

Конкурсна робота

на тему:

**«ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ, ЯКІ
ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ»**

шифр: ОКУПОВАНИЙ ХЕРСОН

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ	6
1.1.ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО СПРИЙМАННЯ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ В ОКУПАЦІЇ	6
1.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНИХ ТА КОГНІТИВНИХ ЗМІН ПРИ ІНДИВІДУАЛЬНІЙ ТА КОЛЕКТИВНІЙ ТРАВМАХ	10
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ СФОРМОВАНOSTІ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ	14
2.1. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ СФОРМОВАНOSTІ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ	14
РОЗДІЛ 3. ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ	21
ВИСНОВКИ	27
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	29
ДОДАТКИ	35

ВСТУП

Окупація як травмуюча ситуація характеризується подвійністю - з одного боку несе загрозу, небезпеку, руйнування, виснаження для особистості, а з другого - апелює до стійкості, мужності, має можливості до конструктивних змін.

Окупація є неочікуваною, новою реальністю, принципово відрізняється від всіх типів травматичних ситуацій, адже прирівнюється до бойових воєнних ситуацій і висуває перед індивідом екзистенціальну дилему життя і смерті [40], на яку неможливо вплинути; супроводжується появою тріадичної структури «травма-адаптація-розвиток».

Окупація як надкризова воєнна подія, травмівна подія, яку людина сприймає як загрозу своєму життю або життю близьких або свідком яких стає, є вогнищем перш за все моральної шкоди [3], що зруйнувала звичне середовище життєвого устрою, соціальні відносини, вплинула на систему цінностей кожної особистості різного віку, призвела до травмівних втрат – загиблї близьких, домашніх господарств, розлукам із рідними, втрати роботи, друзів. Це супроводжувалося здебільшого відчаєм і відсутністю рівноваги й впевненості у завтрашньому дні. По суті окупація є психологічною екстремальною ситуацією, яка призводить до того, що переважна більшість переживших її мають травмівний стрес, елементи травми, травмівне горювання або посттравматичну стресову реакцію (далі по тексті ПТСР) як відстрочену або тривалу відповідь на стресову подію.

Особистості, які перебували в окупації, були максимально наближені до зони бойових дій та були свідками їх, тому більшість зазнали деструктивного психологічного впливу, що призводить до погіршення психологічного здоров'я. Стан напруги, страху, невпевненості в завтрашнім дні, тортури моральні й фізичні, які мали місце і свідками яких були дорослі й діти, значно погіршують ресурсний потенціал людини, якість стану

самозбереження, здатність опрацювання подій (адже досвіду, як діяти в таких умовах, жодна особистість на мала).

Важкість травматичних подій неможливо встановити в якомусь одному вимірі, тому ми означили гіпотезою нашого дослідження питання – чи у всіх осіб, які перебували в окупації, розвинеться посттравматичний стресовий розлад?

Метою даної роботи є на основі теоретичного аналізу досліджуваної проблеми вивчити травматичний досвід осіб, які перебували в окупації, визначити його особливості, емпірично дослідити поширеність посттравматичних розладів серед осіб дорослого віку.

На основі мети були поставлені наступні *завдання*:

1. Надати характеристику особливостей травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації.
2. Провести емпіричне дослідження посттравматичних реакцій в осіб, які перебували в окупації, використавши відповідні психологічні методики.
3. Підібрати психологічні методи опрацювання травматичного досвіду та його наслідків, методи самодопомоги, означити шляхи подолання впливу травматичного досвіду на особистість.

Об'єкт дослідження: травматичний досвід.

Предметом дослідження є особливості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених задач використовувалися теоретичні методи, такі як аналіз, систематизація, узагальнення наукової літератури з психології та соціології, інформаційних джерел; емпіричні - бесіда, опитування. Застосовано низку психодігностичних методик, а саме Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Місісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (варіант для цивільних), Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

Наукова новизна постає з актуальності теми та психологічної значущості проблеми, недостатнього ступеня її розкриття і тому визначення основних понять щодо травматичного досвіду осіб та травматизації спільнот, які зазнали досвід окупації, є необхідним важелем в розкритті ключових компонентів механізмів подолання травми та процесів адаптації у осіб, які перебували в окупації.

