- досвід перебування у небезпеці різного ступеню для життя (від низького до надзвичайного);
- досвід перебування у полоні [132];
- досвід, отриманий внаслідок насильницьких дій (фізичних, психологічних, сексуальних) [54].

Dychnevych M. поділяє суспільно-політичні наслідки війни для населення України на такі:

- безпосередні: руйнування єдності громадянського суспільства, наростання незадоволеності діяльністю влади, порушення процесу політико-правової ідентифікації, збільшення піддатливості до маніпулятивних інформаційних впливів, поширення неконструктивних патернів поведінки, зневіра в майбутньому країни;

- ті, які спричинені сприйняттям контексту війни членами суспільства: радикалізація та мілітаризація свідомості, сепаратизм, колабораціонізм, екстремізм, аномія, дераціоналізація (ірраціоналізація) свідомості, знецінення життя та людської гідності, «військовий туризм», аватаризм, криміналізація побутових конфліктів, соціальне утриманство, перекладання відповідальності за актуальну політико-правову ситуацію на політиків, загострення націоналістичних настановлень та зменшення толерантності до людей інших національностей, негативна стереотипізація щодо окремих соціальних груп, поляризація уявлень персон та окремих соціальних груп, ухиляння представників інституціональних суб'єктів від взяття на себе відповідальності за долю країни чи її громадян; формування образу ворога [9].

Justino P. висловлює думку, що українці навіть після припинення війни зазнаватимуть її впливу у вигляді наслідків, які будуть спостерігатися крізь покоління. Авторка зазначає ряд механізмів, що чинять вплив на цивільне населення. Зокрема:

- економічні (інфляція, обрушення ринку, вичерпання ресурсів);

- психологічні (травма, втрата);
- соціальні (нестача інформації, зміна місця перебування, нестача довіри) [91].

Далі ми проаналізуємо різні погляди на внутрішні психологічні наслідки війни в Україні та інших збройних конфліктів для цивільного населення.

Karam E. & Gosh M. на підставі аналізу англomовних публікацій про вплив другої світової війни та певних локальних війн (наприклад у Хорватії, Югославії) на ментальне здоров'я населення відзначають, що війна може мати наслідки не тільки в моменті, коли вона відбувається, але і в довгостроковій перспективі, як то: ПТСР, зловживання психоактивними речовинами, депресія. До найбільш вразливих до означених наслідків автори відносять такі категорії населення: біженці; миротворці; журналісти; особи, що займалися евакуацією або транспортуванням тіл загиблих; миротворці. [92].

Титаренко Т. відзначає, що війна призводить до депривації певних потреб (фізіологічних, соціальних), яка має негативні наслідки для у вигляді ПТСР та зниження рівня психологічного здоров'я особистості. Ці наслідки виявляються на трьох рівнях:

1) на соціально-психологічному – у формі зниження схильності до співробітництва, співпереживання, зниження рівня довіри до світу, виникнення девіантної та делінквентної поведінки;

2) на ціннісно-смисловому – як втрата життєвих перспектив, погіршення осмислення досвіду, зниження задоволеності від повсякдення;

3) на індивідуально-психологічному – у формі переживання порушення цілісності ідентичності, зниження потреби в самореалізації, зниження адаптивності [40].

Звернемося до більш конкретних емпірико-статистичних показників задля конкретизації рівню поширеності розладів серед постраждалого через війну цивільного населення.

Говорячи за загальну поширеність ПТСР, Шелюг О., доходить висновку, що посттравматичний стресовий розлад, як реакція та травматичний стрес, розвивається у 10-35% осіб, що його зазнали [50].

За результатами дослідження Зливкова В. та ін. (2019)., ПТСР може проявитись через 6 місяців після травматичної події та пізніше через активацію травматичними або стресовими подіями у післявоєнному житті. Дослідники означають це явище, як відтермінований ПТСР [11].

Систематичний огляд та метааналіз Henkelmann J. R. et. al. вказує на вищі рівні тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу для біженців у країнах з високим рівнем доходу, ніж у небіженців та популяцій, які проживають у конфліктних або воєнних умовах. Це стосується як дорослих, так і дітей/підлітків. [84].

Дьоміна Г. наводить дані Національного інституту психічного здоров'я за 2007 рік, за якими особи мають ризик розвитку ПТСР у 8% для цивільних осіб у мирний час протягом життя, та 20% для військових, переселенців та осіб, що перебували безпосередньо в зоні бойових дій [10].

За Норрен Т. Н. et. al розповсюдженість великої депресії у спільнотах, що переживали війну (war-surviving populations) сягала 23%. Розповсюдженість ПТСР у спільнотах, що переживали війну (war-surviving populations) сягала 26%. У половини осіб, уражених ПТСР була мала депресія, тому автори акцентують увагу на коморбідному поєднанні цих двох синдромів [88].

Резюмуючи презентовані статистичні дані у публікаціях Шелюг О., Зливкова В. та ін., Дьоміної Г., Henkelmann J. R. et al., Норрен Т. Н. et al , можна відзначити, що розвиток ПТСР після зіткнення із травматичною подією припадає приблизно на кожну десяту/третю людину, проте війна, як масштабний травмуючий фактор, зачіпає велику кількість людей, що сприяє більшим рівням загальної поширеності ПТСР серед популяцій, які зазнали її впливу.

Окрім психологічних змін, згідно з метааналізом Bromis K et al., на біологічному рівні при ПТСР відбуваються зміни у таких структурно-функціональних частинах мозку:

- зміна обсягу гіпокампу, який відповідає за формування емоцій та когнітивні процеси (пам'ять та увагу);
- зміна обсягу таламусу, який відповідає за регуляцію свідомості, уваги, сну та бадьорості [69].

Ho G. W. et al. дають визначення комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), як альтернативної форми ПТСР. Він може виникнути після тривалого або повторюваного впливу травми. КПТСР, згідно з думкою дослідників, характеризується наявністю всіх чотирьох груп симптомів ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперпильність, порушення самоорганізації), а також такими додатковими симптомами:

- відчуття розгубленості та відстороненості від себе та інших;
- змінені реакції на стрес;
- проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю;
- зміни у сприйнятті себе та світу;
- зміни в поведінці [87].

Longo L. et. al. вказують на вищий ризик суїцидальності для осіб, що відповідають критеріям КПТСР на відміну від тих, які відповідають виключно критеріям ПТСР [101].

Karatzias T. et. al. провели дослідження української вибірки через 6 місяців опісля повномасштабного вторгнення Росії в Україну, та встановили, що 25,9% мали симптоми, характерні для ПТСР, а 14,6% – для КПТСР [93].

Кузьменко Ю. фокусується на психологічних особливостях осіб, що пережили втрату близьких людей через війну в Україні. Втрата відображається на когнітивному, емоційному, поведінковому та соціальному рівнях функціонування особистості. До конкретних психологічних проявів втрати у дослідженні зазначено: плач, агресивні та істероїдні реакції,

депресія (інколи – у поєднанні із психотичною симптоматикою), страх, почуття провини, рухове збудження, нервові тремтіння, апатія, порушення смислотворчих конструктів особистості, відчуття внутрішньої нецілісності, загострене відчуття унікальності власного досвіду, яке призводить до розпаду психічної діяльності та порушень соціальної адаптації. Втрата призводить до гострої стресової реакції (далі – ГСР). На тлі високої інтенсивності додаткових факторів, що обтяжують, як-то через втрату близької людини, в особистості може розвинутиися ПТСР. Психоемоційний стан людини, що пережила втрату, характеризується частою мінливістю процесів збудження та апатії [12, 18].

Отже, найбільш згадуваними в означених вище дослідженнях є такі негативні психологічні наслідки: ПТСР, КПТСР, ГСР, депресивні розлади, тривожні розлади. Зупинимось на тому, як МКХ-11 [23] та DSM-5 [57] визначено ці феномени.

Таблиця 1.1.

Порівняння визначень найбільш поширених психічних розладів серед населення, травмованого війною, згідно з МКХ-11 та DSM-5

МКХ-11	DSM-5
ПТСР	
Захворювання, яке може розвинутиися після впливу надзвичайно загрозливої або страхітливої події, характеризується повторними переживаннями травматичної події, уникненням думок та спогадів про подію, стійким передчуттям підвищеної загрози, зберігається щонайменше кілька тижнів, та призводить до серйозних порушень в важливих сферах життя [23, с. 100-106].	Розлад, що виникає внаслідок події, пов'язаної із загрозою життю, серйозним пораненням або сексуальним насиллям, та характеризується такими симптомами, як нав'язливі спогади (флешбеки, кошмари), уникання тригерів, пов'язаних з травмою, зміни в настрої та мисленні, а також гіперчутливість нервової системи до тригерів. Для постановки відповідного діагнозу симптоми мають тривати понад один місяць та викликати значні страждання та/або порушення функціонування у важливих сферах життя [57, pp. 265-291].

КПТСР	
Розлад, який може розвинутисть після впливу серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру, та характеризується проблемами в регулюванні афекту, негативними уявленнями про себе, пов'язаними зі стресовим впливом, труднощами в підтримці стосунків, відчуттям відстороненості від інших людей, та викликає значні порушення у важливих сферах життя [23, с. 100-106].	-
ГСР	
Нормальна реакція на вплив події чи ситуації надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру, яка є сукупністю минутих емоційних, соматичних, когнітивних або поведінкових симптомів, що виникли, та містить вегетативні ознаки тривоги, запаморочення, сплутаність свідомості, смуток, тривогу, гнів, відчай, надмірну активність, бездіяльність, соціальну замкнутість або ступор. Починає слабшати протягом кількох днів після події або після виходу із загрозливої ситуації [23, с. 100-106].	Короткотривала реакція на травматичну подію, що містить щонайменше дев'ять симптомів із категорій нав'язливості, негативного настрою, дисоціації, уникнення та гіперчутливості нервової системи. Триває від 3 днів до 1 місяця опісля травматичної події, може перейти в ПТСР [57, pp. 265-291].
Тривожні розлади	
Характеризуються надмірним переживанням страху та тривоги й відповідним порушеннями поведінки, при цьому симптоми настільки виражені, що призводять до значного дистресу чи порушень в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній та інших важливих сферах життя [23, с. 87-94].	Група розладів, що супроводжуються надмірним страхом або тривогою, часто з фізичними проявами (наприклад, неспокій, м'язова напруга, проблеми зі сном). Симптоми тривають щонайменше 6 місяців (як-то у генералізованому тривожному розладі) та значно впливають на повсякденне життя людини. До групи входять генералізований тривожний розлад, панічний розлад, розлад соціальної тривоги, тощо [57, pp. 189-235].
Депресивні розлади	
Характеризуються пригніченим настроєм та втратою відчуття задоволення від життя, що супроводжується когнітивними, поведінковими чи нейровегетативними симптомами, які значною мірою порушують можливість функціонувати [23, с. 77-87].	Група розладів, що супроводжуються стійким зниженим настроєм, втратою інтересу, втратою та когнітивними порушеннями. Великий депресивний розлад діагностується при наявності щонайменше п'яти симптомів (наприклад, сум, ангедонія, зміни у вазі або режимі сну, суїцидальні думки) протягом щонайменше двох тижнів, та суттєвому впливі на функціонування людини у значущих сферах життя [57, pp. 155-189].

Як можна побачити з таблиці 1.1., DSM-5 не містить тлумачення терміну КПТСР, що може бути пояснено, на нашу думку, концептуальними відмінностями між цими двома системами діагностики та їхніми підходами до класифікації психічних розладів. Так, DSM-5 укладається відповідно до вимог значного емпіричного підтвердження перед включенням нових категорій.

Натомість укладання МКХ-11 відбувається крізь призму ширшого погляду на травму та прагнення охопити більш глибокі наслідки хронічної або міжособистісної травматизації, розширюючи діагностику ПТСР до КПТСР.

Дебати щодо включення КПТСР до майбутніх редакцій DSM тривають. Враховуючи зростаючу кількість якісних досліджень з цієї теми, можливе його включення в такі редакції.

У деяких працях підкреслено певні соціально-демографічні *фактори ризику*, які були пов'язані із високими рівнями означеної вище негативної психологічної симптоматики, яка виникає внаслідок травматизації війною. Ми здійснили спробу узагальнити ці фактори та поділили їх на такі категорії.

Стать. Проаналізовані нами дослідження сходяться на даних, які підтверджують, що представниці жіночої статі є найбільш вразливими до появи негативної психологічної симптоматики внаслідок війни [75, 84, 0, 120, 10, 14, 15, 18, 45].

Вік. Люди, які належать до похилого [18], дитячого та підліткового віку [75, 112] є найбільш чутливими категоріями населення до появи ПТСР внаслідок травматизації війною або іншими глобальними катастрофами. Це може бути пов'язано, з одного боку, більшою залежністю означених категорій від підтримки з боку держави або родини, а з іншого боку – ригідністю стратегій подолання життєвих викликів, характерною для людей похилого віку, або їхньою несформованістю в людей дитячого та підліткового віку.

Низький освітній рівень має зв'язок із більшими проявами негативної психологічної симптоматики [120, 14, 18]. Дьоміна Г. фактором, пов'язаним з вищим рівнем ПТСР, називає нижчі показники інтелектуального розвитку [10].

Величина, природа та тривалість дії травматичного фактору [90, 92, 93, 10]. Збільшення експозиції військових дій впливає на психічне самопочуття цивільного населення та зумовлює розвиток таких психологічних симптомів, як стрес, тривога, депресія та безсоння.

Непрацевлаштованість та низький соціоекономічний статус [91, 110]. Люди, які через війну залишилися без роботи, опинилися в умовах нестачі соціальної підтримки, або мали низький рівень життя до початку воєнних дій, демонструють високі рівні ПТСР та депресії.

Досвід травматичних подій може не тільки призвести до психічних розладів, але й стати джерелом посттравматичного зростання (ПТЗ). Далі ми розглянемо, як саме пережита травма може стимулювати розвиток нових позитивних якостей людини, посилення особистісного потенціалу та сприяти психологічній стійкості.

Tedeschi R. & Calhoun L. позначають посттравматичним зростанням позитивні зміни, які людина набуває в результаті подолання наслідків травматичної події. ПТЗ, на думку авторів, може виникати як результат інтенсивної когнітивної обробки складних обставин, які виникають унаслідок кризових ситуацій. Дослідники відзначають, що позитивно впливати на процес ПТЗ можуть такі особистісні якості, такі як екстраверсія, відкритість до досвіду, оптимізм, соціальна підтримка, а також можливість відкритої комунікації про травматичні події та теми змін після травми. Посттравматичне зростання пов'язане з розвитком загальної мудрості про життя та модифікацією наративної життєвої структури особистості. На думку авторів, посттравматичне зростання може проявлятися у людей таким чином:

- зміна пріоритетів (особа може переглянути свої цінності та пріоритети у житті після травматичної події і надати більшого значення родині, друзям, або особистому розвитку);

- збільшення особистісної сили (після пережитої травми людина може відчувати зростання внутрішньої міцності та впевненості в собі, що допомагає їй подолати травматичну подію та розвиватися);

- покращення взаємин (травматичний досвід може підштовхнути людину до вияву більшої емпатії, розуміння та підтримки у взаєминах з іншими);

- збільшення духовності (деякі люди можуть знайти внутрішню силу та підтримку у духовних практиках під час проходження через труднощі) [131].

Shakespeare-Finch J.&Lurie-Beck J. провели метааналіз зв'язку між симптомами посттравматичного зростання та посттравматичного стресового розладу. Було з'ясовано, що цей зв'язок простежується у респондентів, що мають ознаки ПТСР, спричинені природними катастрофами та військовими конфліктами. Натомість менший зв'язок між цими двома феноменами продемонстрували жертви сексуального насилля та особи, що зазнали травматичного досвіду через серйозні проблеми зі здоров'ям або особи, що супроводжували інших людей, які пережили травму [125].

Титаренко Т. наголошує, що позитивні особистісні зміни після травматичної події можливі за умови помірного впливу стресового фактору на конкретну особистість. Такі зміни включають у себе ПТЗ через активізацію життєтворення, здатності позитивно інтерпретувати досвід війни, переформування системи симпатій-антипатій у житті, підвищення емпатійності, відновлення здатності до сенсотворення, зміну ставлення до себе завдяки мобілізації ресурсів самозбереження та самовідновлення [40].

Систематичний огляд, проведений Henson C. et al., щодо праць, присвячених визначенню чинників ПТЗ, містить дані про те, що жінки

частіше повідомляють про вищі рівні посттравматичного зростання порівняно з чоловіками. Це, на думку дослідників, може бути пояснене більшою схильністю жінок до кооперації з іншими під час зіткнення з труднощами, що в свою чергу сприяє кращій когнітивній обробці травматичних подій. До соціально-демографічних характеристик, які пов'язані з вищим рівнем позитивних психологічних здобутків після травми, автори віднесли: жіночу стать, молодший вік, вищий рівень освіти та приналежність до національних меншин. Деякі конкретні копінг-стратегії продемонстрували себе в якості предикторів посттравматичного зростання, зокрема: турбота про себе (self-care coping), орієнтація на проблему (problem-focusing coping) та уникання (avoidance coping). Високий рівень резильєнтності, низький рівень нейротизму, оптимізм, альтруїзм, нарцисизм, високий самоконтроль – ті психологічні характеристики, які передбачають посттравматичне зростання. Автори також визначають поняття центральності події – сприйняття травматичної події як центральної у формуванні своєї ідентичності та життєвої історії. Центральність події може бути пов'язана з посттравматичним зростанням, або підсилювати травматичний стрес, в залежності від когніцій, які превалюють в людини щодо неї. Висока центральність події пов'язана з високим рівнем ПТСР та емоційним стресом [85].

Коkun О.у проведеному на українській вибірці дослідженні під час повномасштабного вторгнення відзначає, що жінки мають вищі показники життєстійкості та ПТЗ. Серед чоловіків та жінок найбільш вираженим показником посттравматичного зростання виявився параметр «Поцінування життя». Найбільшу психофізіологічну та професійну стійкість продемонстрували люди, які були включені у воєнні дії (ТрО, ЗСУ, волонтери). Це пояснюється тим, що саме такі люди до початку воєнних дій мали високі показники за цими параметрами, а отже завдяки цьому змогли включитися у розв'язання викликів війни [14].

За дослідженнями Піонтковської Д. [30], та Дияк В, Тушко К, Волобуєва В. [8] війна спричинила посилення відчуття своєї етнічної ідентичності в українців, як послідовного набору установок [8] та їх поведінкового втілення [30].

Згідно з дослідженням Xu W. et al. щодо психологічного стану українців після початку війни 2022 року, опитані респонденти мали симптоми психологічного дистресу (52,7%), тривоги, (54,1%), депресії (46,8%), безсоння (12,1%). Демографічні змінні (такі як стать, проживання в міській місцевості, наявність дітей або літніх осіб у домогосподарстві, проживання на території, окупованій російськими військами) були пов'язані з симптомами дистресу, тривоги, депресії та безсоння. Такі копінг-стратегії подолання, як використання інструментальної підтримки, поведінкове дистанціювання, самостійне відволікання та планування, корелювали з симптомами психічного здоров'я [138].

Шелюг О., аналізуючи праці Zoellner T. та Maercker A., зазначає, що до чинників, які сприяють посттравматичному зростанню, відносяться:

а) особистісні риси (відкритість новому досвіду, життєстійкість, почуття зв'язності, диспозиційний оптимізм, локус контролю);

б) копінг-стратегії (когнітивна обробка досвіду) [50].

Отже, посттравматичне зростання є багатовимірним процесом, на який впливають як особистісні, так і соціальні чинники. В освітлених дослідженнях вказана важливість процесів когнітивної обробки пережитих обставин та наявності позитивної соціальної підтримки та можливості відкритого обговорення пережитого досвіду. Особистісні риси, такі як екстраверсія, відкритість до досвіду та оптимізм, значною мірою сприяють розвитку посттравматичного зростання. Важливу роль також відіграють соціально-демографічні характеристики, включаючи жіночу стать, молодший вік та вищий рівень освіти. Крім того, центральність події, тобто ступінь, до якого травматична подія сприймається як ключова для особистої

ідентичності, має подвійну природу, впливаючи як на розвиток ПТСР, так і на ПТЗ.

Ці фактори утворюють комплексне механізмів, які лежать в основі посттравматичного зростання, і відкривають нові перспективи для подальших досліджень та практичних інтервенцій.

Звертаючись до досліджень, присвячених темі вивчення ефективності різних психологічних втручань щодо допомоги людям, які зазнали травматизації, можна відзначити таке.

Lambert J. E. & Alhassoon O. M. у метааналізі ефективності методів терапії, спрямованих на зменшення посттравматичного стресового розладу та депресії (для біженців), відзначають високі позитивні ефекти застосування таких психотерапевтичних напрямків:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- терапія наративним викладом (Narrative Exposure Therapy),
- терапія рухами очей для десенсибілізації та переробки (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, або EMDR)

Кількість сеансів терапії виявилася значущим модератором збільшення позитивних результатів лікування. Середня кількість терапевтичних сеансів у проаналізованих дослідженнях коливалася від трьох до дванадцяти [98].

У метааналізі, проведеному Nosen A. et. al., щодо ефективності психосоціальних втручань у військово-травмованих біженців та внутрішньо переміщених осіб, вказано підходи, які мають найбільшу ефективність у допомозі з негативними психологічними симптомами, пов'язаними з травмою (депресією, тривогою, загальним дистресом та ускладненим горюванням). Серед них:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- терапія міжособистісних відносин.

На думку дослідників при розробці та реалізації психосоціальних програм допомоги важливо враховувати індивідуальні потреби і контекст військово-травмованих біженців та внутрішньо переміщених осіб [111].

Метааналіз психологічних інтервенцій щодо ПТСР та депресії у дорослих, що зазнали масового насильства в країнах з низьким та середнім рівнем доходів, проведений Morina N. et. al. (2017), містить дані про такі ефективні методи психологічної допомоги:

- травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія;
- діалогічна експозиція;
- терапія міжособистісних відносин;
- EMDR;
- інтерперсональна психотерапія,
- мультидисциплінарне лікування[109].

Результати метааналізу, проведеного Qureshi A. et. al., який стосувався досліджень терапії ПТСР, тривожності та депресії у дорослого цивільного населення, ураженого масовими травмами, свідчать про вищу ефективність КПТ підходів у порівнянні з іншими [117].

На думку Оніщенко Н., хоча загострення психопатологічної симптоматики особистості залежить від її преморбідних особливостей, проте без попередньої допомоги психолога (а в деяких випадках, – психотерапевта і, навіть, психіатра) може призвести до маніфестації ПТСР [27, 28].

Отже, війна завдає значних соціальних, економічних і психологічних втрат населенню, однак масштаби та специфіка її впливу залежать від вікової категорії постраждалих. Існують різні погляди на періодизацію вікового розвитку людини. Згідно з думкою Савчина М. та Василенко Л.[35], людське життя поділяється на такі періоди розвитку:

- 1) пренатальний період – від зачаття до пологів;
- 2) натальний період – пологи;
- 3) період новонародженості – від народження до 2 місяців;

- 4) вік немовляти – від 2 місяців до 1 року;
- 5) ранній дитячий вік – від 1 до 3 років;
- 6) дошкільний вік – від 3 до 6/7 років, який поділяють на:
 - молодший дошкільний вік - 4-й рік,
 - середній дошкільний вік – 5-й рік,
 - старший дошкільний вік – 6/7-й рік;
- 7) молодший шкільний вік (зріле дитинство) – 1- 4 класи (від 6/7 до 10/11 років);
- 8) дорослішання:
 - підлітковий (середній шкільний) вік – 4-8 класи (від 11 до 14 років) у дівчаток, 5-9 класи (від 12 до 15 років) у хлопчиків;
 - рання юність (старший шкільний вік) – 10-11 класи (від 15/16 до 17/18 років);
 - зріла юність – від 18 до 20 років.
- 9) дорослість:
 - рання дорослість – від 20 до 40 років;
 - зріла дорослість – від 40 до 60 років.
- 10) старість – після 60 років.

Еріксон Е., згідно з Савчиним М. та Василенко Л., на основі епігенетичного принципу виділяє цілісну концепцію вікового розвитку людини, та виокремлює такі його стадії:

1. Дитинство (1-й рік).
2. Раннє дитинство (2-3 роки).
3. Вік гри (4 роки - вступ до школи).
4. Шкільний вік (6-12 років).
5. Юність (від 12-13 до 19-20 років).
6. Рання зрілість (20-25 років).
7. Середня зрілість (26-64 роки).
8. Пізня зрілість (після 65) [35].

Кожна з означених авторами вікових груп має свої особливості умов психічного розвитку особистості; ключових детермінант (суперечностей), і закономірностей психічного розвитку; типу провідної діяльності; специфіки соціального середовища, які у своєму поєднанні зумовлюють специфічне переживання воєнного конфлікту на певному етапі розвитку.

В наукових дослідженнях воєнної травматизації приділено увагу дитячій та підлітковій групі, як найуразливішій до впливу стресових подій. Люди дорослого віку є активними учасниками економічного, політичного та соціального життя держави, вони здійснюють ухвалення рішень, беруть відповідальність за підтримку сімей та соціальних інституцій, забезпечують догляд за дітьми та літніми людьми, тому психологічна допомога цьому прошарку населення є важливою задля підтримання функціонуванні країни під час війни та забезпечення її відновлення після закінчення бойових дій.

Когнітивно-поведінкова терапія постає як один із найбільш досліджених і часто згадуваних у проаналізованих дослідженнях методів психологічної допомоги людям, які зазнали травматизації внаслідок війни чи інших кризових подій. КПТ продемонструвала значні результати у зниженні симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів. Проте, з огляду на багатовимірний характер наслідків травми, що включають не лише індивідуальні когнітивні та емоційні порушення, а й труднощі у міжособистісних стосунках, соціальній інтеграції та особистісній ідентичності, а також контекст, в якому розгортаються означені негативні психологічні наслідки, актуальним постає завдання винайдення підходу, який би системно охоплював більш широкий спектр проблем та сфер впливу, та дозволив інтегрувати КПТ, задля сприяння більш цілісному та стійкому відновленню осіб, що постраждали від травматичних подій.

1.2. Системний підхід в психології

Аналізуючи літературу з проблематики системної психологічної допомоги (далі – СПД), можна відзначити брак дефініцій та невелику кількість досліджень, присвячених її концептуальній розробці. Здебільшого науковці оперують поняттям «систематична психологічна допомога», де слово «систематичний» є синонімічним до слова «регулярний» [22].

Згідно з сучасним українським тлумачним словником, поняття «системний» означає такий, що стосується системи [19]. У великому тлумачному словнику української мови поняття «системний» розширюється значенням такого, що є системою [6].

Система – це «комплекс компонентів та відношень між ними, що сукупно взаємодіють та дозволяють ідентифікувати сутність або процес, який має кордони» [99, с. 51].

В цілому система може бути охарактеризована:

- а) множиною елементів;
- б) їхніми зв'язками;
- в) цілісністю певної сутності (об'єкта, явища) або процесу [20].

Система є цілісною цілеспрямованою множиною елементів, які взаємодіють та взаємопов'язані між собою, знаходяться у певних гетерогенних співвідношеннях і взаємозв'язках; тією сукупністю, яка вступає у взаємодію із навколишнім середовищем, зберігаючи свої межі, внутрішні вертикальні та горизонтальні ієрархічні зв'язки [37].

Системне бачення психологічних феноменів можна знайти в праці Goldman A. & Grinberg L., присвяченій системній сімейній психотерапії. Системна терапія, згідно з авторами, є командним підходом, який інтегрує ряд процедур сімейної та подружньої системної терапії і спрямований переважно на зміни на рівні взаємодії між членами сім'ї. За результатами проведеного авторами дослідження, системна сімейна терапія мала відносно однакову ефективність, порівняно до емоційно-фокусованої терапії, проте

демонструє більшу стійкість досягнутих результатів з моменту завершення терапії та протягом чотирьох місяців після нього [82].

Welsh R. & Martin L. відзначають, нейронаука може стати основою для розробки нових терапевтичних стратегій, що враховують систему поведінкових та емоційні зміни клієнтів під час терапії. Вони підкреслюють, що розуміння впливу психотерапії на мозок розширює знання про механізми терапевтичних змін, що дозволяє точніше застосовувати терапевтичні моделі до парних та сімейних стосунків. Вони акцентують увагу на важливості системного підходу, який враховує не лише психологічні особливості окремих особистостей, а й їхню взаємодію в соціальних контекстах [137].

Renshaw I. et al. аналізують систему спортивної діяльності як комплексну та динамічну структуру, що здатна адаптуватися до змін у зовнішніх та внутрішніх умовах і складається з таких взаємодіючих компонентів:

- індивідуальні обмеження спортсменів;
- завдання;
- умови середовища.

На думку дослідників, зміни в одному компоненті системи можуть впливати на всю систему та вимагати переорганізації для досягнення оптимальних результатів. Тому для досягнення успішних результатів у спорті важливо враховувати взаємозв'язки між різними аспектами та компонентами [119].

Kelly J. G. підкреслює, що системний підхід дозволяє глибше розуміти складні соціальні проблеми та розробляти стратегії змін, які б враховували:

- усі аспекти системи та їхньої взаємодії;
- важливість міждисциплінарної співпраці та взаємодії з різними зацікавленими сторонами для досягнення позитивних змін у системах;
- необхідність розгляду елементів соціальних систем та їхньої взаємодії для розвитку стратегій змін у спільнотах та організаціях [94].

Романенко О. підкреслює, що в цілому системний підхід дозволяє організувати та формалізувати наукове знання. У дослідженні визначено підхід до системного опису психічних явищ, зокрема, вибір дослідницького зрізу для розкриття повного набору характеристик таких явищ, як базисні процеси, психологічні механізми та прояви у різних видах діяльності. На думку Романенко О., оскільки психічні явища не можна спостерігати безпосередньо, то у параметрах для їхнього аналізу, мають бути враховані індивідуальні та вікові особливості досліджуваних. Системний опис явищ має включати рівневий аналіз, тобто розгляд психіки як системи «людина-середовище» та її підсистем. Труднощі такого аналізу, зумовлені:

- складністю структури та функцій феноменів;
- наявністю несвідомих факторів;
- мультифакторним характером розвитку.

Важливим показником психічного розвитку є зв'язність між елементами структури. Надмірність зв'язності свідчить про недостатню стійкість та гнучкість системи. [31].

Деякі дослідники застосовують системний підхід щодо окремих психологічних феноменів.

Так, Tang M. зазначає, що системний підхід аналізу креативності має враховувати психологічні характеристики суб'єкта певної діяльності (особистість), динамічних (процес) та автентичних (продукт) аспектів цієї діяльності в контексті розв'язання завдань і проблем з урахуванням умов середовища в реальному часі із залученням фахових експертів [130].

Міщенко Н. описує системну соціальну підтримку людей у кризових станах через такі етапи:

- діагностично-мотивувальний;
- формувально-відновлювальний (який відбувається на системних рівнях: особистісному та міжособистісному);
- контрольно-аналітичний [22].

Бортун Б. аналізує системний підхід у вивченні конфліктної проблематики та вбачає його необхідність для аналізу конструктивної конфліктності особистості. На думку автора, орієнтація на системний підхід дозволяє виділити ключові рівні аналізу цього феномена (ціннісно-мотиваційний, когнітивний, рефлексивно-оцінний, регулятивний) та визначити основні показники конструктивної конфліктності, зокрема: толерантність до невизначеності, гнучкість мислення, антиципація, рефлексія та емоційна стійкість [4].

