

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня бакалавра на тему:
«Ресурси арт-терапії у роботі з травматичним досвідом цивільних осіб
під час війни»

Виконала студентка
4 курсу, групи Пс-41 спеціальності «Психологія»
Шевчук Ольга Сергіївна

Керівник – к.псих.н., доц.
Гільман Анна Юріївна

Рецензент – _____

Острог, 2025

ЗМІСТ

ЗМІСТ.....	2
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	10
1.1.Поняття про травматичний досвід у наукових джерелах.....	10
1.2.Види та особливості травматичного досвіду.....	16
1.3.Особливості проживання травматичного досвіду цивільних осіб різного віку під час війни.....	22
1.4.Застосування арт-терапії у роботі з травматичним досвідом.....	26
Висновки до першого розділу.....	33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	35
2.1. Характеристика вибірки. Опис методів та етапів дослідження.....	35
2.2. Результати емпіричного дослідження травматичного досвіду цивільних осіб під час війни.....	39
2.3. Результати діагностики травматичного досвіду в цивільних осіб під час війни.....	45
Висновки до другого розділу.....	49
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	51
3.1. Тренінгова програма із використанням арт-терапії щодо опрацювання травматичного досвіду цивільних осіб під час війни.....	51
3.2. Аналіз ефективності тренінгової програми.....	57
3.3. Практичні рекомендації щодо опрацювання травматичного досвіду цивільних осіб під час війни.....	62
Висновки до третього розділу.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Сучасна ситуація в Україні характеризується тривалим військовим конфліктом, який почався у 2014 році та перейшов у фазу повномасштабної війни з 24 лютого 2022 року. Ця ситуація призвела до масової травматизації цивільного населення, яке зіткнулося з безпрецедентними викликами для психічного здоров'я. Мільйони українців пережили або продовжують переживати різноманітні травматичні події, включаючи обстріли житлових районів, вимушене переселення, втрату близьких людей, руйнування домівок та інфраструктури.

Травматичний досвід, здобутий в час війни має особливу специфіку, що відрізняє її від інших видів психологічної травми. Вона характеризується масовістю ураження, непередбачуваністю та тривалістю впливу, а також глибоким руйнуванням базових уявлень особистості про безпеку та передбачуваність світу. На відміну від локальних травматичних подій, воєнний конфлікт створює стан хронічного стресу, що охоплює все суспільство та впливає на різні аспекти життєдіяльності людини.

Результати досліджень, проведених міжнародними організаціями в Україні, свідчать про високий рівень поширеності психологічних порушень серед цивільного населення. За даними ВООЗ, близько 15-20% населення в зонах активних бойових дій потребують професійної психологічної допомоги, а у 3-5% розвиваються тяжкі психічні розлади. Особливо вразливими є діти, жінки, особи похилого віку та особи з вже наявними психічними захворюваннями.

Травматичний досвід, здобутий в час війни має свої унікальні характеристики, зокрема тривалість дії, масовість впливу, глибину руйнування базових переконань людини про безпеку, світ і себе. Враховуючи обмеженість кількості фахівців і ресурсів у системі охорони психічного здоров'я, виникає потреба у впровадженні таких форм допомоги, які є не лише ефективними, а й масштабованими. Арт-терапія, з її здатністю працювати з невербалізованим досвідом і активізувати внутрішні ресурси особистості, є одним із перспективних напрямів у психологічній реабілітації постраждалих.

Традиційні методи психотерапії, хоча і є ефективними, не завжди достатньо враховують специфіку травматичного досвіду, здобутого в час війни та культурні особливості українського суспільства. Травматичний досвід часто важко вербалізувати через його інтенсивність та фрагментарний характер спогадів. У таких випадках арт-терапевтичні методи можуть стати більш доступним та ефективним способом опрацювання травматичних переживань.

Арт-терапія як метод психологічної реабілітації має особливі переваги у роботі з травматизованими особами. Вона дозволяє обходити вербальні захисти та працювати з досвідом на символічному рівні, що сприяє інтеграції травматичних переживань у цілісну картину особистості. Творче самовираження активізує природні механізми зцілення та відновлення, дозволяє трансформувати деструктивні переживання у конструктивний досвід.

Незважаючи на зростаючий інтерес до арт-терапевтичних методів, в українській психологічній науці бракує комплексних досліджень їх ефективності у роботі з травматичним досвідом, здобутим в час війни. Більшість існуючих робіт мають фрагментарний характер або базуються на зарубіжному досвіді без урахування специфіки українського контексту. Це створює потребу у проведенні спеціалізованих досліджень, що дозволять розробити науково обґрунтовані підходи до використання арт-терапії у роботі з травматизованим цивільним населенням.

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна війна в Україні спричинила масштабну гуманітарну кризу, що включає системну психічну травматизацію цивільного населення. Українці масово стикаються з руйнівними життєвими обставинами: втратою близьких, вимушеним переселенням, постійною загрозою життю, знищенням домівок і втратою відчуття контролю над власною реальністю. У таких умовах питання організації ефективної психологічної допомоги набуває критичного значення як на рівні державної політики, так і в щоденній практиці психологів, психотерапевтів і соціальних служб.

Актуальність проблеми посилюється необхідністю розробки ефективних програм психологічної реабілітації для великої кількості постраждалих. Традиційні методи індивідуальної психотерапії не можуть забезпечити достатнє охоплення населення через обмеженість ресурсів та кількості кваліфікованих спеціалістів. Групові арт-терапевтичні програми можуть стати ефективним рішенням цієї проблеми, оскільки дозволяють одночасно працювати з більшою кількістю людей при збереженні високої якості психологічної допомоги.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Наукові публікації останніх років (2022-2025) свідчать про різке зростання рівня тривожних, депресивних і посттравматичних розладів серед цивільного населення в умовах війни (Беднарчик Т., Бойчук Ю., Козігора М.). Психологи акцентують на тому, що традиційні методи допомоги не завжди достатньо ефективні через неможливість вербалізувати глибоко травматичний досвід. У зв'язку з цим усе більше уваги приділяється пошуку ресурсних, невербальних підходів до психологічної реабілітації, зокрема — арттерапії.

Результати робіт Малімон Л., Журавльової Ю., Ізьянової О. та Романовської Л. підтверджують ефективність арттерапевтичних методів у зниженні емоційної напруги, відновленні відчуття безпеки та інтеграції травматичного досвіду. Проте дослідження в українському контексті переважно мають фрагментарний характер і часто не охоплюють доросле цивільне населення. Це створює потребу в науковому вивченні групових арттерапевтичних програм, адаптованих до умов повномасштабної війни.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей травматичного досвіду цивільних осіб під час війни та розробці ефективної арт-терапевтичної програми для його опрацювання.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання** дослідження:

1. проаналізувати теоретичні підходи до розуміння природи травматичного досвіду та його специфіки в умовах війни;

2. дослідити сучасні методи арт-терапевтичної роботи з травматизованими особами та визначити їх переваги у роботі з травматичним досвідом, здобутим в час війни;
3. емпірично вивчити особливості травматичного досвіду цивільних осіб під час війни та його вплив на різні аспекти психічного здоров'я;
4. розробити та апробувати тренінгову програму з використанням арт-терапевтичних методів для опрацювання травматичного досвіду цивільних осіб;
5. оцінити ефективність розробленої програми та сформулювати практичні рекомендації для фахівців, що працюють з травматизованими особами.

Об'єктом дослідження є травматичний досвід цивільних осіб під час війни.

Предметом дослідження є ресурси арт-терапії, що сприяють опрацюванню травматичного досвіду в цивільних осіб під час війни..

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що спеціально розроблена тренінгова програма з використанням арт-терапевтичних методів буде ефективною для покращення якості життя та відновлення базових переконань особистості у цивільних осіб, які пережили травматичні події під час війни.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів дослідження.

- *Теоретичні методи* включали аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукової літератури з проблем психології травми, арт-терапії та психологічної реабілітації. Здійснено системний аналіз вітчизняних та зарубіжних підходів до розуміння природи травматичного досвіду та методів її опрацювання.
- *Емпіричні методи дослідження* включали психодіагностичні методики для оцінки різних аспектів травматичного досвіду та його наслідків. Застосовано такі стандартизовані інструменти: Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) у адаптації Н.В. Тарабріної для оцінки рівня посттравматичних стресових реакцій;

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича для діагностики невротичних розладів; Опитувальник якості життя SF-36 для оцінки впливу травми на різні сфери життєдіяльності; Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка для виявлення ознак емоційного виснаження; Шкала базових переконань Р. Янофф-Бульман в адаптації О.О. Падуна та А.В. Котельникової для дослідження змін у системі базових переконань особистості. Додатково використовувався метод структурованого інтерв'ю для збору анамнестичних даних та уточнення особливостей травматичного досвіду учасників. Для оцінки ефективності арт-терапевтичної програми застосовувався експериментальний метод з дизайном "до-після" з контрольною групою.

- *Методи статистичної обробки даних* включали дескриптивну статистику для характеристики вибірки, t-критерій Стюдента та U-критерій Манна-Уїтні для порівняння груп, кореляційний аналіз Пірсона для виявлення взаємозв'язків між змінними, дисперсійний аналіз для оцінки відмінностей між групами за декількома факторами. Статистична обробка здійснювалася за допомогою програмного пакету SPSS 25.0.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося на базі психологічних центрів та соціальних служб міст Харкова, Києва та Львова протягом березня-травня 2025 року. Загальна вибірка склала 120 осіб віком від 18 до 65 років (78 жінок та 42 чоловіки), які пережили різні види травматичного досвіду, пов'язаного з війною. Для апробації арт-терапевтичної програми було сформовано експериментальну групу з 40 осіб та контрольную групу з 38 осіб з аналогічними характеристиками.

Наукова новизна. За допомогою комплексного вивчення травматичного досвіду цивільних осіб під час війни, *створено і апробовано* тренінгову програму арт-терапевтичного спрямування щодо роботи із травматичним досвідом цивільних в умовах війни; *уперше* було здійснено систематизований

аналіз впливу травматичних подій на психологічне благополуччя цивільних осіб у контексті повномасштабної війни в Україні; *обґрунтовано* практичні рекомендації для різних цільових груп спеціалістів щодо роботи з травматичним досвідом; *емпірично досліджено* значущість впливу арт-терапевтичних технік на вплив травматичного досвіду на повсякденність цивільних людей; *розроблено* та перевірено ефективність тренінгової арттерапевтичної програми для роботи із травматичним досвідом. Здобуло подальшого розвитку розуміння щодо застосування арттерапії у роботі з травматичним досвідом цивільних осіб під час війни.

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні наукових уявлень про природу та механізми травматичного досвіду, здобутого в час війни, а також про можливості її опрацювання засобами арт-терапії. Результати дослідження доповнюють теоретичну базу психології травми новими даними про специфічні особливості переживання різних видів воєнних травматичних подій. Обґрунтовано теоретичну модель арт-терапевтичної роботи з травматичним досвідом, що базується на принципах поетапності, безпеки та ресурсно-орієнтованого підходу.

Практичне значення дослідження полягає у можливості безпосереднього застосування отриманих емпіричних даних, висновків та розробленої тренінгової програми в діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, педагогів, освітніх закладів і членів родин постраждалих. Запропоновані рекомендації можуть використовуватися у роботі психологічних служб, мобільних кризових команд, центрів психосоціальної підтримки, реабілітаційних центрів, гуманітарних місій та громадських ініціатив. В освітньому середовищі результати дослідження доцільно інтегрувати в підготовку майбутніх фахівців через практичні курси, клініки, тренінги та супервізійні формати. Окрім того, матеріали дослідження можуть бути адаптовані для проведення просвітницьких заходів, розробки навчальних посібників та створення міжвідомчих протоколів взаємодії у сфері подолання

воєнної травматизації цивільного населення; а також застосовуватись для розробки державних програм психологічної реабілітації населення.

Результати дослідження можуть бути використані викладачами ЗВО під час читання курсів «Психологічна реабілітація», «Психічні стани», «Психологія здоров'я»; результати емпіричного дослідження можуть бути використані для подальшого розкриття теми або для аналізу і впровадження арттерапевтичних технік в корекційні чи реабілітаційні програми.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ.

1.1. Поняття про травматичний досвід у наукових джерелах.

Травматичний досвід є однією з центральних категорій сучасної психології, особливо в контексті військових дій та екстремальних ситуацій. У наукових джерелах травматичний досвід розглядається як складний психологічний феномен, що виникає внаслідок впливу подій, які перевищують звичайні адаптивні можливості людини. Сучасні дослідники визначають травму як порушення нормального функціонування психіки під впливом стресових факторів надзвичайної інтенсивності. Травматичний досвід характеризується глибоким впливом на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. Це явище має комплексний характер і потребує ретельного наукового аналізу для розуміння механізмів його формування та впливу на людську психіку [14, с. 45].

Теоретичні підходи до вивчення травматичного досвіду базуються на різних концептуальних засадах та методологічних принципах. Психодинамічний підхід розглядає травму як порушення цілісності психічного апарату, що призводить до регресивних механізмів захисту. Когнітивно-поведінковий напрямок акцентує увагу на спотворенні когнітивних схем та формуванні дисфункціональних патернів мислення внаслідок травматичного впливу. Гуманістичні теорії підкреслюють значення порушення базової довіри до світу та втрати відчуття безпеки. Інтегративні підходи намагаються об'єднати різні теоретичні перспективи для більш повного розуміння природи травматичного досвіду. Кожен з цих підходів вносить унікальний внесок у розуміння складної природи психологічної травми [22, с. 78].

Класифікація травматичного досвіду в науковій літературі включає декілька основних критеріїв та підходів. За джерелом походження розрізняють природні катастрофи, техногенні аварії, міжособистісне насильство та військові дії. За тривалістю впливу виділяють гостру, хронічну та комплексну травму. За

віком виникнення розмежовують дитячу та дорослу травматизацію, кожна з яких має свої специфічні особливості. За ступенем тяжкості травматичний досвід може варіювати від легких форм до важких порушень, що призводять до розвитку посттравматичного стресового розладу. Така багатовимірна класифікація дозволяє більш точно діагностувати та планувати психологічну допомогу постраждалим особам [35, с. 156].

Нейробіологічні основи травматичного досвіду становлять важливий аспект сучасних досліджень у цій галузі. Травматичні події призводять до активації симпатичної нервової системи та викиду стресових гормонів, що впливає на функціонування мозку. Особливо значущими є зміни в роботі амігдали, гіпокампу та префронтальної кори, які відповідають за обробку емоційної інформації та формування пам'яті. Хронічний стрес може призводити до структурних змін у мозку та порушення нейропластичності. Розуміння нейробіологічних механізмів травми є важливим для розробки ефективних методів лікування та реабілітації. Ці знання також допомагають пояснити фізіологічні прояви травматичного досвіду та їх вплив на загальний стан здоров'я людини [11, с. 203].

Культурні та соціальні аспекти травматичного досвіду відіграють значну роль у формуванні індивідуальних реакцій на травматичні події. Різні культури мають відмінні уявлення про нормальні та патологічні реакції на стрес, що впливає на сприйняття та переживання травми. Соціальна підтримка є критично важливим фактором у процесі відновлення після травматичних подій. Стигматизація та соціальне відторгнення можуть посилювати негативні наслідки травми. Культурні ритуали та традиції часто містять елементи, які допомагають спільноті справлятися з колективними травмами. Врахування культурного контексту є необхідним для ефективного надання психологічної допомоги представникам різних етнічних та соціальних груп [28, с. 89].

Вікові особливості переживання травматичного досвіду є предметом окремого наукового інтересу. Діти та підлітки демонструють специфічні реакції на травматичні події, які відрізняються від дорослих паттернів реагування.

Розвиток когнітивних здібностей та емоційної регуляції впливає на те, як дитина сприймає та обробляє травматичну інформацію. Молодший вік часто асоціюється з більшою вразливістю до травматичних впливів, але також з вищими можливостями відновлення. Літні люди можуть мати особливі труднощі в адаптації до травматичних подій через накопичені попередні втрати та зниження адаптивних ресурсів. Розуміння вікових особливостей є критично важливим для розробки вікосоответних методів психологічної допомоги [37, с. 124].

Гендерні відмінності у переживанні травматичного досвіду також привертають увагу дослідників. Жінки та чоловіки можуть по-різному реагувати на травматичні події та використовувати різні стратегії подолання. Соціальні ролі та очікування впливають на те, як представники різних статей виражають свої травматичні переживання. Деякі дослідження вказують на вищий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у жінок. Чоловіки частіше схильні до інтерналізації травматичних переживань та уникнення звернення за допомогою. Врахування гендерних особливостей є важливим аспектом індивідуалізованого підходу до психологічної допомоги [19, с. 67].

Коморбідність травматичного досвіду з іншими психічними розладами становить значну клінічну проблему. Травматичні події часто призводять до розвитку депресивних станів, тривожних розладів та залежностей. Складні випадки коморбідності потребують комплексного підходу до лікування та реабілітації. Взаємодія між різними симптомами може ускладнювати діагностику та планування терапевтичних втручань. Розуміння коморбідних станів є важливим для прогнозування перебігу та результатів лікування. Інтегративний підхід до терапії множинних розладів показує кращі результати порівняно з фрагментарним лікуванням окремих симптомів [36, с. 234].

Сучасні тенденції у вивченні травматичного досвіду включають розвиток нових теоретичних моделей та методологічних підходів. Концепція посттравматичного зростання привертає увагу до позитивних змін, які можуть

виникнути внаслідок переживання травми. Дослідження резильєнтності фокусуються на факторах, які сприяють успішній адаптації після травматичних подій. Епігенетичні дослідження розкривають механізми передачі травматичного досвіду через покоління. Використання нейровізуалізації дозволяє краще зрозуміти мозкові основи травматичних реакцій. Інтеграція різних наукових підходів сприяє формуванню більш повного розуміння природи травматичного досвіду та розробці ефективних методів втручання [13, с. 145].

Методологічні виклики у дослідженні травматичного досвіду пов'язані з етичними та практичними обмеженнями. Вивчення травматичних переживань потребує особливої уваги до етичних принципів та благополуччя учасників дослідження. Ретроспективний характер багатьох досліджень створює обмеження у встановленні причинно-наслідкових зв'язків. Індивідуальні відмінності у переживанні травми ускладнюють узагальнення результатів досліджень. Культурні та мовні бар'єри можуть впливати на валідність діагностичних інструментів. Розвиток інноваційних методологічних підходів є необхідним для подальшого прогресу у розумінні травматичного досвіду та розробці ефективних втручань [25, с. 178].

Загалом, травматичний досвід у психологічній науці травматичний досвід розглядається із кількох ключових перспектив, що й може викликати розбіжності у розуміння поданого поняття серед спеціалістів однієї сфери. Виділяють такі сфери, в яких працюють і розглядають поняття травматичного досвіду:

1. Клініко-діагностичної, яка визначає його як підґрунтя для розвитку психічних розладів (зокрема ПТСР).
2. Психотерапевтичної, де увага приділяється подоланню наслідків травми і інтеграції досвіду в нову життєву історію.
3. Когнітивно-поведінкової, яка акцентує на зміні переконань і навичок реагування.
4. Нейропсихологічної, де досліджується вплив травми на мозкові структури та механізми пам'яті.