Практичне значення результатів та означені шляхи подолання психологічних наслідків травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації, можуть бути використані з метою удосконалення та підвищення ефективності роботи спеціалістів у сфері психології, соціології, центрах надання психологічної підтримки.

Дана робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, що розміщені на 27 сторінках; списку використаних джерел – 49 найменувань, додатків - 4, таблиць - 4. Загальний обсяг роботи – 52 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ

1.1. Особливості особистісного сприймання та поведінкових реакцій травматичного досвіду осіб в окупації

Реалії окупації в ситуації межової лінії «життя-смерть» - надзвичайна ситуація, ситуація невизначеності, яка вимагає від особистості надзвичайних здібностей звичайних людей.

Ситуацію невизначеності можна розглядати амбівалентно: як стан людини, її внутрішні переживання, або в руслі особливостей реагування та поведінки особистості в умовах невизначеності [11]. На адекватний вибір стратегії поведінки у ситуації невизначеності, з точки зору Дж. Пеннікук, впливає здатність особистості до оцінки ситуації [33]. Така оцінка багато в чому залежить від впевненості людини у власному контролі над ситуацією та можливістю її зміни, характеріологічних особливостей, сили «Я», типу нервової системи, віку й зрілості, когнітивної системи.

Військова окупація і загалом військові дії в Україні змусили психологів екстрено досліджувати тему соціально-психологічної реабілітації постраждалих. Безперечно, найбільшого травматичного впливу зазнають військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях безпосередньо, проте значний прошарок населення, що постраждав внаслідок окупації безперечно отримав стан травматизації і підвищеної фізичної та психологічної напруги.

Особистості, які перебували в окупації, були максимально наближені до зони бойових дій та були свідками їх, тому більшість зазнали деструктивного психологічного впливу, що призводить до погіршення психологічного здоров'я. Стан напруги, страху, невпевненості в завтрашнім дні, тортури моральні й фізичні, які мали місце і свідками яких були дорослі й діти, значно погіршують ресурсний потенціал людини, якість стану

самозбереження, здатність опрацювання подій (адже досвіду, як діяти в таких умовах, жодна особистість на мала).

Особистісне сприймання і реакції на окупацію як надзвичайну екстремальну для психіки ситуацію, віддалені або можливі наслідки варто розмежувати:

1. Процес нормального переживання психологічної травматизації через події окупації тими, хто вижив - тобто процес переживання травми, який веде до відновлення після неї;
2. Процес патологічний – такий, що веде до розвитку різноманітних патологічних станів, змін, хронічним порушенням;
3. Реакції на стрес та порушення адаптації (гостра реакція, ПТСР, тривожна, депресивна реакції);
4. Розлади психіки і поведінки внаслідок надмірного вживання алкоголю;
5. Окремі випадки органічних розладів, астенізація пригнічених станів.

Психологічна травма – це страждання безсилим [12]. У момент травми жертва стає безпорадною під дією непереборних сил. Коли це сили природи, тоді мова йде про стихійні лиха, коли ж джерелом цих сил є інші люди – говоримо про злочини. Травматичні події перевантажують безпекову систему настільки, що є ризик втрати відчуття самоконтролю, зв'язків із оточуючим, сенсів.

Травмована людина може переживати сильні емоції, але не мати чітких спогадів, або ж може пам'ятати все у подробицях, однак без емоцій. Вона також може перебувати у стані постійної настороженості та дратівливості, якого не може собі пояснити. Травматичні симптоми схильні відокремлюватися від свого джерела і жити своїм життям [43]. Така фрагментація, коли травма розриває на частини систему самозахисту, яка в нормальному стані функціонує злагоджено, є основою історичних спостережень за посттравматичним стресовим розладом.