Ungar M. застосовує системний підхід, вивчаючи сутність феномену резильєнтності як здатності динамічної системи успішно адаптуватися до збурень, що загрожують функціонуванню, життєздатності або розвитку системи. Здійснюючи тематичний синтез низки літературних джерел, дослідник виокремлює такі принципи розгляду феномену резильєнтності:

- 1) резильєнтність має місце в контексті негараздів, а не мирного життя;
- 2) резильєнтність – це процес, який містить такі компоненти: а) наполегливість; б) опір; в) відновлення; г) адаптація; та д) перетворення;
- 3) існують компроміси між системами, коли система проживає резильєнтність;
- 4) резильєнтна система є складною, динамічною, відкритою;
- 5) резильєнтна система тяжіє до зв'язності;
- 6) резильєнтна система демонструє експериментування та навчання;
- 7) резильєнтна система містить різноманітність, наявність додаткових ресурсів, та включеність [135].

Brinkley A. J., Sherar L. B., Kinnafield F. E. розглядають системний підхід у при аналізі прийнятності та можливості використання спортивного втручання, спільно розробленого для учнів, які були виключені зі загальноосвітніх шкіл в Великобританії. Під «спортивним втручанням» у цьому контексті, мається на увазі комплексна програма, в якій використано заняття спортом як інструмент для соціального та освітнього розвитку учнів, виключених із загальноосвітніх шкіл. В програмі поєднано спорт із

наставництвом, рефлексією, освітніми компонентами та залученням рольових моделей, щоб допомогти молоді покращити їхню поведінку, здоров'я та соціальну адаптацію. Вона розглядається як системне втручання, що працює в умовах складної взаємодії соціальних мереж та індивідуальних особливостей учасників.

Автори розглядають системний підхід як можливість краще підкреслити мішені, на які можна було б ефективно вплинути, та визначити бар'єри її імплементації програми. Дослідники виділяють такі системні елементи спортивного втручання:

- сетінг (набір правил, за якими відбувається втручання);
- час;
- компоненти інтервенції;
- соціальні зв'язки [68].

Основними методами побудови системної структури того чи іншого психологічного явища, що переважно були використані у проаналізованих вище працях, виступають загальнонаукові методи (аналіз та синтез та метод експертних оцінок). Розкриття системного підходу по відношенню до різного роду систем містило компонент середовища та його характеристик. Тобто дослідники не розглядають систему поза умовами, в яких вона знаходиться.

У проаналізованих вище дослідженнях системний підхід розглядається у розв'язанні проблем психології, описі психічних явищ, процесів та властивостей в якості складної системи, та містить принципи такого розгляду або опис конкретних систем (продукт системного аналізу). Проте в них вони немає пропозицій щодо конкретного алгоритму здійснення системного аналізу психологічних феноменів. Детальне розкриття методологічної сутності системного підходу та процедура проведення системного аналізу часто зустрічається саме у працях, що присвячені роботі з обчислювальними машинами або технікою. На нашу думку, проведення теоретико-методологічних паралелей, може бути концептуально корисним при

розкритті поняття «системна психологічна допомога». Тож розглянемо деякі з них.

Сорока К. визначає такі принципи вивчення системи, які витікають із загального її розуміння:

- взаємозв'язок (система пов'язана та взаємодіє безліччю зв'язків з іншими системами);
- багатоплановість (система є самостійною одиницею зі своїми особливостями);
- багатомірність (різні характеристики систем об'єднуються в кластери):
- ієрархічність (система є складною структурою з різними рівнями, між якими встановлюються різнопорядкові зв'язки);
- динамічність (система розглядається в рухові й розвитку) [37].

Кушовська О. виокремлює такі принципи системного підходу:

- принцип остаточної мети (функціонування та розвиток системи і всіх її складових мають бути спрямовані на досягнення певної глобальної (генеральної) мети, на що потрібно звертати увагу при змінах, вдосконаленні та управлінні системою);
- принципи єдності та зв'язаності (система є цілісним об'єднанням окремих взаємодіючих складових
- принцип модульності (необхідно абстраговано та без зайвої деталізації розглядати входи і виходи системи замість складових системи її входів і виходів)
- принцип ієрархії (необхідно виявляти або створювати у системі ієрархічні зв'язки, модулі, цілі, розпочинаючи з «вищих» рівнів ієрархії, або самостійно визначаючи послідовність розгляду складових системи та напрямок конкретизації уявлень.

- принцип функціональності (структура системи пов'язана та обумовлюється її функціями, тому створювати та досліджувати систему необхідно після визначення її функцій);
- принцип розвитку (здатність до вдосконалення, розвитку системи за умови збереження певних якісних властивостей)
- принцип децентралізації (необхідно дотримуватись компромісу між повною централізацією системи та здатністю реагувати на вплив зовнішнього середовища окремими частинами системи; ступінь такого компромісу визначається метою та призначенням системи);
- принцип невизначеності (система завжди може містити невідомі компоненти) [20].

Wan P. Y. Z. у теоретичному огляді означає системний підхід як «системізм», або «раціональний емерджентизм» («rational emergentism»). Системізм полягає у розгляді світу як набору пов'язаних між собою систем, які можна досліджувати також з позиції міждисциплінарного підходу, причинних механізмів та вихідних патернів. Системи, на думку дослідника, необхідно розглядати з одного боку з позиції їх композиції, оточення, структури та механізмів, а з іншого – з позиції рівнів та субрівнів їхньої організації. До рівнів відносяться: фізико-хімічний, біологічний, психологічний, соціокультурний. Таке ієрархічне уявлення дозволяє більш детально проаналізувати системи різних рівнів складності. Емерджентні ж властивості є характеристиками системи, які є результатом взаємодії її компонентів, але не редуковані до властивостей окремих компонентів. Тобто вони знаходяться на вищому рівні організації та складності і не можуть бути повністю пояснені вивченням частин в ізоляції. Схематично ми представимо ці ідеї Wan P. Y. Z. у вигляді авторського зображення на рис. 1.1. [136].

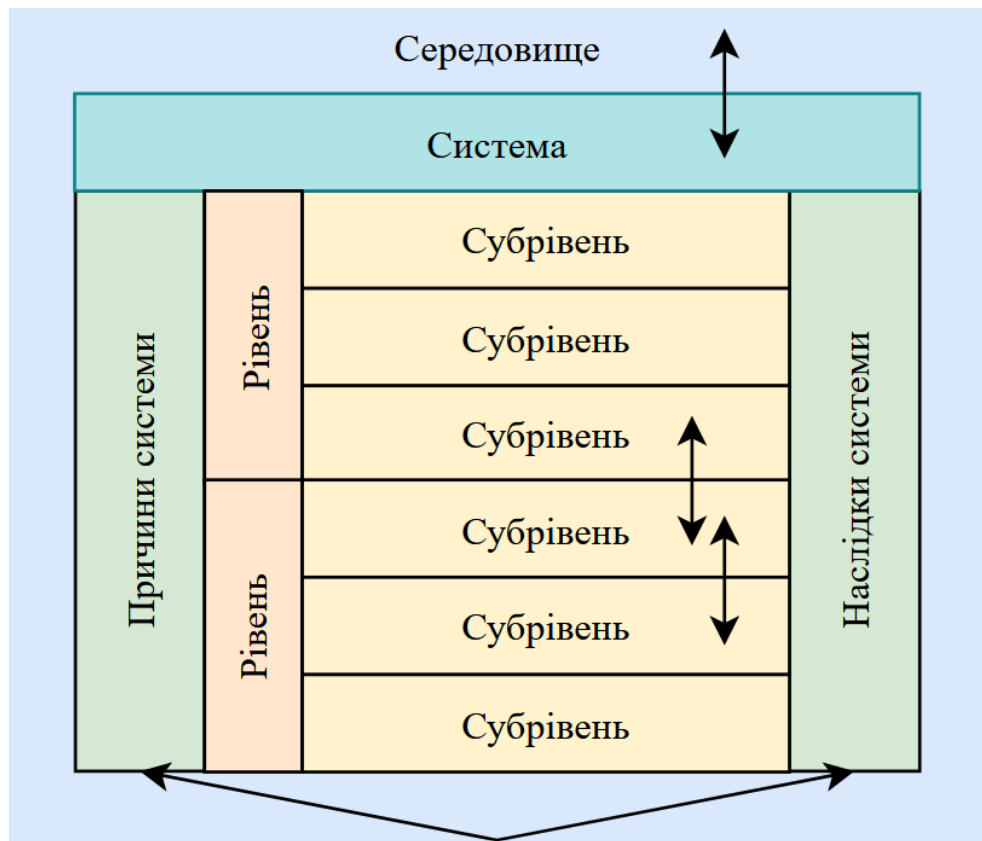


Рис. 1.1. Системна структура за Wan P. Y. Z.

Maziner K. [103] пропонує концепцію локальної активності як ідеї про те, що поведінка кожного елемента системи визначається його локальними взаємодіями, які призводять до виникнення складних структур та патернів на рівні цілої системи через взаємодію простих компонентів. Тобто кожен елемент в системі взаємодіє переважно зі своїми найближчими сусідами, а не з усією системою в цілому. Акцент на локальних взаємодіях дозволяє розкрити основні механізми, які полягають в основі емерджентних явищ у складних системах. На думку автора, для визначення генезису складності системи можна використовувати такі ключові математичні принципи:

- принципи нелінійної динаміки (використання математичних моделей, які враховують нелінійні взаємодії між елементами системи, дозволяє аналізувати складні динамічні процеси та виявляти емерджентні властивості);

– принципи самоорганізації (вивчення процесів самоорганізації в системах, де локальні взаємодії призводять до виникнення глобальних структур та патернів без централізованого керівництва).

Використання цих принципів в природничих та соціально-психологічних науках дозволить аналізувати та розуміти складні системи, виявляти їхні властивості та взаємозв'язки, а також прогнозувати їхню поведінку в різних умовах.

Maziner K. пропонує застосовувати такі математичні методи аналізу складних систем:

- ймовірнісні методи (використання ймовірнісних моделей для аналізу випадкових процесів та взаємодій між елементами системи);
- методи стохастичного моделювання (використання стохастичних моделей для врахування випадкових змін та невизначеностей у системі);
- методи теорії хаосу (вивчення хаотичних систем, де невеликі зміни в початкових умовах можуть призвести до значних відхилень у динаміці системи) [103].

Метою дослідження у системному підході, на думку Кустовської О. є створення теоретичної картини вивчення закономірностей і механізмів утворення певного об'єкта із його складових [20].

Сорока К. пропонує такий алгоритм системного аналізу [37]:

- формулювання цільового призначення системи;
- вибір точки зору розгляду системи;
- визначення контексту існування системи;
- вибір форми опису системи (генетичний/прогностичний);
- морфологічний аналіз системи (визначення елементного складу системи (субстрактний аналіз) та виявлення відношень між структурними елементами (структурний аналіз));
- функціональний опис системи (внутрішні та зовнішні функції системи).

Результатом послідовного проходження означених етапів, на думку Сороки К., є вербальний опис системи, на підставі якого може відбуватись поетапне створення моделі системи, який передбачає:

- 1) формулювання цільового призначення моделі (пізнавальна або прагматична);
- 2) побудова або вибір моделі:
 - формальна («чорний ящик», «склад системи», «структура системи», «модель середовища»),
 - змістова, яка будується на підставі формальної моделі);
- 3) дослідження моделі;
- 4) екстраполяція результатів дослідження на оригінал моделі.

Кушовська О. вбачає структуру системи як поточну єдність її взаємозв'язків її елементів, так і їх потенційний стан у майбутньому. Дослідниця пропонує 12-етапну програму системного аналізу, частина з яких має елемент планування розвитку та функціонування системи після її аналізу:

- 1) аналіз проблеми (її точне формулювання; аналіз логічної структури; генези проблеми в минулому і майбутньому; зв'язків);
- 2) визначення системи (формулювання завдання системи; позиції дослідника; об'єкта; елементів; середовища);
- 3) аналіз структури системи (визначення: ієрархічних рівнів; підсистем; процесів і функцій; процесів управління і каналів інформації; зв'язків і функцій поточної діяльності);
- 4) формулювання цілі та критерію системи (визначення: цілей та вимог надсистеми; цілей та обмежень середовища; загальної цілі; загального критерію; декомпозиція цілей та критеріїв відповідно до підсистем);
- 5) декомпозиція цілі (формулювання цілей: вищого рангу; у підсистемах; ефективності; розвитку; зовнішніх цілей та обмежень; потреб у ресурсах і процесах);

6) виявлення ресурсів і процесів, композиція цілей (оцінка поточного стану потужностей та ресурсів системи; можливості взаємодії з іншими системами);

7) прогноз та аналіз умов у майбутньому (аналіз стійких тенденцій та прогноз змін, розвитку та появи нових факторів, які впливають на систему);

8) оцінка цілей і засобів (визначення важливості цілей системи та підсистем; оцінка впливу зовнішнього середовища на цілі та обігу ресурсів системи);

9) відбір варіантів (аналіз сумісності та повноти цілей; відкидання надлишкових цілей);

10) діагноз існуючої системи (виявлення недоліків організації виробництва, його потенційних та фактичних потужностей);

11) розробка комплексної програми розвитку (формування низки заходів щодо досягнення цілей системи);

12) проектування організації для досягнення цілі (проектування організаційної структури досягнення цілей системи та підсистем) [20].

Нерубасська А. пропонує здійснювати системний аналіз, спираючись на такі дескриптори:

- концепт (досліджуваний феномен, сформульований в атрибутивному (як властивість) або реляційному (як відношення) ключі);

- структура (це відношення, яке має задовольняє атрибутивну властивість (атрибутивна структура задовольняє відношення реляційного концепту, реляційна структура – атрибутивного концепту));

- субстрат (досліджуваний феномен сам по собі, як єдність певних елементів).

Взаємозв'язок та взаємовідношення між означеними дескрипторами може визначити смислове навантаження досліджуваного об'єкта [25].

Кутовська О. та Сорока К. основним методом визначення структури системи вбачають інструмент декомпозиції [20; 37]. Декомпозиція – це

процес виділення підсистем, які доступні аналізу, та їхніх елементів, які є неподільними. Завданням декомпозиції є спрощення системи, після чого її ієрархізована структура може бути подана через структуру їхніх частин – від підсистем до елементів. За Сорокою К., декомпозицію можна представити у вигляді такої послідовності:

- 1) декомпозиція досліджуваного об'єкта на елементарні фрагменти; їх деталізація та внесення у схему системи, якщо вони є елементарним;
- 2) визначення цілей системи та вибір формальної моделі системи, як взаємопов'язаних процесів;
- 3) побудова змістовної моделі через інтерпретацію в контексті конкретної предметної сфери досліджуваного об'єкта;
- 4) повторна декомпозиція та визначення фрагментів моделі через перевірку досліджуваного об'єкта на елементарність.

Кутовська О. [20] та Дивак М. [7] розглядають такі методи системного аналізу:

- 1) «Дерево цілей». В ньому визначаються та графічно зображуються цілі різного рівня (вищого та нижчого) таким чином, щоб цілі вищого рівня не були можливі без досягнення цілей нижчого рівня;
- 2) «Метод Дельфі». Його можна означити, як метод багатокрокового збору експертних оцінок, в основі якого полягають принципи анонімності висловлювань; обґрунтування думок експертів щодо оцінок; наявності зворотнього зв'язку.

Розглянемо більш детально деякі з праць, присвячених використанню системного підходу саме у психологічних дослідженнях.

Laszlo A. & Krippner S. [99] акцентують увагу на необхідності у системному аналізі абстрагуватись від деяких деталей структури та компонентів системи і натомість зосереджуватись на її динаміці, що сприятиме визначенню системних характеристик, властивостей та взаємозв'язків (внутрішніх та зовнішніх). До прикладу, процес утворення сенсів містить в собі акти сприйняття, інтерпретації, міркування,

концептуалізації, рефлексії, пояснення, артикуляції й комунікації, та може бути адресовані широкому різноманіттю системних перспектив. Дослідники також використовують поняття біфуркацій як нелінійних та часто необумовлених переходів між станами системи, під час проходження яких система може зберегтись або розпастись на більш самостійні елементи, що її складали.

Взаємодія між структурними елементами системи освітлена у праці Barnard P. J., Teasdale J. D., які окреслюють когнітивно-афективну взаємодію через процеси кодування, що відбуваються між підсистемами цієї взаємодії. Дослідники презентують ідею про дві основні підсистеми обробки інформації.

1. Імплікаційна підсистема відповідає за емоційні реакції, схеми мислення та автоматичні аспекти розуміння, тоді як пропозиційна підсистема відображає раціональні аспекти мовлення, аналіз мовних одиниць та формулювання пропозицій. Крім того, дослідники виокремлюють інші підсистеми, а саме: морфолексична, акустична, артикуляційна, візуальна, лімбічна (що відповідає за рухи), об'єктна. Ці підсистеми являють собою код та відповідають за різні аспекти обробки інформації в мозку людини.

2. Пропозиційна підсистема відповідає за пропозиційні коди, які виражають пропозиції, інформацію або концепції, що базуються на індивідуальному досвіді та знаннях.

Пропозиційні коди можуть бути пов'язані з раціональним мисленням, логікою та аналізом. Імплікаційна підсистема відповідає за імплікаційні коди, які виражають емоції, відчуття та схеми мислення, які можуть бути менш свідомими та більш автоматичними. Імплікаційні коди можуть впливати на емоційне становище та психологічний комфорт. Імплікаційні коди, що виражають негативні схеми та уявлення, можуть бути перетворені іншими підсистемами для генерації нових депресивних імплікаційних кодів таким чином:

– пропозиційна підсистема може перетворювати імплікаційні коди на пропозиційні коди, які можуть відображати певні депресивні теми або уявлення (наприклад, імплікаційний код про романтичне розчарування може бути перетворений на пропозиційний код про власну невдачу як особистість);

– пропозиційні уявлення про минулі втрати або майбутні розчарування можуть бути використані імплікаційною підсистемою для створення нових депресивних імплікаційних кодів.

Ці шляхи взаємодії між різними підсистемами когнітивної діяльності можуть сприяти підтриманню депресивного стану та генерації нових депресивних імплікаційних кодів. Отже, пропозиційна система може пропонувати інформацію або концепції на підставі нашого досвіду, тоді як імплікаційна система впроваджує ці пропозиції через емоційні реакції та автоматичні механізми мислення [65]. Barnard P. J., Teasdale J. D.,

Amazeen P. G. & Amazeen E. L. зазначають, що справжнє розуміння будь-якого системного утворення можливо лише завдяки усвідомленню взаємозв'язків між її елементами. Дослідники окремо означають теоретичний концепт «сприйняття-дія», в якому сприйняття відноситься до процесу захоплення та обробки інформації з навколишнього середовища за допомогою сенсорних систем. Цей процес містить усі способи, за допомогою яких організм отримує, обробляє та інтерпретує інформацію про зовнішні подразники, такі як звуки, світло, температура тощо. Дія відноситься до рухів та вчинків, які виконує організм у відповідь на сприйняту інформацію. Це може бути будь-яка форма активності, яка відбувається в результаті сприйняття інформації та призначена для досягнення певної мети або відповіді на зовнішні подразники. Тобто сприйняття та дія взаємодіють у системі «сприйняття-дія», де сприйняття інформації веде до вчинків та рухів, спрямованих на досягнення певної мети або реакцію на зовнішні стимули [56].

Celestino V. R. R. & Bucher-Maluschke J. S. N. F. формулюють концепцію системної психології як підходу, що відмовляється від уявлення про розум як об'єкт, розуміючи його як процес. У системній психології, на думку дослідників, акцентується увага на комунікації та мові, та простежується вплив соціального постструктуралізму. Вона досліджує взаємодію структур і процесів самоорганізації та саморегуляції в контексті взаємодії з навколишнім середовищем через мову, що передає значення, виражене у спостережуваній поведінці. Автори пропонують мета-модель для розуміння системної психології, яка ґрунтується на гіпотезі про причинність факторів у відношенні до феномену. Ця гіпотеза вказує на те, що різні аспекти структури, процесів адаптації та змін, а також мови контексту, взаємодіють та визначають спосіб, яким феномен проявляється. Шляхом аналізу цих факторів та їхньої взаємодії можна повно зрозуміти природу та динаміку досліджуваного явища в рамках системної психології. Феномен моделюється та описується за допомогою структури, процесів адаптації та змін, а також мови контексту, включаючи сім'ю, спільноту, мережу підтримки, контроль та втручання [71].

На підставі теоретичного аналізу літератури щодо системного підходу взагалі та в психології окремо, ми визначаємо СПД, як взаємопов'язану та взаємозумовлену сукупність заходів надання психологічної допомоги, методи та засоби в якій добираються відповідно до системи цільового об'єкту допомоги, як процесуальної єдності його елементів. Цільовими об'єктом СПД є особистість. Метою СПД є забезпечення комплексного, інтегрованого впливу на психологічний стан особистості через добір методів і засобів, які дозволяють врахувати системну організацію її структурних елементів та взаємозв'язки між ними. Графічно зобразимо ці ідеї на рисунку 1.1.1.

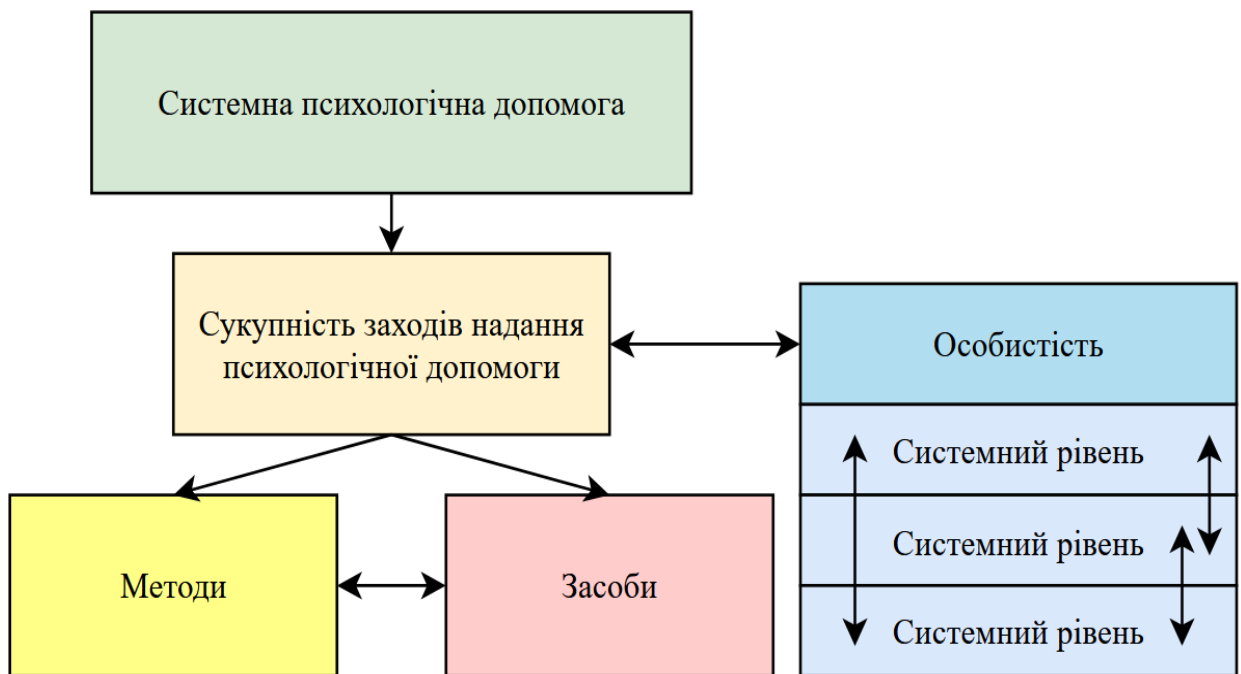


Рис. 1.2. Системна психологічна допомога

Звертаючись до ключових принципів системного підходу в цілому ми пропонуємо такі принципи системної психологічної допомоги:

- **принцип цілісності та зв'язаності** – системна психологічна допомога має розглядати людину як єдину систему, що складається із взаємопов'язаних рівнів;
- **принцип остаточної мети** – системне психологічне втручання має бути орієнтоване на досягнення довгострокових змін і покращення якості життя особистості;
- **принцип розвитку** – системна психологічна допомога повинна не тільки вирішувати актуальні проблеми, а й сприяти особистісному зростанню, адаптації до змін та розвитку нових навичок;
- **принцип динамічності** – системна психологічна допомога повинна бути гнучкою, реагувати на динаміку змін у стані особистості;
- **принцип децентралізації** – ефективна системна психологічна допомога повинна враховувати не лише центральний фокус проблеми, а й

контекст (сімейні, соціальні, культурні чинники), розподіляючи увагу на різні аспекти життя особистості.

Особистість також може бути розглянута з позиції системного підходу, тож звернемося у наступному розділі до праць, присвячених її системному опису та аналізу.

1.3. Особистість як система та об'єкт системної психологічної допомоги

Системні погляди на особистість різняться від дослідження до дослідження. Дискусія точиться переважно щодо компонентів, які необхідно включати в поняття особистості, а також її системних рівнів.

В книзі «The Cambridge Handbook of Personality Psychology» (Corr P. G.) окреслено різноманіття концепцій структури особистості в якості рушійних сил теоретичного розвитку психології особистості. У дослідженні виділено такі загальні підходи до особистості: біологічний, когнітивний, гуманістичний, психодинамічний, теорії навічання та теорії рис особистості [74, с 4-21].

Mayer J. D. [105, 106] зафіксував, що приблизно 400 унікальних компонентів регулярно зустрічаються в глосаріях різних наукових та навчальних джерел з психології особистості, і кожен є частиною моделі особистості. Звідси, на думку автора, є проблема, як саме організувати ці компоненти в єдину структуру особистості. Як вирішення цієї проблеми автор пропонує власний погляд на структурний поділ компонентів особистості, який є переважно синтезом психоаналітичної концепції особистісної структури та інших підходів. Він виділяє такі осі: свідомість, когніція, афект, вольова частина. Автор пропонує розташовувати кожен відомий особистісний компонент відповідно до перетину його смислового значення між цими осями через процеси ідентифікації особистості, каталогізації її складових, зображенні її організації та вивчення розвитку

особистості з часом. Такий підхід, на думку автора, дозволяє розглядати особистість як комплексну систему, що містить різноманітні аспекти та може бути досліджена з різних точок зору. Відповідно до означених осей автор розташовує такі структурні особистісні блоки:

- Світ (World);
- Я-у-світі (Self-in-world);
- Я (Self), до якого відносяться: ід (Id), Его (Ego), супер-его (Totalitarian Ego), несвідоме (Unconsciousness Proper), приватна особистість (Private Personality), передсвідомість (Preconscious), неврози (Character Neurosis) [105].

У ще одній праці Mayer J. D. виділяє такі підходи до пояснення особистості:

- біологічний (зв'язок особистості із мозком та іншими біологічними впливами).
- інтрапсихічний (акцент на тому, як різні психологічні риси впливають одна на одну та конфліктують між собою).
- соціокультурний (зв'язок особистості та культурних ситуацій, з якими вона зіштовхується)
- розвитковий (як особистість характеризується за рисами на різних етапах свого розвитку) [107, с. 84].

До структурних складових особистості автор пропонує відносити

- мотивацію (мотиви, інстинкти, потреби, цілі);
- емоції (стани, настрої, емоційно-пов'язані риси);
- інтеріоризоване «Я» та інтеріоризований світ (сукупність знань, ставлень та сенсів про різні аспекти реальності у вигляді схем, прототипів, сценаріїв, життєвих історій, стилів відносин, ролей);
- ментальні здібності та навички і способи взаємодії із предметним та соціальним оточенням (різні форми інтелекту (емоційний, креативний, тощо));

– свідоме «Я» («Я-концепція», свідомість, самоконтроль і воля) [107, с. 89-197].

Powell A. et al. пропонують модель «CHIPS» (Complex Information-Processing System, або складної інформаційно-процесуальної системи) яка описує організацію підсистем та компонентів у людській особистості як не випадкову організацію зі своїми обмеженнями та характеристиками. Інтегративний композит особистості в цій моделі складається з шести взаємодіючих підсистем:

- 1) система сприйняття (Sensory System);
- 2) система рухів (Motor System);
- 3) система когніції (Cognition);
- 4) система афекту (Affect);
- 5) система стилю (Style);
- 6) система цінностей (Value).

Ці шість підсистем взаємодіють між собою, утворюють інтегративний комплекс особистості, та сприяють її організованому функціонуванню як складної інформаційно-процесуальної системи [116].

Згідно з Goldberg L. R., структура системи особистості в рамках моделі Великої п'ятірки представлена п'ятьма основними факторами: екстраверсією, доброзичливістю, сумлінністю, емоційною стабільністю (нейротизмом) та відкритістю до досвіду. П'ять рис були виокремлені в результаті підсумування більшості англомовних термінів щодо означення особистості. Вони є відносно стабільними упродовж життя та слугують базовими вимірами, які визначають міжособистісні відмінності та адаптаційні можливості особистості [81].

Kshirsagar S., моделюючи віртуальну особистість, висловив думку про структуру особистості як сукупність рис, що відповідають концепції великої п'ятірки, та можуть бути вихідними характеристиками, які могли б обумовлювати емоційні реакції віртуальної особистості [96].

Cervone D. пояснює структуру особистості через такі явища:

- 1) внутрішньоособистісний вміст та організація систем особистості;
- 2) міжособистісна структура «індивідуальних відмінностей в особистості та поведінці».

Ці два явища утворюють та пояснюють особистість як складну систему з внутрішніми та зовнішніми взаємодіями, та впливають на її функціонування. Міжособистісні змінні є рисами або характеристиками, що описують відмінності між особами в популяції. Ці змінні використовуються для категоризації й аналізу особистості на груповому рівні.

У праці Bahmer J. A., et al. зроблене припущення про системну єдність біологічної природи людини (симптомів фізичних хвороб) та певними особистісними характеристиками. Так, результати їхнього дослідження показали, що пацієнти з atopічним дерматитом та псоріазом мають більшу інтенсивність суб'єктивного стресу у повсякденному житті, більше загального незадоволення та негативних емоцій порівняно з пацієнтами без означених захворювань шкіри. Підкреслено важливість врахування психологічних змінних та особистісних аспектів при розробці індивідуалізованих програм профілактики для хворих пацієнтів [61].

Розмірковуючи над структурно-функціональною будовою особистості, Москалець В. пропонує вносити до неї такі елементи: анатомо-фізіологічні утворення; спрямованість; знання, уміння і навички особистості [24].

Філоненко М. вказує на такі структурні рівні особистості:

- психологічний (психологічні властивості: характер, темперамент, здібності, спрямованість);
- соціальний (суспільні відносини, професійні цінності);
- біологічний (морфологічні особливості організму) [44].

Fajkowska M. поділяє особистість на три системних рівні:

- рівень L відповідає структурі особистості, яка містить основні характеристики та властивості особистості (риса, типи та патерни поведінки);

- рівень L-1 визначає внутрішні механізми та процеси, які полягають в основі цих основних характеристик;
- рівень L+1 відображає поведінку та дії, які є наслідком рівня L.