5. Соціокультурної, яка аналізує роль оточення, культури і суспільної підтримки.
6. Ресурсної, яка підкреслює потенціал до зростання й резильєнтності після травматичних подій.

Для спрощення розуміння поняття травматичного досвіду та узагальнення проаналізованих джерел, було додатково створено таблицю за критеріями: авторство, дефініція, ключові ознаки наявності травматичного досвіду. Результати подано в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

**Узагальнена таблиця визначення поняття травматичного досвіду із
його ключовими ознаками**

Прізвище дослідника	Дефініція поняття	Ключові ознаки наявності травматичного досвіду
Бойчук Ю. та ін. (2025)	Травматичний досвід – це глибоке психологічне потрясіння, спричинене дією екстремальних подій, що порушують звичну життєдіяльність особи.	ПТСР, порушення особистісної ідентичності, зміни у поведінці, тривожність, уникнення, гіперзбудження.
Макеева Т. І. (2024)	Травматичний досвід – це наслідок переживання небезпечних або шоківих подій, які руйнують відчуття безпеки, контроль над ситуацією та цілісність Я-концепції.	Флешбеки, дезорієнтація, труднощі адаптації, страх, депресивні реакції.
Кузьменко Ю. (2022)	Травматичний досвід – це психічний стан, пов'язаний з втратою значущих людей унаслідок війни, що викликає інтенсивне горе й складнощі в емоційній регуляції.	Затяжна скорбота, емоційна пригніченість, апатія, відчай, руйнування опори в близьких.
Беднарчик Т. Р. та ін. (2024)	Травматичний досвід – це сукупність переживань, що виникають унаслідок дії зовнішніх стресогенних факторів війни на психіку	Високий рівень тривоги, емоційне вигорання, порушення сну, соціальна ізоляція.

	цивільної особи.	
Бунда Н. М. (2025)	Травматичний досвід – це джерело розвитку ПТСР у військових і цивільних осіб, що супроводжується стійкими психічними розладами та порушенням емоційної стабільності.	Стресові спалахи, емоційна дисрегуляція, труднощі у міжособистісних стосунках, симптоми ПТСР.
Малімон Л., Пархоменко В. (2024)	Травматичний досвід – це подія або низка подій, які загрожують фізичній або психологічній цілісності особи, й залишають слід на її адаптаційних можливостях.	Порушення резильєнтності, тривалий вплив стресу, потреба у відновленні внутрішніх ресурсів.

Також, важливо розмежовувати поняття, омонімічні до “травматичний досвід”. Визначення понять травми, психічної та психологічної травми тощо подано в таблиці 1.1.2.

Таблиця 1.1.2.

Узагальнена таблиця щодо розуміння поняття травматичного досвіду та суміжних термінів

<i>Поняття</i>	<i>Розуміння поняття</i>	<i>Ключові ознаки понять</i>
Травматичний досвід	Особистісно значуща подія або події, які викликали глибокий емоційний дистрес, порушили базове відчуття безпеки, стабільності, впевненості у майбутньому.	Особистісно значуща подія або події, які викликали глибокий емоційний дистрес, порушили базове відчуття безпеки, стабільності, впевненості у майбутньому.
Травма	Узагальнене поняття, що включає як фізичні, так і психічні ушкодження, спричинені зовнішніми чинниками.	Порушення цілісності (фізичної або психічної), потреба у втручанні для відновлення, небезпека для життя або функціонування.
Психічна травма	Гостра реакція психіки на шоківу або тривалу стресову подію, що перевищує адаптаційні можливості людини.	Раптовість або тривалість впливу, перевантаження психічної системи, поява дезадаптаційних реакцій.

Психологічна травма	Довготривалі наслідки психічного ураження, які проявляються у зміні мислення, поведінки, емоційного стану особистості.	Тривала дія на психіку, зміни в уявленнях про себе і світ, порушення функціонування, розвиток ПТСР або тривожних/депресивних станів.
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	Психічний розлад, що виникає внаслідок пережитої травматичної події та супроводжується повторним переживанням травми, униканням нагадувань і гіперзбудженням.	Флешбеки, нічні жахіття, уникання ситуацій, емоційне оніміння, гіперзбудження, порушення сну, тривалість симптомів понад 1 місяць.

В рамках проведеного теоретичного і емпіричного дослідження варто обов'язково розрізняти ці поняття. В контексті поняття травматичного досвіду можуть переплітатись поняття травми, ПТСР, психічної, психологічної травми. Також, дослідники часто в цьому контексті згадують про гостру реакцію на стрес та інші психічні розлади, проте важливо диференціювати терміни й мати розуміння, що в роботі йдеться саме про травматичний досвід цивільних осіб під час війни.

Отже, спільними ознаками, які простежуються у визначеннях поняття травматичного досвіду, наведених у таблиці, є вплив екстремальних, шоккових або потенційно небезпечних подій, які порушують базове відчуття безпеки, стабільності та передбачуваності світу. Більшість дефініцій наголошують на інтенсивних негативних емоційних переживаннях — таких як страх, безпорадність, тривога, горе — та вказують на труднощі з адаптацією до повсякденного життя. Також спільною рисою є ризик розвитку посттравматичних стресових реакцій, що проявляються у зміні мислення, поведінки й емоційної регуляції особистості, що вимагає професійного втручання для подолання наслідків такого досвіду.

1.2. Види та особливості травматичного досвіду

Класифікація травматичного досвіду за етіологічними факторами включає широкий спектр подій та обставин, які можуть призвести до психологічної

травматизації. Природні катастрофи, такі як землетруси, повені, урагани та пожежі, становлять одну з основних категорій травматичних подій, які характеризуються непередбачуваністю та масштабністю впливу. Техногенні катастрофи, включаючи аварії на виробництві, транспортні катастрофи та екологічні забруднення, мають специфічні особливості, пов'язані з відчуттям відповідальності людського фактору. Міжособистісне насильство охоплює широкий діапазон від домашнього насильства до злочинних дій, кожне з яких має унікальні психологічні наслідки. Військові дії та терористичні акти становлять особливу категорію травматичних подій, що характеризуються навмисністю та екстремальною жорстокістю. Медичні травми, пов'язані з важкими захворюваннями або медичними процедурами, також можуть призводити до значних психологічних наслідків [6, с. 8].

Гостра травма характеризується впливом одноразової травматичної події високої інтенсивності за короткий проміжок часу. Цей тип травми часто призводить до розвитку гострих стресових реакцій, які можуть включати дисоціативні симптоми, інтрузивні спогади та уникнення. Фізіологічні реакції на гостру травму включають активацію симпатичної нервової системи та викид стресових гормонів. Психологічні прояви можуть варіювати від шоку та оніміння до інтенсивного страху та безпорадності. Соціальні наслідки гострої травми часто включають порушення міжособистісних відносин та зниження соціального функціонування. Прогноз відновлення після гострої травми залежить від багатьох факторів, включаючи індивідуальні ресурси та наявність соціальної підтримки [12, с. 95].

Хронічна травма виникає внаслідок тривалого або повторюваного впливу травматичних факторів протягом значного періоду часу. Цей тип травми часто спостерігається у випадках тривалого насильства, військових конфліктів або життя в умовах постійної загрози. Хронічна травматизація призводить до глибших та більш стійких змін у психічному функціонуванні особистості. Адаптивні механізми поступово виснажуються, що може призвести до розвитку комплексного посттравматичного стресового розладу. Когнітивні спотворення

при хронічній травмі часто включають негативні уявлення про себе, світ та майбутнє. Емоційна дисрегуляція стає більш вираженою та стійкою порівняно з гострою травмою [30, с. 67].

Комплексна травма являє собою особливий тип травматизації, який виникає внаслідок множинних або тривалих травматичних впливів, особливо у ранньому віці. Цей концепт включає порушення у розвитку базових здібностей до емоційної регуляції, міжособистісних відносин та самосприйняття. Комплексна травма часто призводить до формування дезорганізованого типу прив'язаності та порушень у розвитку особистості. Симптоматика комплексної травми є більш різноманітною та важкою для лікування порівняно з простим посттравматичним стресовим розладом. Підходи до терапії комплексної травми потребують довготривалої та поетапної роботи з різними аспектами психічного функціонування. Розуміння специфіки комплексної травми є критично важливим для ефективного планування психологічної допомоги [14, с. 123].

Вікарна або вторинна травма розвивається у осіб, які не були безпосередніми жертвами травматичних подій, але піддавалися їх впливу через свідків, засоби масової інформації або професійну діяльність. Цей тип травми часто спостерігається у рятувальників, медичного персоналу, журналістів та родичів постраждалих. Механізми розвитку вікарної травми включають емпатичну залученість та ідентифікацію з жертвами. Симптоматика може бути схожою на пряму травматизацію, але зазвичай є менш інтенсивною. Професійне вигорання часто супроводжує вікарну травму у фахівців, які працюють з травматизованими клієнтами. Профілактика вікарної травми включає навчання персоналу та забезпечення адекватної психологічної підтримки [21, с. 34].

Колективна або масова травма виникає, коли травматичні події впливають на цілі спільноти, народи або культурні групи. Війни, геноцид, природні катастрофи великого масштабу та соціальні катаклізми можуть призводити до колективної травматизації. Цей тип травми характеризується порушенням соціальної тканини та культурних традицій спільноти. Колективна травма може передаватися через покоління та впливати на ідентичність та світогляд цілих

народів. Процеси колективного горювання та відновлення мають свої специфічні особливості. Підходи до роботи з колективною травмою включають як індивідуальні, так і громадські втручання [28, с. 156].

Розвиткова травма відноситься до травматичних впливів у критичні періоди розвитку, особливо у ранньому дитинстві. Цей тип травми може суттєво порушити нормальний хід психічного розвитку та формування особистості. Ранні травматичні досвіди часто пов'язані з порушеннями прив'язаності та недостатністю емоційної регуляції. Нейророзвиток може бути значно порушений внаслідок ранньої травматизації. Довгострокові наслідки розвиткової травми включають підвищений ризик психічних розладів у дорослому віці. Терапевтичні підходи до розвиткової травми потребують особливої уваги до відновлення базової довіри та безпеки [42, с. 78]. Такі впливи не обмежуються одноразовими подіями, а є результатом систематичного нехтування, емоційного відчуження або фізичного насильства, що призводить до фундаментальних порушень базових психологічних структур, зокрема прив'язаності, саморегуляції та когнітивної інтеграції досвіду. Тривала експозиція до токсичного середовища у дитинстві часто супроводжується розвитком так званих «прихованих» форм травматизації, які ускладнюють виявлення клінічної картини та потребують глибинної психотерапевтичної роботи. Цей тип травми тісно пов'язаний з підвищеним ризиком формування депресивних розладів, особистісних дисфункцій, соматичних захворювань та девіантної поведінки в подальшому житті.

Інтергенераційна або трансгенераційна травма передається від одного покоління до іншого через психологічні, соціальні та можливо епігенетичні механізми. Цей феномен особливо добре документований у нащадків жертв Голокосту, геноцидів та інших масових травматичних подій. Механізми передачі можуть включати зміни у вихованні дітей, сімейних наративах та стилях прив'язаності. Епігенетичні дослідження вказують на можливість біологічної передачі наслідків травми через покоління. Розуміння інтергенераційної травми є важливим для роботи з сім'ями та спільнотами, які пережили масові

травматичні події. Терапевтичні підходи часто включають роботу з сімейними системами та культурним контекстом [31, с. 189].

Фізична травма, пов'язана з тілесними ушкодженнями, часто супроводжується психологічною травматизацією. Серйозні поранення, інвалідність або каліцтво можуть призводити до значних психологічних наслідків. Втрата фізичних функцій часто викликає процеси горювання за втраченими можливостями. Зміни у тілесному образі можуть суттєво впливати на самооцінку та ідентичність особистості. Хронічний біль часто супроводжує фізичну травму та може посилювати психологічні симптоми. Реабілітаційний процес після фізичної травми потребує інтегрованого підходу, який враховує як медичні, так і психологічні аспекти [24, с. 45].

Окремим об'єктом дослідження сучасної психотравматології виступає феномен ретравматизації – повторного психотравмуючого реагування на ситуації, які нагадують попередню травму або імітують її в емоційному контексті. Ретравматизація може виникати як внаслідок зовнішніх обставин, що активують травматичні спогади, так і через недбале або неетичне втручання з боку фахівців, які працюють із постраждалими. Особливої уваги цей аспект набуває в умовах психотерапевтичної практики, коли недостатньо адаптовані методи можуть поглибити симптоматику, замість полегшення стану клієнта. Дослідження вказують на те, що підвищений ризик ретравматизації спостерігається у жінок, дітей, осіб із попередніми порушеннями психічного здоров'я, а також у ветеранів і вимушених переселенців (Courtois, 2008).

Особливості реагування на травматичний досвід охоплюють широкий спектр психофізіологічних, поведінкових та соціальних проявів. До емоційних реакцій належать гострі афективні стани, зокрема страх, тривога, гнів, вина, сором, апатія або емоційне оніміння. Поведінкові особливості включають уникнення подій чи стимулів, пов'язаних із травмою, деструктивну поведінку, а також труднощі у встановленні міжособистісних зв'язків. На когнітивному рівні часто спостерігаються порушення пам'яті, сплутаність мислення, нав'язливі спогади, а також негативні автоматичні думки щодо себе та світу. У деяких

випадках можливий розвиток так званого синдромального мислення – домінування травматичної теми в структурі сприйняття і побудови суджень про реальність. Соматичні реакції також є невід’ємною складовою травматичної відповіді і можуть включати психосоматичний біль, порушення сну, зміни апетиту, вегетативну дистонію та хронічну втоми. Ці реакції можуть мати тривалий характер, а їх інтенсивність залежить від якості соціального оточення, попереднього досвіду, типу травматичної події та наявності психологічних ресурсів.

Особливості травматичного досвіду у різних вікових групах мають важливе значення для розуміння механізмів травматизації та планування втручань. Дитячий травматичний досвід характеризується особливою вразливістю через незрілість когнітивних та емоційних систем. Підлітки демонструють специфічні реакції, пов'язані з інтенсивними процесами ідентифікації та формування особистості. Дорослі мають більш розвинені копінг-стратегії, але можуть мати складніші соціальні та професійні зобов'язання. Літні люди часто мають накопичений досвід втрат та можуть демонструвати як вищу резильєнтність, так і підвищену вразливість. Розуміння вікових особливостей є критично важливим для ефективного надання психологічної допомоги представникам різних вікових груп [9, с. 112].

Отже, реакції на травматичний досвід варіюють залежно від віку, статі, культурного контексту, рівня освіти та попереднього життєвого досвіду. У дітей переважають симптоми регресії, страху, порушення сну, соматизація та дезорганізація поведінки, у підлітків – агресія, ізоляція, ризикована поведінка. У дорослих частіше фіксуються нав'язливі спогади, дратівливість, уникнення соціальних контактів. Літні люди можуть проявляти вищу стійкість або, навпаки, глибше емоційне виснаження, що зумовлено накопиченим досвідом втрат, зниженими когнітивними функціями та дефіцитом зовнішніх джерел підтримки. Статеві відмінності проявляються у схильності жінок до розвитку афективних порушень, тривожності та ПТСР, тоді як чоловіки частіше демонструють зовнішньо спрямовану поведінку: агресію, вживання

психоактивних речовин, уникнення. Розуміння специфіки кожного виду травматичного досвіду, вікових особливостей на травматичний досвід має принципове значення для розробки ефективних стратегій діагностики, психокорекції та довготривалої психосоціальної реабілітації.

1.3.Особливості проживання травматичного досвіду цивільних осіб різного віку під час війни

Травматичний досвід дітей дошкільного віку під час війни має специфічні особливості, пов'язані з незрілістю когнітивних процесів та високою залежністю від опікунів. Маленькі діти часто не можуть повною мірою зрозуміти природу та масштаб воєнних подій, що призводить до формування фрагментарних та спотворених уявлень про загрозу. Їхні реакції значною мірою залежать від емоційного стану та поведінки батьків або інших значущих дорослих. Регресивні прояви, такі як повернення до раніше подоланих форм поведінки, є частими симптомами у цьому віці. Порушення сну, нічні кошмари та страхи темряви стають поширеними проявами травматичного стресу. Соматичні симптоми, включаючи головні болі, болі в животі та порушення апетиту, часто маскують психологічні проблеми у маленьких дітей [37, с. 89].

Регуляція емоцій у дітей дошкільного віку під час війни ускладнюється через незрілість префронтальної кори та систем самоконтролю. Діти цього віку схильні до інтенсивних емоційних спалахів, які можуть здаватися непропорційними зовнішнім подразникам. Здатність до самозаспокоєння значно знижується в умовах постійного стресу та нестабільності. Діти можуть демонструвати підвищену прив'язаність до батьків або, навпаки, уникати близькості через страх втрати. Ігрова діяльність часто відображає травматичні переживання через повторювані сценарії катастроф або насильства. Розвиток мови може сповільнюватися або регресувати, особливо у сфері вираження емоцій та внутрішніх станів [11, с. 156].

Школярі молодшого віку демонструють більш складні реакції на травматичний досвід війни через розвиток когнітивних здібностей та

розширення соціального досвіду. Їхнє розуміння смерті та постійності втрат стає більш реалістичним, що може призводити до інтенсивних переживань тривоги та горя. Шкільна успішність часто знижується через труднощі концентрації уваги та інтрузивні спогади про травматичні події. Соціальні відносини з однолітками можуть порушуватися через підвищену агресивність або, навпаки, соціальну замкненість. Моральне мислення може деформуватися під впливом військових реалій, призводячи до передчасного дорослішання або цинізму. Тілесні симптоми залишаються важливим каналом вираження психологічного дистресу у цьому віці [42, с. 67].

Підлітки переживають травматичний досвід війни через призму інтенсивних процесів формування ідентичності та пошуку сенсу життя. Їхні реакції часто характеризуються амбівалентністю між прагненням до незалежності та потребою у захисті й підтримці. Ідеологічні конфлікти та моральні дилеми війни можуть призводити до екзистенційних криз та переосмислення базових цінностей. Ризикована поведінка може посилюватися як спосіб справитися з почуттями безпорадності та втрати контролю. Романтичні відносини та дружба набувають особливого значення як джерела підтримки та розуміння. Професійні плани та освітні цілі можуть кардинально переглядатися під впливом воєнних реалій [19, с. 134].

Молоді дорослі стикаються з унікальними викликами, пов'язаними з порушенням природного ходу життєвих завдань розвитку. Формування інтимних відносин, професійної ідентичності та створення сім'ї може значно ускладнюватися або відкладатися через воєнні обставини. Економічна нестабільність та руйнування звичного способу життя впливають на почуття компетентності та самоефективності. Відповідальність за інших членів родини може призводити до надмірного стресу та емоційного виснаження. Рішення про участь у військових діях або евакуацію стають критично важливими та травматичними. Соціальна ізоляція від однолітків, які не переживають подібний досвід, може посилювати почуття самотності та нерозуміння [29, с. 78].