Окремо слід зазначити про психологічний стан в умовах окупації фахівців, які знаходилися в атмосфері надемоційного перенавантаження у

процесі надання професійної допомоги – лікарі, священники, юристи, психотерапевти, соціальні працівники, волонтери. На загальну стресову напругу, завищені вимоги до власних сил і ресурсів накладалися вимоги виконання своєї роботи задля збереження і власного життя, і життя близьких, і життя тих, хто потребував їхньої професійної допомоги. Відомі не поодинокі випадки, коли лікарі під дулом автомата змушені були надавати допомогу і окупантам. Без жодної можливості запобігти цьому, відчуваючи власну безпорадність. Ці обставини схожі з видом шокової травми «Я-винуватець» [24] і які зачасту супроводжуються класичними симптомами посттравматичного стресового розладу – повторне переживання у спогадах травматичних подій, уникнення думок, які можуть бути пов'язані з травматичною подією, постійне збудження, фізіологічні розлади, втрата стабільності, і як наслідок – зниження порогу саморегуляції, часткова відмова від певних видів діяльності або спілкування з людьми [26]. Меншою мірою серед цієї категорії особистостей спостерігаються патологічні хронічні зміни, в знаки дається професіоналізм та стійкість характеру, завдяки чому вистачає внутрішніх ресурсів для контролю свого психоемоційного стану.

Травматична ситуація спричиняє кризу, кожна криза має два шляхи розвитку: зростання (переосмислення та означення шляхів для відновлення психологічного стану) або регрес (застрягання в кризовому стані). Посттравматичний процес залежить від особистих особливостей особистості, індивідуальних відмінностей психіки, власного преморбиду (можливі нетипові реакції на стресові та травматичні події). Щоб відбулося зростання, потрібен власний ресурс, сила волі та/або зовнішні умови стабільності, підтримка, час.

Згідно з опитуваннями, доповідями-презентаціями та чисельними спостереженнями, які проводили, зокрема, Рада волонтерів при Міністерстві оборони України, Волонтерська психологічна служба ГО «РЦ Св.Павла» (м.Одеса), проєкт «Родинне коло Харківщини» в рамках конференції «Робота з травмами війни: Український досвід» надважливішою профілактикою

зادля збереження психіки і здорового відновлення після окупації є усвідомлення можливої травматизації і її проявів, турбота про себе та зниження рівню стресу завдяки вмінню консолідації власних ресурсів, допомога сім'ї, трансформація негативних переконань щодо свого травматичного досвіду і почуття відчаю у прагнення віднайти сенс у подальшому житті, адаптивні копінг-стратегії, що підвищують можливість особистості успішно пережити негативний досвід і спрямувати саму особистість на майбутнє [37]. Важливим також є опора на внутрішню мотивацію у власних діях.

Серед характеристик особистості, що сприяють успішному переживанню травматичних ситуацій, зокрема, виділяють життєстійкість, позитивне самоставлення, осмисленість світу навколо, вміння контролювати власні емоції, зрілий світогляд [2].

Серед реакцій на стресові та травматичні події окупації спостерігається також злість та спонтанні вибухи гніву. Злість, яка контейнерувалася під час окупації, коли емоції мали чорно-біле забарвлення і процес регуляції злості був порушений через надемоційне навантаження психіки і збудження автономної нервової системи – як наслідок провокує агресивну поведінку особистості. На той період злість мала захисну функцію: як своєрідний блокпост, який не пускає небезпеку, не дає негативним емоціям пройти крізь психіку [27].

Для кожної особистості, яка перебувала в окупації, зазнала втрати, а здебільшого чисельні - процеси горювання особливі і часом не вписуються в алгоритми, описані американськими чи європейськими психологами. Втрати часів окупації відрізняються неприродністю і жахом війни (розірвані тіла, неможливість опізнання та поховання, безвісті зниклі), чисельним навантаженням на психіку однієї людини (особисті втрати накладалися на втрати людей як свідків горя інших), надважкий процес примірення із втратою, а через це і затягнутий у часі внутрішній процес запуску усвідомлення сенсу втрати.

1.2. Характеристика фізичних та когнітивних змін при індивідуальній та колективній травмах

Подолання наслідків трагічних подій в Україні потребує її осмислення як травми у поєднанні з соціальною відповідальністю колективної і, передусім, політичної дії.