Ці рівні взаємопов'язані та керуються процесами регуляції й інтеграції впливів. Система регуляції та інтеграції впливів визначається як ієрархічно організована система, яка має на меті досягнення та підтримання оптимального рівня активації та збудження всієї системи і внутрішньоіндивідуальної узгодженості й цілісності поведінки. Процеси всередині цієї системи визначають, як організм реагує на зовнішні та внутрішні стимули та активує як афективну, мотиваційну або рухову підсистеми [76].

Kernberg O., спираючись на власний клінічний досвід і психоаналітичну теорію визначає особистість як динамічну інтеграцію суб'єктивного досвіду та поведінкових патернів індивіда, виокремлюючи в ній такі структурні елементи: темперамент, об'єктні відносини, характер та Его-ідентичність, етична система цінностей, когнітивні здібності [95].

Sosnowska J. et al. концентруються на особистісних рисах (traits) як на структурних елементах особистості. Вони використовують ці риси як основу для застосування трьох модельних параметрів: базового рівня, змінності та сили атрактора. Ці параметри відтворюють типові зміни в станах особистості людини на підставі її особистісних рис. Розкриємо кожен з них більш детально:

1) базовий рівень (baseline), яка відображає стабільну точку навколо якої коливаються стани особистості; відображає стійкий набір точок, навколо яких коливаються стани особистості;

2) змінність (variability), яка відображає ступінь, до якої стани особистості коливаються з часом та в різних ситуаціях; відображає рівень різноманітності в проявах особистості з часом;

3) сила атрактору (attractor strength), яка відноситься до швидкості, з якою відхилення від базового рівня притягуються назад до базового рівня;

відображає швидкість, з якою особистість повертається до свого «дому» після відхилення від нього [127].

Zettler I. et al. та Ashton M. C. & Lee K. описують модель особистості HEXACO (аббревіатура від перших літер назв вимірів), яка містить шість основних вимірів.

1. «Honesty-humility» (чесність-скромність): цей вимір відображає схильність особи до чесності, етики та скромності. Люди з високими показниками в цій категорії, як правило, менш схильні до маніпуляцій і експлуатації інших, що може впливати на їхні стосунки та соціальну поведінку.

2. «Emotionality» (емоційність): цей вимір охоплює емоційні реакції, чутливість і здатність до співпереживання. Високий рівень емоційності може вказувати на більшу вразливість до стресу, але також на здатність до глибоких емоційних зв'язків з іншими.

3. «Extraversion» (екстраверсія): екстраверсія характеризує соціальність, енергійність і активність. Люди з високими показниками екстраверсії зазвичай є більш відкритими до нових знайомств і соціальних ситуацій, що може впливати на їхню кар'єру та особисте життя.

4. «Agreeableness» (бажання добра): цей вимір відображає схильність до співпраці, доброти та альтруїзму. Високий рівень доброжелательності може сприяти позитивним міжособистісним стосункам, але також може призводити до конфліктів, якщо особа не може відстоювати свої інтереси.

5. «Conscientiousness» (сумлінність): сумлінність вказує на організованість, відповідальність і надійність. Люди з високими показниками в цій категорії зазвичай досягають успіху в навчанні та кар'єрі, оскільки вони здатні планувати і виконувати завдання.

6. «Openness to experience» (відкритість до досвіду): цей вимір охоплює креативність, цікавість і готовність до нових ідей. Висока

відкритість може сприяти інноваціям і адаптації до змін, але також може призводити до конфліктів з більш традиційними поглядами [59, 139].

Zettler I. et al. провели метааналітичне дослідження, яке підтверджує унікальне співвідношення між кожним виміром HEXACO і та їх стабільним виявом в різних галузях життя (соціальність, обслуговування, обов'язок і дослідження). На думку авторів, виміри HEXACO пояснюють унікальну варіацію в результатах, які не можуть бути адекватно пояснені моделлю Big Five. Зокрема, вимір чесності-скромності виявився особливо важливим для прогнозування таких критеріїв, як поведінка, пов'язана з темною тріадою особистості (нарцисизм, махінація, психопатія), а також для передбачення контпродуктивної поведінки у професійній діяльності [139].

Borrell-Carrió F. et al. у своєму теоретичному огляді ідейного розвитку біопсихосоціальної моделі (далі – БПСМ) відзначають, що психологічні та соціальні змінні можуть впливати на стан здоров'я і навпаки. На думку авторів, кругові моделі причинності (де кілька факторів впливають один на одного) є важливими, та їх слід збалансувати з лінійними наближеннями, особливо при плануванні психологічного втручання. Це означає, що, хоча важливо розуміти взаємозв'язок різних факторів, іноді може бути необхідним більш простий, лінійний підхід для практичного планування лікування. У публікації автори дослідження виступають за зміну позиції клініциста з об'єктивного відсторонення на рефлексивну участь. Цей підхід заохочує клініцистів більш емпатійно та тепло взаємодіяти з пацієнтами, сприяючи більш турботливому та підтримуючому клінічному середовищу. Автори стверджують, що БПСМ не слід розглядати лише як парадигмальний зсув або новий набір наукових законів. Натомість, її слід розглядати як розширене застосування існуючих медичних знань, адаптованих до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Ця перспектива підкреслює важливість інтеграції різних вимірів терапії для покращення результатів психологічних втручань. Загалом, подальший розвиток біопсихосоціальної моделі, на думку авторів, відображає прагнення зрозуміти здоров'я та хворобу в цілісному контексті,

визнаючи важливість емоційних, психологічних та соціальних факторів разом з біологічними [67].

Tripathi A., Das A., Kar, S. K. відзначають, що хоча немає єдності серед фахівців щодо того, як різні фактори (біологічні, психологічні та соціальні) взаємодіють і призводять до розвитку психічних розладів, БПСМ спонукала психологічну науку і практику визнавати в більшій мірі також роль психологічних та соціальних факторів у виникненні та лікуванні психіатричних розладів. Автори виділяють такі структурні рівні БПСМ:

- біологічний (це аспекти, пов'язані з фізіологією, генетикою, нейрохімічними процесами та іншими медичними аспектами, які можуть впливати на психічне здоров'я);
- психологічний (емоційні стани; особистісні риси; мотивація; бажання та фантазії, які можуть впливати на прояв психічних розладів);
- соціальний (містить соціальні детермінанти психічного здоров'я, такі як бідність, неписьменність; міграція; нерегульована урбанізація та нерівномірний розподіл ресурсів; соціальна підтримка; культурний контекст, які можуть впливати на розвиток і перебіг психічних розладів) [134].

Frazier L. D. зазначає, що БПСМ значно вплинула на сучасну психологію здоров'я, адже сприяла переходу від редукціоністського підходу до холістичного розуміння ментального здоров'я, яке дозволило враховувати не лише біологічні, але й психологічні та соціальні фактори. БПСМ заохочує інтеграцію знань з різних дисциплін, таких як психологія, медицина, соціологія та епідеміологія. Це призвело до розвитку нових підходів у лікуванні, які враховують різні аспекти здоров'я пацієнтів. Модель стимулювала проведення досліджень, які вивчають взаємодію між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Не дивлячись на численні позитивні аспекти наслідків впровадження БПСМ, автор також зазначає, що вона потребує подальших емпіричних досліджень задля її наукового обґрунтування, а також винайденні способів реалізації цієї моделі в клінічній практиці в повному обсязі [78].

Gatchel R. J., Ray C. T., Kishino N., Brindle A. розглядають роботу Джорджа Енгела, яка, на думку авторів, значно вплинула на сучасну психологію здоров'я, зокрема через введення БПСМ. Енгел наголошував на необхідності розглядати пацієнтів не лише як носіїв фізичних симптомів, а як цілісні особистості, що мають свої переживання, емоції та соціальні контексти. Це змінило підхід до лікування, акцентуючи увагу на важливості психосоціальних факторів у процесі одужання. Енгел підкреслив, що психологічні фактори (стрес, емоційний стан і поведінка), можуть суттєво впливати на фізичне здоров'я. Це призвело до більшої інтеграції психології з медичною практикою, зокрема в лікуванні хронічного болю та інших захворювань. БПСМ сприяла розвитку міждисциплінарних команд у медицині, де лікарі, психологи, соціальні працівники та інші фахівці працюють разом для забезпечення комплексного лікування пацієнтів. Вплив Енгела також відобразився в навчальних програмах для медичних працівників, які тепер більше акцентують увагу на психосоціальних аспектах здоров'я, що допомагає лікарям краще розуміти та враховувати потреби своїх пацієнтів. Таким чином, на думку дослідників, робота Джорджа Енгела стала основою для розвитку сучасної психології здоров'я, сприяючи більш глибокому розумінню складності людського здоров'я та хвороби [80].

На підставі проведеного аналізу літератури щодо системних підходів до структури особистості можна відзначити, що автори відносять до неї різні параметри, які належать до категорій біологічного, індивідуально-психологічного та соціально-зумовленого походження, що в цілому є об'єднаним в рамках біопсихосоціальної моделі особистості. Графічно зобразимо ідею БПСМ на рис. 1.2.1.

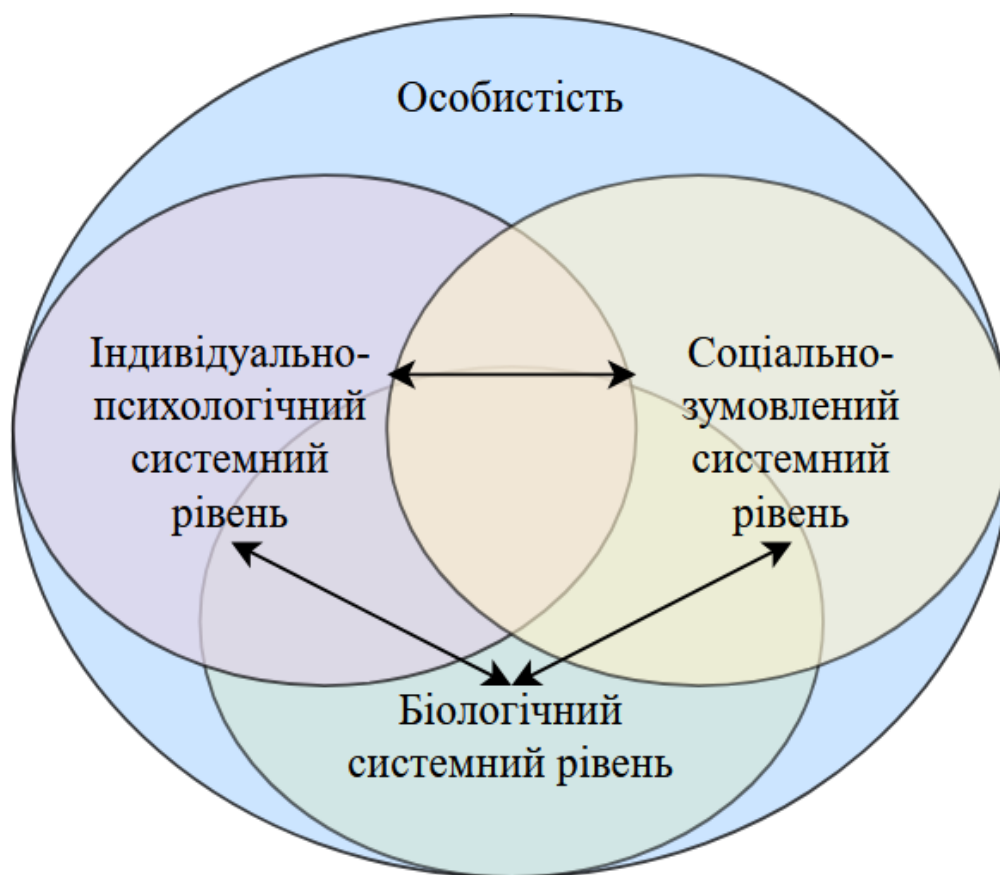


Рис. 1.3. Системні рівні особистості

Враховуючи різноманіття поглядів на системні компоненти особистості, ми схилиємось до біопсихосоціального підходу, який інтегрує різні перспективи і дозволяє цілісно розглянути особистість. Незважаючи на необхідність подальшого емпіричного обґрунтування БПСМ та відсутність єдності поглядів щодо принципів та способів інтеграції біологічного, соціального та психологічного рівнів, цей підхід забезпечує комплексне розуміння особистості та потенційне досягнення максимального ефекту терапії психічних порушень у їх холістичному розумінні.

1.4. Особистісна зрілість як системний елемент особистості та інтегративний фактор подолання негативних наслідків війни

Питання визначення особистісної зрілості знаходиться в процесі наукової розробки. Спираючись на проаналізовану літературу, нами не було знайдено єдної думки про те, які саме компоненти є складовими цього поняття. А, отже, саме визначення особистісної зрілості може варіюватися у різних дослідженнях. Розглянемо деякі із них.

Pigg Jr, R. M. виділяє критерії особистісної зрілості, сформульовані у формі настанов типу «що належно/неналежно» робити. Тобто особистісна зрілість у ньому розглядається, як прескриптивна характеристика, яка містить в собі таке [115]:

- 1) не відчувати правоту у разі, якщо хтось вчинив неправильно;
- 2) вміти слухати протилежну думку без самовдоволення (smug);
- 3) допомагати без міркувань про те, яка ж я гарна людина;
- 4) вміти слухати проблеми інших з емпатією та розумінням;
- 5) не відчувати собі гірко, якщо проєкт, який я створив, був забраний кимось іншим;
- 6) не відчувати біль у разі, якщо хтось посів посаду, для якої я є більш кваліфікованим;
- 7) чути критику без образи;
- 8) виносити звинувачення без ненависті;
- 9) контролювати гнів та приймати відмінності без насилля та руйнувань;
- 10) бути терплячим на користь досягнення тривалих цілей замість негайних результатів;
- 11) бути здатним закінчити цілий проєкт попри перешкоди та супротив;
- 12) бути здатним визнати свою неправоту;
- 13) зносити стрес та розчарування без втрати оптимізму;
- 14) спиратися на факти, а не судити за обкладинкою;

15) залишати у спокої речі, на які не можна вплинути.

Sheldon K. M & Kasser T. розглядають особистісну зрілість як здатність прагнути до самовизначення, внутрішньої орієнтації, генеративності, его-цілісності. Було встановлено, що параметри такої моделі особистісної зрілості мають тенденцію зростати з віком. Люди похилого віку, на думку авторів, прагнуть до більш самодетермінованих причин, таких як вибір і автентичне самовираження, і досягли інтерналізації мотивів. Вони також частіше зосереджуються на внутрішніх цінностях (самосприйняття, емоційна близькість і внесок у суспільство) а не на зовнішніх цінностях (гроші, фізична привабливість і популярність) [126].

Schaefer J. A., & Moos R. H. виділяють три основні категорії особистісної зрілості: зміни в самосприйнятті, зміни в міжособистісних стосунках і змінена філософія життя. Вони вказують на те, що здатність долати серйозні життєві події є ознакою особистої зрілості. За результатами їхнього теоретичного аналізу особистісна зрілість розглядається як фізична та психологічна витривалість, набута несприятливим досвідом. Подолання, на думку авторів, можна розвинути, і є все більше доказів того, що спеціальне навчання покращує здатність долати різні стресові фактори [123].

Kuminetz G. наголошує на тому, що моральна свідомість є важливим компонентом особистісної зрілості. Моральна свідомість – це усвідомлення і визнання моральних законів, які керують світом і власною особистістю. Вона передбачає прийняття істини як норми для мислення і поведінки та визнання абсолютних моральних цінностей, які вимагають безумовного усвідомлення. Розвиток моральної свідомості є найважливішим людським завданням і основним обов'язком влади, яка представляє суспільство, забезпечити, щоб його члени вважали розвиток своєї моральної свідомості своєю головною метою. Боротьба за особисту гідність і становлення моральної свідомості та особистісної зрілості вимагає зусиль та дисципліни інтелекту, волі та емоцій особистості. Особистісна зрілість у цьому контексті – це емоційний, етичний і релігійний баланс та інтеграція особистості. Це розвиток емоційного

інтелекту, поглиблення моральної свідомості, удосконалення світогляду протягом усього життя. Зріла особистість емоційно врівноважена, відповідальна, творча, служить суспільству через самозречення [97].

Особистісна зрілість, на думку Rashchupkina Y., et al., є специфічним феноменом, структуру якого відображає цілісність взаємопов'язаних компонентів, серед яких ціннісно-мотиваційний, емоційно-вольовий, рефлексивний та операційний компоненти. Типи зрілості особистості виділяються на підставі змісту кожного з компонентів і розглядаються в континуумі «зрілість особистості – незрілість особистості». До критеріїв особистісної зрілості авторами віднесено міру самостійності та впевненості в ході вибору. Особистісна незрілість протилежна особистісній зрілості і характеризується низькою впевненістю, високою незалежністю та індивідуально мінливими показниками обізнаності [118].

Burkhopov A. et al. розглядають зв'язок особистісної зрілості із відповідальністю та локусом контролю. Особистісні риси, пов'язані з особистісною зрілістю, включають соціоцентризм, усвідомленість (awareness), орієнтацію на результат, інтернальність, схильність до мотивації емоціями, що стимулюють діяльність, егоїзм. Ці риси демонструють здатність людини висувати вимоги до себе та брати відповідальність за свої вчинки[70].

У дослідженні Угрина О. та Лучка Т. було встановлено, що респонденти із більш високим рівнем особистісної зрілості частіше демонстрували такі риси, як екстравертованість, поступливість, сумлінність, відкритість до нового досвіду. Основними копінг-стратегіями для них були віра, пошук знання, уява та фізична активність [42].

Баранова С. розглядає особистісну зрілість як здатність людини адекватно взаємодіяти з дійсністю з метою самореалізації. На думку авторки, це забезпечується такими властивостями.

1. Ситуаційне управління – це інтегративна властивість зрілості особистості та здатності суб'єкта підніматися над рівнем вимог ситуації та

виходити за її межі з метою рефлексивного бачення, операціоналізації, символізації, прийняття, присвоєння, вербалізації, постановки цілей, розробки нових способів досягнення надлишкових (redundant) цілей з точки зору початкового завдання та набуття нової соціальної позиції.

2. Адекватність – це інтегративна властивість зрілості особистості, що виражається в узгодженості та об'єднанні в єдину систему всіх інших (когнітивних, мотиваційних, емоційно-вольових і поведінкових) характеристик внутрішнього і зовнішнього процесу психічної діяльності; і відповідність проявів цієї системи актуальності предмету ситуації, розв'язуванню завданням і пов'язаним з ними формам діяльності.

3. Відповідальність – це інтегративна властивість зрілості особистості, що виявляється у здатності особистості реалізувати здатність приймати зважені рішення перед життєвими викликами та нести відповідальність за результати. Вона визначає подолання особою страждань як фактор особистісного зростання [63].

У своїй більш пізній праці, особистісну зрілість Баранова С., визначає як якість суб'єкта, яка обумовлює відповідальні шляхи самореалізації в інтерсуб'єктивному просторі і стає соціально-психологічною умовою самореалізації як для себе, так і для Іншого. Вона досягається через рефлексивний акт самозміни, який породжується метапотребою особистості в самозміні та усвідомленням бажанням досягти бажаного «Я». Цей процес відбувається за наявності об'єктивно існуючого і суб'єктивно відчутного ресурсу. Досягнення особистістю стадії зрілості не виникає всередині людини несподівано і відразу, людина рефлексивно повинна усвідомлено проживати кожен мить власного життя. До основних етапів прийняття особистістю відповідальності в процесі рефлексивної самозміни належать:

1) рефлексія протиріч у міру їх усвідомлення, моніторингу та переосмислення (суперечності або конфлікти інтересів, конфлікт ідентичності, образів минулого і майбутнього тощо) у процесі вибору

альтернатив, формування самозапиту у прийнятті відповідальності в процесі саморозвитку;

2) пошук експериментальної позиції (як критерію прийняття рішень), яка виконує функцію майбутнього прикладу;

3) діалог експертної позиції у формі зворотного зв'язку в різних конструктивних формах (норми, рамки, схеми, моделі, сценарії, стереотипи, шаблони тощо), тобто зміна критеріїв прийняття рішень як підґрунтя для отримання результатів;

4) сприйняття обґрунтованого рішення щодо описаних альтернатив як відображення фону, який особистість відповідно до актуального самовимагання трансформує у власний життєвий світ, цілісність і зрілість від самозміни суб'єктивно обраних вимог до розгляду актуального його запит;

5) підпорядкування прийнятого рішення як набуття нової цінності в системі власних цінностей, як результат інтеграції в систему особистісного дозрівання наслідків діяльності, як умови для подальшого саморозвитку; 6) прояв наполегливості та сумлінності у виконанні прийнятого рішення, готовності до прийняття результатів і прогнозування наслідків;

7) рефлексія власної суб'єктивності та прийняття відповідальності у здійсненні самозмін, прийняття наслідків відповідальних рішень у результаті задоволення самозапиту як процес оновлення системи особистісної зрілості.

Становлення зрілої особистості відбувається як рефлексивна самозміна системи власної суб'єктності та отримання відповідальності в результаті задоволення власного самозапиту як процес оновлення системи зрілості особистості [64].

У дослідженні Bahodirogli o'g'li Q. A. & Surojiddin X. особистісна зрілість розглядається крізь призму здатності свідомо робити вибір, розвивати почуття взаємопідтримки, виховувати такі моральні якості, як громадська відповідальність, повага та любов до себе, інших людей. Особистісна зрілість, на думку автора, розвивається в процесі засвоєння культурного та соціального досвіду [62].

Бочелюк В. та Панов М. оперують поняттям загального адаптаційного потенціалу особистості. Вони розглядають його у контексті сукупності факторів, що визначають ефективність адаптаційних змін особи та обмежують діапазон ресурсів, які особа здатна задіяти в процесі реадаптації. До цих факторів автори відносять здібності, характерологічні та конституціональні риси, наявний в особистості досвід. Рееадаптація протікає у контексті напруження адаптаційних механізмів при зіткненні із зовнішніми чинниками. Це супроводжується фрустрацією потреб та думками про невдоволеність життям, що спричиняють емоційну незбалансованість з одного боку; та станом адаптованості, що виявляється у суб'єктивних думках особи про власне благополуччя. Якщо ситуація вирішується сприятливим для особи чином, рівень адаптованості зростає (через вдосконалення здібностей або копінг-стратегій), а напруженість адаптаційних механізмів знижується. Варіантом реадaptaції є ресоціалізація, як усвідомлена зміна поведінки особи в ситуації очевидного соціального неспіху, яка полягає у переході людини до нової ситуації соціального розвитку. Результатом соціалізації є гармонійні відносини між адаптаційним потенціалом особистості та новими умовами. Професійна реадaptaція є структурним елементом соціалізації особистості, як її адаптація до нових умов професійної діяльності, в якій перебудовується потребово-мотиваційна сфера особистості. Професійна реадaptaція може відбуватися на таких рівнях: психофізіологічному (пристосування до фізичних умов праці), професійному (пристосування до змісту і характеру праці), соціально-психологічному (пристосування до колективу, його формальних та неформальних норм), та організаційному (засвоєння ролі і статусу в організаційній структурі) [5].

Шаповал І. розглядає особистісну зрілість з позиції системного ракурсу розуміння психіки. Ця система у свою чергу є цілісністю своїх внутрішніх елементів, які також взаємодіють із оточенням; об'єднує властивості своїх елементів, набуваючи властивостей вищого рівня організації. Особистісна зрілість, за визначенням Шаповал І., є інтегральною характеристикою

особистості, основною функцією якої є самодетермінація, тобто здатність до здійснення та переживання вибору. У свою чергу, до компонентів особистісної зрілості авторка відносить: автономність (або залежність); Я-концепцію; переконання; метакогнітивну, емоційну, соціально-психологічну компетентність; силу Его (Я); особистісний потенціал. Ці компоненти особистісної зрілості перебувають у взаємозв'язку та утворюють структурно-функціональну єдність. Особистісна зрілість формується внаслідок індивідуального вектору прогресивної індивідуальної емансипації особистості та зумовлена нормативними і ненормативними кризами, що переживає особистість [48].

На думку Шаповал І., структурна єдність особистісних елементів перебуває у системі внутрішніх та зовнішніх (із оточуючим середовищем) взаємозв'язків. Ненормативні кризи, спричинені змінами в оточенні, можуть вступати у взаємодію із компонентами особистісної зрілості, призводячи до змін у структурно-функціональній єдності, яку вони складають. Ненормативні кризи мають вияв у кризових ситуаціях, в яких людина має докласти (над) зусилля, щоб інтегрувати їх у свій життєвий досвід на рівнях компонентів, які складають особистісну зрілість. Так, наприклад, досвід переживання кризової ситуації в житті людини, пов'язаної із її участю у воєнних діях, може відобразитися на формуванні в останньої нових переконань, пов'язаних із сприйняттям безпечності світу в цілому. Ці переконання мають бути певним чином адаптовані у попередню систему переконань особистості [48].

Савченко В. та ін. застосовують особистісну зрілість синонімічно до духовності та розуміють її як сукупність компонентів, таких як такі як самосвідомість, емоційний інтелект, самодисципліна та емпатія. За результатами тестування цієї теоретичної моделі автори доходять висновку, що жінки мають більш високий рівень особистісної зрілості, ніж чоловіки, і що недиференційований і низький рівень особистісної зрілості частіше зустрічається у літніх людей, ніж у молоді [122].

Яворська-Ветрова І. означає особистісну зрілість як динамічну характеристику, що впливає на переживання кризової ситуації та зазнає змін через останню [53].

Костурба Н. та Поліщук З. розглядають такі складові особистісної зрілості, як мотивація досягнення, почуття громадянського обов'язку, здатність до психологічної близькості, та вказують на їх взаємозв'язок із психічним здоров'ям та психологічним благополуччям [17].

Резюмуючи проаналізовані нами висновки дослідників з проблематики особистісної зрілості, ми можемо зазначити, що поняття особистісної зрілості зазвичай розглядається в контексті одного з нижчеозначених теоретичних узагальнень, або підходів:

- особистісна зрілість, як набір певних рис;
- особистісна зрілість, як здатність (адаптуватися, розвиватися);
- особистісна зрілість як характеристика або якість (яка обумовлює успішність або якість життєдіяльності людини);
- особистісна зрілість, як результат подолання криз.

В проаналізованих публікаціях має місце об'єднання декількох підходів. На нашу думку, розгляд особистісної зрілості як інтегративної характеристики, яка визначає здатність індивіда ефективно адаптуватися до змін, справлятися зі стресовими ситуаціями та підтримувати психологічну стійкість, є найбільш доречним. В умовах війни рівень особистісної зрілості може впливати на спосіб переживання людиною травматичних подій, використання адаптивних стратегій подолання та здатність до посттравматичного зростання. Отже дослідження особистісної зрілості у контексті воєнних викликів є перспективним напрямом, що може дозволити не лише глибше зрозуміти механізми психологічної стійкості, а й розробити ефективні підходи до системної психологічної допомоги цивільному населенню, яке зазнало травматизації.

Висновки до розділу 1

Війна чинить різнобічний вплив на цивільне населення України, завдаючи матеріальні та психологічні збитки. Найбільш поширеними психологічними наслідками війни для цивільного населення є зростання рівнів тривожної та депресивної симптоматики; порушень сну; ГСР; ПТСР; КПТСР. В проаналізованих нами дослідженнях описані певні фактори вразливості особистості до виникнення негативної психологічної симптоматики, як то: похилий, дитячий або підлітковий вік; жіноча стать; низький рівень освіти; висока інтенсивність та тривалість подій; низька ефективність копінг-стратегій; відсутність соціальної підтримки; низький ступінь свободи впливати на травматичні події; еміграція через війну або біженство. Біженці демонструють вищі рівні негативної психологічної симптоматики, в особливості ті, які знаходяться поза межами рідної країни. Розвиток психопатології залежить від преморбідних характеристик особистості та сукупності факторів, які виникають опісля травматичної події.

Посттравматичне зростання (ПТЗ) розглядається як позитивні зміни, які людина може переживати після подолання травматичної події. Когнітивна обробка складних життєвих обставин сприяє процесу ПТЗ. Такі особистісні якості, як екстраверсія і відкритість до досвіду у сполученні із соціальною підтримкою можуть сприяти ПТЗ. Наслідком ПТЗ є зміна пріоритетів, збільшення особистісної сили та покращення міжособистісних взаємин. ПТЗ може бути результатом взаємодії копінг-стратегій та інших психологічних характеристик, зокрема резильєнтності, оптимізму та самоконтролю.

Враховуючи означені фактори, які позитивно або негативно впливають на особистість, піддану травматичному впливу, виникає необхідність винайдення та впровадження такого підходу до психологічної допомоги, який би врахував означені фактори. На нашу думку, ним міг би бути системний підхід та концепція системної психологічної допомоги.

Звертаючись до проаналізованих нами праць, присвячених системному підходу до вивчення психологічних феноменів, можна відзначити брак стандартизованих алгоритмів їх системного аналізу, на відміну від сфери інформаційних технологій. Аналіз структурних елементів системи має бути пов'язаний із вивченням процесів взаємодії між її елементами, що дасть змогу повніше зрозуміти поведінку складних систем у різних умовах та взаємодіях з навколишнім середовищем. Система є взаємопов'язаною із середовищем і не може існувати поза його межами.

Використання деяких методів психологічної допомоги, базованих на системному підході, виявила ефективність у вирішенні окремих запитів. Зокрема системна сімейна терапія у покращенні міжособистісних взаємин в родині в окремих публікаціях постає рівною за ступенем терапевтичного ефекту до емоційно-фокусованої терапії.

Ми визначаємо системну психологічну допомогу (СПД), як взаємопов'язану та взаємозумовлену сукупність заходів надання психологічної допомоги, методи та засоби яких відповідають системі цільового об'єкту в процесуальній єдності його елементів.

Цільовим об'єктом системної психологічної допомоги є особистість як система. Структура особистості як системи та мішені системної психологічної допомоги, залишається дискусійним питанням. Ми можемо виокремити такі її системні рівні: біологічний, індивідуально-психологічний та соціально-зумовлений. Означені рівні знаходяться у взаємозв'язках один з одним, через що зміни в одному елементі мають неодмінно призвести до тих чи тих змін в інших. СПД має бути спрямована на добір тих методів та засобів, які б здійснювали системний терапевтичний вплив на означені системні рівні особистості.

Специфіка травматичного впливу війни залежить від вікової категорії постраждалих. Вікові особливості психічного розвитку особистості у поєднанні з індивідуальними характеристиками кожної окремої людини зумовлюють різні форми переживання воєнного конфлікту. Дитячий та

підлітковий вік є найбільш вразливими до травматизації віковими групами, проте саме представники дорослого цивільного населення відіграють ключову роль у створенні умов для психологічної реабілітації дітей та підлітків, а також відновленні країни у воєнний та пост-воєнний час.

Ефективність психологічної допомоги різним верствам населення, які зазнали травматичного впливу, є найвищою за умови більшої кількості сеансів активної роботи з негативними психологічними симптомами та в межах підходів КПТ, ЕФТ, EMDR.