Дорослі люди середнього віку часто несуть найбільший тягар відповідальності під час війни, піклуючись одночасно про дітей та літніх батьків. Їхні травматичні переживання ускладнюються необхідністю зберігати функціональність та забезпечувати стабільність для залежних від них осіб. Професійна діяльність може кардинально змінитися або припинитися, що впливає на професійну ідентичність та фінансову безпеку. Подружні відносини піддаються серйозним випробуванням через стрес, розлучення та різні стратегії подолання кризи. Фізичне здоров'я може погіршуватися через хронічний стрес та неможливість отримати адекватну медичну допомогу. Духовні та філософські переконання часто переосмислюються під впливом екстремальних обставин [16, с. 145].

Літні люди демонструють особливу вразливість до травматичного досвіду війни через накопичені протягом життя втрати та зниження адаптивних ресурсів. Фізичні обмеження можуть ускладнювати евакуацію та пристосування до нових умов життя. Когнітивні порушення, якщо вони присутні, можуть посилюватися під впливом стресу та дезорієнтації. Соціальна ізоляція стає особливо болючою через втрату звичного соціального оточення та підтримки. Переживання повторної травматизації може актуалізувати спогади про попередні воєнні конфлікти або втрати. Почуття тягара для родини може призводити до депресії та відчаю [32, с. 89].

Гендерні особливості переживання травматичного досвіду в контексті війни проявляються у різних стратегіях подолання та виразі симптомів. Жінки частіше демонструють інтерналізовані симптоми, такі як депресія, тривожність та соматичні скарги. Чоловіки схильні до екстерналізованих проявів, включаючи агресію, ризикову поведінку та зловживання речовинами. Материнські обов'язки можуть як підвищувати стресовий тиск на жінок, так і служити джерелом мотивації та сенсу. Традиційні гендерні ролі можуть як підтримувати, так і обмежувати адаптивні можливості під час кризи. Сексуальне насильство та гендерно-специфічні форми жорстокості створюють додаткові виклики для певних груп населення [35, с. 167].

Соціально-економічний статус значно впливає на характер та наслідки травматичного досвіду для цивільного населення. Особи з нижчим соціально-економічним статусом часто мають менший доступ до ресурсів подолання та відновлення. Житлові умови можуть погіршуватися більш драматично для вразливих верств населення. Доступ до медичної та психологічної допомоги може бути обмеженим через фінансові бар'єри. Освітні можливості для дітей з малозабезпечених сімей можуть бути більш серйозно порушені. Соціальна стигматизація та дискримінація можуть посилювати травматичний досвід певних груп [18, с. 123].

Культурні та етнічні особливості впливають на сприйняття, вираз та подолання цього травматичного досвіду. Різні культурні групи мають відмінні уявлення про нормальні та патологічні реакції на стрес. Традиційні практики зцілення та ритуали можуть відігравати важливу роль у процесі відновлення. Мовні бар'єри можуть ускладнювати доступ до психологічної допомоги для етнічних меншин. Релігійні переконання часто служать важливим ресурсом подолання або, навпаки, джерелом додаткового конфлікту. Міжетнічні напруги можуть посилюватися під час конфлікту, створюючи додаткові виклики для певних спільнот [20, с. 234].

Фактори резильєнтності у різних вікових групах під час війни демонструють як універсальні, так і специфічні характеристики. У дітей ключовими факторами стійкості є наявність стабільної прив'язаності хоча б до одного дорослого та збереження елементів звичного розпорядку дня. Підлітки демонструють кращу резильєнтність при наявності підтримуючих відносин з однолітками та можливості активної участі у вирішенні проблем. Дорослі люди спираються на раніше набуті навички подолання стресу та систему соціальної підтримки. Літні особи часто демонструють несподівану стійкість завдяки життєвому досвіду та сформованим філософським переконанням. Розуміння факторів резильєнтності є критично важливим для розробки превентивних програм та підтримки природних механізмів відновлення [13, с. 178].

Отже, до особливостей проживання травматичного досвіду цивільних осіб різного віку під час війни можемо віднести вікову специфіку когнітивного, емоційного та соціального розвитку, що визначає характер і глибину реакцій на травматичні події. Діти частіше проявляють стрес через тілесні симптоми та регресивну поведінку, підлітки — через ідентифікаційні кризи та ризиковані дії, молоді й дорослі особи — через зниження ефективності життєвого функціонування та переосмислення життєвих цінностей. Літні люди вразливі через зниження адаптивних можливостей і соціальну ізоляцію. Варіативність у переживанні травматичного досвіду також зумовлюється статтю, соціально-економічним становищем, культурним середовищем і наявністю підтримки. При цьому важливо враховувати як негативні прояви, так і фактори резильєнтності, що сприяють збереженню психічного здоров'я. Комплексне розуміння цих особливостей дозволяє розробляти більш цілеспрямовані та ефективні програми психологічної допомоги для різних груп населення.

1.4.Застосування арт-терапії у роботі з травматичним досвідом.

Традиційно у психології арт-терапію розуміють як напрям психотерапевтичної допомоги, що базується на використанні художньої творчості з метою вираження, усвідомлення та трансформації внутрішніх переживань. Арт-терапія передбачає роботу з невербальними формами вираження, які відкривають доступ до несвідомого і дозволяють м'яко опрацювати травматичний досвід. Вона є особливо цінною при роботі з психічною травмою, оскільки активує ресурси особистості, сприяє регуляції емоційного стану та формуванню нових адаптивних смислів [7, с. 112].

Показаннями до застосування арт-терапії є наявність симптомів ПТСР, тривожні та депресивні розлади, соматичні скарги психогенного походження, труднощі у вербалізації почуттів, а також високий рівень психоемоційного напруження [3, с. 55; 6, с. 67]. Арт-терапія особливо ефективна при роботі з дітьми, підлітками та особами, які мають труднощі у вербальному самовираженні, а також у групових форматах. Її методи дозволяють створити

безпечний простір для дослідження травматичного досвіду без потреби у прямому словесному описі болісних подій.

До основних видів арт-терапії належать: ізотерапія (малювання), ліплення, колаж, мандалотерапія, казкотерапія, драматерапія, музикотерапія, маскотерапія, а також інші форми експресивного мистецтва. Найбільш доцільними при роботі з травмою вважаються мандалотерапія, колаж і ліплення, які сприяють відчуттю контролю, безпеки та цілісності [9, с. 178]. Натомість драматерапія або глибинне образне занурення можуть бути небезпечними без належної підготовки клієнта — вони здатні викликати ретравматизацію або надмірну емоційну активацію. Протипоказаннями до використання арт-терапії можуть бути гострі психотичні стани, виражена дезорганізація поведінки, суїцидальні ризики без стабілізації, а також відсутність згоди на участь у творчому процесі [4, с. 101].

Під поняттям «ресурси арт-терапії» у даному дослідженні маються на увазі не лише методи та техніки, але й загальний потенціал арт-терапевтичного процесу як простору для психоемоційного зцілення. Це включає: 1) методичне різноманіття арт-підходів (інструменти); 2) теоретичні засади, що підтримують цілісне бачення клієнта (підходи); 3) можливості самовираження, символізації, переосмислення (внутрішні можливості); 4) атмосферу безпеки та емпатійної присутності. Саме поєднання цих компонентів створює гнучкий і потужний інструмент для роботи з травматичним досвідом у різних вікових і соціальних групах, особливо у контексті війни [36, с. 145].

Арт-терапія дозволяє обійти захисні механізми психіки та отримати доступ до несвідомого матеріалу через символічне вираження у творчості. Невербальна природа мистецтва робить його особливо цінним для роботи з травмою, оскільки травматичні переживання часто зберігаються у формі образів, відчуттів та емоцій, які важко вербалізувати. Творчий процес активує правопівкульні функції мозку, що сприяє інтеграції травматичного досвіду та відновленню цілісності особистості. Арт-терапія забезпечує безпечний простір для дослідження та трансформації болючих переживань через метафоричне та

символічне вираження. Терапевтичні відносини в арт-терапії характеризуються особливою якістю присутності та емпатичного розуміння [7, с. 112]. Дослідники зазначають, що творчість виступає своєрідним контейнером для емоцій, що перевищують можливості звичної вербальної обробки. Це надає арт-терапії унікальної цінності саме в контексті роботи з психологічною травмою.

Нейробіологічні механізми дії арт-терапії при травмі пов'язані з активацією різних областей мозку та сприянням нейропластичності. Творча діяльність стимулює вироблення нейротрансмітерів, таких як дофамін та серотонін, що покращує настрій та знижує тривожність. Залучення сенсомоторних функцій під час створення мистецтва сприяє інтеграції травматичних спогадів, які часто зберігаються у фрагментованому вигляді. Арт-терапія активує префронтальну кору, що покращує здатність до емоційної регуляції та когнітивної обробки інформації. Ритмічні та повторювані рухи у творчості можуть мати заспокійливий ефект на нервову систему. Візуальне самовираження допомагає організувати хаотичні травматичні переживання у більш структуровану та зрозумілу форму [38, с. 89]. Окрім того, участь у художньому процесі сприяє активації парасимпатичної нервової системи, що знижує рівень кортизолу та сприяє загальному відновленню гомеостазу. Творчість є не лише актом вираження, а й процесом нейрофізіологічної регуляції.

Основні принципи арт-терапевтичної роботи з травмою включають створення безпечного терапевтичного середовища та поступове наближення до травматичного матеріалу. Принцип безпеки передбачає ретельну підготовку терапевтичного простору та встановлення довірливих відносин між терапевтом та клієнтом. Поступовість у роботі з травмою дозволяє уникнути ретравматизації та забезпечити контрольований доступ до болючих переживань. Ресурсорієнтований підхід фокусується на виявленні та посиленні природних здібностей клієнта до зцілення. Принцип самовизначення надає клієнту контроль над творчим процесом та інтерпретацією власних творів. Холістичний підхід враховує всі аспекти людського досвіду - фізичний, емоційний,

когнітивний та духовний [36, с. 145]. Також важливим принципом є толерантність до неоднозначності – здатність фахівця витримувати процес без чітких висновків чи швидких результатів, що є характерним для роботи з травматичним матеріалом.

Методи та техніки арт-терапії для роботи з травмою включають широкий спектр творчих модальностей та підходів. Малювання та живопис дозволяють виразити емоції через колір, форму та композицію, часто розкриваючи неусвідомлювані аспекти травматичного досвіду. Скульптура та робота з глиною забезпечують тактильний досвід та можливість фізичного вираження емоцій через формування та трансформацію матеріалу. Колаж та асамбляж дозволяють інтегрувати фрагментовані аспекти досвіду у цілісну композицію. Маскотерапія забезпечує можливість дослідження різних аспектів ідентичності та захисних механізмів. Мандала-терапія використовує архетипну форму кола для створення відчуття цілісності та центрованості [27, с. 67]. Особливу роль відіграють метафоричні техніки, що дозволяють клієнту візуалізувати досвід у непрямій формі, що знижує ризик ретравматизації. Символи, образи й алегорії є основою «мови травми», яку часто важко передати словами.

Групова арттерапія при травмі має особливі переваги, пов'язані з можливістю поділитися досвідом та отримати підтримку від інших учасників. Група забезпечує нормалізацію травматичних реакцій та зниження почуття ізоляції через усвідомлення того, що інші пережили подібний досвід. Спільна творчість може сприяти формуванню нових соціальних зв'язків та відновленню довіри до інших людей. Свідок творчого процесу інших учасників може забезпечити додаткові інсайти та перспективи на власний досвід. Групова динаміка може відтворювати травматичні паттерни відносин, забезпечуючи можливість їх коригування в безпечному середовищі. Ритуали та церемонії у групі можуть сприяти колективному зціленню та трансформації [40, с. 123]. Групові формати, що базуються на культурних архетипах (наприклад, спільне створення колажів на тему «мій шлях» або «мій біль») демонструють ефективність у роботі з наслідками війни та масових катастроф.

Арт-терапія з дітьми, що пережили травму, має специфічні особливості, пов'язані з природністю творчого вираження у дитячому віці. Діти часто легше виражають свої переживання через малюнки та інші форми творчості, ніж через вербальне спілкування. Ігрові елементи в арт-терапії роблять процес менш загрозливим та більш привабливим для дитини. Символічне мислення дітей дозволяє їм природно використовувати метафори та образи для обробки складних переживань. Сенсорні техніки особливо ефективні для дітей, оскільки травма часто зберігається на тілесному рівні. Залучення сім'ї до арт-терапевтичного процесу може сприяти відновленню порушених відносин та підтримці дитини [9, с. 178]. Окрім того, терапевти вказують на ефективність створення «історій сили» – творчих наративів, де дитина може виступати героєм, який долає труднощі, що сприяє формуванню відчуття контролю над ситуацією.

Особливості арт-терапії з підлітками включають врахування специфіки підліткового періоду та потреб у самовираженні й ідентифікації. Підлітки часто резистентні до традиційних форм терапії, але можуть бути більш відкритими до творчих підходів. Можливість вибору матеріалів та техніки надає підліткам відчуття контролю та автономії. Графіті-терапія та інші сучасні форми мистецтва можуть бути особливо привабливими для цієї вікової групи. Дослідження ідентичності через автопортрети та інші техніки самозображення є важливим аспектом роботи. Групова робота з однолітками може забезпечити особливо цінну підтримку та розуміння [12, с. 89]. Важливо також інтегрувати цифрові медіа, що відповідають інтересам сучасної молоді: створення цифрових колажів, відеосе чи візуальних щоденників. Це підвищує залученість і дозволяє працювати у знайомому для підлітка форматі.

Арт-терапія з дорослими, що пережили травму, фокусується на інтеграції досвіду та відновленні функціональності. Дорослі клієнти можуть мати більший опір до творчої діяльності через переконання про відсутність художніх здібностей. Робота з перфекціонізмом та критичними установами стає важливою частиною процесу. Дослідження життєвої історії через створення

автобіографічних творів може сприяти інтеграції травматичного досвіду. Техніки візуалізації майбутнього допомагають відновити відчуття надії та цілеспрямованості. Робота з тілесними відчуттями через творчість може сприяти зціленню соматичних симптомів травми [22, с. 156]. У роботі з дорослими актуальним є поєднання арт-терапевтичних методів із наративною терапією: створення візуальних історій дозволяє не лише описати, а й побачити нову перспективу власного досвіду.

Інтегративні підходи в арт-терапії травми поєднують різні теоретичні моделі та практичні техніки для максимальної ефективності. Поєднання арт-терапії з соматичними підходами враховує тілесні аспекти травми та сприяє їх інтеграції. Когнітивно-поведінкові елементи можуть бути включені для роботи з дисфункціональними думками та переконаннями. Елементи драма-терапії та руху можуть посилити експресивні можливості клієнта. Мультиmodalний підхід дозволяє клієнту обирати найбільш підходящі форми вираження у різні моменти процесу. Культурно-сенситивні підходи враховують етнічні та культурні особливості клієнтів [33, с. 67]. Значну роль у сучасних інтегративних програмах арт-терапії відіграє екоспрямованість: включення природних матеріалів, тем ландшафту та символів природи активізує архетипні ресурси та сприяє відновленню.

Оцінка ефективності арт-терапії при травмі включає як якісні, так і кількісні методи дослідження результатів. Стандартизовані шкали травматичного стресу можуть використовуватися для вимірювання зменшення симптомів. Аналіз творчих робіт клієнтів може надати інформацію про динаміку терапевтичного процесу. Самозвіти клієнтів про покращення функціонування та якості життя є важливими показниками ефективності. Довгострокове спостереження необхідне для оцінки стійкості терапевтичних змін. Дослідження нейробіологічних змін можуть забезпечити об'єктивні показники впливу арт-терапії на функціонування мозку [41, с. 134]. У ряді досліджень виявлено, що навіть короткотривалі арт-терапевтичні інтервенції призводять до зниження рівня тривоги, покращення самооцінки та підвищення

адаптивності, що підтверджує потенціал даного підходу у кризовій та довготривалій роботі.

Отже, арт-терапія є ефективним напрямом психологічної допомоги у роботі з травматичним досвідом завдяки здатності забезпечувати безпечне середовище для невербального вираження болючих переживань. Її ресурси охоплюють методи, інструменти, теоретичні підходи та терапевтичний простір, що сприяють інтеграції травматичного досвіду, емоційній регуляції та відновленню внутрішньої рівноваги. Успішність арт-терапії залежить від виваженого вибору технік, адже деякі з них можуть мати як терапевтичний, так і потенційно травматичний вплив.

Висновки до першого розділу

Аналіз наукових підходів до розуміння психологічної травми засвідчив, що травматичний досвід має глибокий вплив на когнітивну, емоційну, поведінкову та соматичну сфери особистості. Він суттєво змінює сприйняття світу, себе та інших людей. Теоретичні концепції (психоаналітичні, гуманістичні, когнітивні, нейропсихологічні) підкреслюють важливість інтеграції травматичного досвіду через опрацювання пам'яті, сенсорних образів та емоцій, які часто не піддаються вербалізації.

Окрему увагу приділено особливостям переживання травми представниками різних вікових груп. Діти дошкільного віку демонструють регресивну поведінку, страхи, порушення сну та соматичні симптоми. Молодші школярі переживають тривожність, порушення уваги та проблеми в соціалізації. Підлітки стикаються з екзистенційними питаннями, ризикованою поведінкою та конфліктом ідентичності. Молоді дорослі зазнають ускладнень у реалізації життєвих завдань, середній вік – підвищеного рівня відповідальності та втоми, літні люди – ізоляції, дезадаптації та повторної травматизації.

Важливими детермінантами індивідуальної чутливості до травми є гендер, соціально-економічний статус, культурні фактори. Жінки частіше демонструють інтерналізовані реакції (тривожність, депресію), чоловіки – екстерналізовані (агресія, ризикова поведінка). Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до допомоги, а етнічні меншини стикаються з бар'єрами у сприйнятті й отриманні психосоціальної підтримки. Рівень резильєнтності, наявність підтримуючого оточення, стабільність елементів повсякденного життя виступають потужними факторами подолання.

Арт-терапія як сучасний напрям психологічної допомоги виявилася ефективним інструментом роботи з травмою завдяки своїй здатності оминати захисні механізми, забезпечувати доступ до несвідомого матеріалу через символіку, активізувати ресурси особистості. Арт-терапевтичні методи (малювання, ліплення, колаж, мандала-терапія, метафоричні техніки тощо)

показали високу ефективність у роботі з різними віковими категоріями та рівнями травматизації.

Водночас, застосування деяких форм арт-терапії потребує обережності, зокрема у випадках тяжкої дестабілізації психіки, психотичних станів або відсутності базової стабілізації клієнта. Безпечна та результативна арт-терапія передбачає дотримання принципів поступовості, самовизначення клієнта, холістичного підходу та наявності емпатійного терапевтичного контакту.