З одного боку, чим більший розрив між звичною організованістю середовища і умовами, викликаними травматичними подіями (тобто, чим сильніший шок), тим сильніший вплив травми; з іншого – чим глибше травма зачіпає ядро колективного порядку – сферу базових цінностей, правил, центральних очікувань, – тим сильніше вона відчувається [29]. В свою чергу, травматичний досвід завжди спирається на приватну особу, а індивідуум завжди співвідносить себе з ситуацією в суспільстві. Отже, потрібні зустрічні та взаємообумовлені стратегії опанування травми як на індивідуальному, так і на колективному рівнях.

За різними соціально-психологічними дослідженнями 2015 року серед жителів Криму, які пережили окупацію та змогли виїхати на неокуповану територію України, які проводились шляхом інтерв'ю, кримчане мали значні психологічні труднощі, такі як підвищена тривожність, розпач, розлади загального самопочуття [15]. Наслідками насильницького політичного конфлікту 2014 року стали травми психічного здоров'я для більшості громадян України, які вимушено опинилися на окупованих територіях на сході країни та в Криму.

Дослідження, проведені в перший рік повномасштабного вторгнення у 2022 році, серед осіб, які перебували в окупованих містах і селищах (Харківська, Сумська, Київська, Херсонська області) виявили множинні психічні реакції на горе та втрату, виражені симптоми посттравматичного синдрому, збудження, негативні зміни в емоціях та переконаннях. Травмівними подіями були жахи окупації: тортури, приниження перед іншими людьми, бачити померлих людей на вулицях чи в будинках (86,36%

опитаних), смерть членів родини (94,44%), смерть домашніх тварин (88,89%), бути свідками зґвалтування чи інших видів насильства (77,65%), зруйнований будинок, відокремленість від членів сім'ї [23].

Через надмірну стимуляцію всіх органів чуття травматичні події настільки наповнені стресом, що їхній вплив перевантажує звичні стратегії подолання стресу. Як наслідок – травматичні симптоми - дезадаптація, дисонанс через порушення усталених умов життєдіяльності, криза ідентичності, синдром небезпеки, недовіри, трансмісивність (деструктивна поведінка, злість, розлади настрою, невпевненість в собі, злість, тривога, почуття провини) [30].

Проблеми різного характеру, які виникли у херсонців, наприклад, під час та після окупації, що були описані у висновках Всеукраїнської зустрічі представників волонтерського руху та громадських організацій щодо надання психологічної підтримки сімей, які виїхали з Херсону до Одеси, загалом наступні: 47,4 % – безсоння різного типу, 50,2 % – дратівливість, 28,9 % – неконтрольована агресія, 42,1 % – регулярні головні болі, 31,6 % – відчуття безсилля та втомлюваність, 15,8 % – розлади харчової поведінки (здебільшого «заїдання»), 20,3 % – інші проблеми (серед яких надмірне тютюнопаління, вживання, алкоголю). Побажаннями щодо покращення стану здоров'я опитуваними називалися налагодити сон - 42,1%, 71,1 % – відновити сили, 55,3 % – мати можливість проаналізувати власну життєву ситуацію, 52,6 % – переключитися [11].

Ситуація небезпеки, непередбачуваності травмує психіку цілих мас населення, виснажує, робить психіку вразливою до всього. Емоції та почуття, що викликані війною, сильно перевищують норми, характерні для мирного життя. Мова ведеться вже про колективну травматизацію населення. Ця тема актуальна для України, починаючи з російського вторгнення у 2014 році, а від початку повномасштабної війни 24 лютого 2022 року – надактуальна, тому що суспільство наше травмовано війною не лише там, де передова, а й

по всій країні, бо немає цілком безпечного клаптика української землі і немає байдужих.

Чинники, від яких залежить сила колективної травматизації, можна об'єднати за наступними принципами: значущість, переживання, активність, справедливість. Вони мають подвійний вектор – і в сторону посилення травматизації і в бік зцілення. Масштабність трагедії, відсутність попереднього досвіду подібних подій – причина більшої травми, а значущість суспільної боротьби може цю травму полегшувати, відновлення справедливості може бути цілющим.

Опанування колективної травми («колективний коупінг», за визначенням П. Штомпки) як дискурсу потребує колективної інтерпретації та символічного виробництва, які дозволять пом'якшити психотравмуючий вплив та винайти засоби колективного психологічного зцілення [45].