Наразі існує багато підходів до визначення особистісної зрілості. Вона здебільшого розглядається в як набір певних рис; як здатність; як характеристика або якість; як щось на перетині означених теоретичних узагальнень. Більшість дослідників виокремлює відповідальність як визначальну складову особистісної зрілості. Особистісна зрілість може є інтегративною характеристикою, яка має потенціал обумовлювати опірність стресовим факторам в цілому та окремо в контексті війни. Тому доцільним буде подальший емпіричний аналіз, спрямований вивчення того, які саме параметри особистісної зрілості та соціодемографічні характеристики можуть виступати предикторами вищих рівнів негативної психологічної симптоматики, викликані війною.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження

На підставі проведеного в першому розділі теоретичного формулювання ідей про три системні рівні особистості (біологічний, соціально-зумовлений, індивідуально-психологічний); найбільш поширені вияви негативної психологічної симптоматики серед цивільного населення, постраждалого через війну (ГСР, вищі рівні вираженості ознак ПТСР, КПТСР, тривожні та депресивні розлади); соціодемографічних факторів вразливості до психотравматизації (стать; вік; тощо), а також теоретичного припущення про особистісну зрілість, як інтегративний фактор опірності травматичним подіям, ми формулюємо такі дослідні запитання.

1. Чи існують статистичні зв'язки між параметрами особистісної зрілості як інтегративної якості особистості із показниками вищих рівнів вираженості ознак депресії, тривоги, ПТСР, КПТСР, життєстійкості особистості?

2. Які психосоціальні та демографічні чинники а також параметри особистісної зрілості мають статистично значущий вплив на рівень розвитку вищих рівнів вираженості ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР), комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), депресивних та тривожних розладів у цивільного населення, що постраждало через війну?

Дослідження проводилось у чотири етапи:

1) розробка програми дослідження;

2) збір емпіричного матеріалу за допомогою психодіагностичного інструментарію та його перевірка за допомогою факторного та розвідувального аналізів;

3) кількісний та якісний аналіз емпіричних даних;

4) інтерпретація результатів емпіричного дослідження та формулювання висновків.

Обчислення виконані за допомогою програмного забезпечення Jamovi v. 2.4.11.0. Для визначення характеру зв'язку між діагностованими параметрами нами був проведений методу кореляційного аналізу із застосуванням коефіцієнту Спірмена (r_s) та лінійної регресії.

Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s) (Spearman's Rank Correlation Coefficient) є непараметричним статистичним інструментом, який використовується для аналізу зв'язків між двома ранговими змінними або між змінними, які можна ранжувати. Він оцінює силу та напрямок залежності між змінними, яка може бути як лінійною, так і нелінійною. Метод базується на ранжуванні даних, де кожному значенню змінної присвоюється ранг, що зменшує вплив на результат обрахунків екстремальних значень або нерівномірного розподілу даних [32].

Метод лінійної регресії – це статистичний підхід, який використовується для моделювання та аналізу залежності між однією залежною змінною (відповіддю) та однією або кількома незалежними змінними (предикторами). Основна мета лінійної регресії полягає в тому, щоб знайти найкращу лінійну функцію, яка описує цю залежність.

Основні етапи методу лінійної регресії.

1. Формування моделі. Лінійна регресія передбачає, що залежна змінна Y може бути представлена як лінійна комбінація незалежних змінних $X_1, X_2, \dots, X_p$:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p + \epsilon, \quad \text{Формула (2.1)}$$

де β_0 – вільний член,

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ – коефіцієнти регресії,

ϵ – випадкова помилка.

2. Оцінка параметрів. Найпоширенішим методом оцінки параметрів моделі є метод найменших квадратів, який мінімізує суму квадратів відхилень між спостереженими значеннями та значеннями, передбаченими моделлю.

3. Припущення. Коректність моделі забезпечується дотриманням таких статистичних припущень: нормальність залишків, однакова дисперсія залишків (гомоскедастичність) та незалежність спостережень.

4. Оцінка якості моделі здійснюється за допомогою таких метрик: коефіцієнт детермінації R^2 , середня квадратична помилка (MSE) та аналіз залишків.

5. Інтерпретація результатів. Коефіцієнти регресії інтерпретуються як зміна залежної змінної при зміні відповідної незалежної змінної на одиницю вимірювання, за умови, що інші змінні залишаються незмінними [129].

На підставі теоретико-методологічного аналізу була розроблена програма емпіричного дослідження; дібрано психодіагностичний інструментарій. Було створено форму для опитування на платформі онлайн-сервісу Google Forms. Збір емпіричних даних проходив у терміни від 13.09.2023 р. по 31.10.2023 р. (загальна тривалість процесу опитування – 48 діб). Запрошення до участі у дослідженні було поширене через соціальні мережі (групи у Facebook, Instagram, зокрема із використанням засобів реклами), та групи у месенджерах (Telegram, Viber).

За структурою опитування складалось із супровідного листа та розділів із обраним психодіагностичним інструментарієм. Фактичний матеріал є результатом самозвітів респондентів за твердженнями/питаннями обраних методик.

Супровідний лист містив:

– загальну інформацію про мету дослідження, його організаторів;

- приблизну тривалість проходження опитувальників (близько 25-35 хвилин);
- критерії відбору респондентів (вік від 18 років та наявність в особи громадянства України);
- інформацію щодо опрацювання персональних даних; контакти служб психологічної підтримки (на випадок, якщо зміст опитування викличе сильні неприємні переживання у респондентів).

Ми не збирали жодних даних, які визначенні чинним законодавством України, як персональні. Після ознайомлення із супровідним листом респондент міг зробити позначку своєї згоди із умовами обробки персональних даних та подальшого використання фактичного матеріалу із науковою метою у публікаціях. За відсутності позначок респондент не мав змогу перейти до розділів із психодіагностичними методиками.

На початку від респондентів була зібрана загальна інформація у такому порядку:

- стать (чоловіча або жіноча);
- вік (кількість повних років);
- місце теперішнього проживання (Україна або інша країна);
- область проживання до початку війни (були включені усі області України у кордонах 1991 р.);
- рівень освіти (середня школа (9 класів), старша школа або коледж (11 класів), вища освіта (університет, інститут, академія), науковий ступінь));
- наявність досвіду проживання на території, окупованій російськими військами;
- наявність соціального статусу, отриманого через війну (внутрішньо переміщена особа (ВПО), особа під тимчасовим захистом (в іншій країні), або його відсутність);
- наявність іншого соціального статусу (наприклад, член багатодітної родини, особа з інвалідністю);

- з ким проживає респондент (напр., шлюбний партнер/-ка, домашні тварини);
- основна діяльність (напр., чи є особа працевлаштованою);
- суб'єктивна оцінка ступеню загрози власному життю протягом війни (від 0 до 10);
- згода на участь в апробації навчально-розвивальної програми, яка буде розроблена за результатами отриманих діагностичних даних респондентів та поле для поштової скриньки для зв'язку (цей пункт не був обов'язковим до заповнення).

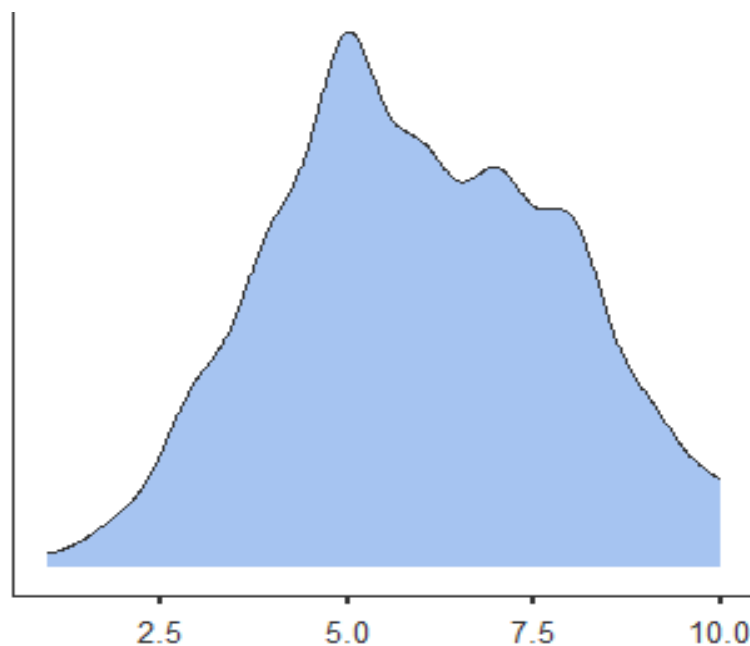


Рисунок 2.4. Візуалізація розподілу респондентів вибірки за повідомленим рівнем загрози

Дослідження є когортним, тобто респонденти обрані випадковим чином з загальної вибірки цивільного населення.

Результати опитування за даними параметрами, які увійшли до подальших розрахунків, представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл респондентів за соціодемографічними характеристиками

Соціодемографічні параметри респондентів	Кількість осіб	%
<i>Освіта</i>		
Повна середня	57	27,7
Інститут	136	66
Науковий ступінь	13	6,3
<i>Місце перебування</i>		
Україна	188	91,3
Інша країна	18	8,7
<i>Статус, отриманий через війну</i>		
ВПО	19	9,2
Особа під тимчасовим захистом	18	8,7
Відсутність	169	82
<i>Додатковий соціальний статус</i>		
Член багатодітної родини	10	4,9
Людина з інвалідністю	12	5,8
<i>Основна діяльність</i>		
Найманий працівник	98	47,6
Підприємець	25	12,1
Студент	49	23,8
Непрацевлаштований з інших причин	25	12,1
<i>Проживання</i>		
З подружнім партнером	77	37,4
З партнером	24	11,7
З дітьми	64	31,1
З іншими родичами	64	31,1
З родичами похилого віку	19	9,2
З домашніми тваринами	63	30,6
Самостійно	24	11,7

Загальна кількість осіб, що взяли участь у дослідженні, складала 208 осіб, з них 2 особи були виключені за невідповідність означеним критеріям. Остаточна кількість респондентів після виключення сягала 206 осіб, з яких 172 жіночої статі та 34 чоловічої статі. Візуалізоване представлення вибірки за характеристиками віку та статі можна побачити на Рис. 2.4.

Чорний квадрат на рисунку 2.4. позначає середній вік для частин вибірки жіночої та чоловічої статі (27 років – для чоловіків, 31 – для жінок). Найбільший віковий показник для частини вибірки чоловічої статі сягнув 48 років, для жіночої – 56.

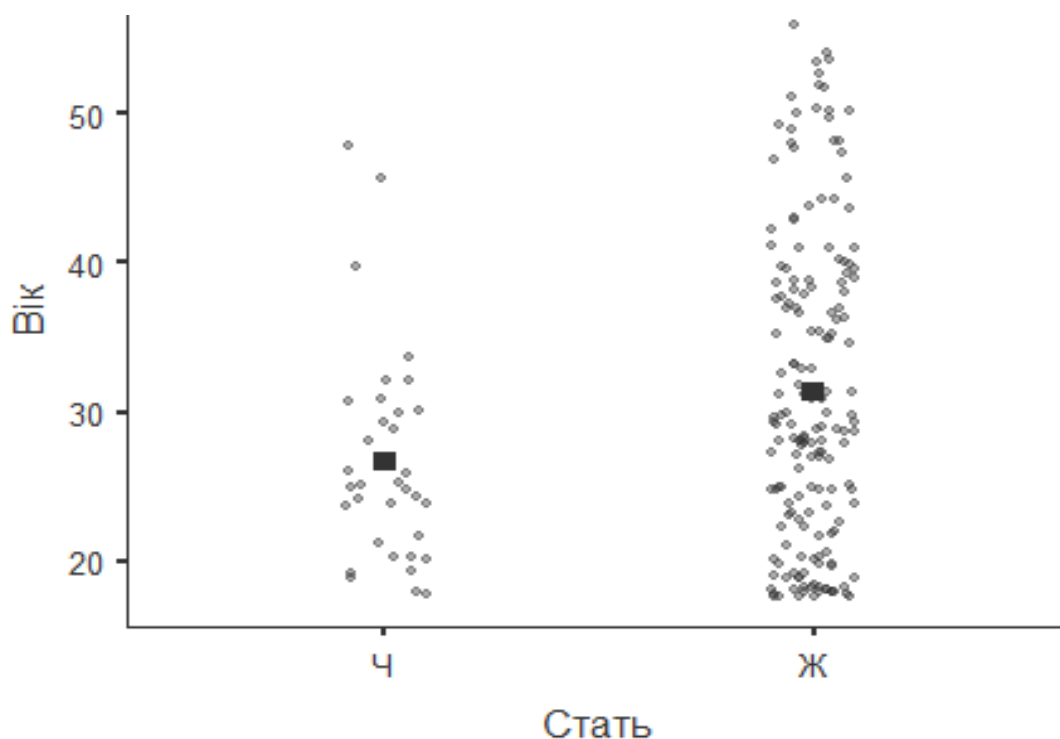


Рисунок 2.5. Візуалізація розподілу респондентів вибірки за віком та статтю

Було використано психодіагностичний інструментарій, презентований у такій послідовності:

- «Міжнародний опитувальник про травму (International Trauma Questionnaire. ITQ)»;
- «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера Ч. –Ханіна Ю.»;
- «Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CES-D)»;
- «Коротка версія тесту життєстійкості (Олефир В., Кузнецов М., Павлова А.)»;
- «Тест-опитувальник особистісної зрілості (Гільбух Ю.)».

Задля оцінки ефективності діагностичної моделі, яку утворюють їх першопочаткові шкали, усі опитувальники були перевірені конфірмаційним факторним аналізом (Confirmatory factor analysis (CFA)). Якщо результат CFA не відображав розподіл шкал, ми здійснювали додаткову оцінку

опитувальника за допомогою розвідувального факторного аналізу (Exploratory factor analysis (EFA)) задля виокремлення необхідних шкал, а також за допомогою визначення показника стандартизованого середнього залишку (Standardized Root Mean Squared Residual, або SRMSR). Зупинимось більш детально на психометричних властивостях кожної з використаних методик.

Для діагностики рівнів вираженості ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) у нашому дослідженні було використано міжнародний опитувальник про травму (International Trauma Questionnaire. ITQ) [73]. Це самооцінюваний (self-reported) інструмент не є підставою для постановки відповідних діагнозів, проте використовується для *виявлення рівнів вираженості ознак ПТСР КПТСР*. Даний опитувальник був апробований на вибірці українців Зливков В. (2019) та ін. адаптували опитувальник ITQ до української вибірки [11].

Но G. et al. (2023) досліджували латентну структуру міжнародного опитувальника про травму (ITQ) для оцінки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) у дорослій цивільній вибірці під час війни в Україні [87]. Результати дослідження показали, що ITQ має два латентні фактори, які відповідають за ПТСР та КПТСР. Фактори ПТСР та КПТСР були добре диференційованими та мали різні кореляції з іншими змінними. Фактор ПТСР був пов'язаний з такими симптомами, як повторні спогади про травму, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, і негативні думки та почуття про себе та світ. Фактор КПТСР був пов'язаний з такими симптомами, як відчуття розгубленості та відстороненості від себе та інших, змінені реакції на стрес, проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю, зміни у сприйнятті себе та світу, а також зміни в поведінці. В цілому висновки дослідження свідчать про те, що ITQ є надійним і валідним інструментом для оцінки ПТСР та КПТСР у дорослих українців, які переживають війну.

ІТQ містить 12 тверджень, які оцінюють симптоми ПТСР та КПТСР. Твердження пропонується оцінювати за шкалою Лайкерта від 0 до 4 із відповідними значеннями: «Ніскільки» (0); «Трохи» (1); «Помірно» (2); «Досить сильно» (3); «Надзвичайно сильно» (4). Бали за методикою підраховуються як сума балів за кожне твердження. Мінімальна кількість балів за шкалою ПТСР та КПТСР дорівнює 0 балів. Максимальна кількість балів за шкалою ПТСР дорівнює 24 бали; за шкалою КПТСР – 48 балів. Опитувальник був розроблений відповідно до організаційних принципів МКХ-11 (ICD-11). ІТQ містить дві основні субшкали з трьома кластерами симптомів у кожній.

Для ПТСР:

- інтрузії;
- уникнення;
- гіперпильність.

Для порушень самоорганізації (DSO):

- порушення емоційної саморегуляції;
- негативна «Я»-концепція;
- порушення стосунків.

Максимальна кількість балів за кожною зі шкал дорівнює 8 балів, мінімальна – 0.

У нашому дослідженні CFA підтвердив факторну структуру даного опитувальника на нашій вибірці, як таку, що має високу діагностичну ефективність (CFI=0,95; TLI=0,98; SRMR=0,03).

Для діагностики рівня тривожності нами була використана «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера Ч. – Ханіна Ю.» [128]. Дана методика була заявлена, як апробована на українській вибірці [1]. Методика складається з 40 питань, які респонденту необхідно оцінити за шкалою Лайкерта від 1 до 4: «Ні, це не так (1)»; «Мабуть, так (2)»; «Вірно (3)»; «Цілком вірно (4)». Питання поділені на

дві шкали: 20 питань відносяться до шкали реактивної тривожності; 20 – до шкали особистісної тривожності. Бали підраховуються за такими формулами: для реактивної тривожності $(PT) = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$; для особистісної тривожності $(OT) = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$; де параметри « Σ » – сума балів за встановленими пунктами. Автори пропонують такий розподіл рівнів тривожності в означеному діапазоні балів: 0-30 балів – низький рівень тривожності; 31-45 балів – помірний рівень тривожності; вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Показник CFI не продемонстрував достатньої діагностичної ефективності моделі двох шкал даної методики (CFI=0,51; TLI=0,48; SRMR=0,15). Після використання розвідувального факторного аналізу та виділення нових 4 шкал, були отримані вищі показники ефективності діагностичної моделі. Але вони не виявилися достатніми (CFI=0,69; TLI=0,68; SRMSR=0,09). Отже, діагностична цінність даної методики у контексті нашого дослідження та особливостей вибірки залишається спірною.

Для діагностики рівня вираженості ознак депресії нами була використана «Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень» (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CES-D). Дана шкала була адаптована на українській вибірці та продемонструвала достатню валідність та надійність, щоб бути розглянутою в якості надійного інструменту експрес-діагностики депресивної симптоматики [29].

Шкала «CES-D» є моношкалою, та складається з 20-ти тверджень, які респонденти мали оцінити за шкалою Лайкерта від 0 до 3: «Рідко або жодного разу (менше ніж 1 день)» (0); «Іноді або випадково (1-2 дні)» (1); «Іноді буває або час від часу (3-4 дні)» (2); «Майже постійно (5-7 днів)» (3). Респонденту пропонується оцінювати твердження стосовно періоду минулого тижня. З метою порушення установки респондента надавати відповіді однієї полярності (позитивні або негативні), запитання №4, №8,

№12 та №16 були сформовані в зворотній формі. Отримані сирі бали можуть знаходитись в діапазоні від 0 до 60 [29].

Показник CFI не продемонстрував достатньої діагностичної ефективності моделі моношкали даної методики на нашій вибірці (CFA=0,70; TLI=0,67; SRMSR=0,08). За допомогою розвідувального факторного аналізу (EFA) вдалося встановити чотири структурні шкали даної методики. З ними показник CFI тим не менш не набув достатнього рівня (CFI=0,87; TLI=0,82). З іншого боку, після видозміни за шкалами змінився показник SRMR (Standardized Root Mean Squared Residual), та став дорівнювати 0,06, що вказує на достатню узгодженість даних методики для нашого дослідження. Шкали, які були виділені нами у процесі, є такими: «Соматичне виснаження» (твердження №: 1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18); «Соціальна нереалізованість» (твердження №: 3, 9, 14, 15, 19, 20); «Виснаженість» (твердження №: 5, 6, 7, 8, 11); «Задоволеність життям» (твердження №: 4, 12, 16). Зміст тверджень та їх розподіл за новими шкалами презентовані у Таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Структурні шкали опитувальника «Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень», виділені в результаті EFA

Шкала	№	Зміст
Соматичне виснаження	1	Я був стурбований чимось, що звичайно не турбує мене.
	2	Я не хотів їсти; поганий апетит.
	6	Я відчував себе пригніченим.
	10	Я відчував страх.
	11	Мій сон був неспокійним.
	12	Я був щасливий.
	13	Я говорив менше, ніж звичайно.
	14	Я відчував себе самотнім.
	17	Я плакав.
	18	Мені було сумно.

Соціальна нереалізованість	3	Я відчував, що я не міг позбутися поганого самопочуття навіть за допомогою моєї родини або друзів.
	9	Я думав про моє життя як невдале.
	14	Я відчував себе самотнім.
	15	Люди були недоброзичливими.
	19	Я відчував, що люди мене не люблять.
	20	Я не міг найти "вихід".
Психоемоційне виснаження	5	Мені було важко зосередитися на тому, що я робив.
	6	Я відчував себе пригніченим.
	7	Я відчував, що все, що я робив, потребувало додаткових зусиль.
	8	Я надіявся на майбутнє.
	11	Мій сон був неспокійним.
Задоволеність життям	4	Я відчував, що я був таким же, як інші люди.
	12	Я був щасливий.
	16	Я насолоджувався життям.

Для діагностики рівня життєстійкості нами була використана «Коротка версія тесту життєстійкості» (Олефир В., Кузнецов М., Павлова А.). Діагностичний інструмент був апробований на українській вибірці [26]. Він містить 3 субшкали: «залученість», «контроль», «прийняття ризику», які є концептуальними аспектами поняття життєстійкості. «Залученість» є показником задоволення особистості від власної діяльності та її впевненості у тому, що вона здатна знайти щось гідне та значуще у подіях, в які вона включена. За низьких показників ця шкала вказує на відчуття людиною себе «поза» життя. Шкала «Контроль» є упевненістю в здатності впливати на результат того, що відбувається навколо, обирати свій шлях та діяльність. «Прийняття ризику» є впевненістю людини в сприянні розвитку особистості того, що відбувається навкруги.

Опитувальник був заявлений авторами таким, що продемонстрував достатні показники надійності, ретестової надійності та валідності. Він складається з 15 тверджень, які респондент має оцінити за шкалою Лайкерта від 0 до 3: «ні» (0), «скоріше ні, ніж так» (1), «скоріше так, ніж ні» (2), «так» (3). Опитувальник містить як прямі, так і зворотні твердження. Загальний рівень життєстійкості є сумою балів за кожною із субшкал. Максимальна

кількість балів за кожною із субшкал – 15, мінімальна – 0. Максимальний показник життєстійкості дорівнює 45, мінімальний – 0.

Наша вибірка продемонструвала показник CFI=0,88 та TLI=0,84 для даної методики, що є дещо недостатнім для визнання достатньої ефективності діагностичної моделі опитувальника. Проте індекс SRMSR=0,05, що вказує на достатню узгодженість даних методики для цілей даного дослідження.

Для діагностики рівня особистісної зрілості нами був використаний опитувальник *«Тест-опитувальник особистісної зрілості»* (Гільбух Ю.). Опитувальник був заявлений в якості апробованого та надійного психодіагностичного засобу особистісної зрілості в осіб від 15 років і старше [16]. Методика складається з 33 тверджень, в яких респонденту необхідно з 7 варіантів поведінки обрати найбільш відповідний власній типовій поведінці. Кожне твердження за ключем оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до +3. Результати обраховуються як за окремими субшкалами, так і за сумарним балом за ними, який є загальним показником особистісної зрілості респондента. Максимальна кількість балів для субшкал: «Мотивація досягнень» = 33; «Ставлення до свого «Я» («Я»-концепція)» = 54; «Почуття громадського обов'язку» = 18; «Життєва установка» = 36; «Здатність до психологічної близькості з людиною» = 21. Мінімальна кількість балів за субшкалами = 0. Відповідно максимальна кількість балів за методикою = 162, мінімальна = 0. Під мотивацією досягнень розуміється загальна цільова спрямованість індивіда. Під ставленням до свого «Я» – самооцінка індивідом власних можливостей, здібностей, темпераменту, характеру, знань, умінь, навичок. Під почуттям громадянського обов'язку розуміється наявність почуттів патріотизму, професійної відповідальності, потреби у спілкуванні та інтересу до суспільно-політичного життя. Під життєвою установкою розуміється усвідомлення відносності всього сущого, емоційною саморегуляцією. Під здатністю до психологічної близькості з іншою людиною розуміються якості доброзичливості, емпатії, вміння слухати,

потреби в близькості з іншими. Загальний бал може складати від -99 до 99. Автор надає такі рівні особистісної зрілості у цьому діапазоні балів: +99 ... +75 – дуже високий рівень; +74 ... +50 – високий; +49 ... +25 – задовільний; менше +25 – незадовільний.

На жаль, показник CFI не продемонстрував на нашій вибірці достатнього рівня діагностичної ефективності (CFI=0,43; TLI=0,36; SRMR=0,08). Після використання розвідувального факторного аналізу та виділення нових 7 шкал, були отримані вищі показники ефективності діагностичної моделі. Але вони не виявилися достатніми (CFI=0,55; TLI=0,47; SRMSR=0,08). Отже, діагностична цінність даної методики у контексті нашого дослідження та особливостей вибірки залишається спірною.

2.2. Аналіз результатів дослідження

В результаті конфірматорного та розвідувального факторного аналізів було з'ясовано, що використаний діагностичний інструментарій оцінки особистісної зрілості та тривожності не продемонстрували достатньої діагностичної ефективності, тому ми виключили ці опитувальники з обрахунків і були змушені відмовитись від першого дослідницького запитання, поставленого у частині 2.1. та поставити нові.

- 1) Чи існують зв'язки між рівнями вираженості ознак ПТСР і КПТСР, депресії, життєстійкості із соціодемографічними характеристиками (вік, стать) та суб'єктивною оцінкою рівня загрози життю?
- 2) Який характер цих зв'язків?
- 3) Яка предиктивна модель найкраще пояснює вираженість ознак ПТСР?
- 4) Яка предиктивна модель найкраще пояснює вираженість ознак КПТСР?

Це не відмінняє наших теоретичних поглядів про особистісну зрілість як інтегративну характеристику, що може бути пов'язана та взаємозумовлена із ознаками ПТСР, депресії, життєстійкості, а лише вказує на необхідність віднайдення релевантного діагностичного інструментарію. На жаль, усі знайдені нами опитувальники особистісної зрілості не містили даних про силу та надійність вимірюваних характеристик в контексті їхньої адаптації на українській вибірці. Тому нами було прийнято рішення статистично опрацювати дані методик, які пройшли CFA та EFA, та не проводити додаткове опитування за альтернативними опитувальниками особистісної зрілості. Результати обрахунків представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кореляційна матриця зв'язків між досліджуваними шкалами

Параметри	Рівень вираженості ознак ПТСР	Рівень вираженості ознак КПТСР	Рівень вираженості ознак депресії	Життєстійкість
Рівень вираженості ознак ПТСР				
Рівень вираженості окремих ознак КПТСР	0,787 ***			
Рівень вираженості ознак депресії	0,383 ***	0,604 ***		
Життєстійкість	-0,230 ***	-0,569 ***	-0,675 ***	

Примітка. *** – на рівні значущості $p < 0,001$

За даними з таблиці можна зазначити від'ємний середній зв'язок між загальним рівнем вираженості ознак КПТСР і життєстійкості та додатний середній зв'язок із рівнем вираженості ознак КПТСР і депресії. Натомість для ПТСР й рівня депресії існує додатний слабкий зв'язок та від'ємний слабкий зв'язок із рівнем життєстійкості. Різницю в силі отриманих кореляційних зв'язків для рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР з показниками депресії та життєстійкості можна пояснити різницею досліджуваних явищ.

ПТСР є реакцією на раптову потужну подію, що травмує. У той самий час як КПТСР є наслідком прологнованого контакту з травматичною подією, тому саме життестійкість дозволяє краще долати тривалий стрес, адже являє собою здатність особи сприймати пролонговані стресові обставини, як виклики життя, що є підконтрольними та стимулюють розвиток. Людина не може бути невразливою до травматичних подій, проте може бути більш опірною до їх тривалого впливу.

Було проведено кореляційний аналіз шкал діагностичних методик та соціально-демографічних параметрів, за якими були опитані респонденти в анкеті на початку дослідження. Результати презентовані у таблиці 2.5. – 2.6.

Таблиця 2.5.

**Кореляційні зв'язки віку та статі
із параметрами ПТСР, КПТСР та депресії**

Параметр	Вік	Стать
Рівень вираженості ознак ПТСР	0,092	0,163*
Рівень вираженості ознак КПТСР	0,002	0,176*
Рівень вираженості ознак депресії	-0,170*	0,110
Життестійкість	0,216**	-0,071

Примітка. * $p < .0,05$ ** $p < .0,001$

За даними з таблиці 2.5. можна відзначити, що вік не корелює із рівнями вираженості ознак ПТСР та КПТСР. Рівні вираженості ознак депресії мають від'ємний слабкий зв'язок з віком, а параметр життестійкості – додатний слабкий зв'язок з віком, що говорить про зростання життестійкості та певне зменшення депресивних проявів протягом життя. Це може бути пояснено досвідом подолання труднощів, який збагачується з віком, що робить людину більш опірною до подальших викликів.

Стать має додатний слабкий зв'язок із рівнями вираженості ознак ПТСР та КПТСР, у той самий час як для депресії, життестійкості статистично значущого зв'язку не було виявлено. Такі дані можна пояснити загальною

нерівномірністю вибірки за ознакою статі, більшою вразливістю жінок до впливу стресорів в умовах війни через високу відповідальність не лише за своє життя, а й життя дітей, підвищеними ризиками насильства та обмеженим доступом до допомоги через втрату соціальних зв'язків на тлі воєнних подій.

Таблиця 2.6.

Кореляційні зв'язки між суб'єктивною оцінкою рівня загрози власному життю та рівнями вираженості ознак ПТСР, КПТСР, депресії, життєстійкості, статі, та віку

Параметр	Суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю
Рівень вираженості ознак ПТСР	0,238***
Рівень вираженості ознак КПТСР	0,269***
Вираженість ознак депресії	-0,030
Життєстійкість	0,020
Вік	0,185**
Стать	0,126

Примітка. ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

З віком спостерігається збільшення суб'єктивної оцінки рівня загрози своєму життю. Це можна пояснити тим, що завдяки більшому життєвому досвіду людина може бути здатна більш реалістично оцінювати рівень небезпеки.

За даними з таблиці 2.6. можна констатувати, що параметр статі не демонструє значущих зв'язків із суб'єктивною оцінкою загрози від тих чи тих ситуацій, пов'язаних з війною. Отже, чоловіки та жінки оцінюють рівень загрози своєму життю через воєнні дії приблизно однаково. Чим вища ця оцінка, тим вищий рівень вираженості ознак ПТСР та КПТСР, що підтверджується додатнім низьким зв'язком між ними. Жіноча стать корелює із вищими рівнями вираженості ознак ПТСР та КПТСР, що говорить про значущість не стільки самої оцінки події під час визначення рівня

травматизації, скільки здатності з нею поратись, що може бути ускладнено для жінок фактори вразливості жінок через вплив війни, означені вище. Отже, повідомлена небезпека може частково відображати потенційну травматизацію людини через неї, що може бути пояснено моделлю оцінки загрози, запропоновану Лазарусом Р. [86, 114]. Так, процес оцінки будь-якої ситуації можна поділити на два послідовних етапи:

- 1) оцінка початкових сигналів для визначення рівня наявної загрози;
- 2) оцінка ресурсів для боротьби зі стресором або реакція збудження на нього.

В результаті обирається курс дій відповідно до загальної оцінки ситуації. Рівень мобілізації психіки є стає пропорційним до ступеня загрози по відношенню до наявних ресурсів подолання негативної ситуації, необхідних для відновлення гомеостазу. Отже, позначений респондентами високий рівень загрози своєму життю є відображенням відсутності змоги впоратися з ситуацією, що травмує відповідно до наявних ресурсів, через що ситуація продовжує чинити негативний вплив на життя людини та потребує додаткових ресурсів на опрацювання травматичного досвіду. Також суб'єктивна оцінка загрози власному життю може бути репрезентацією оптимістичної або песимістичної налаштованості людини в майбутньому чинити опір ситуації, що травмує.