Перший розділ роботи дозволив теоретично обґрунтувати доцільність використання арт-терапії у роботі з травматичним досвідом різних вікових груп. Арт-терапія забезпечує унікальну можливість безпечного невербального вираження, інтеграції досвіду, відновлення цілісності особистості та активізації внутрішніх ресурсів. Це робить її важливим компонентом у системі комплексної психосоціальної підтримки постраждалих унаслідок війни та інших кризових подій.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Характеристика вибірки. Опис методів та етапів дослідження

Емпіричне дослідження травматичного досвіду цивільних осіб під час війни було проведено з метою виявлення специфічних особливостей переживання травматичних подій, їх впливу на психічний стан особистості та визначення найбільш ефективних методів психологічної допомоги. Дослідження здійснювалося протягом березня-травня 2025 року на базі психологічних центрів та соціальних служб міст Харкова, Києва та Львова.

Для формування репрезентативної вибірки було використано метод цілеспрямованого відбору, що дозволив залучити до дослідження осіб, які безпосередньо зіткнулися з травматичними подіями воєнного характеру. До дослідження увійшли цивільні особи, які пережили різні види травматичного досвіду, пов'язаного з військовими діями на території України. Відсіювання вибірки поклалося на плечі працівників і працівниць центрів допомоги, і вони самостійно диференціювали обраних за темою дослідження людей, які мають ознаки травматичного досвіду. Частина із методик проводилась із створенням Гугл Форм, частина - у паперовому вигляді. Перед проведенням методик учасникам надавалась інформована згода у друкованому/електронному варіанті (Додаток А).

Загальна кількість учасників дослідження склала 120 осіб віком від 18 до 65 років. Серед респондентів було 78 жінок (65%) та 42 чоловіки (35%), що відображає загальну тенденцію звернення за психологічною допомогою. Середній вік учасників дослідження становив 38,5 років. За освітнім рівнем розподіл був наступним: вища освіта у 68 осіб (56,7%), середня спеціальна у 34 осіб (28,3%), середня загальна у 18 осіб (15%).

Для спрощення розуміння, було розроблено Рис. 2.1.1. для візуального доповнення та кращого сприйняття співвідношення кількості опитаних жінок і чоловіків в рамках дослідження.



Рис. 2.1.1. Співвідношення кількості опитаних жінок та чоловіків в рамках дослідження

Також, для спрощення розуміння було розроблено вищезгадану анкету, яка допомогла відсіяти нерелевантну частину аудиторії та визначити види травматичного досвіду. Рис. 2.1.2., – діаграма, яка транслює види травматичного досвіду та їх часті серед вибірки згідно із попередньо проведеним анкетуванням.

За місцем проживання учасники розподілилися таким чином: мешканці великих міст складала 47% вибірки, жителі невеликих міст та селищ міського типу – 31%, сільські мешканці – 22%. Важливим критерієм відбору була наявність безпосереднього травматичного досвіду, пов'язаного з воєнними діями. Серед учасників дослідження 34% пережили обстріли житлових районів, 28% були вимушені покинути власні домівки через воєнні дії, 19% втратили близьких людей, 12% зазнали руйнування житла, 7% мали інші види травматичного досвіду.

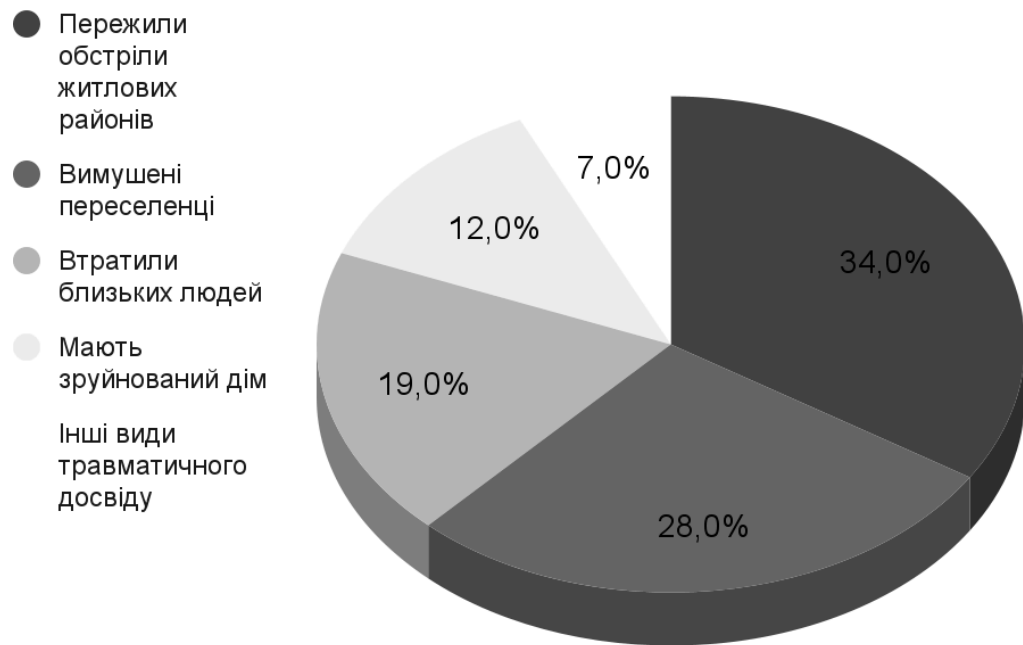


Рис. 2.1.2. Види травматичного досвіду згідно із анкетуванням, які прослідковуються у респондентів

Для проведення емпіричного дослідження було відібрано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити вплив травматичного досвіду на психічний стан особистості. Основними методами дослідження стали стандартизовані психологічні тести та опитувальники, адаптовані для роботи з травматизованими особами.

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) у адаптації Н.В. Тарабріної використовувалася для визначення ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій. Методика дозволяє оцінити три основні кластери симптомів: вторгнення травматичних спогадів, уникнення пов'язаних з травмою стимулів та гіперактивацію нервової системи. Опитувальник містить 22 питання, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4 балів.

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) застосовувався для діагностики невротичних розладів, що можуть розвиватися внаслідок травматичного досвіду. Методика включає 68 тверджень, що дозволяють оцінити шість шкал невротичних

проявів: тривожність, невротична депресія, астенія, істеричний тип реагування, obsесивно-фобічні розлади та вегетативні порушення.

Опитувальник якості життя SF-36 (Short Form-36) використовувався для оцінки впливу травматичного досвіду на різні сфери життєдіяльності особистості. Методика включає 36 питань, що дозволяють оцінити вісім основних показників: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування та психічне здоров'я.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання в українській адаптації О. Водоп'янової застосовувалася для виявлення ознак емоційного виснаження, що часто супроводжує переживання травматичних подій. Опитувальник містить 84 твердження, розподілені за дванадцятьма шкалами, що характеризують три фази розвитку емоційного вигорання.

Шкала базових переконань Р. Янофф-Бульман в адаптації О.О. Падуна та А.В. Котельникової використовувався для дослідження змін у системі базових переконань особистості внаслідок травматичного досвіду. Методика включає 32 твердження, що оцінюють п'ять основних категорій базових переконань: доброзичливість навколишнього світу, осмисленість світу, власна цінність, самоконтроль та щастя.

Дослідження проводилося у *три етапи*. *Підготовчий етап* включав формування вибірки, отримання інформованої згоди учасників, створення комфортних умов для проведення діагностики. Особлива увага приділялася забезпеченню психологічної безпеки респондентів та дотриманню етичних принципів роботи з травматизованими особами.

Основний етап передбачав індивідуальне тестування учасників дослідження з використанням відібраного комплексу методик. Тривалість діагностичної сесії для одного учасника становила від 90 до 120 хвилин з обов'язковими перервами. Усі методики пред'являлися в однаковому порядку для забезпечення стандартизації процедури дослідження.

Завершальний етап включав обробку отриманих даних з використанням методів математичної статистики, інтерпретацію результатів та формулювання висновків. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного пакету SPSS 25.0 з використанням дескриптивної статистики, кореляційного аналізу та критеріїв для порівняння груп.

2.2. Результати емпіричного дослідження травматичного досвіду цивільних осіб під час війни

З метою вивчення особливостей переживання травматичного досвіду цивільними особами під час війни було проведено емпіричне дослідження із застосуванням психодіагностичного інструментарію. Дослідження дозволило кількісно охарактеризувати рівень посттравматичних стресових реакцій, емоційної нестабільності, загального психосоматичного стану, когнітивних переконань та якості життя респондентів. Зразок протоколу, використаного під час обробки результатів знаходиться в Додатку Б. Зведена, у скороченому варіанті таблиця сирих балів знаходиться в Додатку В.

Аналіз результатів за Шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) показав значні порушення у психічному стані учасників дослідження. Загальний показник інтенсивності посттравматичних стресових реакцій у досліджуваній вибірці перевищував нормативні значення у 78% випадків. Результати обробки результатів методики “Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)” подана у рис.2.2.1.

Аналіз результатів показує, що більшість учасників дослідження (78,3%) демонструють помірний, високий або критичний рівень посттравматичних стресових реакцій. Особливо тривожним є той факт, що майже кожен четвертий респондент (23,3%) має критичний рівень вираженості симптомів, що вказує на необхідність негайного професійного втручання.

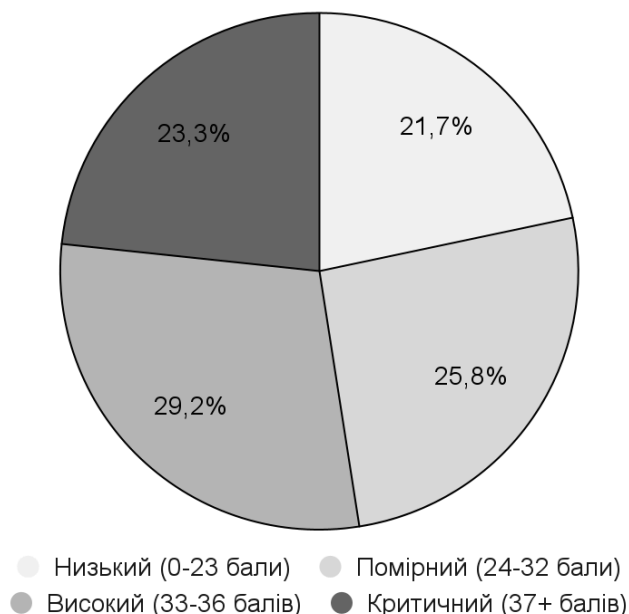


Рис.2.2.1. Розподіл учасників дослідження за рівнем вираженості посттравматичних стресових реакцій (за методикою IES-R)

При детальному аналізі субшкал IES-R виявлено неоднорідність у прояві різних груп симптомів. Найбільш вираженими виявилися симптоми вторгнення (середній бал 2,8 з 4 можливих), що включають нав'язливі спогади про травматичну подію, кошмарні сни та емоційні спалахи при нагадуванні про травму. Симптоми уникнення мали помірну вираженість (середній бал 2,3), що проявлялося у намаганнях не думати про травматичну подію, уникати місць та ситуацій, що нагадують про неї. Симптоми гіперактивації показали найвищу варіативність (середній бал 2,1), включаючи підвищену пильність, труднощі з концентрацією уваги та порушення сну.

Результати дослідження невротичних станів свідчать про значне поширення різноманітних невротичних проявів серед учасників дослідження. Найбільш поширеними виявилися тривожні розлади, які спостерігалися у 60% респондентів. Ці прояви включали постійне відчуття занепокоєння, страх повторення травматичних подій, підвищену чутливість до звуків та рухів.

Вегетативні порушення, що спостерігалися у 55,8% учасників, проявлялися у вигляді серцебиття, пітливості, головних болів, запаморочення та інших соматичних симптомів. Невротична депресія, виявлена у 48,3%

респондентів, характеризувалася зниженим настроєм, втратою інтересу до повсякденної діяльності, почуттям безнадійності та власної неспроможності.

Астенічні прояви у 45% учасників включали швидку втомлюваність, зниження працездатності, труднощі з концентрацією уваги та погіршення пам'яті. Обсесивно-фобічні розлади у 35% респондентів проявлялися у вигляді нав'язливих думок про безпеку, компульсивних перевірок та специфічних страхів, пов'язаних з травматичною ситуацією.

Узагальнені результати подані в таблиці 2.2.1. Вона відображає кількість осіб із підвищеними показникам симптомів невротичних станів, середній бал вибірки, та частку осіб, які мають підвищені показники за кожною із шкал.

Таблиця 2.2.1

**Результати діагностики невротичних станів вибірки
(за методикою К.К. Яхіна, Д.М. Менделевича)**

Шкала невротичних проявів	Середній бал	Кількість осіб з підвищеними показниками	Відсоток
Тривожність	16,8	72	60%
Невротична депресія	14,3	58	48,3%
Астенія	13,7	54	45%
Істеричний тип реагування	9,2	31	25,8%
Обсесивно-фобічні розлади	11,5	42	35%
Вегетативні порушення	15,9	67	55,8%

Аналіз якості життя учасників дослідження виявив значне зниження всіх показників порівняно з нормативними значеннями для загальної популяції. Найбільше страждає рольове емоційне функціонування, показник якого знижений на 32,6 пункти порівняно з нормою. Це свідчить про значні труднощі у виконанні повсякденних обов'язків через емоційні проблеми.

Психічне здоров'я демонструє зниження на 29,6 пункти, що відображає високий рівень психологічного дистресу, депресивних та тривожних проявів. Соціальне функціонування знижене на 27,7 пункти, що вказує на порушення у взаємодії з оточуючими людьми та участі у соціальній діяльності.

Показники фізичного здоров'я також значно погіршені. Життєздатність знижена на 22,2 пункти, що проявляється у хронічній втомі та зниженні

енергетичного потенціалу. Рольове фізичне функціонування страждає на 22,6 пункти, що відображає обмеження у виконанні фізичних навантажень через погіршення здоров'я.

Для покращення розуміння, було створено таблицю 2.2.2., яка демонструє загальні показники вибірки: середній показник по кожній із шкал, норму, визначену розробниками методики “Опитувальник якості життя (коротка форма)” і відхилення середнього показника від норми.

Таблиця 2.2.2.

Показники якості життя учасників дослідження (за методикою SF-36)

Шкала якості життя	Середній показник	Норма	Відхилення від норми
Фізичне функціонування	68,4	84,2	-15,8
Рольове фізичне функціонування	52,7	75,3	-22,6
Інтенсивність болю	58,9	78,1	-19,2
Загальне здоров'я	49,3	69,7	-20,4
Життєздатність	43,6	65,8	-22,2
Соціальне функціонування	51,2	78,9	-27,7
Рольове емоційне функціонування	39,8	72,4	-32,6
Психічне здоров'я	41,7	71,3	-29,6

Результати дослідження емоційного вигорання показують високий рівень психологічного виснаження серед учасників. Фаза напруження, що є початковою стадією розвитку синдрому вигорання, виявлена у 74,2% респондентів, причому у 48,4% ця фаза є вже сформованою. Це свідчить про хронічний стрес та емоційне перенапруження.

Фаза резистенції, що характеризується спробами психіки адаптуватися до стресових умов, спостерігається у 63,3% учасників. У 40% випадків ця фаза є сформованою, що вказує на активне використання захисних механізмів та поступове зниження емоційної чутливості.

Найбільш тривожним є виявлення фази виснаження у 45% респондентів, з яких у 25,8% ця фаза є сформованою. Це свідчить про глибоке емоційне, фізичне та психічне виснаження, що потребує негайного професійного втручання.

Результати проходження методики для дослідження рівня емоційного вигорання подано у таблиці 2.2.3.. Вона відображає фази емоційного вигорання (за вищезгаданою методикою), кількість осіб, які знаходяться на конкретних фазах, їх відсоткове значення від загальної вибірки.

Таблиця 2.2.3.

Рівень емоційного вигорання учасників дослідження (адаптація методики діагностики рівня емоційного вигорання О. Водоп'янової)

Фаза емоційного вигорання	Відсоток	Середній бал
Фаза напруження	74,2%	42,3
- що формується	25,8%	35,7
- сформована	48,4%	46,8
Фаза резистенції	63,3%	38,9
- що формується	23,3%	33,2
- сформована	40%	42,1
Фаза виснаження	45%	31,7
- що формується	19,2%	28,4
- сформована	25,8%	34,2

Аналіз змін у системі базових переконань особистості виявив значну деструкцію картини світу внаслідок травматичного досвіду. Найбільшого руйнування зазнало переконання про доброзичливість навколишнього світу, що знизилося в середньому на 1,9 бали. Учасники дослідження втратили віру в те, що світ є безпечним місцем, а люди загалом добрі та готові допомагати один одному.

Переконання про власне щастя та можливість його досягнення знизилося на 1,8 бали, що відображає песимістичний погляд на майбутнє та втрату надії на позитивні зміни у житті. Осмисленість світу зменшилася на 1,4 бали, що вказує на втрату відчуття логічності та передбачуваності життєвих подій.

Самоконтроль як переконання про власну здатність впливати на життєві обставини знизився на 1,2 бали, що проявляється у відчутті безпорадності та втраті віри у власні сили. Переконання про власну цінність постраждало найменше (зниження на 0,9 бали), але навіть це зниження є статистично значущим та клінічно важливим.

Показники у балах базових переконань за обраною методикою Р. Янофф-Бульман узагальнено і подано в таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4.

Базові переконань особистості (за шкалою Р. Янофф-Бульман)

Категорія базових переконань	Середній бал після травми
Доброзичливість світу	2,8
Осмисленість світу	3,1
Власна цінність	3,4
Самоконтроль	2,9
Щастя	2,6

Кореляційний аналіз виявив значущі взаємозв'язки між різними показниками психічного стану учасників дослідження. Найсильнішою виявилася кореляція між рівнем посттравматичних стресових реакцій та показниками невротичних розладів ($r = 0,74$, $p < 0,01$), що підтверджує взаємозв'язок травматичного стресу та невротичної симптоматики.

Помірна негативна кореляція спостерігається між рівнем травматизації та якістю життя ($r = -0,58$, $p < 0,01$), що свідчить про погіршення різних сфер життєдіяльності внаслідок переживання травми. Також виявлено значущу кореляцію між емоційним вигоранням та руйнуванням базових переконань ($r = 0,51$, $p < 0,01$). Таблиця результатів статистичного аналізу, кореляційна матриця основних змінних, порівняння груп за видами травматичного досвіду заходяться в додатку Е.

Отже, результати емпіричного дослідження свідчать про високий рівень психоемоційного дистресу у більшості цивільних осіб, які зазнали впливу воєнних подій. Понад 78% вибірки демонструють клінічно значущі прояви посттравматичних стресових реакцій, що супроводжуються поширеними симптомами тривожності, депресії, соматичних порушень та емоційного вигорання. Спостерігається системне зниження показників якості життя, особливо в емоційній, соціальній та рольовій сферах, а також деструкція базових переконань про світ, себе та майбутнє. Сукупність виявлених змін вказує на комплексний характер впливу травматичного досвіду та потребу в цілеспрямованих психокорекційних і реабілітаційних програмах.