Протидіяти травмі, полегшувати її може висока активність людей, а блокування переживань і активності – навпаки, посилювати травматизацію.

Протягом історії людство використовувало такі засоби зцілення та опрацювання колективних травм як окультурювання й ретуалізацію [8].

Серед шляхів подолання колективної травми можна означити створення героїчного епосу: фільми, театральні вистави, пісенна творчість. До слова, у 2015–16 роках українські журналісти досліджували чим цікавляться і як реагують люди на травматичні події і виявили найпопулярнішу книжку - “На західному фронті без змін” Е. М. Ремарка [21]. Людям цікаво, як інші переживали війну, як давали собі раду. Серед українських епічних творів, що оспівують героїчні події – “Плач Ярославни”, твори й думи Т.Г.Шевченка, Лесі Українки, які дають змогу відреагувати і відсумувати.

Всі напрямки і види мистецтва, як-то музичні твори, театральні вистави, пісні, живопис, а також безліч прикладних форм і жанрів мистецтва є потужним засобом окультурення колективної травми. Зцілювального

потенціалу має додавати реалізація принципу переживання, щоб твори мистецтва допомагали катарсичному виходу всіх переживань [8].

Травмівні події містять амбівалентність: трагедія – героїка і в цьому має спостерігатися певний баланс і позитивний суспільний досвід, як-то оплакування трагічних подій і оспівування героїки [7]. Мистецтво має мати терапевтичний потенціал, в ньому закладаються оптимізм і віра, інакше воно не виконає свою функцію гуманізму.

З плином часу сила колективної травми все-таки слабшатиме, адже гострота переживань знижується і відбуватиметься поступове полегшення страждань. Утім, травматичні події однаково даватимуться взнаки і наслідки можуть закріплюватися в особливостях національного характеру та колективної ідентичності.

Кожна людина по-різному реагує на зовнішній стресор. В цьому проявляється її індивідуальність. Особи, які перебували в окупації і зазнали травмівного досвіду, відчували непомірну тривогу, стрес, страх, горе, провину, гнів, але це не обов'язково означає, що всі мають посттравматичний стресовий розлад. Особистісні особливості найтіснішим чином пов'язані з формою реагування на стресор і ймовірністю розвитку негативних наслідків. Жахи війни впливають на їх учасників не лише своєю інтенсивністю, а й повторюваністю: травми йдуть одна за одною, так що людина не має часу «прийти до тями».

Серед цивільних осіб, хто перебував в окупації або в зоні бойових дій, поширеність ПТСР навіть більша, ніж у військових [42]. Примітним у цьому контексті є дослідження, проведене A.Eytan et.al (2004) на вибірці з 12900 сімей із Косово. Після їх обстеження за допомогою Міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю, Шкали медичних станів та Гарвардського опитувальника з травми, Опитувальника Бека для оцінки депресії (BDI) було встановлено, що розповсюдження ПТСР та супутніх психічних розладів серед них становила 23%, тобто розлад спостерігався у кожного четвертого [20].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ СФОРМОВАНOSTІ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ОКУПАЦІЇ

2.1. Результати емпіричного дослідження закономірностей сформованості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації

Дослідження закономірностей сформованості травматичного досвіду осіб, які перебували в окупації, проводилося із 03.08.2023 до 14.10.2023 року в режимі онлайн за допомогою сервісу «Google Форми» та особистих зустрічах.

Група досліджуваних складалася з 60 осіб дорослого віку, 40 із яких – особи, які перебували в окупації міста Херсона вісім місяців, 20 – які не мали досвіду перебування в окупації. Учасниками дослідження є як чоловіки, так і жінки, переважає вік від 36 до 49 років, досліджувані в своїй більшості мають постійне місце роботи.

Було використано наступні методики:

- госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)
- Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (варіант для цивільних)
- Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптована Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак).