За допомогою методу лінійної регресії ми здійснили спробу з'ясувати, який відсоток ознак ПТСР та КПТСР може бути пояснений відмінностями показників за шкалами, які з останніми продемонстрували значущий зв'язок. Дисперсія предикторів, виміряних за допомогою опитувальників у вибірці, представлена в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

**Описові статистичні показники
використаних психодіагностичних методик**

Назва методики	Шкали	Середнє значення	Стандартне відхилення
International Trauma Questionnaire. ITQ	Інтрузії	2,31	1,80
	Уникнення	2,72	2,23
	Гіперпильність	3,82	2,47
	Порушення емоційної саморегуляції	3,46	1,99
	Негативна «Я»-концепція	2,33	2,56
	Порушення стосунків	3,06	2,42
Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CES-D	Соматичне виснаження	10,9	6,31
	Соціальна нереалізованість	4,55	4,55
	Психоемоційне виснаження	6,67	3,08
	Задоволеність життям	4,86	2,35
Коротка версія тесту життєстійкості	Залученість	8,33	2,30
	Контроль	8,42	3,04
	Прийняття ризику	8,38	3,52

Використання методу лінійної регресії було здійснене у два етапи. На першому ми внесли в регресійну модель всі предиктори (шкали опитувальників), для яких було винайдено статистично значущі зв'язки із вищими рівнями вираженості ознак ПТСР та КПТСР. Оцінка внеску показників життєстійкості та депресії у варіативність вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР презентована у таблиці 2.8.

Наведемо пояснення до кожного показника у таблиці 2.8, які допомагають оцінити якість регресійної моделі та її окремих предикторів.

1. *Предиктор* – незалежна змінна, яка використовується для прогнозування значення залежної змінної (наприклад, вік, стать, рівень освіти тощо).

2. *Коефіцієнт регресії* – показує, на скільки зміниться залежна змінна при зміні предиктора на одну одиницю. Якщо коефіцієнт позитивний, предиктор збільшує залежну змінну; якщо негативний – зменшує.

Таблиця 2.8.

**Первинні предиктивні моделі для вищих рівнів вираженості ознак
ПТСР та КПТСР**

Предиктор	Коефіцієнт регресії	R	R ²	p	Критерій Дубріна-Уотсона
CES-D Соматичне виснаження	0,3799	0,453	0,205	<0,001	2,04
CES-D Соціальна нереалізованість	0,0436			0,765	
CES-D Психофізична виснаженість	0,0283			0,875	
CES-D Задоволенність життям	0,0446			0,789	
RES Залученість	0,2716			0,227	
RES Контроль	0,0292			0,861	
RES Прийняття ризику	-0,0618			0,660	
CES-D Соматичне виснаження	0,5133	0,668	0,446	<,001	2,19
CES-D Соціальна нереалізованість	0,3833			0,072	
CES-D Психофізична виснаженість	0,0438			0,867	
CES-D Задоволенність життям	-0,1604			0,509	
RES Залученість	-0,4304			0,189	
RES Контроль	-0,2785			0,251	
RES Прийняття ризику	-0,1758			0,390	

3. R – коефіцієнт множинної кореляції, який показує, наскільки добре незалежні змінні (предиктори) загалом пояснюють варіацію залежної змінної. Значення R варіюється від 0 до 1:

- 0 – відсутність зв'язку;
- 1 – ідеальний зв'язок.

4. R^2 (коефіцієнт детермінації) – частка дисперсії залежної змінної, яка пояснюється моделлю. Наприклад, якщо $R^2 = 0,40$, це означає, що 40% змін у залежній змінній пояснюються включеними в модель предикторами.

5. p (рівень значущості) – ймовірність отримати такий результат за умови, що нульова гіпотеза (відсутність зв'язку) є вірною. Якщо $p < 0,05$, то предиктор або вся модель вважається статистично значущою.

6. *Критерій Дубріна-Уотсона* – тест на автокореляцію залишків у регресійній моделі. Значення:

- близько 2 – залишки незалежні (оптимально),
- $< 1,5$ – є позитивна автокореляція (залежність між залишками),
- $> 2,5$ – є негативна автокореляція.

З даних таблиці 2.4., R^2 для рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР за оцінкою шкал депресії та шкал життєстійкості має відмінності. Так, означені шкали у сукупності пояснюють 20,5% відмінностей у значеннях для рівнів вираженості ознак ПТСР та 44,6% – для КПТСР. Критерій Дубріна-Уотсона знаходиться в межах 1,5-2,5, що свідчить про достатність автокореляції залишків, а, отже, вказує на точність регресійної моделі.

Другий етап регресійного аналізу полягав у послідовному додаванні та вилученні з розрахунків предикторів один за одним, та виключенні тих, які знаходилися поза межами статистичної значущості. Кожна перевірена прогностична змінна залишалася в моделі або відхилялася залежно від її p -значення та змін, які ця змінна викликала в інших p -значеннях та в моделі в цілому.

Окрім шкал, ми також здійснили спробу додати у предиктори соціально-демографічні параметри респондентів. Ми використали мінімальне співвідношення subjects per variable (SPV), що дорівнює 10. Такий підхід узгоджується з рекомендаціями щодо достатньої статистичної потужності при проведенні регресійного аналізу [60]. Хоча деякі дослідження вказують на можливість використання SPV, що дорівнює 2 [104], такий рівень може призводити до нестабільності коефіцієнтів регресії та обмежувати узагальнюваність висновків. У зв'язку з цим змінні, для яких кількість спостережень була меншою за 10, були виключені з аналізу. Показники, що продемонстрували найвищу прогностичну цінність та статистичну значущість для предиктивних моделей вищих рівнів вираженості ознак ПТСР і КПТСР, представлені у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

**Предиктивні моделі вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та
КПТСР**

Предиктор	Коефіцієнт регресії	R	R ²	p	Критерій Дубріна-Уотсона
Вищі рівні вираженості ознак ПТСР					
Вік	0,141	0,610	0,372	<0,001	2,07
Старша школа	2,140			0,017	
Основна діяльність: Найманий працівник	3,400			0,057	
Основна діяльність: Найманий робітник	3,877			0,014	
Основна діяльність: Студент	4,086			0,016	
Основна діяльність: Не працюю з інших причин	4,027			0,021	
Суб'єктивна оцінка рівня загрози	0,495			0,004	
CES-D Соматичне виснаження	0,387			<0,001	
Проживання: Самостійно	-3,022			0,005	
Проживання: Члени родин	1,619			0,030	
Вищі рівні вираженості ознак КПТСР					
Вік	0,125	0,735	0,540	0,012	2,22
Проживання: Члени родини	3,082			0,003	
Суб'єктивний рівень загрози	1,310			<0,001	
CES-D Соматичне виснаження	0,429			<0,001	
CES-D Соціальна нереалізованість	0,636			<0,001	
Життєстійкість: Прийняття ризику	-0,452			0,005	

Шляхом підбору предикторів нам вдалося виокремити саме ті, які мають статистично значущу прогностичну цінність для предиктивних моделей вищих рівнів вираженості окремих ознак ПТСР та КПТСР. Варіативність дібраних шкал пояснює 37,2% коливань у значеннях для вищих рівнів вираженості окремих ознак ПТСР та 54% – для окремих ознак КПТСР.

Спираючись на результати регресійного аналізу, було розроблено фреймворк предиктивних моделей вищих рівнів вираженості окремих ознак ПТСР та КПТСР (рис. 2.6.).



Рисунок 2.6. Предиктивна модель вищих рівнів вираженості окремих ознак ПТСР та КПТСР

Для рівнів окремих вираженості ознак КПТСР та ПТСР наша модель продемонструвала спільні предиктори, які можна побачити на Рис. 2.6. Це зумовлено логікою обчислення балів за цими методиками. А саме тим, що КПТСР є наслідком ПТСР.

У той самий час моделі ПТСР та КПТСР мають відмінності. Так, для вищих рівнів окремих ознак КПТСР виявився статистично незначущим параметр «Середня освіта» та наявність певного роду зайнятості. Значущими

для предиктивної моделі КПТСР, на відміну від ПТСР, став параметр життєстійкості «Прийняття ризику» (обернений зв'язок), а також параметр «Соціальна нереалізованість».

В якості додаткових методів перевірки предикторів нами був використаний метод Random Forest (RF). Це метод аналізу даних, який допомагає передбачати результати або розподіляти інформацію на категорії. Його можна уявити як групу «дерев рішень» – моделей, що аналізують дані та роблять прогнози. Кожне дерево навчається на випадковій частині даних, а потім вони разом «голосують» за найкращий результат. Такий підхід дозволяє отримати більш точні прогнози та зменшити ризик помилок у порівнянні з використанням лише одного дерева. Метод RF стійкий до перенавчання, дає змогу долати шум у даних і дозволяє обробляти великі дані.

Нами було використано бібліотеку «Scikit-Learn» у Python для реалізації алгоритму та програмне забезпечення Visual Studio Code. Були задані такі параметри:

- *n_estimators*: кількість дерев рішень у лісі.; ми використовуємо значення `n_estimators': randint(50,500)`;
- *max_depth*: максимальна глибина кожного дерева рішень, ми використовуємо значення `'max_depth': randint(1,20)`.

Для вищих рівнів вираженості ПТСР (додаток А) методом RF були виділені такі предиктори: вік; шкали «Соматичне виснаження», «Психоемоційне виснаження», «Задоволеність життям», «Соціальна нереалізованість», опитувальника депресії; шкали «Прийняття ризику», «Включеність» та «Контроль» за опитувальником життєстійкості; суб'єктивна оцінка рівня загрози.

Для вищих рівнів вираженості КПТСР (додаток Б) методом RF були виділені такі предиктори: вік, шкали «Соматичне виснаження», «Психоемоційне виснаження», «Задоволеність життям», «Соціальна

нереалізованість», «Контроль», «Прийняття», «Залученість»; «Суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю».

На жаль, метод RF не демонструє модальності значень. Тобто чи є предиктор прямо або обернено пов'язаний із досліджуваним параметром. Але ми можемо побачити схожості та розбіжності у тому, які предиктори були виділені за допомогою «ручного» та машинного обрахування. Так, суб'єктивна оцінка рівня загрози життю та шкала «Соматичне виснаження» – це збіги в обох розрахунках. Відмінності полягають у тому, що із використанням методу RF у предиктивну модель майже не були включені соціально-демографічні характеристики, проте статистичну значущість в якості предикторів продемонструвала більша кількість шкал опитувальників депресії та життєстійкості.

Адже вік виявився статистично значущим предиктором для моделей вищих рівнів вираженості ПТСР та КПТСР як при їх ручному виділенні, так і за допомогою використання RF, наші наукові інтереси були спрямовані на те, щоб дізнатися більше про відмінності у рівнях вираженості окремих ознак ПТСР та КПТСР для різних вікових груп. Також ми приділили увагу іншим соціодемографічним параметрам, які не увійшли до предиктивної моделі.

З цією метою учасників вибірки було поділено на 3 вікові групи. Вибір вікових меж був здійснений з опорою на періодизацію вікового розвитку Савчина М. та Василенко Л. [35], та з урахуванням необхідності поділити вибірку на більш-менш рівноцінні частини задля адекватного статистичного аналізу:

- зріла юність – від 18 до 26 років (82 особи).
- рання дорослість - від 27 до 40 років (89 осіб);
- зріла дорослість - від 41 до 57 років (35 осіб).

Для розрахунків було використано порівняльний аналіз із використанням критерія Крускала Уолліса та програмне забезпечення Jamovi v. 2.4.11.0 (аналіз One-Way ANOVA). Обраний критерій є

непараметричним методом, який застосовується для порівняння трьох або більше незалежних груп даних, коли не виконуються припущення нормального розподілу вибірок. Метод базується на рангових значеннях, а не на вихідних даних, що дозволяє його використовувати для аналізу змінних із відхиленням від нормальності чи при наявності різної дисперсії між групами. Основна мета методу полягає у перевірці гіпотези про рівність медіан між групами.

Для розрахунку критерію Крускала-Уолліса всі значення об'єднуються, ранжуються за порядком зростання, після чого розраховуються середні ранги для кожної групи. Отримане значення критерію χ^2 порівнюється з критичним значенням розподілу χ^2 із відповідною кількістю ступенів свободи (df), яка визначається як кількість груп мінус один. Рівень статистичної значущості (p -value) використовується для прийняття або відхилення нульової гіпотези, де нульова гіпотеза передбачає відсутність відмінностей між групами.

В якості змінної, що групує (Grouping Variable), було обрано вік; в якості залежних змінних були обрані всі вимірювальні параметри. Для поділу на вікові групи ми створили окрему змінну (Computed Variable), привласнили їй назву «Age_Groups» та використали по відношенню до неї такий код:

$$IF(Age \leq 17, "Under 18", IF(Age \leq 26, "18 - 26", IF(Age \leq 40, "27 - 40", IF(Age \leq 57, "41 - 57", "57 + ")))) \quad (2.3)$$

В таблицю 2.10. ми включили лише ті параметри, значення p яких становило $\leq 0,05$, що вказує на наявність впливу віку на досліджувані параметри.

Таблиця 2.10.

Вікові відмінності у досліджуваних психологічних параметрах

Параметр	χ^2	df	p
CESD_Соціальна нереалізованість	8.1	2	0.017
Життєстійкість_Контроль	7.7		0.021
Життєстійкість_Прийняття ризику	9.5		0.008
Життєстійкість_Загальний рівень	8.8		0.012
ITQ_Рівень вираженості окремих ознак ПТСР	8.729		0.013
ITQ_Інтрузії	6.349		0.042
ITQ_Уникнення	6.728		0.035

З метою глибше дослідити параметри, що продемонстрували відмінності для різних вікових груп, нами було прийнято рішення здійснити кількісний порівняльний аналіз середніх значень ($\bar{X}$) та стандартних відхилень (s_x). цих параметрів (табл. 2.11).

Таблиця 2.11.

Різниця середніх значень та стандартних відхилень для параметрів досліджуваних шкал

Шкали	18-26		27-40		41-57	
	$\bar{X}$	s_x	$\bar{X}$	s_x	$\bar{X}$	s_x
Інтрузії (ITQ)	2.31	2.04	2.07	1.6	2.89	1.6
Уникнення (ITQ)	2.65	2.39	2.45	2.06	3.54	2.11
Рівень вираженості ознак ПТСР (ITQ)	8.77	6.07	8.05	4.9	11	4.45
Соціальна нереалізованість (CESD)	5.7	5.06	4.02	4.12	3.14	3.7
Контроль (Життєстійкість)	7.7	2.82	8.94	3.22	8.83	2.82
Прийняття ризику (Життєстійкість)	7.47	3.27	9.01	3.69	8.94	3.27
Загальний рівень життєстійкості	23	7.89	26.4	7.45	26.9	6.62

На рис. 2.7 наочно представлені усереднені показники за означеними шкалами для різних вікових груп.

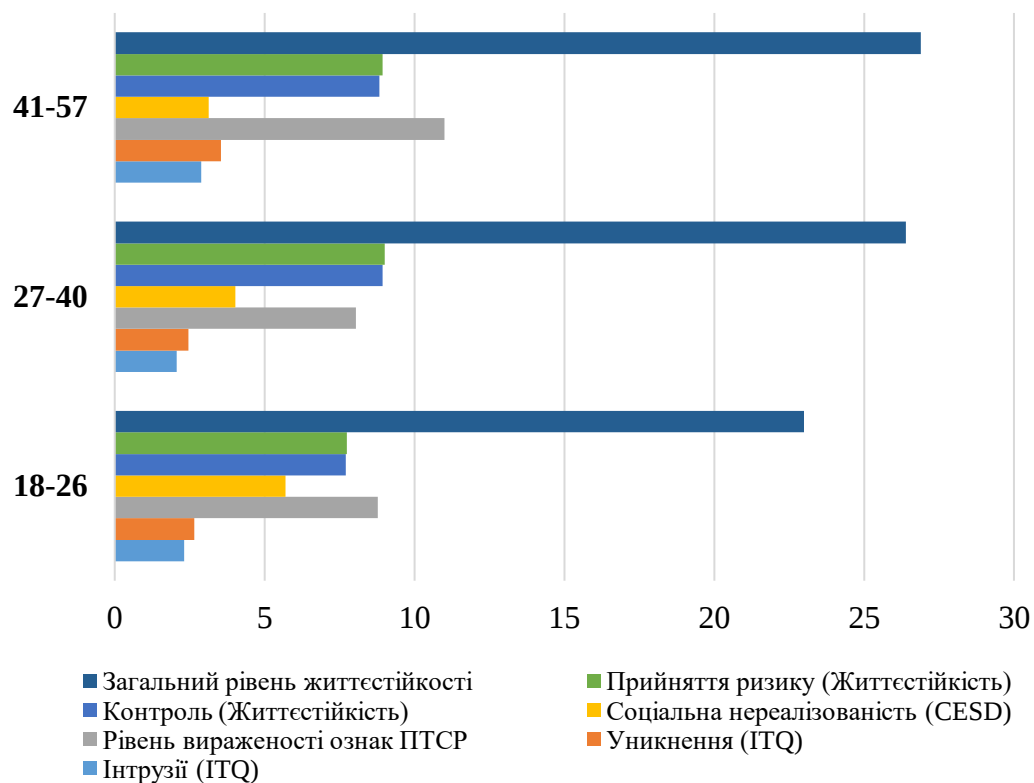


Рисунок 2.7. Усереднені показники діагностованих параметрів для різних вікових груп

Як можна побачити з таблиці 2.10. та рис. 2.7., особи віком 41-57 років мають вищі середні показники за рівнями вираженості тенденції до ПТСР та його окремими параметрами (інтрузії, уникнення), найнижчі показники властиві для вікової групи 27-40. Ці результати можна пояснити таким чином. Особи старшого віку, ймовірно, могли мати більше життєвих труднощів і травматичних подій, що у свою чергу призвело до більшої уразливості до вищих рівнів вираженості ознак ПТСР, оскільки вони накопичили психологічний стрес і могли не мати доступу до належної допомоги раніше. У осіб 27-40 можуть бути кращі навички подолання стресу завдяки сучасним підходам до психоедукації та доступу до ресурсів, поєднанні з життєвим досвідом подолання різних труднощів, якого може бракувати у осіб 18-26 років. Також старша вікова група може відчувати знижену адаптивність і життєстійкість у порівнянні з молодшими групами. Їм може бути складніше змінювати звички, розвивати нові стратегії

подолання, а також шукати підтримку в соціальному середовищі. Це може погіршувати відновлення після травматичних подій. Можливо, що особи старшого віку можуть мати більш негативне ставлення до психологічної допомоги через культурні чи соціальні упередження. Вони можуть рідше звертатися за підтримкою або ділитися своїми переживаннями, що веде до накопичення симптомів.

Резюмуючи означене пояснення, на нашу думку старша вікова група може потребувати додаткових втручань і підтримки, спрямованих на подолання наслідків травми та нормалізацію необхідності звертатись за психологічною допомогою. Молодшим групам, у свою чергу, може бути більш корисним надання превентивних стратегій для подальшого зміцнення життєстійкості.

Показники соціальної нереалізованості найвищі для осіб 18-26 років, та найнижчі для осіб 41-57 років. Це можна пояснити викликами для побудови соціальних зв'язків через війну. Так, багато молодих людей втратили друзів через вимушену еміграцію, а повітряні тривоги впливають на здатність відвідувати різні громадські заходи, що звужує коло можливостей для соціалізації. Натомість низькі показники соціальної нереалізованості у групі 41-57 років можуть бути пов'язані із наявністю вже усталеного кола спілкування у вигляді шлюбних партнерів, дітей, онуків.

Відповідно, підходи до роботи з параметром соціальної нереалізованості для молодшої та старшої вікових груп відрізнятимуться. Для вікової групи 18-26 років основна мета – підтримати активну соціалізацію та сприяти самовизначенню в соціальному середовищі через розвиток соціальних навичок, мотивацію до участі в соціальних проєктах, робота з психологічними ресурсами, стимулювання використання сучасних технологій, соціальних мереж, платформ для пошуку однодумців та реалізації проєктів, психологічну підтримку самовизначення, сприяння пошуку балансу між соціальною реалізацією та особистими потребами. Для вікової групи 41-57 років робота може бути орієнтована на подолання

ізоляції та підтримку включеності в соціальні процеси через стимулювання участі у спільнотах (професійних, культурних, суспільних), відновлення соціальних зв'язків із друзями, родиною чи сусідами, фокус на ресурси віку, а також на роботу з почуттям втрати значущих соціальних ролей (наприклад, після виходу на пенсію) або людей (батьків). Корисною може стати допомога у формуванні нових соціальних зв'язків через групові терапевтичні сесії або залучення до підтримуючих спільнот та фокус на мотивації до соціальної активності, яка може бути зниженою через емоційне виснаження або соціальну тривогу. Тут корисними можуть бути когнітивно-поведінкові техніки для роботи з переконаннями.

Такі параметри життєстійкості, як контроль, прийняття ризику, та її загальний рівень майже не відрізняються в середньому значенні для вікових груп 27-40 та 41-57, проте вони є більшими, ніж означені параметри для осіб 18-26 років. Це можна пояснити тим, що у вікових групах 27-57 років життєвий досвід дозволяє ефективніше адаптуватися до складних ситуацій, розвивати самоконтроль і приймати обґрунтовані ризики, що сприяє формуванню навичок планування, оцінки ресурсів і стратегії дій у стресових ситуаціях, що позитивно впливає на рівень життєстійкості. Групи 27-40 та 41-57 років можуть перебувати у стабільніших життєвих обставинах: усталена кар'єра, родина, соціальний статус. Ця стабільність допомагає розвивати почуття контролю над життям та здатність приймати ризик у певних межах, коли це необхідно для досягнення цілей. Також особи молодшої вікової групи (18-26 років) можуть демонструвати менший рівень життєстійкості через ще незавершений розвиток когнітивних і емоційних механізмів саморегуляції. Ця група може мати схильність до імпульсивності та більшу емоційну реактивність, що впливає на рівень сприйняття контролю та прийняття ризику.

Дослідження відмінностей психологічних за критерієм такого соціодемографічного параметру, як наявність або відсутність спільного проживання з кимось, є проблематичним, адже респонденти мали змогу

обирати декілька параметрів проживання. До прикладу, опитуваний міг, обрати спільне проживання з особами похилого віку, тваринами, дітьми, або самотійно та з тваринами. Основна причина проблем в інтерпретації – порушення припущень, на яких базується використання критерію Крускала-Уолліса. Він передбачає, що групи є взаємовиключними (наприклад, кожен респондент належить лише до однієї категорії). Якщо респонденти могли обирати кілька варіантів проживання, їхні відповіді можуть бути враховані у кількох групах одночасно, що порушує припущення незалежності між групами. Один і той самий респондент може впливати на результати кількох груп, що спотворюватиме розрахунки рангових сум та загальну статистику тесту. Також частина респондентів входить до кількох категорій, це може створювати штучну схожість між групами, знижуючи статистичну потужність тесту. Саме через вищезначені причини психологічні відмінності за місцем проживання ми не обчислювали.

Таблиця 2.12.

Відмінності у досліджуваних психологічних параметрах у групах досліджуваних відповідно до виду зайнятості

Параметр	χ^2	df	p
Підприємець			
Соматичне виснаження (CESD)	4.6	1	0.033
Загальний рівень життєстійкості	4.0		0.046
Уникнення (ITQ)	6.4		0.011
Гіперпильність (ITQ)	5.2		0.022
Рівень вираженості ознак ПТСР (ITQ)	6.8		0.009
Рівень вираженості ознак КПТСР (ITQ)	6.2		0.013
Найманий робітник			
Суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю	7.1	1	0.008
Контроль (Життєстійкість)	6.0		0.014
Студент			
Контроль (Життєстійкість)	5.0	1	0.025
Безробітний			
Уникнення (ITQ)	6.2	1	0.013

На відміну від наявності або відсутності спільного проживання, вибір виду основної зайнятості залишався єдиним (таблиця 2.12). Хоча це не відмінняє того, що опитані респонденти могли мати декілька додаткових видів зайнятості, як то найманий робітник та студент, або підприємець та студент, які вони не позначали під час опитування. Тож інтерпретувати винайдені відмінності слід з обережністю.

Задля поглибленого вивчення винайдених відмінностей серед представників різних видів зайнятості нами було прийнято рішення порівняти середні значення для шкал, в яких ці відмінності було помічено.

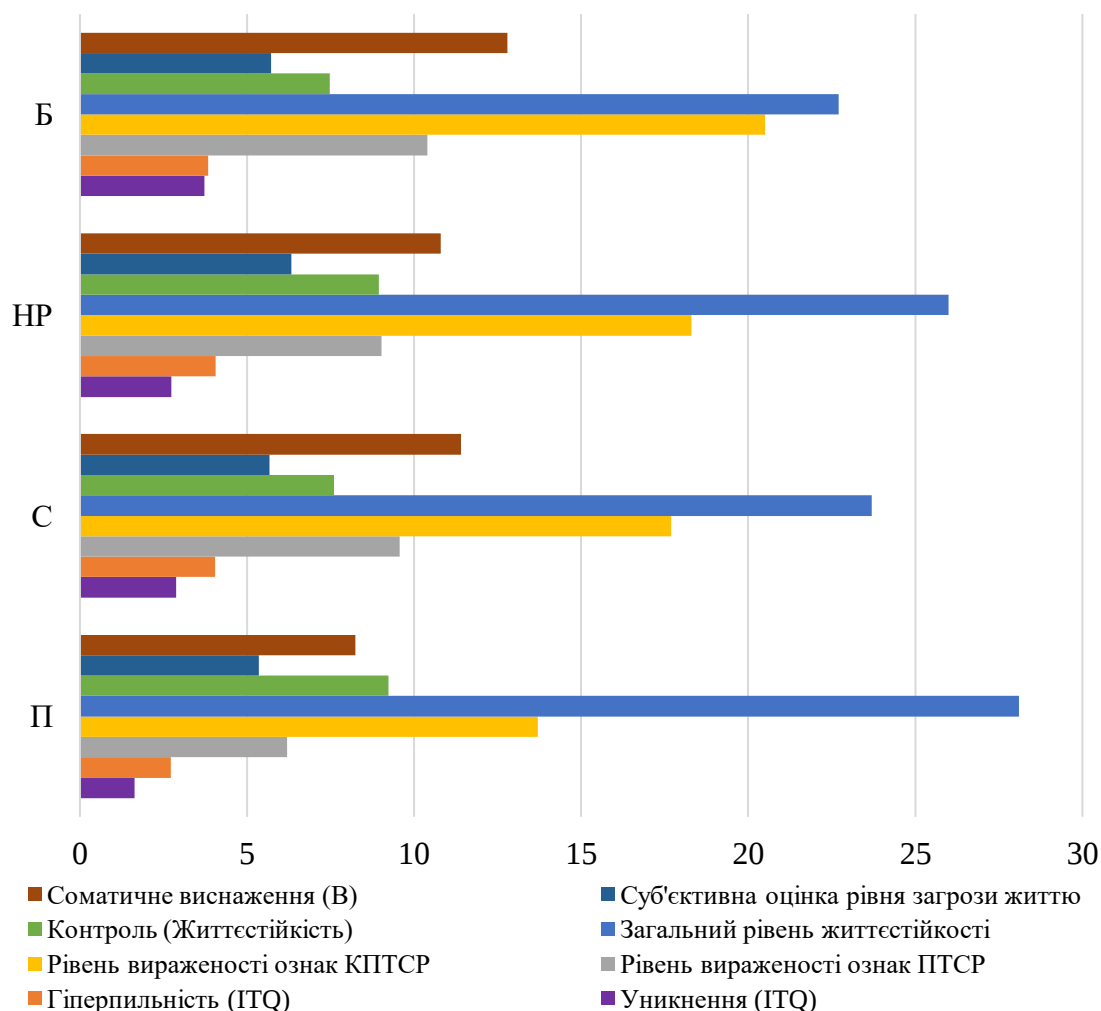
Таблиця 2.13.

Середні значення досліджуваних психологічних параметрів у групах досліджуваних відповідно до виду зайнятості

Шкали	П		С		НР		Б	
	<u>X</u>	s _x	<u>X</u>	s _x	<u>X</u>	s _x	<u>X</u>	s _x
Уникнення (ITQ) (У)	1,64	1,58	2,88	2,43	2,74	2,2	3,72	2,17
Гіперпильність (ITQ) (Г)	2,72	2,03	4,04	2,36	4,06	2,6	3,84	2,15
Рівень вираженості ознак ПТСР (ITQ)	6,2	3,95	9,57	5,64	9,02	5,37	10,4	5,15
Рівень вираженості ознак КПТСР (ITQ)	13,7	7,91	17,7	5,64	18,3	9,05	20,5	8,89
Загальний рівень життєстійкості (ЖЗ)	28,1	6,9	23,7	7,33	26	7,42	22,7	8,27
Контроль (Життєстійкість) (К)	9,24	2,35	7,61	2,89	8,95	3,03	7,48	3,44
Суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю (СО)	5,36	1,93	5,67	2,22	6,32	1,59	5,72	2,3
Соматичне виснаження (CESD) (В)	8,24	4,31	11,4	7,18	10,8	5,68	12,8	7,57

Примітка: П – підприємець, С – студент, НР – найманий робітник, Б – безробітний

На рис. 2.8 наочно представлені усереднені показники за означеними шкалами у групах досліджуваних відповідно до виду зайнятості.



Примітка: П – підприємець, С – студент, HP – найманий робітник, Б – безробітний

Рисунок 2.8. Усереднені показники діагностованих параметрів для представників різних видів зайнятості

Підприємці мають нижче середнє значення за параметром «Соматичне виснаження», ніж інші люди, які відзначили альтернативний основний вид зайнятості. Це може бути пояснено тим, що підприємці самостійно розподіляють робочий час, мають більше можливостей для відпочинку та прийняття рішень щодо навантаження. Це може знижувати рівень тілесного виснаження. Також зазначена категорія людей має вищі показники загального рівня життєстійкості та нижчі середні значення для загального рівня вираженості ознак ПТСР та його окремих параметрів (уникнення, гіперпильність), що може бути пояснено необхідністю мати високі навички

подолання життєвих криз, адаптації, контролю та здатності до прийняття ризиків задля можливості продовжувати вести самостійну зайнятість.

Хоча за результатами обрахунків за критерієм Крускала-Уолліса не було віднайдено відмінностей у параметрі «Контроль» життєстійкості для найманих робітників, найбільше середнє значення за цим параметром мають люди, що займаються підприємницькою діяльністю, що узгоджується з необхідністю займати проактивну позицію у прийнятті рішень і самостійною організацією робочого процесу.

Середні значення суб'єктивної оцінки рівня загрози власному життю виявилися вищими для найманих робітників. Це може бути пояснено тим, що вони відчують більшу загрозу власному життю через залежність від роботодавця, обмежений контроль над умовами праці та нестабільність зайнятості. Це може підвищувати їхню сприйнятливість до загроз, особливо в умовах війни, і частково підтверджується тим, що підприємці мають найнижче середнє за цим параметром.

Для студентів були знайдені відмінності у параметрі «Контроль», проте середнє значення для цієї групи наближене для безробітних. В останніх воно дещо нижче, що пояснюється втратою стабільності та соціальної підтримки.