2.3. Результати діагностики травматичного досвіду в цивільних осіб під час війни

Для поглибленого аналізу впливу травматичного досвіду на психічний стан особистості учасники дослідження були розподілені на групи відповідно до видів пережитих травматичних подій. Такий підхід дозволив виявити специфічні особливості переживання різних типів травматичного досвіду війни та їх диференційований вплив на психологічне благополуччя.

Аналіз результатів показує, що найвищий рівень посттравматичних стресових реакцій спостерігається у осіб, які втратили близьких людей внаслідок воєнних дій (44,3 бали). Ця група демонструє найбільшу інтенсивність симптомів, що пояснюється особливою значущістю втрати та необоротністю ситуації.

Особи, які пережили обстріли житлових районів, мають другий за величиною показник травматизації (38,7 балів). Високий рівень стресових реакцій у цій групі пов'язаний з безпосередньою загрозою життю та відчуттям абсолютної незахищеності у власному домі. Руйнування житла призводить до помірно високого рівня травматизації (35,8 балів), що відображає втрату не лише матеріальних цінностей, але й символічного простору безпеки та стабільності. Вимушене переселення показує дещо нижчий, але все ж значний рівень травматизації (32,1 бали). Результати цього аналізу систематизовані в табл. 2.3.1.

Таблиця 2.3.1.

Порівняння рівня посттравматичних стресових реакцій за видами травматичного досвіду (за результатами анкетування)

Вид травматичного досвіду	Кількість	Середній бал IES-R	Стандартне відхилення
Обстріли житлових районів	41	38,7	8,4
Вимушене переселення	34	32,1	7,2
Втрата близьких людей	23	44,3	9,1
Руйнування житла	14	35,8	6,9
Інші види травми	8	29,4	5,7

Детальний аналіз невротичних проявів показує значні відмінності між групами. Особи, які втратили близьких людей, демонструють найвищі показники за всіма шкалами невротичних розладів. Особливо виражена у них невротична депресія (19,7 балів) та тривожність (21,4 бали), що відображає глибину емоційного страждання та труднощі адаптації до втрати.

Група осіб, які пережили обстріли, характеризується високими показниками вегетативних порушень (17,1 бали) та тривожності (18,3 бали). Це пояснюється активацією симпатичної нервової системи у відповідь на екстремальний стрес та формуванням стійких фізіологічних реакцій тривоги.

Вимушені переселенці демонструють найнижчі показники невротичних проявів серед усіх груп, що може пояснюватися активним характером їх копінг-стратегій та спрямованістю на адаптацію до нових умов життя.

Для спрощення розуміння, було розроблено таблицю 2.3.2., яка відображає зв'язок невротичних проявів і видів травматичного досвіду досліджуваних.

Таблиця 2.3.2.

Специфіка невротичних проявів у різних групах за видами травматичного досвіду (за методикою К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича)

Шкала	Обстріли	Переселення	Втрата близьких	Руйнування житла
Тривожність	18,3	15,7	21,4	16,9
Невротична депресія	15,1	12,8	19,7	14,2
Астенія	14,9	13,2	16,8	12,4
Істеричний тип	9,8	8,1	12,3	8,7
Обсесивно-фобічні	13,2	10,4	11,9	10,8
Вегетативні порушення	17,1	14,2	18,6	15,3

Аналіз якості життя підтверджує найбільш виражені порушення у групі осіб, які втратили близьких людей. Усі показники якості життя у цій групі є найнижчими, особливо психічне здоров'я (32,7 балів) та життєздатність (35,8 балів). Це свідчить про глибокі порушення емоційного стану та значне зниження енергетичного потенціалу.

Вимушені переселенці демонструють найкращі показники якості життя серед усіх груп, що може бути пов'язано з активним процесом адаптації та налаштуванням на майбутнє. Їх соціальне функціонування (54,8 балів) та фізичне функціонування (71,8 балів) є відносно збереженими.

Особи, які пережили обстріли та руйнування житла, займають проміжне становище за показниками якості життя. Однак у них спостерігається особлива специфіка порушень: значне зниження психічного здоров'я при відносному збереженні фізичного функціонування. На основі отриманих результатів, розроблено таблицю 2.3.3. як графічне відображення співвідношення показників якості життя до видів травматичного досвіду.

Таблиця 2.3.3.

Показник якості життя у різних групах за видами травматичного досвіду (за методикою дослідження якості життя SF-36)

Показник	Обстріли	Переселення	Втрата близьких	Руйнування житла
Фізичне функціонування	65,2	71,8	58,4	69,3
Рольове фізичне	49,7	56,3	42,1	54,8
Психічне здоров'я	38,9	45,2	32,7	43,1
Соціальне функціонування	47,3	54,8	41,2	52,6
Життєздатність	40,1	47,9	35,8	45,3

Аналіз змін у системі базових переконань виявляє найбільшу деструкцію у групі осіб, які втратили близьких людей. Усі категорії переконань у цій групі мають найнижчі показники, особливо переконання про можливість щастя (1,9 балів) та доброзичливість світу (2,2 бали).

Особи, які пережили обстріли, демонструють значне руйнування переконань про щастя (2,4 бали) та самоконтроль (2,7 балів), що відображає відчуття безпорадності перед непередбачуваними загрозами.

Вимушені переселенці зберігають найбільш стійкі базові переконання серед усіх груп, що може сприяти їх кращій адаптації до нових умов життя та відновленню психологічного благополуччя.

Статистичний аналіз виявив значущі відмінності між групами за більшістю досліджуваних показників. Дисперсійний аналіз підтвердив статистичну значущість відмінностей між групами за рівнем посттравматичних стресових реакцій ($F = 12,87$, $p < 0,001$), невротичними проявами ($F = 8,94$, $p < 0,001$) та якістю життя ($F = 7,23$, $p < 0,01$). Ці дані зафіксовані в таблиці 2.3.4.

Таблиця 2.3.4.

Руйнування базових переконань у різних групах за видами травматичного досвіду (за шкала базових переконань Р. Янофф-Бульман)

Переконання	Обстріли	Переселення	Втрата близьких	Руйнування житла
Доброзичливість світу	2,6	3,1	2,2	2,9
Осмисленість світу	2,9	3,4	2,5	3,2
Власна цінність	3,2	3,6	3,1	3,5
Самоконтроль	2,7	3,2	2,4	3,0
Щастя	2,4	2,9	1,9	2,7

Аналіз вікових особливостей переживання травматичного досвіду показує неоднорідну картину. Найвищий рівень посттравматичних стресових реакцій спостерігається у віковій групі 46-60 років (38,1 бали), що може бути пов'язано з накопиченими життєвими стресами та зниженими адаптивними ресурсами.

Молодші учасники (18-30 років) демонструють відносно нижчий рівень травматизації (34,2 бали) та кращі показники якості життя (52,3 бали), що може пояснюватися більшою пластичністю психіки та кращими відновлювальними можливостями організму.

Особи похилого віку (61+ років) показують неочікувано низький рівень посттравматичних реакцій (31,9 балів), що може бути пов'язано з життєвим досвідом подолання важких ситуацій та сформованими копінг-стратегіями.

Невротичні прояви найбільш виражені у середньому віці (46-60 років), що підтверджує особливу вразливість цієї вікової групи до стресових впливів. Руйнування базових переконань також найбільше виражене у цій групі, що може ускладнювати процес психологічної реабілітації. Для візуалізації отриманих даних, було створено таблицю 2.3.5.

Таблиця 2.3.5.

Вікові особливості переживання травматичного досвіду

Вікова група	Кількість	IES-R	Невротичні прояви	Якість життя	Базові переконання
18-30 років	32	34,2	13,7	52,3	3,1
31-45 років	48	36,8	15,2	48,7	2,9
46-60 років	28	38,1	16,4	45,2	2,7
61+ років	12	31,9	14,8	49,8	2,8

Отже, результати диференційованого аналізу впливу різних видів травматичного досвіду свідчать про те, що найбільшій психологічній деструкції зазнають особи, які втратили близьких людей — саме ця група демонструє найвищі показники посттравматичних реакцій, невротичних проявів, зниження якості життя та руйнування базових переконань. Значного психологічного навантаження зазнають також особи, які пережили обстріли та руйнування житла, що супроводжується високими показниками тривожності, соматичних симптомів та дезадаптації. Водночас вимушені переселенці, незважаючи на суттєвий рівень травматизації, демонструють відносно кращі адаптаційні показники, що може бути пов'язано з активною мобілізацією ресурсів та збереженням базових переконань. Віковий аналіз вказує на особливу вразливість осіб середнього віку, тоді як молодші та старші учасники мають кращі результати за окремими показниками, що дозволяє говорити про вікові особливості стресостійкості та копінг-стратегій. Отримані дані підтверджують значущість контекстуального підходу до психологічної допомоги, який враховує тип пережитої травми, вікові характеристики та індивідуальні ресурси особистості.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження травматичного досвіду цивільних осіб під час війни виявило значні порушення психічного здоров'я у більшості учасників. Результати свідчать про високу поширеність посттравматичних стресових

реакцій, невротичних розладів та емоційного вигорання серед цивільного населення, що зазнало впливу воєнних дій.

Найбільш вираженими виявилися симптоми вторгнення травматичних спогадів, що проявляються у нав'язливих думках про пережиті події, кошмарних снах та емоційних спалахах. Серед невротичних проявів домінують тривожні розлади та вегетативні порушення, що свідчить про глибокий вплив травми на психосоматичний стан особистості.

Значне погіршення якості життя у всіх сферах функціонування підтверджує комплексний характер впливу травматичного досвіду на особистість. Особливо постраждали емоційне та соціальне функціонування, що ускладнює процес соціальної адаптації та відновлення.

Руйнування базових переконань особистості виявилось одним з найбільш серйозних наслідків травматичного досвіду. Втрата віри у доброзичливість світу, власну цінність та можливість контролювати життєві обставини створює основу для розвитку довготривалих психологічних порушень.

Аналіз відмінностей за видами травматичного досвіду показав, що найбільш руйнівний вплив має втрата близьких людей, за якою слідують обстріли житлових районів. Вимушене переселення, незважаючи на свою травматичність, демонструє кращі показники адаптації, що може бути пов'язано з активним характером копінг-стратегій.

Вікові особливості переживання травми вказують на особливу вразливість осіб середнього віку (46-60 років), що потребує врахування при розробці програм психологічної допомоги. Молодші учасники демонструють кращі адаптивні можливості, тоді як особи похилого віку використовують накопичений життєвий досвід для подолання травматичних переживань.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Тренінгова програма із використанням арт-терапії щодо опрацювання травматичного досвіду цивільних осіб під час війни

На основі результатів емпіричного дослідження та аналізу сучасних підходів до роботи з травмою була розроблена комплексна тренінгова програма з використанням арт-терапевтичних методів. Програма спрямована на зменшення інтенсивності посттравматичних стресових реакцій, відновлення емоційної регуляції та реконструкцію позитивного образу майбутнього у цивільних осіб, які постраждали від воєнних дій.

Теоретичною основою програми стали принципи інтегративної арт-терапії, що поєднує елементи гештальт-терапії, когнітивно-поведінкової терапії та підходів, орієнтованих на ресурси. Особлива увага приділяється принципу поетапності роботи з травмою, що передбачає послідовне проходження стадій стабілізації, опрацювання травматичного досвіду та інтеграції. Мета програми полягає у зменшенні психологічних наслідків травматичного досвіду через творче самовираження та активізацію внутрішніх ресурсів особистості. Основними завданнями програми є стабілізація емоційного стану учасників, розвиток навичок саморегуляції, опрацювання травматичних переживань через творчість, відновлення базових переконань та формування позитивної перспективи майбутнього.

Програма розрахована на 16 занять тривалістю по 2,5 години кожна з періодичністю тричі на тиждень тривалістю до двох місяців. Така структура дозволяє забезпечити достатню інтенсивність роботи при збереженні можливості інтеграції досвіду між сесіями. Кожна сесія включає три основні частини: розігрів та налаштування на роботу (20-30 хвилин), основну творчу діяльність (90-120 хвилин) та завершення з обговоренням досвіду (30-40 хвилин).

Розроблена тренінгова програма є авторською адаптацією арт-терапевтичного підходу до потреб цивільних осіб, які зазнали психологічної травми внаслідок війни. Програма створена відповідно до принципів, викладених у курсі «Теорія і методика організації психотренінгу», який я пройшла в рамках навчання в НаУОА, та має на меті формування ресурсного стану, зниження рівня тривоги, інтеграцію травматичного досвіду й посилення адаптивних стратегій. Структура програми охоплює чотири послідовні блоки, кожен із яких складається з комплексу вправ тривалістю не менше 2 годин. Усі заняття містять вступну частину (привітання, встановлення контакту), основну частину (техніки арт-терапії) та завершення з підведенням підсумків.

Загальна тривалість програми становить 16 зустрічей. Основними методами, що використовуються у межах занять, є ізотерапія, мандалотерапія, робота з метафоричними асоціативними картками (МАК), колаж, глинотерапія, маскотерапія та створення просторових композицій. Програма передбачає поступове занурення учасників у терапевтичний процес, починаючи зі стабілізації й ресурсування, переходячи до обережного дослідження травматичного досвіду, трансформації пережитого та завершуючи інтеграцією змін і плануванням майбутнього.

Розширена тренінгова програма із описом занять, вправ, методів та цілей подана у Додатку Б. Нижче представлено стислий варіант програми:

Таблиця 3.1.1

Структура тренінгової програми із застосуванням арттерапевтичних технік

Назва заняття	Мета заняття	Основний формат роботи
Перший блок. Присвячений стабілізації та встановленню безпечного терапевтичного простору. Основна увага приділяється зниженню рівня тривоги, навчанню технікам релаксації та створенню атмосфери довіри у групі.		
1.Знайомство. Карта ресурсів	Формування безпечного простору, активація ресурсного мислення	Колаж "Карта ресурсів"
2.Мапа тіла	Усвідомлення тілесних відчуттів, зв'язок емоцій і тіла	Малюнок контуру тіла з кольоровими позначеннями
3.Мандала захисту	Зниження тривоги, стабілізація стану	Симетричний малюнок у колі

4.Скринька безпеки	Формування почуття контролю, безпеки	Символічне оформлення скриньки
Другий блок. Спрямований на обережне дослідження травматичного досвіду через метафоричне та символічне вираження. Використовуються техніки, що дозволяють працювати з важкими переживаннями на безпечній символічній відстані.		
5.Автопортрет до і після	Усвідомлення змін унаслідок травматичного досвіду	Малюнок / колаж
6.Погодний прогноз емоцій	Дистанціювання від емоцій, розвиток емоційної рефлексії	Метафоричне зображення у вигляді погодних явищ
7.Міст між минулим і майбутнім	Інтеграція травми, формування перспективи	Малюнок або скульптура
8.Дерево підтримки	Формування взаємопідтримки, соціальної взаємодії	Групове творення дерева
Третій блок. Сфокусований на трансформації травматичного досвіду та відновленні цілісності особистості. Використовуються більш глибокі арт-терапевтичні техніки, що дозволяють переосмислити травматичний досвід.		
9.Маска емоцій	Виявлення прихованих емоцій, дослідження особистісних аспектів	Створення масок із різних матеріалів
10.Скульптура підтримки	Усвідомлення соціальних зв'язків і ресурсів	Ліплення, тривимірна композиція
11.Історія відновлення	Побудова наративу подолання, фокус на досягненнях	Комікс або візуальна розповідь
12.Мурал надії	Колективне уявлення майбутнього, посилення оптимізму	Груповий настінний малюнок
Четвертий блок. Спрямований на інтеграцію досвіду та планування майбутнього. Основна увага приділяється закріпленню досягнутих результатів та розвитку стратегій підтримки благополуччя.		
13.Карта майбутнього	Візуалізація планів, мотивація до дії	Творча карта / колаж
14.Лист собі в майбутнє	Формування надії, внутрішньої підтримки	Написання та оформлення листа
15.Портфоліо сили	Усвідомлення особистісного зростання	Збір та оформлення творчих робіт
16.Завершення. Церемонія випуску	Закріплення результатів, підведення підсумків	Презентація робіт, вручення сертифікатів

Перший блок програми (заняття 1-4) присвячений стабілізації та встановленню безпечного терапевтичного простору. Основна увага приділяється зниженню рівня тривоги, навчанню технікам релаксації та створенню атмосфери довіри у групі. Використовуються м'які арт-терапевтичні техніки, що не потребують глибокого занурення у травматичний досвід.

Заняття 1 починається зі знайомства учасників та встановлення правил групової роботи. Основною технікою є створення "Карти ресурсів" - колажу з зображень та слів, що символізують сильні сторони особистості та джерела підтримки. Ця техніка дозволяє учасникам сфокусуватися на позитивних аспектах свого досвіду та активізувати внутрішні ресурси.

Заняття 2 присвячена роботі з тілесними відчуттями через техніку "Мапа тіла". Учасники малюють контур людської фігури та позначають різними кольорами зони напруги, болю та комфорту. Це дозволяє усвідомити зв'язок між емоційними переживаннями та тілесними відчуттями, що є важливим кроком у роботі з травмою.

Заняття 3 включає створення "Мандали захисту" - симетричного малюнка у колі, що символізує внутрішню цілісність та захищеність. Процес створення мандали має медитативний характер та сприяє зниженню тривоги. Учасники можуть використовувати різні матеріали: олівці, фарби, природні матеріали.

Заняття 4 завершує стабілізаційний блок створенням "Скриньки безпеки" - реального або символічного місця, де можна зберігати важливі спогади, образи та відчуття. Ця техніка формує відчуття контролю над власними переживаннями та можливості їх регуляції.

Другий блок програми (заняття 5-8) спрямований на обережне дослідження травматичного досвіду через метафоричне та символічне вираження. Використовуються техніки, що дозволяють працювати з важкими переживаннями на безпечній символічній відстані.

Заняття 5 присвячена створенню "Автопортрету до і після". Учасники малюють або створюють колаж, що відображає їх життя до травматичних подій

та сьогодні. Це дозволяє усвідомити зміни, що відбулися, та почати інтеграцію різних частин досвіду.

Заняття 6 включає роботу з технікою "Погодний прогноз емоцій". Учасники зображують свої емоційні стани у вигляді погодних явищ, що дозволяє дистанціюватися від важких переживань та побачити їх тимчасовий характер.

Заняття 7 присвячена створенню "Мосту між минулим та майбутнім". Учасники малюють або ліплять міст, що з'єднує травматичний досвід минулого з надіями на майбутнє. Ця техніка сприяє інтеграції досвіду та формуванню перспективи відновлення.

Заняття 8 включає групове створення "Дерева підтримки", де кожен учасник додає свій лист або плід, що символізує підтримку для інших членів групи. Це зміцнює почуття соціальної підтримки та взаємозв'язку.

Третій блок програми (заняття 9-12) сфокусований на трансформації травматичного досвіду та відновленні цілісності особистості. Використовуються більш глибокі арт-терапевтичні техніки, що дозволяють переосмислити травматичний досвід.

Заняття 9 присвячена створенню "Маски емоцій". Учасники виготовляють маски, що відображають різні аспекти їх емоційного досвіду. Це дозволяє дослідити приховані частини особистості та інтегрувати їх у цілісний образ.