Переваги Госпітальної шкали у простоті її застосування та обробки, її використання дозволило нам зробити скринінг двох розладів та ступінь тяжкості – тривоги і депресії. Місісіпська шкала була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних реакцій у ветеранів бойових дій, а згодом її варіант адаптовано й для цивільних осіб, які стали свідками або учасниками надзвичайних ситуацій різного характеру, отже цілком обґрунтовано її використання у нашому дослідженні осіб, які перебували в окупації – ситуації надзвичайного екстремального характеру і максимально

наближеної до ситуації бойових дій. Методика Стабільність психічного здоров'я дала змогу оцінити частотність переживання особистостями ознак психологічного, соціального, суб'єктивного благополуччя і визначити важливі критерії як-то гедонічне благополуччя, пригнічення психічного стану чи помірний рівень, який відчували досліджувані, перебуваючи в умовах окупації.

За підсумками використання госпітальної шкали тривоги і депресії HADS у групі осіб, що мають досвід перебування в окупації, були отримані такі показники. Переважна більшість осіб, які перебували в окупації, продемонстрували домінування високих показників тривоги та депресії:

- серед 40 досліджених осіб – 48% (19 осіб) мають симптоми клінічно вираженої тривоги;
- 29% (12 осіб) - симптоми субклінічно вираженої тривоги;
- 25% (10 осіб) виявили показники клінічно вираженої депресії;
- 28% (11 осіб) – субклінічно вираженої депресії.

Це зумовлено тим, що дані досліджувані могли дуже важко переживати травматичний досвід повномасштабного воєнного вторгнення, відтак, у них дуже часто виникає зовні немотивована тривога, вони переживають флешбеки, себто повторне переживання травматичної події, учасниками або свідками якої вони були в окупації. Учасники дослідження достатньо гостро реагують на будь-які знаки чи символи, що нагадують їм про досвід травматизації, і навіть незначна вказівка на це здатна викликати в них депресивний стан.

Натомість, серед осіб, які не мають досвіду перебування в окупації, за цією методикою домінантними були низькі та середні показники. Ознак клінічної депресії не виявлено в жодного з досліджуваних (0%), показники субклінічної депресії виявили 5 осіб серед 20 досліджених, ознак клінічної та субклінічної тривоги виявлено у 6 осіб відповідно. Переважають показники норми: 70% досліджених (14 осіб з числа 20 опитаних) виявили

показники нормотивного рівня тривожності та 75% (15 осіб з числа 20 опитаних) – нормотивні показники рівня депресії.

Наступним етапом було опрацювання результатів опитування за застосованою у дослідженні методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (далі по тексту – Місісіпська шкала) у групах осіб, які перебували в окупації та контрольній групі осіб, які не мали травматичного досвіду окупації (таблиця 2.1.).

Таблиця 2.1.

Відсоткові результати дослідження за Місісіпською шкалою для оцінки ПТСР (цивільний варіант)

Групи	Вірогідність ПТСР		
	Низька	Середня	Висока
Особи, які перебували в окупації	55%	45%	0%
Контрольна група (особи, які не перебували в окупації)	80%	15%	5%

Середній рівень вірогідності розвитку ПТСР показало 45% опитаних. Результати знаходяться в інтервалі 86-105 балів і це означає, що особа має характерні для посттравматичного стресового розладу ознаки, але їх недостатньо для ствердження про ПТСР. У цих учасників дослідження болісні спогади з'являються лише тоді, коли їм про це цілеспрямовано нагадують.

Серед досліджуваних осіб, які перебували в окупації, жоден не має ознак посттравматичного розладу, натомість у контрольній групі осіб, які не зазнали травматичного досвіду окупації, одна особа (що складає 5% від загальної кількості респондентів) має високий показник – 105 і більше балів в інтерпретації результатів і можна діагностувати у досліджуваного посттравматичний стресовий розлад.

Основними симптомами ПТСР є: епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, надмірної пильності, ухилянням від діяльності, уникання спілкування з оточуючими, відсутність задоволення від життя.