Найвищі середні показники за рівнями вираженості ознак ПТСР «Уникнення» мають безробітні. Можливо, що через відсутність роботи та стабільного доходу, безробітні можуть бути більш схильні до уникнення проблем як захисного механізму. Цей вид зайнятості може також бути причиною більшої ізоляції та зниження самооцінки через нестачу досягнень у житті.

Вік в якості статистично значущого предиктора можна пояснити накопиченням з роками великої кількості обставин, що травмують, досвід яких може зробити особу більш вразливою до травматизації в майбутньому. Хоча існує ідея про те, що з віком відбувається збільшення проблем зі здоров'ям, наші розрахунки не демонструють різниці за шкалою «Соматичне виснаження» для різних вікових груп. Тому значущість даного предиктора

можна пояснити припущенням про те, що особи старшого віку мають інші культурні очікування та ставлення до системи охорони психічного здоров'я порівняно з молодшими поколіннями. Це може призводити до зниження поінформованості про симптоми посттравматичного стресового розладу та відтермінування їх доступу до лікування. На доданок, особи старшого віку можуть мати меншу лабільність до життєвих обставин через наявність напрацьованого протягом життя поведінкового репертуару та копінг-стратегій.

Проживання з іншими членами родини (не дітьми або партнерами/шлюбними партнерами) в якості предиктора вищого рівня вираженості ознак ПТСР необхідністю узгодження правил співіснування, потенційними частими конфліктами, які можуть провокувати додатковий стрес і підвищувати вразливість до травматичного стресу. Це, у свою чергу, підводить до ідеї необхідності включення в різні програми допомоги елементів, які були б спрямовані на покращення психосоціального функціонування людини.

Також досить можливо, що особи, які перебували в гарячих точках воєнних дій, мали необхідність кооперації та подальшого колективного переміщення із іншими родичами в більш безпечне місце. Та вимушені спільно перебувати на одній території період адаптації до нового місця проживання. Хоча це дещо суперечить тому, що статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО) не мав статистичної значущості в якості предиктора. Тому такі результати частково можуть бути пояснені або тим, що не всі вимушено переміщені особи отримали відповідний статус. Або тим, що особи ВПО могли змінити місце проживання до початку активних бойових дій та не були їх свідками, через що зазнали меншої травматизації. Тому це могло вплинути на незначущість статусу ВПО в якості предиктора.

Також варто відзначити що в нашому дослідженні присутня недостатня диференціація того, ким є ці «інші члени родини». Це можуть бути батьки, потенційно дисфункціональне спілкування з якими може бути чинником

загострення негативної симптоматики. З іншого боку це можуть бути члени «розширеної» родини: люди похилого віку, сіблінги, сіблінги батьків, при спільному проживанні з якими також можуть виникати інтерперсональні проблеми.

Хоча повідомлене кількісне значення рівня загрози власному життю під час війни мало слабкий статистичний зв'язок із рівнем вираженості ознак ПТСР, проте виявилось статистично значущим параметром для нашої предиктивної моделі. Це може бути пояснене тим, що суб'єктивне розуміння рівня загрози може відрізнятися від людини до людини, навіть якщо вони піддаються впливу однакового стимулу. Наприклад, одна людина, відповідно до наявних в неї ресурсів, може сприймати події, спричинені війною (як то звуки вибуху або ворожі війська неподалік) як переживання, близькі до смерті, тоді як інша може сприймати це як незначне нещастя.

Рівні вираженості ознак ПТСР та КПТСР впливають на якість життя, тож людина, яка в більшій мірі відповідає їх критеріям, потенційно може більше повідомляти про негативні симптоми, які означені за шкалою «Соматичне виснаження» у таблиці 2.0., та яка виявилась значущим предиктором для обох розладів.

Середній рівень освіти в якості значущого предиктора можна пояснити меншою кількістю можливостей для організації фінансово-стабільної ситуації у житті на відміну від осіб з вищим рівнем освіти. Особи із середнім рівнем освіти можуть мати труднощі в отриманні робочого місця з гідною зарплатнею, а тому можуть бути менш соціально захищеними та більш вразливими до травматичного впливу.

Можливо, статистична значущість різних видів діяльності пов'язана з тенденцією опитуваних респондентів поєднувати одразу декілька видів зайнятостей, на доданок до тієї, яку вони означили в якості основної.

Значущість шкали «Соціальна нереалізованість» для вищих рівнів вираженості тенденції до КПТСР можна пояснити потенційно пролонгованим впливом травматичних подій, які можуть призводити до

зниження здатності особи будувати соціальні контакти у звичний спосіб через виклики, спричинені війною, як то: втрата друзів через вимушену зміну місця проживання (власну, або друзів); неможливість якісно проводити час у соціальному оточенні через необхідність дотримуватись правил безпеки під час повітряних тривог, тощо. Тобто в цілому можна припустити, що при вищих рівнях вираженості ознак КПТСР в умовах війни спостерігається певна соціальна дезадаптація особи та її невдоволеність актуальним станом сфери власних соціальних стосунків, які можуть бути потенційною терапевтичними мішенями при розробці програм психологічної допомоги.

Шкалу «Прийняття ризику» в якості статистично значущого предиктора зі зворотнім значенням можна пояснити припущенням про те, що саме здатність підтримувати високу впевненість у власній можливості бути частиною змін навколо себе та активністю у цьому відношенні може бути вирішальним щодо подолання негативних психологічних наслідків подій, що травмують.

Цікаво, що для моделі вищих рівнів ознак КПТСР жоден освітній рівень не продемонстрував статистичної значущості, що може свідчити про його другорядність у випадках, коли людині необхідно долати тривалий стрес.

Приналежність до жіночої статі на нашій вибірці не продемонструвала наявності відмінних рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР, на противагу іншим дослідженням, що вивчають фактори вразливості до травматизації. Це вказує на однакові ризики травматизації через війну для представників жіночої та чоловічої статі серед цивільного частини населення.

Висновки до розділу 2

У розділі описано процедуру проведення емпіричного онлайн дослідження, у якому взяли участь 206 респондентів віком від 18 до 56 років, серед яких 172 відносились до жіночої статі та 34 – до чоловічої.

Для опитування респондентів був використаний такий психодіагностичний інструментарій: «Міжнародний опитувальник про травму (International Trauma Questionnaire. ITQ)»; «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера Ч. Д. – Ханіна Ю. Л.»; «Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CES-D)»; «Коротка версія тесту життєстійкості (Олефир В. А., Кузнецов М. А., Павлова А. В.)»; «Тест-опитувальник особистісної зрілості (Гільбух Ю. З.)».

Усі методики були перевірені на надійність психометричних характеристик за допомогою конфірматорного (CFA) та розвідувального (EFA) факторного аналізів. «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера Ч. – Ханіна Ю.» та «Тест-опитувальник особистісної зрілості» (Гільбух Ю.) не продемонстрували достатньої сили психометричних характеристик, тому відповідні емпіричні дані були виключені з подальших статистичних обрахунків. Хоча нам не вдалося емпірично перевірити значущість особистісної зрілості, як інтегративного фактору подолання життєвих труднощів та травматизації через війну, це не відміняє наших теоретичних поглядів, а лише вказує на необхідність розробки надійного діагностичного інструментарію виміру означеної характеристики.

Для визначення зв'язків між досліджуваними психологічними параметрами (рівні вираженості ознак ПТСР, КПТСР, депресії, життєстійкості, а також суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю) та соціодемографічними характеристиками (вік, стать) нами був використаний коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s).

Для обчислення різниці у досліджуваних психологічних параметрах серед людей, що належать до різних вікових груп та видів зайнятості, нами був використаний критерій Крускала Уолліса.

Для обчислення того, який внесок кожен з досліджуваних психологічних параметрів та соціодемографічних характеристик респондентів здійснює щодо появи вищих рівнів вираженості ознак ПТСР і КПТСР, нами було використано метод лінійної регресії і machine learning (Random Forest).

Результати статистичного аналізу дозволяють дійти таких висновків.

1. На підставі статистичного аналізу доведено:

- рівні вираженості ознак ПТСР та КПТСР є вищими для респондентів жіночої статі, а також для респондентів з високою суб'єктивною оцінкою рівня загрози власному життю незалежно від статі;

- рівні вираженості ознак ПТСР і КПТСР є нижчими в осіб, які виявляють високий рівень життєстійкості; особливо яскраво ця закономірність виявляється для КПТСР, який є наслідком пролонгованої травматизації.

2. За результатами порівняльного аналізу можна стверджувати, що існують статистично достовірні відмінності для різних вікових груп досліджуваних та груп за різними видами основних видів діяльності за такими психологічними параметрами: «Соматичне виснаження»; параметри життєстійкості («Загальний рівень життєстійкості», «Контроль»); параметри ПТСР («Загальний рівень ПТСР», «Уникнення», «Гіперпильність»); «Загальний рівень КПТСР»; «Суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю».

3. На підставі результатів регресійного аналізу були побудовані прогностичні моделі вищих рівнів вираженості ознак ПТСР і КПТСР та визначені такі предиктори, що дозволяють стверджувати таке:

- люди старшого віку, які проживають з членами родини, є соматично виснаженими та високо суб'єктивно оцінюють рівень загрози

власному життю прогнозовано будуть мати вищі рівні вираженості ознак ПТСР та КПТСР;

- рівні вираженості ознак ПТСР тенденція прогнозовано будуть вищим серед людей із середньою освітою, які проживають самотійно, незалежно від їхнього виду основної зайнятості (окрім підприємницької, яка не увійшла в предиктивну модель);

- рівні вираженості ознак КПТСР тенденція прогнозовано буде вищим для людей з високим рівнем соціальної нереалізованості та низьким рівнем прийняття ризику.

Такі висновки становили основу для розробки авторської навчально-розвивальної програми.

.

РОЗДІЛ 3. НАВЧАЛЬНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА СИСТЕМНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ ЦИВІЛЬНОМУ НАСЕЛЕННЮ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ЧЕРЕЗ НАСЛІДКИ ВІЙНИ

3.1. Розробка та апробація навчально-розвивальної програми

Ситуація, що склалася внаслідок військової агресії, призвела до значного збільшення кількості людей, які потребують психологічної підтримки. У зв'язку з цим виникла необхідність розробки та впровадження ефективних методів надання допомоги, які б враховували специфіку травматичних переживань, пов'язаних з війною.

У широкому сенсі психологічна допомога – це цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей людини в її особистісному та соціальному функціонуванні [3]. Вона є важливою частиною забезпечення та збереження високого рівня функціонування особистості у повсякденному мирному житті, адже воно так чи так пов'язане з певними стресовими подіями, що можуть спричиняти психологічний дискомфорт та дезадаптацію.

Окрім загальновідомих видів психологічної допомоги, таких як психологічне консультування, психокорекція, психотерапія, свого поширення в воєнних умовах набувають такі:

- гарячі лінії психологічної допомоги (psychological hotline), в які має змогу звернутися людина до реального фахівця та обговорити труднощі, які вона має [113];
- пре-налаштовані чат-боти із заздалегідь прописаними алгоритмами відповідей, що містять рекомендації із самопомоги при різних тяжких станах, а також контакти центрів, куди можна звернутися за кваліфікованою підтримкою [58, 77];

– чат-боти на підставі штучного інтелекту., такі як Elomia [121] або Wysa [89], де заздалегідь навчені на реальних текстових консультаціях мовні моделі із доведеною мірою ефективності реагують на повідомлення від людини у спосіб, в який реагував би справжній психолог;

– застосунки із різноманітними вправами та порадами по самодопомозі [77], які мають високу популярність та демонструють позитивний терапевтичний ефект при тривожних, депресивних станах, а також в контексті розвитку навичок самопіклування [55].

У контексті цього різноманіття постає питання, які загальні теоретико-методологічні напрямки роботи та специфічні методи могли б бути доречними для концепції системної психологічної допомоги, яку ми графічно зобразили на Рисунок 3.9.

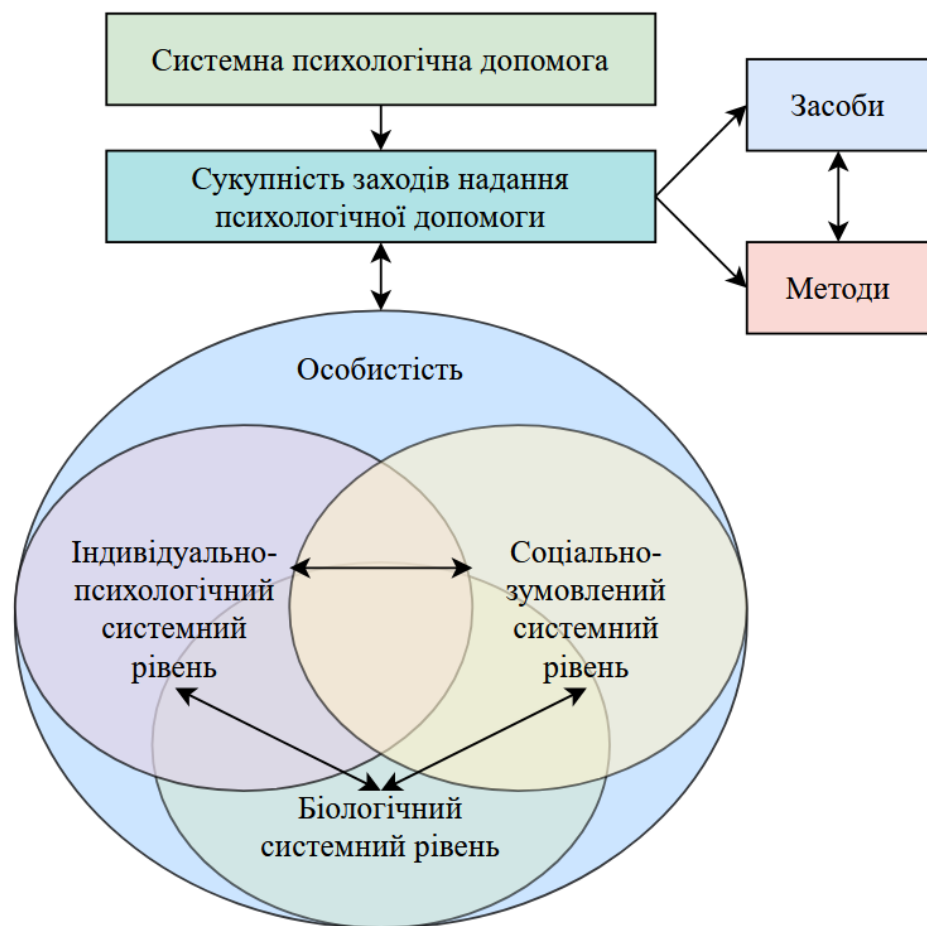


Рисунок 3.9. Структура системної психологічної допомоги

Когут О. вказує на необхідність комплексного та системного підходу у відновленні осіб, які зазнали психотравматизації внаслідок війни, який полягає в інтеграції різних психотерапевтичних технік, зокрема психоедукації, когнітивно-поведінкових та нейропсихологічних методів, роботи з тілесними проявами стресу та техніками саморегуляції. Таке поєднання демонструє високу ефективність у подоланні симптомів ГСР, ПТСР та емоційної дезадаптації. Важливим аспектом є стабілізація психофізіологічного стану, формування конструктивних копінг-стратегій та розвиток стресостійкості, що сприяє зниженню ризиків тривалих негативних наслідків травматизації [13].

Титаренко Т. акцентує увагу на тому, що реабілітаційними та психотерапевтичними «мішенями» психологічної допомоги для осіб, постраждалих через війну, мають виступати в однаковій мірі «дефектні» соціально-психологічні сторони життя особи та збереженні навички та вміння. Дослідниця зазначає такі основні вектори соціально-психологічної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок воєнних дій:

- а) реадаптація особи до умов мирного життя;
- б) підтримання й оновлення психологічного здоров'я особистості на таких рівнях:
 - на глобальному рівні: через засоби масової інформації (психоедукація),
 - на локальному рівні роботи фахівців із постраждалими (долучати сімейне коло до реабілітації постраждалого),
 - формувати навички відновлення особистісних ресурсів, як то навички самодопомоги, самоопанування).

Титаренко Т. відзначає, що психологічне здоров'я виявляється на трьох рівнях: індивідуально-психологічному, ціннісно-смысловому, соціально-психологічному. Ми погоджуємось з думкою дослідниці про те, що означені рівні є тими, на які потрібно здійснювати терапевтичний вплив, коли людина зазнає травматизації [41].

Титаренко Т. пропонує такі етапи надання психологічної допомоги внаслідок травматизації війною:

- встановлення атмосфери довіри;
- переведення уваги на позитивні спогади;
- пошук нових ефективних мотиваторів (які мають бути позитивно емоційно забарвленими).
- перехід від минулого до майбутнього.
- корекція «мертвих зон уваги», тобто небажаних змін, які непомітно для себе травмована людина привносить у своє життя (наприклад, звичок).
- робота з оточенням постраждалого.

Ми доєднуємось до думки Титаренко Т. про те, що ідеальним середовищем для оздоровчої реабілітації після травмуючої події є саме групова робота [39, 41].

У розділі 1.1. нами було з'ясовано, що КПТ, ЕФТ та EMDR продемонстрували найвищу ефективність у роботі із ПТСР та КПТСР. Тому нами було прийнято рішення обрати КПТ-підхід [66; 100] у формуванні програми допомоги, а також відповідно до наявних компетенцій володіння даним методом.

КПТ акцентує увагу на зміні дисфункціональних когнітивних схем та поведінкових патернів, які зберігають або посилюють психологічні розлади, допомагаючи клієнтам навчитися ідентифікувати та трансформувати негативні думки, переконання та поведінкові реакції. Крім того, КПТ надає учасникам конкретні навички подолання, які можуть бути застосовані у повсякденному житті, що сприятиме їх відновленню функціональності та соціальної інтеграції [66].

Типова сесія КПТ включає такі етапи:

1. Встановлення контакту та перевірка настрою (коротка оцінка загального самопочуття клієнта (за шкалами самозвіту або вербально).

2. Огляд попередньої сесії (перевірка виконання домашнього завдання; аналіз змін у думках, поведінці та емоціях клієнта після останньої зустрічі).

3. Визначення та формулювання порядку денного (порядок денний може включати актуальні проблеми клієнта, аналіз дисфункціональних думок чи формування нових стратегій поведінки).

4. Робота з ключовими темами (використання когнітивних і поведінкових технік (наприклад, когнітивна реструктуризація, експозиція, поведінкові експерименти); аналіз автоматичних думок, схем і поведінкових стратегій).

5. Закріплення отриманих результатів та планування домашнього завдання (обговорення ключових висновків сесії; спільне визначення домашнього завдання (щоденник думок, поведінкові експерименти тощо)).

6. Зворотний зв'язок та завершення сесії (шерінг) (клієнт ділиться своїми враженнями від сесії; відбувається обговорення можливих труднощів, підготовка до наступної зустрічі).

Означені етапи роботи були використані при побудові навчально-розвивальних занять.

Нами також були використані ідеї соціально-психологічного тренінгу (далі – СПТ) [2], оскільки він дозволяє опрацьовувати ключові аспекти міжособистісних взаємодій на соціально-психологічному рівні, який зазнає дисфункцій у людей, що пережили травматичний досвід. Травма може значно вплинути на соціальне функціонування особистості, спричинити ізоляцію, труднощі в комунікації та погіршення стосунків із близькими людьми. СПТ, будучи інтерактивним методом, може сприяти розвитку комунікативних навичок, емоційної регуляції та відновленню соціальної підтримки, що є критичним для процесу психосоціальної реабілітації. Сполучення методів СПТ та КПТ дозволить учасникам не лише змінювати свої когнітивні схеми, але й застосовувати на практиці нові соціальні навички

в безпечному середовищі, що в перспективі підсилюватиме терапевтичний ефект.

В емпіричному дослідженні нами було встановлено, що предикторами вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР, які продемонстрували вищу статистичну значущість, були: соматичне виснаження; соціальна нереалізованість; суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю; прийняття ризику за параметром життєстійкості; проживання самотійно або з членами родини; вік; стать. Ці параметри ми логічно об'єднали та утворили послідовні 3 тематичні блоки нашої навчально-розвивальної програми (далі – НРП). Назва – «Системне плекання особистості в умовах війни». Блок розвитку вітальності відповідає біологічному системному рівню особистості; блок соціальної реалізації, опанування навичок здорової міжособистісної комунікації – соціально-зумовленому рівню; блок опанування навичок подолання тяжких переживань, спричинених життєвими викликами, зокрема війною – індивідуально-психологічному системному рівню (табл. 3.14.).

Таблиця 3.14.

Структура НРП «Системне плекання особистості в умовах війни»

Назва блоку	Мета блоку	Структурний рівень особистості
1. Вітальність	Сформувати навички помічати та регулювати психосоматичну напругу	Біологічний
2. Соціальна взаємодія	Сформувати навички здорової міжособистісної комунікації	Соціально-зумовлений
3. Особистісні переживання	Сформувати навички опанування емоціями та неадаптивними автоматичними думками	Індивідуально-психологічний

Основна мета НРП «Системне плекання особистості в умовах війни» – покращення психосоціального стану учасників через відпрацювання навичок зміцнення вітальності; навичок здорової соціальної взаємодії; навичок самоопанування тяжкими переживаннями.

НРП складається з 10 занять, 2 з яких мають відношення до блоку «Вітальність», 3 – до блоку «Соціальна взаємодія», 3 – до блоку «Особистісні переживання»; 1 вступне та 1 завершальне заняття. Зміст вступного заняття містить знайомство учасників з ведучими, змістом програми, один одним, правилами роботи, проведення констатувальної діагностики. Завершальне заняття містило в собі підбиття підсумків пройденого шляху, резюмування отриманих навичок, отримання зворотного зв'язку від учасників щодо програми, проведення фінальної діагностики.

Таблиця 3.15.

Зміст НРП

Назва блоку	Мета блоку	Структурний рівень особистості	Використані техніки
1. Вітальність	Сформувати навички помічати та регулювати психосоматичну напругу, плекати гарний психоемоційний стан	Біологічний	«Термометр напруги»; «Прогресивна м'язова релаксація»; «STEB аналіз»; «Дихання за квадратом»; «Діафрагмальне дихання»; психоедукація щодо важливості гігієни сну, фізичної активності, правильного харчування; «Дистанціювання від переживань»; поведінкова активація щодо пошуку ресурсних активностей; «Колесо балансу»; «Планування за SMART»
2. Соціальна взаємодія	Сформувати навички здорової міжособистісної комунікації	Соціально-зумовлений	«STEB аналіз»; психоедукація та відпрацювання у форматі рольових ігор навичок щодо: активного слухання, відстоювання особистих кордонів, асертивної поведінки, екологічного висловлення емоцій, опанування переживань в конфліктних ситуаціях; поведінкова активація щодо соціальної активності

3. Особистісні переживання	Сформувані навички опанування переживань, пов'язаних з війною	Індивідуально-психологічний	Робота з ціннісною сферою, пошук цінностей учасників; «СТЕВ аналіз»; психоедукація щодо наслідків війни; нарративна експозиція щодо досвіду «Моя історія про війну»; психоедукація про першу психологічну допомогу та відпрацювання навичок її надання; техніка роботи з травматичними спогадами «Сейф»
-----------------------------------	---	-----------------------------	---

Апробація НРП «Системне плекання особистості в умовах війни» відбулася у період з червня 2024 року по серпень 2024 року. До участі у програмі були запрошені ті особи, які позначили свою особисту згоду на участь в апробації навчально-розвивальної програми під час діагностичного обстеження, проведеного в розділі 2. Відбір учасників до проходження розробленої НРП відбувався за тими критеріями, які продемонстрували найбільшу силу в якості предикторів вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР, а саме: низька вітальність, суб'єктивна оцінка рівня загрози власному життю вище середнього, низькі показники за параметром «прийняття ризику» опитувальника життестійкості.

Запрошення на участь у НРП для дібраних учасників у формі анкети, створеної за допомогою сервісу Google-Forms, було поширено на поштову скриньку, яка могла бути добровільно залишена учасником в якості способу зв'язку. В анкеті містилась інформація про мету, умови проведення дослідження та порядок опрацювання особистих даних. Усі учасники були повідомлені про добровільність проходження НРП з правом відмовитися від участі на будь-якому етапі без жодних наслідків. Кожен учасник надав поінформовану згоду щодо умов проведення дослідження, мети, а також способу збереження та використання результатів проміжної діагностики з метою оцінки ефективності програми. Учасники також були поінформовані про можливість отримання інформації щодо результатів дослідження після його завершення. Було також означено, що результати діагностики будуть

зашифровані, що унеможливилюватиме ідентифікацію їх особистості в публікаціях. Усі дані зберігалися з обмеженим доступом лише для дослідника. Зібрані дані використовувалися виключно для наукових цілей і не передавалися третім сторонам.

Анкети учасників, що були дібрані до участі, були оцінені за такими додатковими критеріями виключення:

- вік до 18 років;
- паралельна участь в інших НРП або корекційних програмах;
- відмова від поінформованої згоди;
- неможливість відвідувати заняття в означений в анкеті час.

Загальна кількість респондентів, які повністю пройшли програму, опрацювали первинне та повторне опитування, склала 30 осіб віком від 22 до 41 років, серед яких 23 особи жіночої статі, та 7 – чоловічої. З них 13 осіб є фізичними особами підприємцями, 12 – найманими працівниками, 5 – безробітними.

Особи, які відповідали усім вимогам, були допущені до проходження НРП та отримали запрошення на спільну телеграм-групу, в якій надалі обговорювались організаційні питання, зворотній зв'язок учасників; посилення на первинне опитування; постійне посилення на онлайн зустрічі; нагадування про організаційні правила; інформаційні матеріали.

Організаційними правилами участі у НРП були:

- не запізнюватись на онлайн-сесії, вчасно виконувати домашні завдання, дотримуватись норм часу для кожного заняття;
- завчасно попереджати за добу у разі неможливості відвідати заняття або у разі прийняття рішення про припинення роботи у групі;
- дотримуватись правил безпеки під час повітряних тривог;
- брати участь у всіх видах діяльності програми, включаючи обговорення, групові проекти та індивідуальні завдання;

- поважати конфіденційність особистої інформації та обговорень, що відбуваються під час сесій; не поширювати матеріалів програми, особистих даних інших учасників або інформації про їх участь у програмі;
- забезпечити себе необхідними технічними засобами для участі в програмі, такими як комп'ютер, стабільний доступ до Інтернету, камера та мікрофон, встановити необхідне програмне забезпечення, що застосовується для проведення занять;
- дотримуватися етики спілкування в онлайн-середовищі, поважати права та думки інших учасників та тренера;
- виконувати всі завдання самостійно, окрім тих, які потребують спільного відпрацювання;
- надавати зворотній зв'язок щодо програми, заповнюючи опитування або анкети;
- звертатися до організатора НРП у разі виникнення проблем із технічними питаннями.

Згідно з результатами спільного голосування учасників, днем занять була обрана субота, 11:00-12:30. Програмним забезпеченням, за допомогою якого були реалізовані зустрічі, став додаток Zoom.

Задля максимального залучення в роботу всіх учасників було прийнято рішення використовувати опрацювання навичок, пропонованих НРП, у мікрогрупах, до яких програмне забезпечення випадковим чином збирало людей під час їх формування.

3.2. Оцінка ефективності навчально-розвивальної програми

На початку та наприкінці проходження НРП «Системне плекання особистості в умовах війни» задля оцінки ефективності проведених інтервенцій нами було здійснено опитування респондентів за розробленою

анкетою та рядом психодіагностичних методик, які були підібрані відповідно до висновків емпіричного дослідження, описаних в другому розділі.

Логіка нашого діагностичного обстеження наслідує логіку створення корекційної програми та витікає з ідеї про три системні рівні особистості: біологічний, соціально-зумовлений та індивідуально-психологічний. Метою діагностичного обстеження було дослідити, на скільки розроблена програма навчально-розвивального втручання чинить вплив на учасників на означених аспектах особистості.

Усі обрані опитувальники є самооцінними. Нижче ми наводимо більш детальний опис параметричних характеристик використаного діагностичного інструментарію:

1. Шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8) [46]. Опитувальник містить 8 тверджень із описом соматичних симптомів, частоту прояву яких за останні два тижні респонденту необхідно оцінити за шкалою Лайкерта (де 0 – «Зовсім ні», 4 – «Дуже часто»). Методика є моношкалою та передбачає оцінку вираженості рівнів дискомфорту:

- низький (від 4 до 7);
- середній (від 8 до 11);
- високий (від 12 до 15);
- дуже високий (від 16 до 23).

Вибір методики обумовлений потребою отримати інформацію про загальне суб'єктивне самосприйняття фізичного стану респондентів.

2. Опитувальник ITQ (International Trauma Questionnaire). Опис цього психодіагностичного інструменту поданий у другому розділі даного дослідження. Повторне використання даної методики обумовлено необхідністю моніторингу рівня можливої травматизації учасників корекційної програми задля екологічного підбору психологічних втручань нашої НРП.

3. «Шкала оптимістичного стану» («State Optimism Measure» (SOM)).
Методика є моношкалою та складається з 7 тверджень, які респонденту необхідно оцінити за шкалою Лайкерта (де 1 – «Категорично не згоден (-на)»; 5 – «Абсолютно згодний (-на)»). Мінімальна кількість балів за шкалою – 7, максимальна – 35. Отримана кількість балів може знаходитись в окреслених автором числових діапазонів та відноситись до певного таких рівнів оптимізму:

- низький (≤ 17 -24 бали);
- середній (25-31 бал);
- високий (32-35 балів).

Методика була апробована на українській вибірці. Вибір цієї методики обумовлений припущенням, зробленим у висновках до другого розділу щодо можливої схильності оцінювати рівень загрози власному життю події, що відбулася, відповідно до віри особи у власну можливість впоратись із її наслідками в майбутньому згідно з наявних в неї ресурсів (через це також був обраний опитувальник ресурсності, описаний нижче) [34].

4. «Шкала соціального благополуччя» (Кіз К., в адаптації Четверик-Бурчак А.). Опитувальник був апробований та адаптований для української вибірки. Складається з 15 тверджень, прямих та зворотніх, які респонденту необхідно оцінити згідно зі шкалою Лайкерта (де 1 – «Абсолютно незгоден», 7 – «Абсолютно згоден»). Опитувальник вимірює такі параметри:

- загальний рівень соціального благополуччя;
- соціальне прийняття;
- соціальна актуалізація;
- узгодженість із суспільством;
- соціальний внесок;
- соціальна інтеграція.

Вибір даної методики обумовлений тим, що людина, яка зазнала впливу подій, що травмують, в першу чергу може мати дезадаптацію на

соціально-психологічному рівні, аспекти якого було поставлено за мету дослідити даним опитувальником [47].

5. «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ – 3) (Калюк О., Савченко О.). Опитувальник складається з 20 тверджень, прямих та зворотніх, які респонденту необхідно оцінити згідно зі шкалою Лайкерта (від «Повністю не погоджуюсь» до «Повністю погоджуюсь»). Нарахування балів відбувається при співпадинні відповіді респондента із запропонованим ключем. Опитувальник містить три шкали:

- задоволеність життям;
- невдоволеність собою та розчарування в житті;
- задоволеність у відносинах з іншими.

Вибір цього опитувальника обумовлений потребою детально дослідити аспект когнітивного ставлення людини до її відношень у соціальній сфері та доуточнити результати за попередньою методикою [33].