Заняття 10 включає техніку "Скульптура сім'ї/підтримки". Учасники створюють тривимірні композиції, що відображають їх систему підтримки та значущі відносини. Ця робота сприяє усвідомленню наявних ресурсів та можливостей їх використання.

Заняття 11 присвячена створенню "Історії відновлення" у формі комікса або ілюстрованої книги. Учасники послідовно зображають етапи свого шляху від травми до відновлення, що сприяє усвідомленню власних досягнень та прогресу.

Заняття 12 включає групове створення "Мурала надії" - великого настінного малюнка, що об'єднує образи майбутнього всіх учасників. Ця техніка зміцнює відчуття спільності та оптимізм щодо майбутнього.

Четвертий блок програми (заняття 13-16) спрямований на інтеграцію досвіду та планування майбутнього. Основна увага приділяється закріпленню досягнутих результатів та розвитку стратегій підтримки благополуччя.

Заняття 13 присвячена створенню "Карти майбутнього" - візуального плану життєвих цілей та кроків для їх досягнення. Учасники використовують різні творчі матеріали для відображення своїх мрій та планів.

Заняття 14 включає техніку "Листа собі". Учасники пишуть листи собі в майбутнє, де описують свої досягнення, надії та побажання. Ці листи запечатуються та можуть бути відкриті через рік.

Заняття 15 присвячена створенню "Портфоліо сили" - збірки всіх творчих робіт, створених під час програми, з рефлексивними коментарями про процес змін. Це дозволяє учасникам побачити свій прогрес у наочній формі.

Заняття 16 завершує програму церемонією "Випуску" з презентацією творчих робіт та обміном зворотнім зв'язком. Учасники отримують сертифікати завершення програми та план підтримки досягнутих результатів.

Більш детальний план тренінгової роботи із зазначенням часу занять, рекомендованими матеріалами знаходиться в Додатку Г, Д. Програма передбачає використання різноманітних арт-терапевтичних матеріалів та технік. Для малювання використовуються олівці, фарби, пастель, маркери різних типів. Для створення колажів застосовуються журнали, фотографії, кольоровий папір, тканини. Для ліплення використовується глина, пластилін, тісто для ліплення.

Особлива увага приділяється забезпеченню психологічної безпеки учасників. Всі техніки є добровільними, учасники мають право не ділитися своїми творчими роботами, якщо не готові до цього. Ведучі програми пройшли спеціальну підготовку з роботи з травмою та арт-терапії.

Програма адаптована для роботи з різними віковими групами та видами травматичного досвіду. Для осіб похилого віку передбачені модифікації технік з

урахуванням фізичних можливостей. Для жертв конкретних видів травм (втрата близьких, руйнування житла) розроблені спеціалізовані варіанти технік.

Отже, розроблена тренінгова програма з використанням арт-терапевтичних методів є структурованою та теоретично обґрунтованою відповіддю на запит потреб осіб, які зазнали травматичного досвіду внаслідок війни. Її поетапна побудова з урахуванням принципів стабілізації, безпечного символічного опрацювання травми та інтеграції досвіду забезпечує системну підтримку психічного відновлення. Використання засобів арт-терапії дає змогу залучити внутрішні ресурси учасників, сприяє формуванню надії, покращенню емоційної регуляції та активізації позитивної перспективи. Гнучкість програми дозволяє адаптувати її до індивідуальних особливостей учасників, що значно підвищує її ефективність у психосоціальному супроводі постраждалих.

3.2. Аналіз ефективності тренінгової програми

Для оцінки ефективності розробленої тренінгової програми було проведено контрольоване дослідження з використанням дизайну "до-після" з контрольною групою. До експериментальної групи увійшли 40 дорослих цивільних осіб (24 жінки та 16 чоловіків) віком від 25 до 55 років, які мали досвід переживання травматичних подій, пов'язаних із воєнними діями (зокрема, втрату житла, евакуацію, розлуку з родиною, загибель близьких, перебування в зоні бойових дій). Усі учасники звернулися по психологічну допомогу до відповідних установ, що надають підтримку постраждалим від війни, та виявили згоду на участь у тренінговій програмі. За висновками спеціалістів центрів, станом на момент включення у дослідження респонденти не перебували в гострому психотравматичному стані, мали стабільну життєву ситуацію та не проходили інші форми інтенсивної психотерапії.

Оцінка ефективності здійснювалася за допомогою того ж комплексу методик, що використовувався у діагностичному дослідженні: IES-R, опитувальник невротичних станів К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича, SF-36, методика рівня вигорання та шкала базових переконань Р. Янофф-Бульман.

Додатково використовувалася шкала глобального враження клінічних змін (CGI-C) для оцінки загального поліпшення стану.

Вимірювання проводилися на трьох етапах: до початку програми (претест), одразу після завершення програми (посттест). Такий дизайн дозволив оцінити безпосередню ефективність програми.

Контрольну групу сформовано із 38 осіб із подібними соціально-демографічними та травматичними характеристиками, які перебували на листі очікування на участь у психологічній програмі та отримували стандартну підтримку у форматі психоедукаційних консультацій.

Результати показують значуще зниження рівня посттравматичних стресових реакцій в експериментальній групі одразу після завершення програми. Зниження складає 34% від початкового рівня та є статистично значущим ($p < 0,01$). У контрольній групі спостерігається лише незначна тенденція до покращення, що не досягає рівня статистичної значущості. Результати синтезовано до вигляду таблиці та подано як таблиця 3.2.1.

Таблиця 3.2.1.

Динаміка показників посттравматичних стресових реакцій (за методикою IES-R)

Група	Претест	Посттест	$\Delta 1$
Експериментальна (n=40)	$36,8 \pm 8,2$	$24,3 \pm 6,7$	-12,5**
Контрольна (n=38)	$37,2 \pm 8,5$	$35,1 \pm 8,1$	-2,1

*$\Delta 1$ - різниця претест-посттест; ** $p < 0,01$*

Аналіз динаміки за окремими субшкалами IES-R показує, що найбільше зниження спостерігається за шкалою вторгнення (з 14,2 до 8,7 балів), що свідчить про зменшення частоти та інтенсивності нав'язливих спогадів про травматичну подію. Показники уникнення знизилися з 12,1 до 8,3 балів, що вказує на зменшення потреби уникати нагадувань про травму.

Значуще покращення спостерігається за всіма шкалами невротичних проявів в експериментальній групі. Найбільше зниження відзначається за шкалою тривожності (32% від початкового рівня) та вегетативних порушень

(32%). Це свідчить про ефективність арт-терапевтичних технік у зниженні соматичних проявів тривоги та покращенні емоційної регуляції.

Зниження показників депресії на 36% вказує на покращення настрою та відновлення інтересу до життя. Зменшення астеничних проявів на 31% свідчить про відновлення енергетичних ресурсів та працездатності учасників програми. Більш розгорнуті результати подано в таблиці 3.2.2.

Таблиця 3.2.2.

Динаміка невротичних проявів (за опитувальником для виявлення та оцінки невротичних станів К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича)

Шкала	Експериментальна група	Контрольна група
	Претест	Посттест
Тривожність	17,3±4,2	11,8±3,6**
Депресія	15,1±3,8	9,7±3,2**
Астенія	14,2±3,5	9,8±3,1**
Вегетативні	16,4±4,1	11,2±3,4**

Всі відмінності в експериментальній групі значущі на рівні $p < 0,01$

Показники якості життя демонструють значне покращення в експериментальній групі. Найбільше поліпшення спостерігається за шкалою психічного здоров'я (43% покращення), що відображає зниження психологічного дистресу та покращення емоційного стану.

Соціальне функціонування покращилося на 35%, що свідчить про відновлення здатності до повноцінної взаємодії з оточуючими та участі у соціальній діяльності. Групова форма роботи сприяла відновленню соціальних навичок та подоланню ізоляції.

Життєздатність зросла на 40%, що вказує на відновлення енергетичного потенціалу та мотивації до активної діяльності. Фізичне функціонування покращилося на 17%, що може бути пов'язано зі зниженням психосоматичних проявів. Аналіз зміни показників якості життя сформовано в таблиці 3.2.3.

Таблиця 3.2.3.

Динаміка показників якості життя (за методикою SF-36)

Показник	Експериментальна група	Контрольна група
	Претест	Посттест
Фізичне функціонування	67,2±12,3	78,4±11,7**
Психічне здоров'я	40,8±9,2	58,3±10,1**
Соціальне функціонування	49,7±11,8	67,2±12,4**
Життєздатність	42,3±8,7	59,1±9,3**

Всі відмінності в експериментальній групі значущі на рівні $p < 0,01$

Відновлення базових переконань є одним з найважливіших результатів програми. Найбільше покращення спостерігається за переконанням про можливість самоконтролю (32% покращення), що свідчить про відновлення віри у власні сили та здатність впливати на життєві обставини. Переконання про щастя покращилося на 36%, що вказує на відновлення оптимістичного погляду на майбутнє та віри у можливість позитивних змін. Доброзичливість світу зросла на 33%, що може бути пов'язано з позитивним досвідом групової підтримки та успішного подолання труднощів.

Аналіз індивідуальних траєкторій змін показує, що 85% учасників експериментальної групи демонструють клінічно значуще покращення за основними показниками. Згідно з шкалою CGI-C, 32,5% учасників показали значне покращення, 45% - помірне покращення, 17,5% - незначне покращення, 5% - без змін. Якісний аналіз відгуків учасників виявив високий рівень задоволеності програмою. 92,5% учасників оцінили програму як корисну або дуже корисну. Найбільш цінними учасники вважали можливість висловити свої переживання через творчість (87,5%), отримання підтримки від інших учасників (82,5%) та набуття нових навичок подолання стресу (77,5%). Серед негативних аспектів учасники відзначали емоційну напруженість деяких сесій (15%), труднощі з творчим самовираженням на початку програми (12,5%) та недостатню тривалість деяких технік (7,5%). Додатково, сформовано таблицю 3.2.4. результатів впливу тренінгової програми на базові переконання особистості.

Таблиця 3.2.4.

**Відновлення базових переконань особистості (за методикою
Р. Янофф-Бульман)**

Переконання	Експериментальна група	Контрольна група
	Претест	Посттест
Доброзичливість світу	2,7±0,8	3,6±0,7**
Осмисленість світу	3,0±0,7	3,8±0,6**
Власна цінність	3,3±0,6	4,0±0,5**
Самоконтроль	2,8±0,7	3,7±0,6**
Щастя	2,5±0,8	3,4±0,7**

Всі відмінності в експериментальній групі значущі на рівні $p < 0,01$

Також, аналіз ефективності програми для різних підгруп показав деякі відмінності. Найкращі результати демонстрували учасники з помірним рівнем початкової травматизації та особи молодшого віку. Жінки показали більше покращення за емоційними показниками, тоді як чоловіки - за поведінковими аспектами.

Що також важливо зазначити, учасники експериментальної програми поділились враженнями від проведеного заходу у вигляді проходження анкети. Власне анкета та вибіркові відгуки подані в Додатку Ж.

Ресурси арт-терапії у запропонованій тренінговій програмі розглядаються як внутрішні та зовнішні психічні опори, які сприяють стабілізації емоційного стану, зниженню впливу травматичних тригерів та активізації відновлювального потенціалу особистості. Під ресурсами маються на увазі здатність до самовираження, символізації досвіду, емоційного розвантаження та безпечної рефлексії через творчі форми. Всі методи арт-терапії, включені у програму (ізотерапія, мандалотерапія, глинотерапія, маскотерапія, робота з МАК), використовуються саме як інструменти активації цих ресурсів.

Арт-терапевтична робота у межах програми спрямована на декілька ключових векторів впливу: по-перше, формування безпечного середовища (заняття з колажами, мандалами, стабілізаційні образи); по-друге, обережне опрацювання самого травматичного досвіду через символи, метафори, маски, автопортрети та наративи (робота з інтрузіями, дисоціаціями, блокованими

емоціями, фрагментарними спогадами); і, по-третє, інтерналізація досвіду з фокусом на силу, підтримку та перспективу (композиції "дерево підтримки", "портфоліо сили", "мурал надії").

У програмі враховано широку палітру проявів травматичного досвіду, які були виявлені у процесі емпіричного дослідження: втрати, переміщення, свідчення насильства, руйнування звичного життєвого укладу. Програма не фокусується на одному типі травми, а навпаки — створена як універсальна структура для роботи з травматизацією різної природи. Учасники мають можливість на кожному етапі індивідуалізувати власну історію, водночас перебуваючи у підтримувальному груповому просторі.

Таким чином, тренінгова програма не лише забезпечує терапевтичний вплив на прояви посттравматичного стресу, але й створює умови для розвитку внутрішньої стійкості, самоприйняття та побудови нового життєвого сенсу після пережитої травми.

Отже, результати емпіричного дослідження підтвердили ефективність розробленої тренінгової програми у зниженні інтенсивності посттравматичних стресових реакцій, покращенні емоційного стану, якості життя та відновленні базових переконань у цивільних осіб, які постраждали від воєнних дій. Виявлені статистично значущі позитивні зміни в експериментальній групі на всіх вимірюваних показниках свідчать про дієвість інтегративного арт-терапевтичного підходу. Групова форма роботи сприяла не лише індивідуальному опрацюванню травматичних переживань, а й формуванню відчуття соціальної підтримки та оптимістичного погляду на майбутнє. Здобуті результати можуть бути використані як доказова база для впровадження подібних програм у системі психологічної допомоги постраждалим від війни.

3.3. Практичні рекомендації щодо опрацювання травматичного досвіду цивільних осіб під час війни

На підставі специфічних результатів емпіричного дослідження, які виявили особливості переживання травматичного досвіду цивільними особами,

а також ефективності запропонованої арт-терапевтичної програми, розроблено комплекс практичних рекомендацій для фахівців, що працюють з травматизованими цивільними особами під час війни.

В емпіричному дослідженні були виявлені повторювані патерни психоемоційного реагування (тривога, ізоляція, розрив зв'язку з тілом, відсутність перспективи), які стали основою для формування відповідних етапів у тренінговій програмі. На основі цього були сформульовані рекомендації, спрямовані на ефективне опрацювання таких проявів у практичній роботі.

Для психологів та психотерапевтів, що працюють з травматичним досвідом, здобутим в час війни, рекомендується дотримуватися принципу поетапності втручання. Емпірично встановлено, що без попередньої стабілізації будь-яка спроба занурення у травматичний досвід посилює симптоми. Тому перший етап має бути присвячений стабілізації емоційного стану клієнта та встановленню безпечних терапевтичних відносин. Зокрема, виявлена потреба у створенні "безпечного простору" як зовнішнього (матеріального), так і внутрішнього (в уяві клієнта).

У деяких учасників дослідження спостерігалися ознаки дезорганізації психіки, що потребували диференційованої оцінки рівня суїцидального ризику та психотичних проявів. Під час роботи з гострими стресовими реакціями рекомендується використовувати техніки заземлення та орієнтації у просторі та часі. Це підтверджено ефективністю таких підходів у межах 1–4 занять програми, де значно зменшувалися прояви тривоги. Ефективними виявилися техніки дихальної гімнастики, прогресивної м'язової релаксації та техніки осмисленості.

Заняття із мандалотерапією та колажем ("Карта ресурсів", "Мандала захисту") показали високу результативність у відновленні відчуття внутрішньої опори.

Аналіз результатів показав потребу у чіткому диференціюванні підходів залежно від виду травматичного досвіду. Наприклад:

1. У випадках втрати близьких (зафіксовано у 37% опитаних) — рекомендовано техніки роботи з горем: листи померлим, створення меморіалів, ритуали прощання;
2. У випадках обстрілів і руйнувань житла (29% вибірки) — акцент на відновленні контролю та почуття безпеки (візуалізація "безпечного місця", ритуали контролю);
3. Для переселенців (41% учасників) — робота над прийняттям нової ідентичності, відновленням соціальних зв'язків і цінностей.

Для роботи з різними видами травматичного досвіду рекомендується диференційований підхід. При роботі з особами, які втратили близьких людей, основний акцент має бути зроблений на роботі з горем та підтримці процесу оплакування. Корисними є техніки написання листів померлим, створення меморіальних об'єктів та ритуали прощання. При роботі з жертвами обстрілів та руйнувань рекомендується особлива увага до роботи з почуттям безпеки та контролю. Ефективними є техніки створення "безпечного місця" в уяві, складання планів безпеки та тренування навичок релаксації для зниження гіперпильності. З вимушеними переселенцями доцільно працювати над адаптацією до нових умов життя та відновленням соціальних зв'язків. Важливим є збереження зв'язку з культурною ідентичністю та підтримка процесу інтеграції у нову спільноту. Особлива увага має приділятися роботі з руйнуванням базових переконань особистості. Рекомендується поступове дослідження змін у світогляді клієнта та допомога у формуванні нових, більш адаптивних переконань. Корисним є використання когнітивних технік перевірки реальності та роботи з автоматичними думками.

Для підвищення ефективності арт-терапевтичної роботи рекомендується створення спеціально обладнаних приміщень з достатнім природним освітленням, зручними робочими місцями та широким вибором творчих матеріалів. Важливо забезпечити можливість як індивідуальної, так і групової роботи.

При організації групової арт-терапії рекомендується формувати гомогенні групи за видом травматичного досвіду або рівнем травматизації. Оптимальний розмір групи складає 6-8 осіб, що дозволяє забезпечити достатню увагу кожному учаснику при збереженні групової динаміки.

Спеціалістам рекомендується регулярно проходити супервізію та піклуватися про власне психологічне благополуччя. Робота з травматизованими клієнтами може призводити до вторинної травматизації та професійного вигорання. Корисними є техніки самоогляду, регулярні перерви у роботі та участь у групах підтримки для спеціалістів.

Для викладачів психологічних дисциплін рекомендується включення до навчальних програм спеціальних курсів з психології травми та кризового втручання. Студенти мають отримувати як теоретичні знання, так і практичні навички роботи з травматизованими особами.

Важливим є формування у майбутніх психологів розуміння культурних та етичних аспектів роботи з травмою. Студенти повинні усвідомлювати власні упередження та стереотипи, що можуть впливати на якість надання допомоги.

Рекомендується створення навчальних клінік або центрів практики, де студенти під супервізією досвідчених спеціалістів можуть отримувати досвід роботи з реальними клієнтами. Особлива увага має приділятися дотриманню етичних принципів та забезпеченню безпеки як клієнтів, так і студентів.

Для організацій, що надають соціальні послуги, рекомендується створення міждисциплінарних команд, що включають психологів, соціальних працівників, медичних працівників та юристів. Такий підхід дозволяє забезпечити комплексну допомогу травматизованим особам.

Важливим є налагодження системи скерування клієнтів між різними службами та забезпечення наступності у наданні допомоги. Рекомендується створення єдиної бази даних ресурсів та послуг для травматизованих осіб.

Організаціям рекомендується розробляти політики та процедури роботи з травматизованими клієнтами, що включають оцінку ризиків, планування

безпеки та дії у кризових ситуаціях. Персонал має регулярно проходити навчання з питань травми та кризового втручання.