Наступною методикою в дослідженні було застосовано опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма». Результати відсоткового аналізу методики «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» у досліджуваних, які перебували в окупації, та контрольній групі досліджуваних, які не мали травматичного досвіду окупації, представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати методики стабільності психічного здоров'я

№	Показник	Учасники опитування, які перебували в окупації в м.Херсоні	Контрольна група (учасники опитування, які не перебували в окупації)
1.	Процвітання (гедонічне благополуччя)	20 осіб (50%)	16 осіб (80%)
2.	Пригнічення	12 осіб (30%)	2 особи (10%)
3.	Помірний (задовільний) рівень	8 осіб (20%)	2 особи (10%)

Отже, під час опрацювання методики «Стабільність психічного здоров'я (коротка форма)» було виявлено незначні розбіжності між групою осіб, що мали досвід перебування в окупації, та контрольною групою осіб, які такого досвіду не мають. В обох групах домінує процвітання, гедонічне благополуччя, кожен день або майже кожен день досліджувані переживали симптоми позитивного функціонування: у 20 з 40 досліджуваних осіб, які перебували в окупації, та у 16 з 20 осіб, які не перебували в окупації. Значною мірою це можна пояснити інтегрованістю до соціуму, важливою частиною якого вони себе вважають, та сталими особистісними особливостями, впевненістю у сенсі життя, життєвим досвідом, важливістю зробити внесок для суспільства.

Наступними розрахунками виявлено статистично значимі різниці між групами за показниками тривожності і депресії (HADS A та HADS D), але не виявлено статистично значущої різниці між показниками Місісіпської шкали та Стабільності психічного здоров'я (суб'єктивного благополуччя).

Результати перевірки гіпотези із застосуванням t критерію Стюдента щодо наявності різниці у групах досліджуваних за показником тривожності методики госпітальної шкали тривоги та депресії HADS представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати перевірки гіпотези про достовірність різниці середніх на вибірках з розподілом, близьким до нормального, за допомогою t критерію Стюдента

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means							
			Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
опитувальник HADS A (тривожність)	Equal variances assumed							,900	1,299	4,901
	Equal variances not assumed			3,530	40,669	,001*	3,100	,878	1,326	4,874
опитувальник HADS D (депресія)	Equal variances assumed	,423	,518	2,333	58	,023	2,150	,922	,305	3,995
	Equal variances not assumed			2,478	44,801	,017	2,150	,868	,402	3,898
місісіпський опитувальник	Equal variances assumed	,119	,731	1,879	58	,065	6,075	3,232	-,395	12,545

Продовження таблиці 2.3

	Equal variances not assumed			1,856	36,880	,071	6,075	3,273	-,557	12,707
опитувальник психічного здоров'я	Equal variances assumed	1,237	,271	,026	58	,980	,075	2,931	-5,792	5,942
	Equal variances not assumed			,024	31,708	,981	,075	3,151	-6,345	6,495

*При $p \leq 0,05$

Наступним ми провели розрахунки достовірностей зв'язків між показником рангової кореляції Спірмена у групи досліджуваних, які перебували в окупації. Результати обчислень представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Достовірні зв'язки між показниками методик за показником рангової кореляції Спірмена у групи досліджуваних, які перебували в окупації

Correlations						
			опитувальник HADS A (тривожність)	опитувальник HADS D (депресія)	місісіпський опитувальник	Опитувальник суб'єктивного благополуччя
Spearman's rho	опитувальник HADS A (тривожність)	Correlation Coefficient	1,000	,710**	-,053	-,222
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,747	,169
	опитувальник HADS D (депресія)	Correlation Coefficient	,710**	1,000	,098	-,322*

Продовження таблиці 2.4

		Sig. (2-tailed)	,000	.	,548	,043
		N	40	40	40	40
	місісіпський опитувальник	Correlation Coefficient	-,053	,098	1,000	-,265
		Sig. (2-tailed)	,747	,548	.	,099
		N	40	40	40	40
	опитувальник стабільність психічного здоров'я	Correlation Coefficient	-,222	-,322*	-,265	1,000
		Sig. (2-tailed)	,169	,043	,099	.

*При $p \leq 0,01$ **При $p \leq 0,05$

Узагальнюючи, в результатах рангової кореляції Спірмена виявлені певні зв'язки між тривожністю, депресією та психологічним здоров'ям (суб'єктивним благополуччям). Ці результати можуть вказувати на важливі аспекти взаємозв'язків між психічним станом і суб'єктивним благополуччям у певних умовах окупації.

Психо-емоційний стан досліджуваних під час проведення нами дослідження виявив загалом успішно пропрацьований травматичний досвід та мобілізацію внутрішніх ресурсів.