6. «Опитувальник психологічної ресурсності особистості» (Штепа О.). Методика, що була розроблена та апробована на українській вибірці, складається з 67 тверджень, які респондентам необхідно оцінити «+», якщо він/вона погоджується з твердженням, або «-», якщо не погоджується. Кожна відповідь, яка відповідає ключу, оцінюється в 1 бал. Мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 112. Авторка визначає такі рівні психологічної ресурсності:

- 0–56 балів – психологічна ресурсність не діагностується;
- 57–69 балів – низький рівень психологічної ресурсності; 70–92 бали – середній рівень психологічної ресурсності;
- 93–106 балів – високий рівень психологічної ресурсності;
- 107–112 балів – сумнівні дані для діагностування наявності психологічної ресурсності.

Опитувальник складається з 15 субшкал, до яких відносяться:

- упевненість у собі;

- доброта до людей;
- допомога іншим;
- успіх;
- любов;
- творчість;
- віра у добро;
- прагнення до мудрості;
- робота над собою;
- самореалізація у професії;
- відповідальність;
- знання власних ресурсів;
- вміння оновлювати власні ресурси;
- вміння використовувати власні ресурси;
- загальний рівень психологічної ресурсності особистості [51].

7. «Шкала переконань про переживання» (WWQ-2, (с) український переклад – Український інститут когнітивно-поведінкової терапії: www.icbt.org.ua). Опитувальник складається з 25 тверджень, які респонденту необхідно оцінити за шкалою Лайкерта (де 1 – «Зовсім не відповідає», 5 – «Абсолютно відповідає»). Методикою передбачені шкали, які є відображенням загальних ідейних ставлень до особистісних переживань:

- переживання допомагають вирішувати проблеми;
- переживання допомагають мотивувати;
- переживання захищають особу від важких емоцій, якщо стається щось негативне;
- переживання самі по собі попереджають негативні результати;
- схильність до переживань – це позитивна якість особистості.

Вибір цієї методики обумовлений нашим науковим інтересом до характеру ставлення респондентів до власних переживань [43].

Таблиця 3.16.

Загальні результати констатувальної та підсумкової діагностики

Назва методики	Шкали	До		Після	
		<u>X</u>	s _x	<u>X</u>	s _x
Біологічний структурний рівень особистості					
Шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8)	Загальний рівень соматичного дискомфорту	11,17	5,43	9,77	4,79
Соціально-зумовлений рівень особистості					
«Шкала соціального благополуччя» (Кіз К., в адаптації Четверик-Бурчак А. Г.).	Загальний рівень соціального благополуччя	58,1	11,57	64,83	13,81
	Соціальне прийняття	10,73	2,57	12,07	3,36
	Соціальна актуалізація	14,17	1,85	15,87	2,75
	Узгодженість із суспільством	9,97	3,28	11,23	3,90
	Соціальний внесок	11,87	2,28	12,70	2,91
	Соціальна інтеграція	11,37	5,06	12,97	5,48
Індивідуально-психологічний рівень особистості					
ITQ (International Trauma Questionnaire).	Інтрузії	0,5	0,81	0,50	0,81
	Уникнення	0,6	0,8	0,60	0,80
	Гіперпильність	0,5	1,06	0,50	1,06
	Порушення емоційної саморегуляції	3,73	2,03	1,60	2,36
	Негативна «Я»-концепція	2,2	2,12	3,73	2,03
	Порушення стосунків	4,1	2,75	2,20	2,12
	ПТСР загальний	1,6	2,36	4,10	2,75
	КПТСР загальний	10,03	6,4	10,03	6,40
«Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ – 3)	Задоволеність життям	19,17	6,66	20,03	7,34
	Невдоволеність собою та розчарування в житті	20	4,9	16,77	5,36
	Задоволеність у відносинах з іншими.	20,57	5,29	21,47	5,25
	Загальний рівень задоволеності життям	19,73	14,37	24,73	15,10
«Шкала оптимістичного стану» («State Optimism Measure» (SOM)).	Загальний рівень оптимістичного стану	23,67	6,43	26,37	6,72
«Опитувальник психологічної ресурсності особистості» (Штепа О. С.).	Упевненість у собі	4,7	2,1	5,00	1,93
	Доброта до людей	6,2	1,22	5,93	1,18
	Допомога іншим	5,97	1,47	6,00	1,51
	Успіх	6,03	1,17	6,03	1,25
	Любов	5,33	1,27	5,33	1,27
	Творчість	6,03	1,70	6,17	1,63
	Віра у добро	5,83	1,55	5,83	1,42
	Прагнення до мудрості	5,87	0,72	5,93	0,85
	Робота над собою	5,53	1,33	6,10	1,42
	Самореалізація у професії	5,67	1,96	5,77	1,96
	Відповідальність	6,10	1,45	6,13	1,38

	Знання власних ресурсів	5,93	1,88	6,47	1,50
	Уміння оновлювати власні ресурси	6,07	1,90	6,77	1,33
	Загальний рівень психологічної ресурсності особистості	75,27	15,26	77,47	13,34
«Шкала переконань про переживання» (WWQ-2)	Переживання допомагають вирішувати проблеми	11,13	5,41	10,63	9,15
	Переживання допомагають мотивувати	14	5,45	11,80	4,94
	Переживання захищають особу від важких емоцій, якщо стається щось негативне	10	4,97	9,87	4,83
	Переживання самі по собі попереджають негативні результати	7,43	2,53	7,23	2,49
	Схильність до переживань – це позитивна якість особистості.	13,2	5,09	13,03	4,84

З метою визначення напрямку зсуву показників досліджуваних параметрів нами було використано критерій Т-Вілкоксона [32]. Він є високочутливим непараметричним методом статистичного аналізу, який застосовується для перевірки гіпотези про відсутність змін між двома залежними вибірками або спостереженнями. Його використання є особливо актуальним у випадках, коли вихідні дані не відповідають критеріям нормальності розподілу або коли дослідницька вибірка є недостатньо великою для застосування параметричних тестів, таких як критерій Т-Вілкоксона, передбачає обчислення різниць між парами вимірювань до та після експозиції втручання, з подальшим ранжуванням цих різниць за їх абсолютними значеннями та присвоєнням їм знаків залежно від природи різниць (позитивних чи негативних). На підставі отриманих рангів розраховується сумарна статистика Т, яка є основою для інтерпретації результатів. Статистично значущі результати інтерпретуються на підставі порівняння значення Т із критичними значеннями для відповідного обсягу вибірки.

Для нашої вибірки критичні значення становили $T_{0.05} = 151$, $T_{0.01} = 120$. У випадку, коли значення T є нижчим за критичне, нульова гіпотеза про відсутність змін відхиляється на користь альтернативної гіпотези про існування значущих змін між двома порівнюваними умовами. Прийняття рішення про статистичну значущість, як правило, здійснюється на рівні $p < 0,05$, що вказує на базову ймовірність отримання випадкового результату. Однак рівні $p < 0,01$ та $p < 0,001$ вказують на дедалі більш виражену силу впливу незалежної змінної на результативні показники, що підтверджує істотну ефективність втручання. Результати обрахунків за T -критерієм Вілкоксона представлені у Додатку В.

З метою оцінки величини ефекту винайдених зсувів до та після проходження НРП, нами був використаний непараметричний критерій Cliff's Delta (δ). Цей інструмент є нечутливим до розподілу даних, що робить його ідеальним для аналізу невеликих або асиметричних вибірок. Він також забезпечує чітку міру ефекту, яку можна використовувати для порівняння між дослідженнями. Формула для його обчислення є такою:

$$\text{Cliff's Delta } (\delta) = \frac{\#(X_{i1} > X_{i2}) - \#(X_{i2} > X_{i1})}{n_1 n_2} \quad (3.4)$$

У цьому рівнянні кількість випадків ($\#$), де значення у Групі 1 (X_{i1}) більше, ніж у Групі 2 (X_{i2}), віднімається від кількості випадків ($\#$), де значення у Групі 1 (X_{i1}) менше, ніж у Групі 2 (X_{i2}). Різниця потім ділиться на добуток розмірів вибірок Групи 1 (n_1) і Групи 2 (n_2). Порівняння здійснюється для всіх можливих пар, що означає, що вся сукупність значень (тобто всі індивіди з обох груп) враховується у статистиці. Отримані значення за цим критерієм розташовуються в проміжку від $-1 \leq \delta \leq 1$. Чим ближче значення до 0, тим більшим є відсутність відмінностей між групами за обраним параметром. Модальність отриманого значення вказує напрям, в

якому спостерігається відмінність за обраним параметром («+» для контрольної групи, «-» для експериментальної) [108].

Таблиця 3.17.

Межі ефекту та порівняння за ними досліджуваних шкал

Інтерпретація	Cliff's Delta (δ).
Відсутність ефекту	0
Інтрузії (ITQ)	0
Уникнення (ITQ)	0
Відчуття загрози (ITQ)	0
Рівень вираженості ознак ПТСР (ITQ)	0
Негативна «Я-концепція» (ITQ)	0
Любов (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	0
Незначний ефект	<0,15
Загальний рівень соматичного дискомфорту (SSS-8)	0.14
Загальний рівень оптимізму (SOM)	-0.07
Задоволеність життям (КОСБ-3)	-0.1
Афективна дисрегуляція (ITQ)	0.03
Порушення стосунків (ITQ)	0.07
Рівень вираженості ознак КІПТСР (ITQ)	0.05
Загальний рівень соціального благополуччя (Шкала соціального благополуччя)	-0.3
Упевненість у собі (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.07
«Доброта до людей (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	0.13
Допомога іншим (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.01
Успіх (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.01
Творчість (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.04
Віра у добро (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	0.02
Прагнення до мудрості (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.06
Самореалізація у професії (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.03
Відповідальність (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.01
Загальний рівень ресурсності особистості (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.09
Переживання допомагають вирішувати проблеми (WWQ-2)	0.2
Переживання допомагають мотивувати (WWQ-2)	0.2
Переживання допомагають захищати від тяжких емоцій (WWQ-2)	0.04
Переживання допомагають попереджати негативні події (WWQ-2)	0.04
Схильність до переживань – це позитивна якість особистості (WWQ-2)	0.01

Маленький ефект	0,15
Задоволеність відносинами з іншими (КОСБ – 3) _	-0.16
Загальний рівень задоволеності життям (КОСБ – 3) _	-0.21
Соціальна інтеграція (Шкала соціального благополуччя) _	-0.18
Узгодженість із суспільством (Шкала соціального благополуччя) _	-0.22
Соціальний внесок (Шкала соціального благополуччя) _	-0.24
Робота над собою (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.22
Знання власних ресурсів (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.17
Уміння оновлювати власні ресурси (Опитувальник психологічної ресурсності особистості)	-0.21
Середній ефект	0,33
Невдоволеність собою та розчарування в житті (КОСБ – 3) _	0.36
Соціальне прийняття (Шкала соціального благополуччя) _	-0.35
Соціальна актуалізація (Шкала соціального благополуччя) _	-0.41
Великий ефект	$\geq 0,47$

Отримані результати, де коефіцієнт Cliff's Delta (δ) для низки шкал дорівнює 0, вказують на відсутність змін між первинною та фінальною діагностикою для цих параметрів. Якісний аналіз цих даних дозволяє припустити, чому певні показники залишилися незмінними.

Показники шкал для опитувальника ITQ («Інтрузії», «Уникнення», «Відчуття загрози», «ПТСР», «Негативна Я-концепція») демонструють повну відсутність систематичних змін. Це може бути наслідком того, що досліджувані аспекти посттравматичних симптомів мають високий ступінь стійкості. Інтрузії, наприклад, як відображення травматичних спогадів, часто пов'язані з глибокими емоційними переживаннями та автоматичними реакціями нервової системи, що не завжди змінюються за короткий термін корекційного впливу. Аналогічно, уникнення як захисна стратегія може виконувати стабілізуючу функцію в умовах адаптації до травматичного досвіду, що пояснює його інертність до змін.

Відчуття загрози, як суб'єктивний показник перманентного стресу, також могло залишитися незмінним через об'єктивні умови війни, що триває, в яких перебували учасники під час дослідження, адже актуальність загроз могла підтримувати цей показник на сталому рівні. Загальний показник

вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та негативна Я-концепція є інтегрованими характеристиками особистості та емоційного стану, що потребують глибокої терапевтичної роботи, спрямованої на реконструкцію системи уявлень про себе та світ.

Відсутність змін за параметрами «Любов» та інших ресурсних сфер із «Опитувальника психологічної ресурсності особистості» може свідчити про фокус програми не на поведінковому експериментуванні у конкретних ресурсних активностях, а на активації тих, які є для кожного учасника найбільш значущими.

Отже, зазначені показники могли залишитися сталими переважно через обмеження короткотривалого впливу програми, стійкість досліджуваних феноменів до змін або зовнішні обставини війни, яка триває, що підтримувало ці стани. Це вказує на потребу в адаптації програми, включенні додаткових інтервенцій або більш тривалому впливі для роботи з подібними характеристиками.

Результати аналізу, що демонструють незначний ефект за коефіцієнтом Cliff's Delta (δ), свідчать про мінімальні зміни між первинною та фінальною діагностикою. Хоча такі показники можуть вказувати на слабкий вплив навчально-розвивального втручання, вони все ж заслуговують на якісний аналіз, оскільки навіть незначні зміни можуть бути важливими у контексті корекційного втручання.

Для параметрів, таких як загальний рівень соматичного дискомфорту, афективна дисрегуляція, порушення стосунків та загальний рівень вираженості ознак КПТСР, програма мала слабкий вплив, що можна пояснити як відносно невеликою тривалістю втручання, так і стійкістю посттравматичних симптомів до швидких змін. Ці результати можуть свідчити про те, що програма лише частково зачепила ці аспекти психічного стану, і для суттєвіших змін можуть знадобитися більш тривалі або специфічно спрямовані інтервенції.

Незначний ефект на рівень соматичних скарг може бути пояснений тим, що хоча НРП мала фокус на розвитку навичок моніторингу та зміцнення вітальності, проте фізичні симптоми залишаються певною мірою незалежними у своєму виникненні та протіканні від психологічного стану учасників та їх вміння регулювати психоемоційну напругу.

Значення загального рівня оптимізму та задоволеності життям також залишаються на рівні незначного ефекту. Це може свідчити про відносно невелике зростання самосвідомості та більш критичного погляду учасників на своє життя в результаті навчально-розвивального впливу. Подібний ефект спостерігається і для загального рівня соціального благополуччя, де незначне підвищення показника може бути інтерпретоване як окреме підвищення уваги до проблемних соціальних аспектів, які раніше залишалися непоміченими. Такі зміни можуть бути початковим етапом процесу трансформації, який потребує більш тривалого втручання.

Окремі параметри психологічної ресурсності особистості, такі як упевненість у собі, доброта до людей, прагнення до мудрості та творчість, також демонструють слабкі зміни, що може вказувати на певний вплив навчально-розвивального втручання на розвиток цих ресурсів. Водночас відсутність суттєвих змін може бути зумовлена недостатнім акцентом НРП на поведінковому експериментуванні в конкретних ресурсних активностях.

Незначні зміни за шкалами WWQ-2, попри базування програми на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та акценту на роботі з дезадаптивними патернами мислення, можуть бути пояснені кількома факторами. По-перше, значна трансформація у сприйнятті власних переживань потребує часу, навіть за умов ефективної методології. Учасники могли лише почати усвідомлювати адаптивні функції своїх емоцій, але час проведення програми міг бути недостатнім для закріплення цих когнітивних змін. По-друге, важливим є вплив індивідуальних відмінностей. Зміни в сприйнятті переживань багато в чому залежать від готовності учасників

приймати нові моделі мислення, їхньої мотивації та здатності працювати над собою, що могло варіюватися у межах вибірки.

Крім того, початковий рівень адаптованості також міг обмежити потенційні зміни. Тобто якщо учасники вже мали відносно адаптивні установки щодо переживань, це залишало менше простору для покращень, і програма лише підсилювала наявні ресурси, не створюючи суттєвих зрушень у загальних показниках.

Можливо також, що учасники могли потребувати більш розгорнутої психоедукації про функції переживань, їхню роль у мотивації та захисті, а також більше практичних інструментів для роботи з цими аспектами.

Низький ефект змін за критерієм Cliff's Delta (δ), свідчать про певні позитивні зрушення завдяки навчально-розвивальному втручання. Так, збільшення задоволеності відносинами з іншими та загального рівня задоволеності життям можна інтерпретувати як початкові етапи формування нових установок, які виникають завдяки рефлексії, стимульованій програмою. Учасники почали активніше осмислювати цінність стосунків та власного життя, що відображає позитивний вплив проведених інтервенцій. Зрушення у параметрах соціального благополуччя, таких як соціальна інтеграція, узгодженість із суспільством і соціальний внесок, свідчать про початок змін у ставленні учасників до своєї ролі в соціумі. Це може відображати зростаючу здатність до усвідомлення власного соціального функціонування та важливості інтеграції в суспільне життя.

Позитивні зміни в параметрах роботи над собою, знання власних ресурсів і вміння оновлювати ресурси демонструють поступове формування більшої психологічної ресурсності учасників програми. Навіть якщо ці зрушення ще не досягли більш високого ступеня вираженості рівня, вони свідчать про тенденцію до підвищення ресурсного потенціалу особистості. В контексті проведення програми було забезпечено для учасників можливість відпрацювати базові навички самопізнання та стимулювала їхню зацікавленість у подальшому розвитку внутрішніх ресурсів.

Загалом, результати вказують на наявність незначних, але важливих зрушень, які вказують на потенціал програми до створення глибших змін за умови подальшої роботи з учасниками. Низький ефект у цих параметрах може бути частиною поступового процесу, який потребує більш тривалого часу для стабілізації та інтеграції нових установок і поведінкових патернів.

Результати аналізу, що демонструють середній ефект за критерієм Cliff's Delta (δ), свідчать про значущі зміни у деяких досліджуваних параметрах, що підкреслює високу ефективність навчально-розвивальної програми у певних аспектах. Ці параметри є показовими для оцінки глибини впливу навчально-розвивального втручання на психосоціальний стан учасників.

Параметр «Невдоволеність собою та розчарування в житті» демонструє середній ефект у позитивному напрямку. Це може свідчити про те, що учасники програми почали краще усвідомлювати власну самоцінність, знизили рівень критичності до себе та почали краще знаходити способи переосмислення життєвих труднощів. Такі зміни є наслідком роботи з когнітивно-поведінковими стратегіями, спрямованими на зменшення негативних патернів мислення, а також розвитку вміння шукати нові життєві ресурси та цілі. Підвищення задоволеності собою є важливим результатом, оскільки воно може прямо впливати на загальний рівень психологічного благополуччя та адаптацію до стресових умов.

Соціальні аспекти, зокрема «Соціальне прийняття» та «Соціальна актуалізація», також зазнали середнього ефекту змін, що свідчить про прогрес учасників у соціальній сфері, зокрема у відчутті себе частиною спільноти та здатності реалізовувати свій потенціал у соціальних контекстах. Параметр соціального прийняття вказує на поліпшення взаємодії з іншими людьми, що могло бути досягнуто завдяки акценту на соціально-психологічних тренінгах у програмі, які допомагали учасникам налагоджувати ефективну комунікацію та знижувати рівень соціальної ізоляції, а також гарні стосунки, які склалися між деякими учасниками

програми. Соціальна актуалізація, як здатність усвідомлювати свій внесок у суспільство, також демонструє прогрес, що може бути результатом підвищення почуття власної значущості серед учасників програми. На нашу думку, це важливий показник змін, оскільки він свідчить про зростання активної участі у суспільному житті та впевненість у своїй ролі в соціумі, що є критично важливим для відновлення після травматичних подій.

Таким чином, середній ефект за цими параметрами підкреслює значущість програми для покращення як особистісного, так і соціального благополуччя її учасників. Ці результати вказують на ефективність обраних методик та підходів, а також підтверджують, що розроблена нами навчально-розвивальна програма може бути корисною для глибокої трансформації психологічного та соціального стану осіб, постраждалих унаслідок війни. Тому мету НРП, яка полягала у покращенні психосоціального стану учасників через відпрацювання навичок зміцнення вітальності; навичок здорової соціальної взаємодії; навичок самоопанування тяжкими переживаннями, вважаємо частково досягнутою.

Варто відзначити, що з урахуванням обраного формату взаємодії учасників у мікрогрупах, а також проблеми зі світлом, викликані обстрілами, повітряні тривоги частина учасників час від часу приймала пасивну участь в роботі над програмою (тобто через прослуховування матеріалу, який був озвучений, або через спостереження за відпрацюванням технік іншими учасниками), що могло вплинути на результати підсумкової діагностики.

Висновки до розділу 3

Відзначено, що на тлі воєнних подій існує необхідність впровадження системного підходу до психологічної допомоги, спрямованого на подолання негативного впливу війни на особистість дорослої цивільної людини.

Розроблено та апробовано НРП «Системне плекання особистості в умовах війни», яка ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, а її

змістовний аспект відповідає системним рівням особистості, на яких відбувається дезадаптація внаслідок травматизації через війну: біологічному, соціально-зумовленому та індивідуально-психологічному.

Апробація програми відбулась в онлайн-форматі із використанням застосунку Zoom та роботи в мікрогрупах у період з червня 2024 року по серпень 2024 року. Загальна кількість учасників становила 30 осіб віком від 22 до 41 років. НРП «Системне плекання особистості в умовах війни» складається з трьох змістовних блоків: «Вітальність», «Соціальна взаємодія», «Особистісні переживання», кожен з яких сприяє реалізації загальної мети програми, яка полягає у покращенні психосоціального стану учасників через відпрацювання навичок зміцнення вітальності; навичок здорової соціальної взаємодії; навичок самоопанування важкими переживаннями.

Задля оцінки ефективності НРП було проведено аналіз результатів діагностичного обстеження до початку і після завершення всіх занять програми. Використаний психодіагностичний інструментарій: шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8), опитувальник ITQ (International Trauma Questionnaire), шкала оптимістичного стану («State Optimism Measure» (SOM)), шкала соціального благополуччя (Кіз К., в адаптації Четверик-Бурчак А. Г.), когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ – 3) (Калюк О., Савченко О.), опитувальник психологічної ресурсності особистості» (Штепа О. С.), шкала переконань про переживання» (WWQ-2).

Статистичний аналіз ефективності результатів діагностики відбувся за допомогою критерію Т-Вілкоксона та критерію Cliff's Delta (δ). На підставі якісної інтерпретації отриманих статистичних показників можна відзначити, що НРП в більшій мірі сприяла таким позитивним зрушенням: посиленню соціальної актуалізації учасників та відчуття прийняття з боку суспільства, зміцненню задоволеності собою, як особистістю, відновленню відчуття сенсу життя й винайденню позитивних життєвих перспектив. Також позитивну динаміку можемо констатувати у змінах таких параметрів: задоволеність

відносинами з іншими, загальний рівень задоволеності життям, соціальна інтеграція, узгодженість із суспільством, відчуття внеску у суспільство, актуалізація психологічної роботи над собою, знання власних ресурсів та уміння їх оновлювати.

Отже, програма має потенціал для покращення психосоціального стану учасників, проте трансформація саме травматичного досвіду може потребувати тривалішого часу та роботи в менших групах.

ВИСНОВКИ

Нами було теоретично вивчено особливості системної психологічної допомоги дорослому цивільному населенню, ключові психологічні наслідки війни для особистості та фактори її вразливості до травматизації. Емпірично досліджено предиктори вищих рівнів вираженості ознак ПТСР та КПТСР і відмінності у параметрах ознак ПТСР, КПТСР, депресії й життєстійкості для представників осіб різного віку та різних видів зайнятості. Дослідження має важливе значення, оскільки в ньому враховано систему психологічних наслідків війни для дорослого цивільного населення в цілому та особистості окремо, як при побудові дослідження, так і при розробці програми психологічної допомоги.

На підставі результатів дослідження ми дійшли таких висновків.

1. Війна сприяє в більшій мірі підвищенню у дорослих цивільних осіб тривожності, рівня вираженості ознак депресії, ПТСР, КПТСР.

2. Особистість є системою на трьох рівнях: біологічному, соціально-зумовленому, та індивідуально-психологічному. Врахування цих рівнів дозволяє створювати більш комплексні і гнучкі програми психологічної допомоги, що охоплюють різні аспекти функціонування особистості.

3. Вивчення концепту особистісної зрілості як інтегральної особистісної характеристики та протективного фактору від травматизації має потенціал для теоретичного обґрунтування та практичної реалізації системної психологічної допомоги усім категоріям осіб, постраждалих через війну, зокрема цивільним особам дорослого віку. Проте наразі відсутні адекватні інструменти її вимірювання, які можуть демонструвати достатню силу своїх психометричних властивостей та є апробованими на українській вибірці.

4. Системна психологічна допомога – це взаємопов'язана та взаємозумовлена сукупність заходів надання психологічної допомоги,

методи та засоби в якій добираються відповідно до системи цільового об'єкту допомоги, як процесуальної єдності його елементів. Цільовими об'єктом СПД є особистість. Метою СПД є забезпечення комплексного, інтегрованого впливу на психологічний стан особистості через добір методів і засобів, які дозволяють врахувати системну організацію її структурних елементів та взаємозв'язки між ними. Результати застосування методів психотерапії, базованих та системному підході (як-то системна сімейна терапія) вказують на їхню ефективність, що підкреслює перспективність подальшої розробки терапевтичних втручань на засадах системізму.

5. Існують певні відмінності у рівнях вираженості ознак ПТСР, життєстійкості, а також соматичного виснаження та суб'єктивної оцінки рівня загрози власному життю для груп осіб різного віку та різних видів зайнятості, що зумовлює змістовно-методичні аспекти системної психологічної допомоги.

6. Побудовані прогностичні моделі вищих рівнів вираженості ознак ПТСР і КПТСР та визначені їхні спільні предиктори передбачають необхідність врахування віку, родинного стану особи, її суб'єктивної оцінки рівня загрози життю та рівня соматичного виснаження при здійсненні СПД. Для вищих рівнів вираженості ознак ПТСР прогнозованими групами ризику є особи, які не мають вищої освіти та проживають самотійно. Для вищих рівнів вираженості ознак КПТСР прогнозованими групами ризику є особи, які демонструють високий рівень соціальної нереалізованості та низької здатності до прийняття ризику, проживають з членами родини. Зазначені спільні та специфічні предиктори прогностичних моделей вищих рівнів вираженості ознак ПТСР і КПТСР мають бути обов'язково враховані як такі, що вказують на осіб, яким обов'язково і першочергово необхідна психологічна допомога.

7. В авторській навчально-розвивальній програмі «Системне плекання особистості в умовах війни» був зроблений фокус на покращення психосоціального стану учасників через відпрацювання навичок зміцнення

вітальності; навичок здорової соціальної взаємодії; навичок самоопанування тяжкими переживаннями. Відпрацювання цих форм поведінки відповідало трьом тематичним блокам програми, які співвідносяться із системними рівнями особистості, описаними вище. Навчально-розвивальний вплив здебільшого сприяв зростанню задоволеності собою та власним життям, соціальній актуалізації та віднайденню позитивних життєвих перспектив учасників. Тенденцію до позитивних змін можна відзначити в таких аспектах, як рівень задоволеності міжособистісними відносинами, загальна суб'єктивна оцінка якості життя, соціальна включеність, відповідність власних цінностей суспільним нормам, усвідомлення власного внеску в соціальне середовище, активізація рефлексивної діяльності, а також розвиток навичок усвідомлення та відновлення власних ресурсів. Хоча результати дослідження підтверджують ефективність розробленої програми як втілення ідей СПД, проте для забезпечення стійких позитивних змін саме в площині травматичного досвіду потрібні більш тривалі інтервенції.

Таким чином, дисертаційна праця є важливим етапом у розумінні та розвитку системної психологічної допомоги цивільному населенню, постраждалому внаслідок війни. Отримані результати сприяють комплексному підходу до підтримки осіб, що зазнали травматизації, враховуючи системні особистісні властивості на біологічному, соціально-зумовленому та індивідуально-психологічному рівнях. Перспективи подальших досліджень вбачаються у розширенні емпіричного вивчення факторів вразливості особистості до травматизації; предикторів посттравматичного зростання; розробці й удосконаленні практичних інтервенцій, спрямованих на підвищення життєстійкості та опрацюванні травматичного досвіду; а також в апробації розробленої програми в менших групах і за умови більшої тривалості втручання. Також розвиток ідей системної психологічної допомоги в у подальших наукових розвідках може відбуватись в площині їх тестування цього підходу для інших травматичних подій, як-то стихійні лиха, екологічні катастрофи, епідемії, тощо. Розроблена

авторська програма є актуальною не лише в час війни, що триває, але і в перспективі її використання для покращення психосоціального функціонування дорослого населення у пост-воєнний час.

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. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016.
2. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу. Харків: НУЦЗ, 2015. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/3246>
3. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. *Вісник Національного університету оборони України. Збірник наукових праць*. 2014. № 4 (41). С. 168–173. URL: <https://dspace.nau.edu.ua/handle/NAU/20687>
4. Бортун Б. Системний аналіз конструктивної конфліктності особистості. *Вісник післядипломної освіти: зб. наук. пр. Сер. Соціальні та поведінкові науки. Сер. Управління та адміністрування ПОЧАТОК*. 2020. № 11 (40). С. 10–27. URL: <https://ojs.uem.edu.ua/index.php/spn/article/view/360>
5. Бочелюк В., Панов М. Діагностика реадaptaційного потенціалу особистості: методологічний аспект. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2019. № 60. С. 8–24.
6. Бусел В. Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови. Київ; Ірпінь: Перун, 2005.
7. Дивак М. П. Методичний посібник з дисципліни «Системний аналіз». 2004. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/627/1/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7.pdf>
8. Дияк В., Тушко К., Волобуєв В. Особливості формування множинної ідентичності в умовах російсько-української війни. *Науково-*

теоретичний альманах «Грані». 2024. Т. 27, № 2. С. 12–18. URL: <https://grani.org.ua/index.php/journal/article/view/2018>

9. Духневич В. М. Психологічні наслідки воєнного конфлікту на Сході: Теоретичний аналіз явищ політико-правової сфери. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2018. № 41 (44). С. 31–45.

10. Дьоміна Г. Посттравматичний стресовий розлад в умовах війни. *Psychological Sciences. Science and Practice, Actual Problems, Innovations*. 2022. С. 228–230. <https://doi.org/10.46299/isg.2022.1.28>

11. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Котух О. В., Мельник О. В. Міжнародний опитувальник травми (ITQ): Адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Т. 2, № 14. С. 145–161.

12. Коваль І. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2019. № 27.

13. Когут О. О. Первинна психологічна допомога потерпілим із симптомами гострого стресового розладу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2023. № 1. С. 31–38.