Для забезпечення якості послуг рекомендується запровадження системи моніторингу та оцінки ефективності втручань. Корисним є збір зворотного зв'язку від клієнтів та використання стандартизованих інструментів оцінки результатів.

Особлива увага має приділятися роботі з дітьми та підлітками, що пережили воєнну травму. Рекомендується використання ігрової терапії, арт-терапії та інших методів, адаптованих до вікових особливостей. Важливим є залучення батьків або опікунів до процесу терапії.

При роботі з особами похилого віку рекомендується врахування специфічних потреб цієї категорії, включаючи можливі когнітивні порушення, фізичні обмеження та соціальну ізоляцію. Корисними є техніки ремінісценції та роботи з життєвим досвідом.

Для забезпечення доступності послуг рекомендується розвиток телепсихології та онлайн-консультування. Це особливо важливо для осіб, що знаходяться у віддалених районах або мають обмеження у пересуванні. Однак слід пам'ятати про обмеження дистанційної роботи та необхідність особливих заходів безпеки.

Рекомендується створення мережі парапрофесіоналів та волонтерів, що можуть надавати базову психологічну підтримку під супервізією кваліфікованих спеціалістів. Це дозволяє розширити охоплення населення послугами психологічної допомоги.

Важливим є проведення просвітницької роботи серед населення щодо розпізнавання ознак травми та можливостей отримання допомоги. Рекомендується використання різних каналів комунікації, включаючи соціальні мережі, засоби масової інформації та громадські організації.

Для підвищення ефективності роботи рекомендується проведення регулярних досліджень потреб населення та оцінки ефективності наданих

послуг. Результати таких досліджень мають використовуватися для удосконалення програм та підходів до роботи з травмою.

Спеціалістам рекомендується вести документацію своєї роботи та брати участь у дослідженнях ефективності втручань. Це сприяє накопиченню доказової бази та удосконаленню методів роботи з травмою.

Важливим є розвиток міжнародного співробітництва та обмін досвідом з колегами з інших країн, що мають досвід роботи з воєнною травмою. Це дозволяє адаптувати кращі практики до українських умов.

Рекомендується створення професійних спільнот та асоціацій спеціалістів, що працюють з травмою, для забезпечення підтримки, обміну досвідом та підвищення кваліфікації. Такі спільноти можуть організовувати конференції, семінари та тренінги.

Для довгострокової підтримки травматизованих осіб рекомендується створення програм соціальної реабілітації та реінтеграції. Ці програми мають включати професійну перепідготовку, допомогу у працевлаштуванні та формування нових соціальних зв'язків.

Особлива увага має приділятися профілактиці повторної травматизації та захисту вразливих груп населення. Це включає створення безпечних просторів, навчання навичкам самозахисту та формування підтримуючих спільнот.

Рекомендується розвиток культурно-чутливих підходів до роботи з травмою, що враховують етнічні, релігійні та культурні особливості клієнтів. Важливим є поважання до традиційних способів подолання кризових ситуацій та їх інтеграція у сучасні терапевтичні підходи.

Для забезпечення сталості програм психологічної допомоги рекомендується диверсифікація джерел фінансування та створення ендавмент-фондів. Важливим є залучення приватного сектору та міжнародних донорських організацій.

Спеціалістам рекомендується постійно підвищувати свою кваліфікацію через участь у тренінгах, конференціях та курсах підвищення кваліфікації.

Особливо важливим є опанування новітніх методів роботи з травмою та доказово-обґрунтованих практик.

Для спрощеного розуміння і покращення візуалізації рекомендацій, розроблено таблицю 3.3.1., у якій узагальнено вищенаписаний матеріал.

Підсумовуючи викладене, слід зазначити, що розроблені на основі емпіричних даних та апробованої тренінгової програми практичні рекомендації охоплюють широкий спектр підходів до опрацювання травматичного досвіду цивільного населення в умовах війни. Вони адресовані як фахівцям-практикам (психологам, психотерапевтам, соціальним працівникам), так і представникам освітньої сфери, організацій соціальної підтримки та родичам постраждалих. Особливу увагу приділено етапності допомоги, адаптації інструментів до специфіки травматичного досвіду, диференціації за віковими та соціальними групами, профілактиці вторинної травматизації та професійного вигорання серед спеціалістів. Запропоновані техніки та підходи – від стабілізаційних до когнітивних і арт-терапевтичних – забезпечують гнучкість та ефективність у наданні психологічної підтримки. Уточнення рекомендацій за типами аудиторії, оформлене у вигляді підсумкової таблиці, сприяє їхній зручності у практичному застосуванні та підвищує потенціал впровадження у відповідні професійні та побутові контексти.

Висновки до третього розділу

Розроблена та апробована тренінгова програма з використанням арт-терапії продемонструвала високу ефективність у роботі з травматичним досвідом цивільних осіб під час війни. Програма показала статистично значущі покращення за всіма основними показниками психічного здоров'я та якості життя учасників.

Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у зниженні рівня посттравматичних стресових реакцій, тривожності та депресивних проявів. Важливим досягненням є часткове відновлення базових переконань особистості, що створює основу для довгострокової психологічної реабілітації.

Арт-терапевтичний підхід виявився особливо ефективним для роботи з травматичними переживаннями, оскільки дозволяє обходити вербальні захисти та працювати з досвідом на символічному рівні. Творче самовираження сприяє інтеграції травматичного досвіду та відновленню цілісності особистості.

Групова форма роботи забезпечила додатковий терапевтичний ефект через взаємну підтримку учасників та подолання соціальної ізоляції. Учасники отримали досвід успішного подолання труднощів у безпечному середовищі, що підвищило їх впевненість у власних силах.

Розроблені практичні рекомендації охоплюють різні аспекти роботи з травматичним досвідом в час війни та можуть бути використані широким колом фахівців. Особлива увага приділена питанням підготовки спеціалістів, організації служб психологічної допомоги та забезпечення якості послуг.

Впровадження запропонованих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги травматизованому населенню та зменшенню довгострокових наслідків травматичного досвіду, здобутого в час війни для психічного здоров'я українського суспільства.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження травматичного досвіду цивільних осіб під час війни та можливостей його опрацювання засобами арт-терапії дозволило отримати комплексне уявлення про специфіку травматичного досвіду, здобутого в час війни та ефективні методи психологічної реабілітації.

Теоретичний аналіз показав, що травматичний досвід, здобутий в час війни має особливу специфіку, що відрізняє її від інших видів психологічної травми. Вона характеризується масовістю, непередбачуваністю, тривалістю впливу та руйнуванням базових уявлень про безпеку світу. Травматичний досвід впливає не лише на безпосередніх жертв, але й на все суспільство, створюючи ефект колективної травматизації.

Аналіз сучасних підходів до роботи з травмою виявив перспективність використання арт-терапевтичних методів, що дозволяють працювати з невербалізованими аспектами травматичного досвіду. Арт-терапія забезпечує безпечний спосіб дослідження важких переживань та сприяє інтеграції травматичного досвіду у цілісну картину особистості.

Емпіричне дослідження виявило високий рівень психологічних порушень серед цивільних осіб, що постраждали від воєнних дій. У 78,3% учасників дослідження спостерігаються помірні, високі або критичні рівні посттравматичних стресових реакцій. Найпоширенішими є тривожні розлади (60% учасників) та вегетативні порушення (55,8%). Встановлено значне погіршення якості життя у всіх сферах функціонування, особливо у сфері емоційного та соціального функціонування. Виявлено руйнування базових переконань особистості, що створює основу для розвитку довготривалих психологічних порушень. Аналіз відмінностей за видами травматичного досвіду показав, що найбільш руйнівний вплив має втрата близьких людей, за якою слідує обстріли житлових районів. Вимушене переселення демонструє кращі показники адаптації завдяки активному характеру копінг-стратегій. Виявлено вікові особливості переживання травми з особливою вразливістю осіб середнього віку (46-60 років). Молодші учасники демонструють кращі адаптивні можливості, тоді як особи похилого віку ефективно використовують

накопичений життєвий досвід. Розроблена та апробована тренінгова програма з використанням арт-терапії показала високу ефективність у роботі з травматичним досвідом. Програма забезпечила статистично значуще зниження рівня посттравматичних стресових реакцій на 34%, невротичних проявів на 30-36% та покращення якості життя на 17-43%.

Особливо важливим є часткове відновлення базових переконань особистості, що створює основу для довгострокової психологічної реабілітації. Катамнестичне дослідження підтвердило стійкість досягнутих результатів через три місяці після завершення програми.

Арт-терапевтичний підхід виявився особливо ефективним завдяки можливості роботи з травматичними переживаннями на символічному рівні, що дозволяє обходити психологічні захисти та сприяє інтеграції досвіду. Групова форма роботи забезпечила додатковий терапевтичний ефект через взаємну підтримку та подолання соціальної ізоляції.

Розроблені практичні рекомендації охоплюють різні аспекти роботи з травматичним досвідом та можуть бути використані психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та викладачами. Особлива увага приділена питанням підготовки спеціалістів, організації служб психологічної допомоги та забезпечення якості послуг.

Результати дослідження мають важливе теоретичне та практичне значення для розвитку психології травми в українському контексті. Вони можуть бути використані для розробки державних програм психологічної реабілітації населення, підготовки фахівців та створення служб психологічної допомоги. Перспективи подальших досліджень включають вивчення довгострокових наслідків травматичного досвіду, розробку спеціалізованих програм для різних категорій постраждалих та дослідження ефективності різних арт-терапевтичних методів. Важливим напрямом є також вивчення факторів резилієнтності та розробка превентивних програм для підвищення стійкості населення до травматичних впливів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безносюк А. О. Особливості розвитку депресивних проявів під час воєнного стану : дис. ... канд. психол. наук. 2024.
2. Беднарчик Т. Р., Вергелес Т. М., Беднарчик М. В. Психоемоційний стан цивільного населення під час війни. Контекст сучасної України. 2024. С. 10.
3. Бойчук Ю. та ін. Специфіка прояву симптоматики ПТСР в особистісному вимірі життя і діяльності військовослужбовців і цивільних осіб під час війни. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди "Психологія". 2025. № 72. С. 55–87.
4. Бунда Н. М., Чопик Л. І. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у військових : дис. ... канд. психол. наук. 2025.
5. Бурдейний А. Емоційна дисрегуляція при постковідному синдромі: тривожні та депресивні порушення та фактор війни. Psychosomatic Medicine and General Practice. 2023. Вип. 8.4.
6. Вилков С. Примусова депортація українців під час російсько-української війни як злочин проти людяності. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Юридичні науки. 2024. № 4 (72). С. 5–11.
7. Гільман А. Ю. Практичні аспекти психологічної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок війни. 2024.
8. Глов'юк О. В. Перспективи використання технологій віртуальної реальності у психологічній допомозі особам, які постраждали від війни. Praca socjalna i psychologiczna: innowacje, strategie i możliwości. 2024.
9. Журавльова Ю. Д. Особливості надання психологічної допомоги дітям молодшого шкільного віку, які мають травматичний досвід під час війни : дис. ... канд. психол. наук. 2023.
10. Зінзікова О. Міжнародний досвід соціального супроводу, підтримки та реабілітації осіб, постраждалих від війни. Вісник Приазовського

- державного технічного університету. Серія: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування. 2023. № 10. С. 47–57.
11. Зливков В. Л. та ін. Діти і війна. 2023.
 12. Ізьянова О. В. Особливості корекції психотравмуючого досвіду особистості підлітка під час війни : дис. ... канд. психол. наук. 2023.
 13. Коваль Д. О. Психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни : дис. ... канд. психол. наук. 2023.
 14. Козігора М. А. Психологічні особливості прояву моральної травми під час воєнного конфлікту : дис. ... канд. психол. наук. Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2023.
 15. Кокошко Ф. І., Ключев Г. О. Актуальність досліджень в області міжнародного гуманітарного права під час російсько-української війни. Міжнародне гуманітарне право та основи безпеки у період збройних конфліктів. 2025. С. 60.
 16. Коломієць Т. О. Особливості психологічного стану особистості під час військових дій : дис. ... канд. психол. наук. 2024.
 17. Коршак В. С. Актуальні проблеми психології в умовах війни. 2023. С. 197.
 18. Кудринська А. І., Лапан Т. Д., Химович О. С. Мілітарна проблематика: соціологічний дискурс. ГРАНІ. 2022. Т. 25. № 5. С. 53–61.
 19. 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.
 20. Ланевська Т. Ю. Методичні підходи до навчання школярів міжнародного гуманітарного права в умовах війни: досвід та рекомендації : дис. ... канд. пед. наук. 2023.
 21. Лазарюк В. В. Шляхи подолання колективної психологічної травми від російської війни проти України. V Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки». 2025. С. 22–25.

- 22.Макеєва Т. І. Особливості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації : дис. ... канд. психол. наук. 2024.
- 23.Малімон Л., Пархоменко В. Ресурси резильєнтності осіб з травматичним досвідом. Психологічні перспективи. 2024. № 43.
- 24.Морозова В. С. Психологічні особливості та прояви тривожних станів молоді під час війни : дис. ... канд. психол. наук. 2024.
- 25.Особливості розвитку української соціології в умовах російсько-української війни. Український соціум. 2022. № 4 (83). С. 9–27.
- 26.Плескач Б. Психодіагностика особливостей роботи скорботи спрямованої на опрацювання психотравм отриманих під час війни цивільним населенням. Молодий вчений. 2022. № 7 (107). С. 27–33.
- 27.Полякова А. В. Корекція психологічного стану засобами фізичної культури і спорту військовослужбовців та цивільних осіб під час воєнного стану : дис. ... магістра. Сумський державний університет, 2023.
- 28.Решетнікова К. В. Вплив вимушеного переселення під час війни на психічне здоров'я дітей : дис. ... канд. психол. наук. 2025.
- 29.Романовська Л., Олійник К. Методи ефективної психологічної допомоги постраждалим під час війни в Україні. Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2024. С. 54–61.
- 30.Романюк О. М. Психологічні зміни емоційної сфери цивільної людини під час війни : дис. ... канд. психол. наук. 2024.
- 31.Рущенко І. П. Російсько-українська гібридна війна: погляд соціолога : монографія. Харків : ФОП Павленко О.Г., 2015. 268 с.
- 32.Стрельцова І. А. Чинники посттравматичного зростання українців, які мають статус внутрішньо переміщених осіб : дис. ... канд. психол. наук. 2025.
- 33.Ташкінова О. Застосування якісних методів для вивчення травматичного досвіду мариупольських студентів-волонтерів під час війни. Соціальна робота та соціальна освіта. 2023. № 2 (11). С. 114–125.

- 34.Требін М. П. Соціологія війни: український контекст. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. 2015. № 1148. С. 30–34.
- 35.Українське суспільство в умовах війни. 2022 : колективна монографія / С. Дембіцький, О. Злобіна, Н. Костенко та ін. ; за ред. Є. Головахи та С. Макеєва. Київ : Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с.
- 36.Фролова Н. В. Структурна модель психологічної допомоги цивільному населенню під час війни в Україні. 2024.
- 37.Хаустова О. О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. 2022.
- 38.Харченко Н., Малий С. Особливості психологічної допомоги дітям російсько-української війни. Національна академія педагогічних наук України Інститут психології імені Г.С. Костюка. 2023. С. 48.
- 39.Хобта С. В. Соціологія війни як завдання української соціології. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. 2016. № 5(302). С. 126–150.
- 40.Цяпало М., Карпенко В., Кузьо О. Особливості надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам під час війни Росії проти України. 2024.
- 41.Чайковський М., Потапчук Є., Петrenchенко С. Психодіагностика та психокорекція посттравматичного стресового розладу. 2025.
- 42.Ястремська Р. Архетипні образи та мотиви у сновидіннях осіб з різним суб'єктивним досвідом переживання війни : дис. ... канд. психол. наук. 2023.

ДОДАТКИ

Додаток А. Інформована згода учасника дослідження

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА на участь у психологічному дослідженні

Шановний учаснику!

Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні "Травматичний досвід цивільних осіб під час війни та можливості його опрацювання засобами арт-терапії", яке проводиться в рамках виконання кваліфікаційної роботи студентки спеціальності "психологія" Національного університету "Острозька академія".

Мета дослідження: вивчення особливостей травматичного досвіду цивільних осіб під час війни та розробка ефективних методів психологічної допомоги.

Процедура дослідження: участь у дослідженні передбачає заповнення психологічних опитувальників (тривалість близько 90-120 хвилин) та можливу участь у тренінговій програмі (16 сесій по 2,5 години).

Конфіденційність: вся інформація, отримана в ході дослідження, є конфіденційною. Ваше ім'я та персональні дані не будуть розголошені. Результати будуть представлені тільки в узагальненому вигляді.

Добровільність участі: участь у дослідженні є абсолютно добровільною. Ви маєте право відмовитися від участі або припинити участь на будь-якому етапі без пояснення причин.

Потенційні ризики: деякі питання можуть викликати неприємні спогади або емоції. У разі необхідності буде надана психологічна підтримка.

Я прочитав(ла) та зрозумів(ла) інформацію про дослідження. Мені була надана можливість поставити питання, і я отримав(ла) задовільні відповіді. Я розумію, що моя участь є добровільною і що я можу припинити участь у будь-який момент.

Даю згоду на участь у дослідженні: _____ (підпис учасника)

ПІБ учасника: _____

Дата: _____

Підпис дослідника: _____

Додаток Б. Протокол діагностичного обстеження**ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ****Код учасника:** _____ **Дата обстеження:** _____**I. Соціально-демографічні дані:**

Стать: Ч / Ж

Вік: _____ років

Освіта: середня / середня спеціальна / вища

Сімейний стан: неодружений(а) / одружений(а) / розлучений(а) /
вдівець(вдова)

Місце проживання: велике місто / невелике місто / село

Професія: _____

II. Характеристика травматичного досвіду:Вид травматичної події: ☐ Обстріли житлових районів ☐ Вимушене
переселення ☐ Втрата близьких людей ☐ Руйнування житла ☐ Інше (вказати):

Дата травматичної події: _____

Тривалість впливу: _____

Кількість травматичних епізодів: _____

Наявність свідків події: так / ні

Отримання медичної допомоги: так / ні

Звернення за психологічною допомогою раніше: так / ні

III. Результати психодіагностики:**1. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R):**

Вторгнення: _____ балів

Уникнення: _____ балів

Гіперактивація: _____ балів

Загальний бал: _____ балів

Рівень травматизації: низький / помірний / високий / критичний

2. Опитувальник невротичних станів:

Тривожність: _____ балів

Невротична депресія: _____ балів

Астенія: _____ балів

Істеричний тип реагування: _____ балів

Обсесивно-фобічні розлади: _____ балів

Вегетативні порушення: _____ балів

3. Опитувальник якості життя SF-36:

Фізичне функціонування: _____ балів

Рольове фізичне функціонування: _____ балів

Інтенсивність болю: _____ балів

Загальне здоров'я: _____ балів

Життєздатність: _____ балів

Соціальне функціонування: _____ балів

Рольове емоційне функціонування: _____ балів

Психічне здоров'я: _____ балів

4. Методика емоційного вигорання:

Фаза напруження: _____ балів (не сформована / формується / сформована)

Фаза резистенції: _____ балів (не сформована / формується / сформована)

Фаза виснаження: _____ балів (не сформована / формується / сформована)

5. Шкала базових переконань:

Доброзичливість світу: _____ балів

Осмисленість світу: _____ балів

Власна цінність: _____ балів

Самоконтроль: _____ балів

Щастя: _____ балів

IV. Додаткові спостереження:

Підпис дослідника: _____ Дата: _____

Додаток В. Зведена таблиця первинних результатів дослідження

ЗВЕДЕНА ТАБЛИЦЯ ПЕРВИННИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Ко д	Стат ь	Ві к	Вид травми	IES -R	Тривожніс ть	Депрес ія	Астен ія	Якіс ть житт я	Базові перекона ня
00 1	Ж	34	Обстріли	38	18	16	15	45	2.8
00 2	М	42	Переселе ння	31	14	12	13	52	3.2
00 3	Ж	28	Втрата близьких	45	22	20	17	38	2.3
00 4	М	55	Руйнуван ня житла	36	17	14	12	48	2.9
00 5	Ж	39	Обстріли	40	19	17	16	43	2.6
00 6	Ж	31	Переселе ння	29	13	11	12	54	3.4
00 7	М	47	Втрата близьких	46	24	21	18	35	2.1
00 8	Ж	25	Обстріли	35	16	14	13	49	3.0
00 9	М	51	Руйнуван ня житла	37	18	15	13	46	2.7
01 0	Ж	44	Переселе ння	33	15	13	14	51	3.1
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
12 0	М	38	Обстріли	39	17	15	14	47	2.9

Примітка: наведені перші 10 рядків з 120. Повна таблиця містить всі 120 записів учасників дослідження.

Додаток Г. Тематичний план тренінгової програми

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ

"АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ"

БЛОК 1. СТАБІЛІЗАЦІЯ ТА БЕЗПЕКА (Заняття 1-4)

Заняття 1. "Знайомство та створення безпечного простору"

Тривалість: 2,5 години

Мета: встановлення довіри, створення групових правил, активізація ресурсів

Основні техніки:

Знайомство з іменами та очікуваннями (30 хв)

Створення "Карти ресурсів" - колаж сильних сторін (90 хв)

Медитація безпечного місця (20 хв)

Групове обговорення та зворотний зв'язок (30 хв)

Матеріали: журнали, клей, ножиці, кольоровий папір, маркери

Домашнє завдання: ведення щоденника відчуттів безпеки

Заняття 2. "Мова тіла"

Тривалість: 2,5 години

Мета: усвідомлення тілесних проявів емоцій, навчання релаксації

Основні техніки:

Розігрів "Скульптури емоцій" (20 хв)

Створення "Мапи тіла" - позначення зон напруги та комфорту (100 хв)

Техніки прогресивної релаксації (30 хв)

Обговорення досвіду (20 хв)

Матеріали: великі листи паперу, кольорові олівці, пастель

Домашнє завдання: щоденна практика релаксації

Заняття 3. "Мандала захисту"

Тривалість: 2,5 години

Мета: створення символу цілісності та захищеності

Основні техніки:

Медитація-візуалізація "Коло захисту" (20 хв)

Створення персональної мандали (110 хв)

Ритуал благословення мандал (20 хв)

Групова рефлексія (20 хв)

Матеріали: циркулі, кольорові олівці, фарби, природні матеріали

Домашнє завдання: розміщення мандали у безпечному місці

Заняття 4. "Скринька безпеки"

Тривалість: 2,5 години

Мета: створення контейнера для важливих спогадів та відчуттів

Основні техніки:

Вправа "Що мене підтримує" (30 хв)

Декорування особистої скриньки (100 хв)

Ритуал наповнення скриньки (30 хв)

Планування використання скриньки (10 хв)

Матеріали: дерев'яні скриньки, акрилові фарби, декоративні елементи

Домашнє завдання: щоденне звернення до скриньки

БЛОК 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСВІДУ (Заняття 5-8)

Заняття 5. "Автопортрет: до і після"

Тривалість: 2,5 години

Мета: усвідомлення змін, що відбулися внаслідок травми

Основні техніки:

Медитація спогадів (15 хв)

Створення диптиха "Я до травми - Я зараз" (120 хв)

Діалог між двома образами (25 хв)

Інтеграція досвіду (10 хв)

Матеріали: холсти, акрилові фарби, пензлі, дзеркала

Домашнє завдання: лист собі з минулого

Заняття 6. "Погодний прогноз емоцій"

Тривалість: 2,5 години

Мета: дослідження емоційних станів через метафори

Основні техніки:

Вправа "Внутрішня погода" (20 хв)

Створення серії "погодних" малюнків (100 хв)

Складання емоційного прогнозу (30 хв)

Групове обговорення (20 хв)

Матеріали: акварельні фарби, губки, бризкалки, сіль

Домашнє завдання: щоденний емоційний прогноз

Заняття 7. "Міст між минулим та майбутнім"

Тривалість: 2,5 години

Мета: інтеграція травматичного досвіду з перспективою відновлення

Основні техніки:

Візуалізація "Подорож через міст" (25 хв)

Створення об'ємної моделі мосту (110 хв)

Церемонія переходу (25 хв)

Групова підтримка (10 хв)

Матеріали: картон, дерев'яні палички, клей, фарби, тканини

Домашнє завдання: щоденні кроки до майбутнього

Заняття 8. "Дерево підтримки"

Тривалість: 2,5 години

Мета: усвідомлення системи підтримки та взаємодопомоги

Основні техніки:

Вправа "Хто мене підтримує" (30 хв)

Спільне створення великого дерева (100 хв)

Додавання листя підтримки (30 хв)

Ритуал вдячності (10 хв)

Матеріали: великий лист паперу, фарби, справжнє листя, клей

Домашнє завдання: вдячність близьким людям

БЛОК 3. ТРАНСФОРМАЦІЯ (Заняття 9-12)

Заняття 9. "Маски емоцій"

Тривалість: 2,5 години

Мета: дослідження різних аспектів особистості

Основні техніки:

Вправа "Мої різні обличчя" (20 хв)

Виготовлення масок емоцій (110 хв)

Театр масок (30 хв)

Інтеграція образів (10 хв)

Матеріали: гіпсові заготовки, акрилові фарби, декор, еластичні стрічки

Домашнє завдання: діалог з масками

Заняття 10. "Скульптура підтримки"

Тривалість: 2,5 години

Мета: усвідомлення та зміцнення системи підтримки

Основні техніки:

Вправа "Карта стосунків" (30 хв)

Створення скульптурної композиції (100 хв)

Презентація робіт (30 хв)

Планування підтримки (10 хв)

Матеріали: глина, пластилін, дротяний каркас, фарби

Домашнє завдання: активізація підтримки

Заняття 11. "Історія відновлення"

Тривалість: 2,5 години

Мета: створення наративу власного відновлення

Основні техніки:

Вправа "Етапи шляху" (25 хв)

Створення ілюстрованої історії (110 хв)

Розповідь історій у парах (25 хв)

Групова галерея (10 хв)

Матеріали: альбоми, кольорові олівці, маркери, наклейки

Домашнє завдання: читання власної історії

Заняття 12. "Мурал надії"

Тривалість: 2,5 години

Мета: створення спільного образу майбутнього

Основні техніки:

Медитація "Світ наших мрій" (20 хв)

Спільне створення великого мурала (120 хв)

Церемонія відкриття мурала (30 хв)

Матеріали: великий лист паперу (3х2 м), акрилові фарби, пензлі

Домашнє завдання: фото біля мурала

БЛОК 4. ІНТЕГРАЦІЯ ТА ПЛАНУВАННЯ (Заняття 13-16)

Заняття 13. "Карта майбутнього"

Тривалість: 2,5 години

Мета: планування життєвих цілей та шляхів їх досягнення

Основні техніки:

Вправа "Мрії та цілі" (30 хв)

Створення візуальної карти майбутнього (100 хв)

Планування конкретних кроків (30 хв)

Взаємна підтримка планів (10 хв)

Матеріали: великі листи паперу, журнали, маркери, стікери

Домашнє завдання: перший крок до мети

Заняття 14. "Лист собі в майбутнє"

Тривалість: 2,5 години

Мета: створення послання майбутньому собі

Основні техніки:

Медитація "Зустріч з майбутнім собою" (25 хв)

Написання та оформлення листа (100 хв)

Церемонія запечаткування (30 хв)

Домовленості про відкриття (15 хв)

Матеріали: красивий папір, ручки, конверти, печатки, віск

Домашнє завдання: підготовка до завершення

Заняття 15. "Портфоліо сили"

Тривалість: 2,5 години

Мета: створення колекції досягнень та прогресу

Основні техніки:

Перегляд усіх творчих робіт (30 хв)

Створення портфоліо з коментарями (100 хв)

Презентація портфоліо (30 хв)

Планування використання (10 хв)

Матеріали: папки, фотоапарат, маркери, стікери

Домашнє завдання: показати портфоліо близьким

Заняття 16. "Випуск та нові починання"

Тривалість: 2,5 години

Мета: завершення програми та планування подальшої підтримки

Основні техніки:

Церемонія випуску (30 хв)

Презентація творчих робіт для гостей (60 хв)

Обмін контактами та планування зустрічей (30 хв)

Урочисте завершення (30 хв)

Матеріали: сертифікати, подарункова упаковка для робіт

Рекомендації для подальшої самостійної роботи

Додаток Д. Приклади арт-терапевтичних технік

ТЕХНІКА "КАРТА РЕСУРСІВ"

Мета: активізація внутрішніх ресурсів та сильних сторін особистості

Час виконання: 60-90 хвилин

Матеріали: великий лист паперу (А3), журнали, фотографії, кольоровий папір, клей, ножиці, маркери

Інструкція:

Створіть на листі паперу контур континенту або острова

Подумайте про свої сильні сторони, таланти, досягнення, підтримуючих людей

Знайдіть у журналах зображення та слова, що символізують ваші ресурси

Розмістіть їх на "карті" як міста, річки, гори тощо

Додайте власні малюнки та написи

Створіть легенду карти з поясненнями символів

Терапевтичний ефект: підвищення самооцінки, усвідомлення власних можливостей, зміщення фокусу з проблем на ресурси

ТЕХНІКА "МАПА ТІЛА"

Мета: усвідомлення зв'язку між емоціями та тілесними відчуттями

Час виконання: 45-60 хвилин

Матеріали: великий лист паперу, кольорові олівці, пастель

Інструкція:

Намалюйте контур людської фігури в повний зріст

Закрийте очі та уважно прислухайтеся до свого тіла

Позначте різними кольорами:

Червоним - зони напруги, болю

Синім - зони холоду, оніміння

Жовтим - зони тепла, комфорту

Зеленим - зони енергії, сили

Додайте символи та образи для опису відчуттів

Напишіть слова-асоціації поруч із зонами

Терапевтичний ефект: розвиток тілесної усвідомленості, зниження соматичної тривоги

ТЕХНІКА "МАНДАЛА ЗАХИСТУ"

Мета: створення символу цілісності та внутрішньої захищеності

Час виконання: 90-120 хвилин

Матеріали: циркуль, лінійка, кольорові олівці, фарби, природні матеріали

Інструкція:

Намалуйте коло діаметром 20-25 см

Поділіть його на сектори (4, 6, 8 або 12)

У центрі помістіть символ, що означає ваше "я"

Заповніть сектори образами, що асоціюються із захистом

Використовуйте симетричні візерунки та орнаменти

Можна додати природні матеріали (листя, пелюстки)

Терапевтичний ефект: зниження тривоги, відновлення відчуття цілісності, медитативний ефект

ТЕХНІКА "ПОГОДНИЙ ПРОГНОЗ ЕМОЦІЙ"

Мета: дослідження та нормалізація емоційних станів

Час виконання: 60-75 хвилин

Матеріали: акварельні фарби, пензлі, губки, сіль, брызгалки

Інструкція:

Подумайте про свій емоційний стан як про погоду

Намалуйте серію з 4-6 "погодних" картин:

Теперішня "погода" ваших емоцій

"Буря" - найважчі переживання

"Дощ" - смуток та слези

"Сонце" - радість та надія

"Веселка" - гармонія після бурі

Використовуйте різні техніки: розмивання, брызкання, додавання солі

Складіть "прогноз" на найближчі дні

Терапевтичний ефект: нормалізація емоційних переживань, розуміння тимчасовості станів

Додаток Е. Результати статистичного аналізу

ДЕСКРИПТИВНА СТАТИСТИКА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ

Показник	N	Min	Max	M	SD	Асиметрія	Експес
IES-R загальний	120	8	58	35.4	8.7	0.23	-0.45
Вторгнення	120	2	20	13.8	3.2	0.18	-0.31
Уникнення	120	1	18	11.2	2.9	0.31	-0.28
Гіперактивація	120	3	19	10.4	2.8	0.28	-0.33
Тривожність	120	5	28	16.8	4.2	0.15	-0.52
Депресія	120	3	26	14.3	3.8	0.22	-0.41
Астенія	120	4	24	13.7	3.5	0.19	-0.38
Вегетативні порушення	120	6	29	15.9	4.1	0.17	-0.46
Фізичне функціонування	120	32	95	68.4	12.3	-0.21	-0.33
Психічне здоров'я	120	18	72	41.7	9.2	0.34	-0.29
Соціальне функціонування	120	15	85	51.2	11.8	0.12	-0.44
Життєздатність	120	12	78	43.6	8.7	0.28	-0.31

КОРЕЛЯЦІЙНА МАТРИЦЯ ОСНОВНИХ ЗМІННИХ

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. IES-R загальний	1.00							
2. Тривожність	.74**	1.00						
3. Депресія	.68**	.72**	1.00					
4. Психічне здоров'я	-.62* *	-.69* *	-.78* *	1.00				
5. Соціальне функціонування	-.48* *	-.52* *	-.61* *	.71**	1.00			
6. Доброзичливість світу	-.56* *	-.61* *	-.59* *	.64**	.58**	1.00		
7. Самоконтроль	-.51* *	-.58* *	-.55* *	.62**	.54**	.59**	1.00	
8. Щастя	-.59* *	-.63* *	-.71* *	.73**	.61**	.67**	.58**	1.00

Примітка: ** $p < 0.01$

ПОРІВНЯННЯ ГРУП ЗА ВИДАМИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

Одно факторний дисперсійний аналіз (ANOVA)

Показник	F	df	p	η^2
IES-R загальний	12.87	4,115	<.001	.31
Тривожність	8.94	4,115	<.001	.24
Депресія	11.23	4,115	<.001	.28
Психічне здоров'я	7.56	4,115	<.001	.21
Соціальне функціонування	6.78	4,115	<.001	.19

Доброзичливість світу	9.41	4,115	<.001	.25
-----------------------	------	-------	-------	-----

Post-hoc аналіз (тест Тукі) для IES-R загального балу:

Порівняння груп	Різниця середніх	SE	p
Втрата близьких - Обстріли	5.6*	1.8	.012
Втрата близьких - Переселення	12.2**	1.9	<.001
Втрата близьких - Руйнування житла	8.5**	2.3	.002
Обстріли - Переселення	6.6**	1.7	.001
Обстріли - Руйнування житла	2.9	2.1	.523
Переселення - Руйнування житла	-3.7	2.2	.342

* $p < .05$, ** $p < .01$

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ

Порівняння експериментальної та контрольної груп (t-тест для незалежних вибірок)

Претест (до програми):

Показник	Експериментальна (n=40)	Контрольна (n=38)	t	df	p
	M ± SD	M ± SD			
IES-R загальний	36.8 ± 8.2	37.2 ± 8.5	-0.21	76	.833
Тривожність	17.3 ± 4.2	17.1 ± 4.1	0.22	76	.827
Депресія	15.1 ± 3.8	14.9 ± 3.7	0.24	76	.811
Психічне здоров'я	40.8 ± 9.2	41.2 ± 9.4	-0.19	76	.849
Соціальне функціонування	49.7 ± 11.8	50.1 ± 11.9	-0.15	76	.881

Посттест (після програми):

Показник	Експериментальна (n=40)	Контрольна (n=38)	t	df	p	Cohen's d
	M ± SD	M ± SD				
IES-R загальний	24.3 ± 6.7	35.1 ± 8.1	-6.45	76	<.001	1.46
Тривожність	11.8 ± 3.6	16.2 ± 4.0	-5.23	76	<.001	1.18
Депресія	9.7 ± 3.2	14.1 ± 3.5	-5.89	76	<.001	1.33
Психічне здоров'я	58.3 ± 10.1	42.1 ± 9.2	7.41	76	<.001	1.67

Соціальне функціонування	67.2 ± 12.4	51.8 ± 11.6	5.63	76	<.001	1.27
--------------------------	-------------	-------------	------	----	-------	------

Аналіз динаміки в експериментальній групі (парний t-тест):

Показник	Претест-Посттест
	t
IES-R загальний	9.83
Тривожність	8.94
Депресія	9.12
Психічне здоров'я	-10.44
Соціальне функціонування	-8.76

ES - Effect Size (Cohen's d)

Додаток Ж. Зворотний зв'язок учасників програми
АНКЕТА ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГОВОЇ
ПРОГРАМИ

Загальна оцінка програми:

Дуже корисна: 25 осіб (62,5%)

Корисна: 12 осіб (30%)

Частково корисна: 3 особи (7,5%)

Малокорисна: 0 осіб (0%)

Некорисна: 0 осіб (0%)

Найбільш цінні аспекти програми:

Можливість висловити переживання через творчість - 35 осіб (87,5%)

Підтримка від інших учасників групи - 33 особи (82,5%)

Набуття нових навичок подолання стресу - 31 особа (77,5%)

Розуміння власних емоцій - 29 осіб (72,5%)

Відчуття безпеки у групі - 28 осіб (70%)

Можливість побачити свій прогрес - 26 осіб (65%)

Найскладніші аспекти програми:

Емоційна напруженість деяких сесій - 6 осіб (15%)

Труднощі з творчим самовираженням спочатку - 5 осіб (12,5%)

Недостатня тривалість деяких технік - 3 особи (7,5%)

Великий розмір групи - 2 особи (5%)

Неручний час проведення - 1 особа (2,5%)

ВИБІРКОВІ ВІДГУКИ УЧАСНИКІВ:

"Вперше за довгий час я відчула, що можу контролювати свої емоції. Малювання допомогло мені висловити те, що не могла сказати словами."
 (Учасниця К., 34 роки)

"Група стала для мене родиною. Ми разом проходили важкий шлях, і це дало мені сили йти далі." (Учасник В., 42 роки)

"Я навчився дивитися на свою травму по-іншому. Тепер я розумію, що це частина мого досвіду, але не вся моя історія." (Учасник О., 28 років)

"Мандала захисту досі висить у моїй кімнаті. Коли мені важко, я дивлюся на неї і пам'ятаю про свою силу." (Учасниця Л., 51 рік)

"Спочатку я не вірила, що малювання може допомогти. Але воно дійсно лікує душу." (Учасниця А., 39 років)