14. Кокун О. М. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»: *Препринт*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. URL: https://lib.iitta.gov.ua/731505/1/Препрінт_Кокун.pdf

15. Кокун О. М. Характеристика психічного здоров'я населення України під час війни. *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості*. 2022. С. 25–28. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/732210/1/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8_%D1%81%D0%B5%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83_2022.pdf#page=25

16. Колесніченко О. С. Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України: Методичний посібник. Харків: НАНГУ, 2020. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Posibnyk_Prykladna_psykhodiahnostykaNGU_2020.pdf
17. Коструба Н., Поліщук З. Особистісна зрілість як чинник психічного здоров'я студентів під час війни. Наукові перспективи. 2023. № 3 (33). С. 339–349. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-3\(33\)-339-349](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-3(33)-339-349)
18. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких їм людей під час війни. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2022. № 1. С. 28–33. <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2022-1.05>
19. Кусайкіна Н., Цибульник Ю. (ред.). Сучасний тлумачний словник української мови: 60000 слів. Харків: ВД «ШКОЛА», 2011. С. 1214–1215.
20. Кустовська О. В. Методологія системного підходу та наукових досліджень. Тернопіль: *Економічна думка*, 2005.
21. Мариненко Н., Ерстенюк Т. Соціально-економічні наслідки війни в Україні. *Трансформація бізнесу для сталого майбутнього: дослідження, діджиталізація та інновації: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції*. 2022. С. 160–161. URL: <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/39373>
22. Міщенко Н. В. Соціально-психологічна програма системної соціальної підтримки осіб з кризовими станами в умовах життєвих змін. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 2. С. 203–208. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Tipp_2018_2_25.pdf
23. МКХ-11. Розділ 6: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку (статистична класифікація). 2-ге вид. Моріон, 2024.

24. Москалець В. Структурно-функціональна організація особистості. *Психологія і суспільство*. 2010. № 2. С. 20–25. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/23338>

25. Нерубаська А. Концепт, структура і субстрат у біфуркаційній моделі особистості. *Вісник Львівського університету. Серія філософські науки*. 2019. № 23.

26. Олефір В. О., Кузнецов М. А., Павлова А. В. Коротка версія тесту життєстійкості. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2013. № 45 (2). С. 158–165.

27. Оніщенко Н. В. Психологічні особливості переживання початку війни цивільним населенням м. Харкова. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 1. С. 84–96.

28. Оніщенко Н., Тімченко В. Психологічні особливості «виходу з війни». *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2016. № 2 (37). URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/2435/1/%D0%92%D1%96%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%92%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%96%20%E2%84%96%202_37_%202017.pdf#page=21

29. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Адаптація україномовної версії «Шкали депресії Центру епідеміологічних досліджень». *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. № 3. С. 46.

30. Піонтковська Д. Психологічні особливості формування національної ідентичності українців в умовах російсько-української війни. *Психологія: реальність і перспективи*. 2022. № 19. С. 119–128. URL: https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/313

31. Романенко О. В. Застосування системного аналізу в процесі експериментального вивчення психіки. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2013. № 22.

32. Руденко В. М., Руденко Н. М. Математичні методи в психології. Київ: Академвидав, 2009.
33. Савченко О. В., Калюк О. О. Методика діагностики когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 1 (25). С. 89–101.
34. Савченко О. В., Лавриненко Д. Г. Шкала оптимістичного стану: адаптація методики та її психометричні показники. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. № 2. С. 10–16.
35. Савчин М. Вікова психологія. Київ: Академвидав, 2005.
36. Сірий С. Сутність понять «локальна війна» і «воєнний конфлікт» та їх типологія. *Політичний менеджмент*. 2006. № 3. С. 124–134.
37. Сорока К. О. Основи теорії систем і системного аналізу: Навчальний посібник. 2004. URL: <https://eprints.kname.edu.ua/10895/>
38. Стояненко А. Е., Урсатій А. Е. Війна в Україні: наслідки для національної економіки та світу. *Proceedings of the XVIII International Scientific and Practical Conference*. 2022. С. 171–177. <https://doi.org/10.46299/ISG.2022.1.18>
39. Титаренко Т. М. Як допомогти свідкам і учасникам травматичних подій: горизонти соціально-психологічної реабілітації. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4. С. 136–142.
40. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології*. 2017. № 5 (19). С. 3–10. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/16404>
41. Титаренко Т. М., Лазоренко Б. П., Ларіна Т. О., Дворник М. С., Мирончак К. В., Савінов В. В. та ін. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій: методичні рекомендації. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2017.

42. Угрин О. М., Лучка Т. М. Дослідження особистісної зрілості в умовах війни. *У: Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві*. 2022. С. 352–355. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/5051/1/28_10_2022.pdf#page=352
43. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Шкала переконань про переживання (WWQ-2) [Переклад М. Н. Freeston, J. Rhéaume, Н. Letarte, М. J. Dugas, & R. Ladouceur, 1994]. URL: www.i-cbt.org.ua
44. Філоненко М. М. Системний аналіз особистісного становлення майбутнього лікаря. *Психологія: реальність і перспективи*. 2013. № 1. С. 123–126. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/prp_2013_1_46.pdf
45. Цуркан-Сайфуліна Ю. Особливості надання первинної психологічної допомоги під час війни. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2022. № 13 (1). С. 96–108. URL: <http://www.journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%281%29.2022.96-108>
46. Чабан О. С., Хаустова О. О., Асанова А. Е. Практична психосоматика: діагностичні шкали. 3-тє вид., випр. і доповн. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2021.
47. Четверик-Бурчак А. Г. Опис та адаптація опитувальника шкала соціального благополуччя К. Кіза. *Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія*. 2014. № 54. С. 28–33.
48. Шаповал І. Особистісна зрілість: структурно-функціональний аналіз. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. № 8. С. 179–185.
49. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*. 2016. № 11 (4). С. 74–77. URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi->

bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Mpsl_2016_11_4_14.pdf

50. Шелюг О. Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій. *Психологія і особистість*. 2014. № 1. С. 112–129.

51. Штепа О. С. Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. Збірник наукових праць «*Проблеми сучасної психології*». 2018. № 39. С. 380–399.

52. Яворська Г. М. Концепт війна: семантика і прагматика. *Стратегічні пріоритети. Серія: Філософія*. 2016. № 1. С. 14–23.

53. Яворська-Ветрова І. Проблема становлення особистісної зрілості у контексті кризових викликів сучасності. *Grail of Science*. 2022. № 12-13. С. 609–611. URL: <https://archive.journal-grail.science/index.php/2710-3056/article/view/113>

54. Яцина О. Ф. Завдання моральних страждань під час війни: проблема методології психологічної експертизи. *Актуальні питання судової психологічної експертизи у справах за позовами про відшкодування моральної шкоди*. 2022. С. 186–191. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/42906>

55. Ahmed A., Ali N., Aziz S., Abd-Alrazaq A. A., Hassan A., Khalifa M. et al. A review of mobile chatbot apps for anxiety and depression and their self-care features. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*. 2021. Vol. 1. P. 100012.

56. Amazeen P. G., Amazeen E. L. A systems approach to perception and action. *Ecological Psychology*. 2017. Vol. 29, № 3. P. 213–220.

57. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. American Psychiatric Publishing, 2022.

58. Armitage R. Digital psychological first aid in humanitarian contexts. *The Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9, № 7. P. e34.

59. Ashton M. C., Lee K. Objections to the HEXACO model of personality structure—and why those objections fail. *European Journal of Personality*. 2020. Vol. 34, № 4. P. 492–510.
60. Austin P. C., Steyerberg E. W. The number of subjects per variable required in linear regression analyses. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015. Vol. 68, № 6. P. 627–636.
61. Bahmer J. A., Kuhl J., Bahmer F. A. How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Dermato-Venereologica*. 2007. Vol. 87, № 4. P. 317–324.
62. Bahodir o'g'li Q. A., Surojiddin X. Fiction and theories of personal maturity. *International Journal on Integrated Education*. 2022. Vol. 5, № 6. P. 253–255.
63. Baranova S. Theoretical analysis of responsibility as an integrative quality of personality maturity in conditions of transformation. In: Development and modernization of pedagogical and psychological sciences: The experience of Poland and the prospects of Ukraine: Collective monograph. Vol. 1. 2017. P. 37–53.
64. Baranova S. Stages of self-request as the personal maturity formation process in the conditions of social transformations. *International Scientific and Practical Conference*. 2019. P. 104–107. Baranova, S. (2019). Stages of self-request as the personal maturity formation process in the conditions of social transformations.
65. Barnard P. J., Teasdale J. D. Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition & Emotion*. 1991. Vol. 5, № 1. P. 1–39.
66. Beck J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 3rd ed. Guilford Press, 2020.
67. Borrell-Carrió F., Suchman A. L., Epstein R. M. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*. 2004. Vol. 2, № 6. P. 576–582.

68. Brinkley A. J., Sherar L. B., Kinnaick F. E. A sports-based intervention for pupils excluded from mainstream education: A systems approach to intervention acceptability and feasibility. *Psychology of Sport and Exercise*. 2022. Vol. 61. P. 102217.
69. Bromis K., Calem M., Reinders A. A., Williams S. C., Kempton M. J. Meta-analysis of 89 structural MRI studies in posttraumatic stress disorder and comparison with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 175, № 10. P. 989–998.
70. Burkhonov A., Avlaev O., Abdujalilova S., Otaev A. Responsibility as a criterion for determining personal maturity. In: *E3S Web of Conferences*. 2021. Vol. 244. P. 11059. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202124411059>
71. Celestino V. R. R., Bucher-Maluschke J. S. N. F. Research on systemic psychology in Latin America: An integrative review with methods and data triangulation. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2018. Vol. 34. P. e3443.
72. Cervone D. Personality architecture: Within-person structures and processes. *Annual Review of Psychology*. 2005. Vol. 56. P. 423–452.
73. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., Bisson J. I., Roberts N. P., Maercker A. et al. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138, № 6. P. 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
74. Corr P. J., Matthews G. (Eds.). The Cambridge handbook of personality psychology. Cambridge University Press, 2020.
75. Di Fiorino M., Marunkevych M., Madeira L., Figueira M. L. An unexpected war in Ukraine: What should we expect? The consequences of war among Ukrainian refugees. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 2022. Vol. 8, № 2. P. 28–30.
76. Fajkowska M. The complex-system approach to personality: Main theoretical assumptions. *Journal of Research in Personality*. 2015. Vol. 56. P. 15–32.

77. Frankova I., Vermetten E., Shalev A. Y., Sijbrandij M., Holmes E. A., Ursano R. et al. Digital psychological first aid for Ukraine. *The Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9, № 7. P. e33.
78. Frazier L. D. The past, present, and future of the biopsychosocial model: A review of *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments* by Derek Bolton and Grant Gillett. *New Ideas in Psychology*. 2020. Vol. 57. P. 100755. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100755>
79. Fris P. L., Medytskyi I. B., Mykytyn Y. I., Shpiliarevych V. V. The annexation of the Autonomous Republic of Crimea and the armed conflict in Eastern Ukraine as a crime of aggression by the Russian Federation against Ukraine. *Journal of Advanced Research in Law & Economics*. 2019. Vol. 10. P. 165.
80. Gatchel R. J., Ray C. T., Kishino N., Brindle A. The biopsychosocial model. In: *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. Wiley, 2020. P. 1–8.
81. Goldberg L. R. An alternative «description of personality»: The Big-Five factor structure. In: *Personality and personality disorders*. Routledge, 2013. P. 34–47.
82. Goldman A., Greenberg L. Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. Vol. 60, № 6. P. 962.
83. Gorodnichenko Y., Kudlyak M., Şahin A. The effect of the war on human capital in Ukraine and the path for rebuilding. *IZA-Institute of Labor Economics*, 2022.
84. Henkelmann J. R., de Best S., Deckers C., Jensen K., Shahab M., Elzinga B., Molendijk M. Anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020. Vol. 6, № 4. P. e68.

85. Henson C., Truchot D., Canevello A. What promotes posttraumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2021. Vol. 5, № 4. P. 100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100195>
86. Herrera C., Moffat D. C. Fear: Appraisal of danger as anticipation of harm. In: AAAI 2005 Fall Symposium on Anticipatory Cognitive Embodied Systems, November 3-6, 2005, Hyatt Crystal City in Arlington, Virginia.
87. Ho G. W., Vang M. L., Martsenkovskyi D., Karatzias T., Ben-Ezra M., McElroy E. et al. Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war. *Journal of Traumatic Stress*. 2023.
88. Hoppen T. H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2021. Vol. 6, № 7. P. e006303.
89. Inkster B., Sarda S., Subramanian V. An empathy-driven, conversational artificial intelligence agent (Wysa) for digital mental well-being: Real-world data evaluation mixed-methods study. *JMIR mHealth and uHealth*. 2018. Vol. 6, № 11. P. e12106.
90. Joseph S., Williams R. Understanding posttraumatic stress: Theory, reflections, context and future. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2005. Vol. 33, № 4. P. 423–441.
91. Justino P. The war in Ukraine: Civilian vulnerability, resilience, and resistance. *Vox EU*. 2022. № 14.
92. Karam E., Ghosn M. B. Psychosocial consequences of war among civilian populations. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003. Vol. 16, № 4. P. 413–419.
93. Karatzias T., Shevlin M., Ben-Ezra M., McElroy E., Redican E., Vang M. L. et al. War exposure, PTSD, and Complex PTSD among parents living in Ukraine during the Russian war. 2022.

94. Kelly J. G. The system concept and systemic change: Implications for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 2007. Vol. 39, № 3. P. 415–418.
95. Kernberg O. F. What is personality? *Journal of Personality Disorders*. 2016. Vol. 30, № 2. P. 145–156.
96. Kshirsagar S. A multilayer personality model. In: *Proceedings of the 2nd International Symposium on Smart Graphics*. 2002. P. 107–115.
97. Kuminetz G. The connections between personal maturity and moral consciousness. In: The publication of this volume was supported by the International Conference Fund of HAS. 2015. P. 39.
98. Lambert J. E., Alhassoon O. M. Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*. 2015. Vol. 62, № 1. P. 28.
99. Laszlo A., Krippner S. Systems theories: Their origins, foundations, and development. 1998.
100. Leahy R. L. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. 2nd ed. Guilford Press, 2017.
101. Longo L., Jannini T., Merlo M., Cecora V., Gagliano M., D'Imperia B. et al. Suicidality in post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD). *European Psychiatry*. 2021. Vol. 64, № S1. P. S142.
102. Magruder K. M., Yeager D. E. The prevalence of PTSD across war eras and the effect of deployment on PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Annals*. 2009. Vol. 39, № 8.
103. Mainzer K. Complex Systems, Nonlinear Dynamics, and Local Activity Principle: On Jay W. Forrester, Industrial Dynamics (1961), and beyond. *Schlüsselwerke der Systemtheorie*. 2016. P. 297–310.
104. Maxwell S. E. Sample size and multiple regression analysis. *Psychological Methods*. 2000. Vol. 5, № 4. P. 434.
105. Mayer J. D. A framework for the classification of personality components. *Journal of Personality*. 1995. Vol. 63, № 4. P. 819–878.

106. Mayer J. D. The personality systems framework: Current theory and development. *Journal of Research in Personality*. 2015. Vol. 56. P. 4–14. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2015.01.001>
107. Mayer J. D. Personality: A systems approach. Rowman & Littlefield, 2017.
108. Meissel K., Yao E. S. Using Cliff's delta as a non-parametric effect size measure: An accessible web app and R tutorial. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2024. Vol. 29, № 1.
109. Morina N., Malek M., Nickerson A., Bryant R. A. Meta-analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries. *Depression and Anxiety*. 2017. Vol. 34, № 8. P. 679–691.
110. Morina N., Stam K., Pollet T. V., Priebe S. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 239. P. 328–338.
111. Nocon A., Eberle-Sejari R., Unterhitzberger J., Rosner R. The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8, № sup2. P. 1388709.
112. Osokina O., Silwal S., Bohdanova T., Hodes M., Sourander A., Skokauskas N. Impact of the Russian invasion on mental health of adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022.
113. Palii V., Velykodna M., Pereira M., McElvaney R., Bernard S., Klymchuk V. et al. The experience of launching a psychological hotline across 21 countries to support Ukrainians in wartime. *Mental Health and Social Inclusion*. 2023.

114. Paterson R. J., Neufeld R. W. Clear danger: Situational determinants of the appraisal of threat. *Psychological Bulletin*. 1987. Vol. 101, № 3. P. 404–416. doi:10.1037/0033-2909.101.3.404
115. Pigg R. M. Jr. 15 characteristics of personal maturity. *The Journal of School Health*. 1995. Vol. 65, № 2. P. 47–50.
116. Powell A., Royce J. R., Voorhees B. Personality as a complex information-processing system. *Behavioral Science*. 1982. Vol. 27, № 4. P. 338–376. <https://doi.org/10.1002/bs.3830270404>
117. Qureshi A., Dickenson E., Wall P. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder, anxiety and depression following major physical civilian trauma: A systematic review and meta-analysis. *Trauma*. 2021. Vol. 23, № 4. P. 276–287.
118. Rashchupkina Y., Tushnova Y., Alasaad D. Features of procedural characteristics of life elections of young people depending on types of personal maturity/immaturity. In: SHS Web of Conferences. 2019. Vol. 70. P. 08031. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20197008031>
119. Renshaw I., Davids K., Shuttleworth R., Chow J. Insights from ecological psychology and dynamical systems theory can underpin a philosophy of coaching. *International Journal of Sport Psychology*. 2009. Vol. 40, № 4. P. 580–602.
120. Rizzi D., Ciuffo G., Sandoli G., Mangiagalli M., De Angelis P., Scavuzzo G. et al. Running away from the war in Ukraine: The impact on mental health of internally displaced persons (IDPs) and refugees in transit in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, № 24. P. 16439.
121. Romanovskyi O., Pidbutska N., Knysh A. Elomia Chatbot: The Effectiveness of Artificial Intelligence in the Fight for Mental Health. In: *COLINS*. 2021. P. 1215–1224.
122. Savchenko V. M., Kharchenko G. D., Buryak O. Y., Omeri I. D., Nevedomska Y. O., Tymchyk O. V., Yatsenko S. P. Personal maturity of sick and

healthy people and its relationship to gender, age and anthropometric indicators. *Journal of Physical Education and Sport*. 2021. Vol. 21, № 5. P. 3001–3008.

123. Schaefer J. A., Moos R. H. Bereavement experiences and personal growth. In: Stroebe M. S., Hansson R. O., Stroebe W., Schut H. (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association, 2001. P. 145–167. <https://doi.org/10.1037/10436-006>

124. Selye H. What is stress? *Metabolism*. 1956. Vol. 5. P. 525–530.

125. Shakespeare-Finch J., Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. Vol. 28, № 2. P. 223–229.

126. Sheldon K. M., Kasser T. Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*. 2001. Vol. 37, № 4. P. 491–501.

127. Sosnowska J., Kuppens P., De Fruyt F., Hofmans J. A dynamic systems approach to personality: The Personality Dynamics (PersDyn) model. *Personality and Individual Differences*. 2019. Vol. 144. P. 11–18.

128. Spielberger C. D., Gonzalez-Reigosa F., Martinez-Urrutia A., Natalicio L. F., Natalicio D. S. The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*. 1971. Vol. 5, № 3–4.

129. Su X., Yan X., Tsai C.-L. Linear regression. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*. 2012. Vol. 4, № 3. P. 275–294. <https://doi.org/10.1002/wics.1198>

130. Tang M. Revisiting the systems approach: Commentary on Glăveanu's paper «the psychology of creativity: A critical reading». *Creativity. Theories–Research–Applications*. 2015. Vol. 2, № 1. P. 79–84.

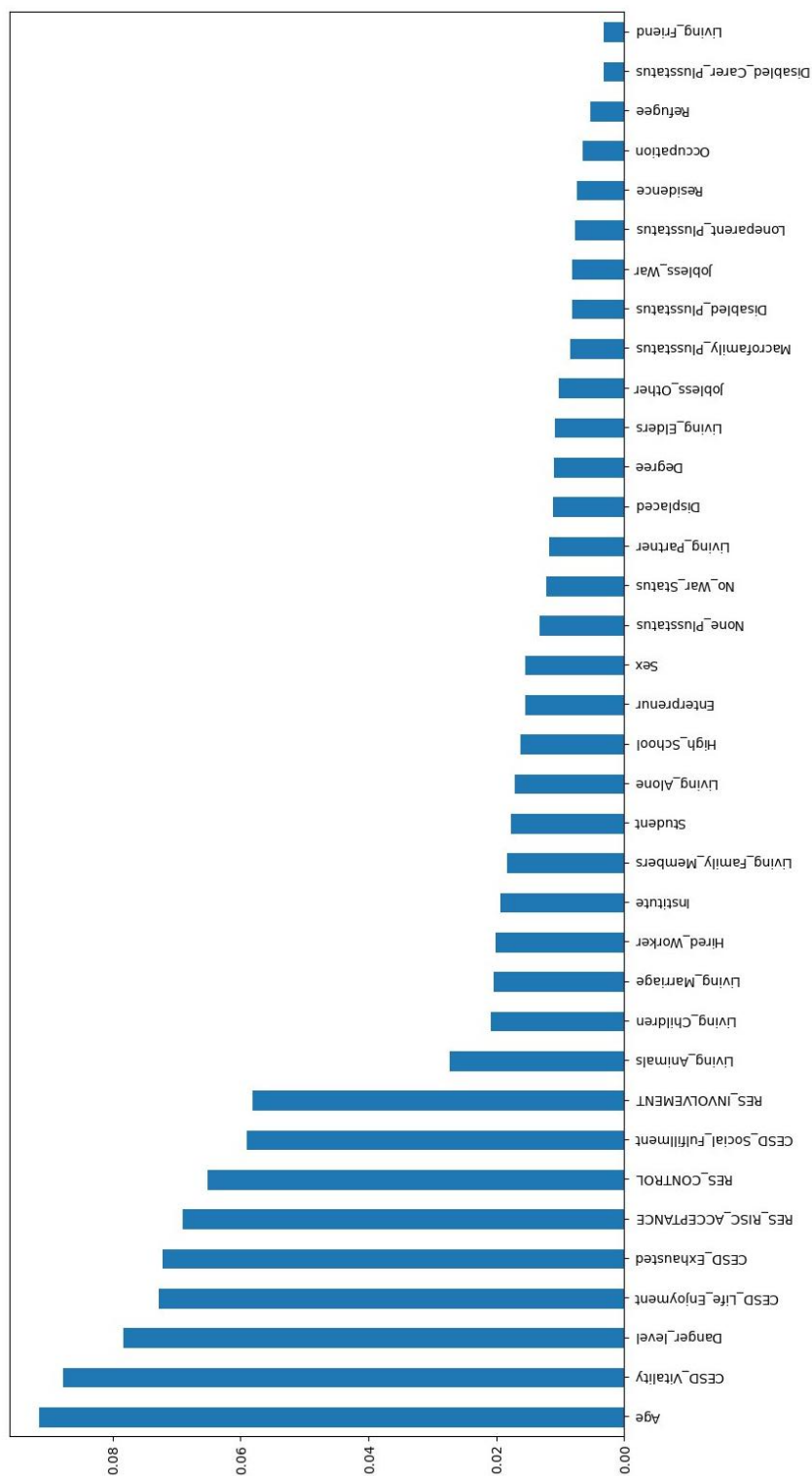
131. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, № 1. P. 1–18.

132. Timchenko O., Prykhodko I., Shyrobokov Y., Onishchenko N., Lefterov V. Psychological aspects of captivity in the war in the East of Ukraine. *Polish Psychological Bulletin*. 2021. Vol. 52, № 1. P. 97–106.
133. Tkach B., Lunov V. Overcoming the psychological consequences of the war in Ukraine: Ensuring security for Europe. SSRN. 2022. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4116375>
134. Tripathi A., Das A., Kar S. K. Biopsychosocial model in contemporary psychiatry: Current validity and future prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2019. Vol. 41, № 6. P. 582–585.
135. Ungar M. Systemic resilience. *Ecology and Society*. 2018. Vol. 23, № 4. <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>
136. Wan P. Y. Z. Dialectics, complexity, and the systemic approach: Toward a critical reconciliation. *Philosophy of the Social Sciences*. 2013. Vol. 43, № 4. P. 411–452.
137. Welsh R., Martin L. Revisioning a systemic approach to neuroscience and psychotherapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2013. Vol. 2, № 2. P. 116–130. <https://doi.org/10.1037/cfp0000003>
138. Xu W., Pavlova I., Chen X., Petrytsa P., Graf-Vlachy L., Zhang S. X. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023. <https://doi.org/10.1177/00207640221143919>
139. Zettler I., Thielmann I., Hilbig B. E., Moshagen M. The nomological net of the HEXACO model of personality: A large-scale meta-analytic investigation. *Perspectives on Psychological Science*. 2020. Vol. 15, № 3. P. 723–760. <https://doi.org/10.1177/1745691619895036>

ДОДАТКИ

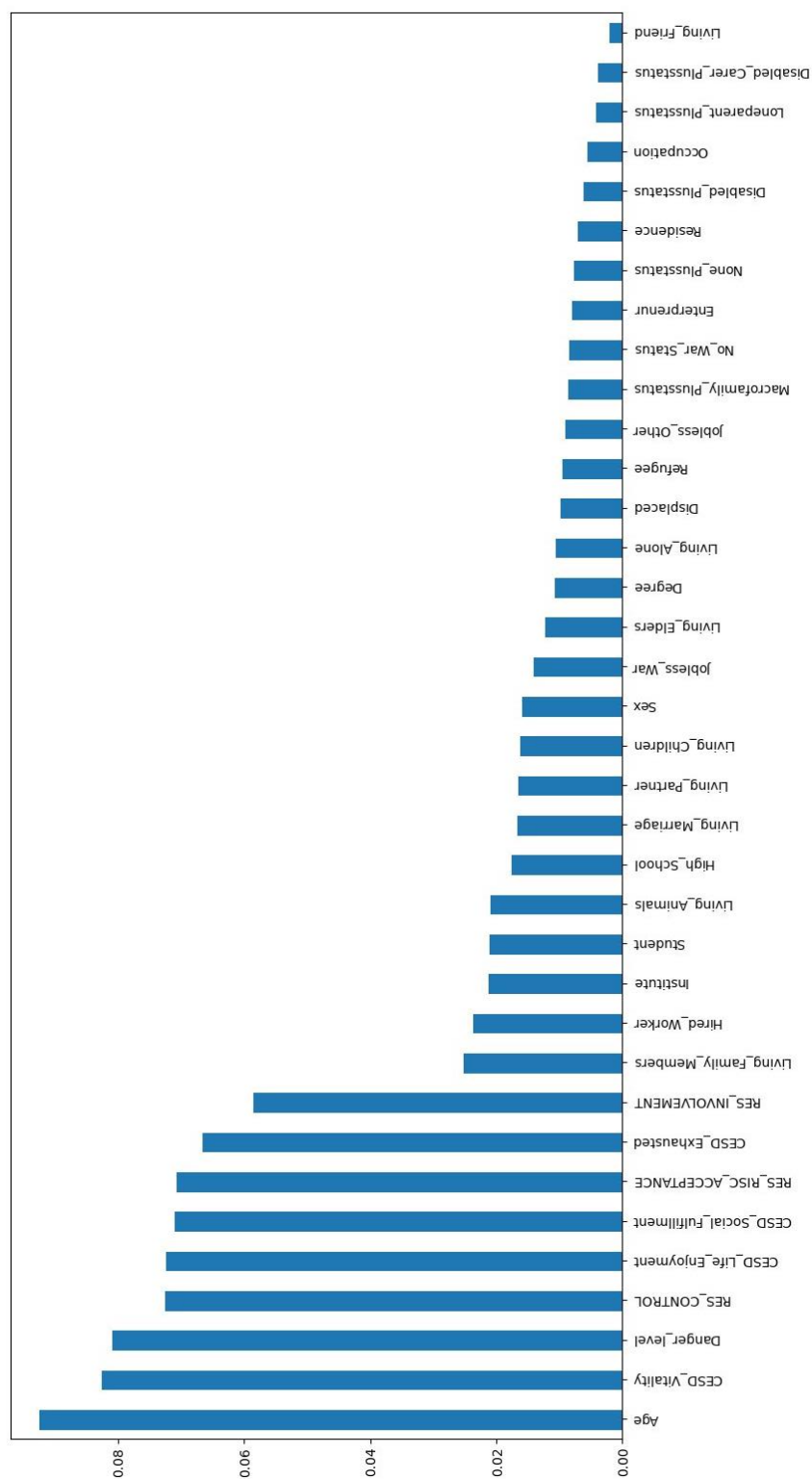
Додаток А

RF аналіз предикторів ПТСР



Додаток Б

RF аналіз предикторів КІТСП



Додаток В

Загальні результати обрахунків критерію Т-Вілкоксона для первинної та підсумкової діагностики

Назва методики	Шкали	Темп	Ткр (0.05)	Ткр (0.01)	R+	R-	Напрямок типового зсуву
Біологічний структурний рівень особистості							
Шкала соматичних симптомів – (SSS-8)	Загальний рівень скарг на соматичні симптоми	39	151	120	39	286	зменшення
Соціально-зумовлений рівень особистості							
«Шкала соціального благополуччя» (Кіз К., в адаптації Четверик-Бурчак А. Г.).	Загальний рівень соціального благополуччя	53	151	120	412	53	збільшення
	Соціальне прийняття	28			203	28	збільшення
	Соціальна актуалізація	58			242	28	збільшення
	Узгодженість із суспільством	31			140	31	збільшення
	Соціальний внесок	48			183	48	збільшення
	Соціальна інтеграція	37			216	37	збільшення
Індивідуально-психологічний рівень особистості							
ITQ	Інтрузії	0	151	120	0	1	зменшення
	Уникнення	0			0	1	зменшення
	Гіперпильність	0			0	1	зменшення
	Порушення емоційної саморегуляції	0			0	10	зменшення
	Негативна «Я»-концепція	0			0	3	зменшення
	Порушення стосунків	0			0	15	зменшення
	ПТСР загальний	0			0	1	зменшення
	КПТСР загальний	0			0	45	зменшення
«Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя» (КОСБ – 3)	Задоволеність життям	37,5	151	120	172,5	35,5	збільшення
	Невдоволеність собою та розчарування в житті	22			22	329	зменшення
	Задоволеність у	0			276	0	збільшення

	відносинах з іншими.						
	Загальний рівень задоволеності життям	28			437	28	збільшення
«Шкала оптимістичного стану» (SOM)	Загальний рівень оптимістичного стану	137			163	137	збільшення
«Опитувальник психологічної ресурсності особистості» (Штепа О. С.).	Упевненість у собі	16,5	150	120	19,5	16,5	збільшення
	Доброта до людей	22,5			22,5	68,5	зменшення
	Допомога іншим	-			39	39	відсутність змін
	Успіх	-			10,5	10,5	відсутність змін
	Любов	-			52,5	52,5	відсутність змін
	Творчість	45			46	45	збільшення
	Віра у добро	-			27,5	27,5	відсутність змін
	Прагнення до мудрості	-			39	39	відсутність змін
	Робота над собою	10			35	10	збільшення
	Самореалізація у професії	32,5			33,5	32,5	збільшення
	Відповідальність	-			27,5	27,5	відсутність змін
	Знання власних ресурсів	25,5			65,5	25,5	збільшення
	Уміння оновлювати власні ресурси	9			82	9	збільшення
	Загальний рівень психологічної ресурсності особистості	104			196	104	збільшення
«Шкала переконань про переживання» (WWQ-2)	Переживання допомагають вирішувати проблеми	41			41	212	зменшення
	Переживання допомагають мотивувати	110			110	268	зменшення
	Переживання захищають особу від важких емоцій, якщо стається щось негативне	8,5			8,5	69,5	зменшення

	Переживання самі по собі попереджають негативні результати	19,5			46,5	19,5	зменшення
	Схильність до переживань – це позитивна якість особистості.	-			27,5	27,5	відсутність змін