РОЗДІЛ 3. ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

Проведене нами емпіричне дослідження дає змогу констатувати факт, що результат травми, яку отримали під час окупації в місті Херсон досліджувані, демонструє посттравматичне зростання. Емоційні реакції, які продемонстрували досліджувані, є нормальними на ненормальні обставини окупації. Підвищений рівень тривожності та виявлені симптоми депресії – прояв захисної функції психіки, але говорить про ослаблений психологічний імунітет. Окупація тривала майже дев'ять місяців, отже протягом такого довгого часу тривала тривога і нормально, що це може призвести до виснаження, а виснаження має різні наслідки – тривожні розлади, емоційні зриви, депресивні стани.

Відштовхуючись від критерію «Як я можу забезпечувати своє теперішнє функціонування» розуміємо, що якщо особистість може – вона контролює свої базові, необхідні для виживання й нормального психічного функціонування процеси. Тому треба пильнувати себе. Адаптація – процес повільний, крок за кроком, тому важливо навчитися проживати тривогу, не уникаючи її факту, навчитися «вмикати» захисні механізми психіки.

Одним із способів, направлених на боротьбу з тривогою та стресовими реакціями, на когнітивному рівні (на рівні думок) може бути ведення щоденника або записів. Ми запропонували це нашим досліджуваним, які перебували в окупації міста Херсон, та проживають там і нині. Першою функцією щоденника є впорядкування хаосу тривоги, адже гойдалки емоцій створюють багато хаотичних думок і важливо цей хаос упорядковувати [34]. Мова написання не важлива, рукописний текст чи набраний на комп'ютері – теж, головне – те, що в голові, виписується, виливається кудись, дає змогу оцінити і побачити зі сторони, дистанціюватися від своєї тривоги. Друга не менш важлива функція – оприлюднення своїх негативних, жахливих, потаємних думок, всього спектру емоцій. Можливість зізнатися собі, не контейнерувати в середині себе, опублікувати особисте. І врешті-решт,

описуючи свій травматичний досвід – дозволити собі емоції, які могли бути заборонені для самого себе під час отримання цього досвіду. Це і є третя функція щоденника – дозвіл собі на емоції. Все, що відчувалося на емоційному рівні, весь спектр реакцій, відчуттів можна дозволити собі описати, дозволяючи їм вивільнитися та відбутися.

Ведення записів дає змогу аналізувати, вмикати раціональне мислення, окрім емоціонального, оцінювати реалістичність впливу тих чи інших думок, страхів, обставин, називати й говорити про них, перевіряючи реальність на об'єктивність, а це перші кроки у боротьбі з тривогами.

Надстресове навантаження на психіку та проблеми різного характеру, які виникли у херсонців в окупації, загалом значно підвищили стан особистісної тривожності, фізіологічне збудження, відчуття втомлюваності, подекуди неспання різного типу.

Серед сучасних корегуючих та допоміжних методів подолання постстресових реакцій позитивні результати та покращення психоемоційного стану особистостей виявляють методи психологічної самодопомоги, техніки наративної терапії, арт-терапії та терапії творчістю (додаток С).

Основною метою наративної психологічної програми, яку нами розроблено, ми вбачаємо в створенні умов, що посприяють процесу реконструкції особистої історії періоду життя, в якому було отримано травматичний досвід окупації, і який досі відгукується тривожними думками, емоціями страху; покрокове створення кожним учасником нової особистої альтернативної історії [27].

Психологічна програма «Моя сила в моїй особистості».

Психологічна групова програма передбачає участь шести осіб та одного ведучого психолога.

Сесія 1 - знайомство з учасниками та екстерналізація.

Вітання всіх учасників, акцент на важливості психологічної безпеки та взаємоповаги в групі. Вступна частина. Наголошення та сподівання:

- розповідь про травматичний досвід – це особистий вибір і ніхто не зобов'язаний розкривати більше, ніж вважає за потрібне
- мета сьогоднішньої зустрічі – працювати над тим, щоб виокремити ваш досвід від того хто ви є сьогодні, розглядаючи досвід як щось зовнішнє, а не як ідентичність

Основна частина - робота з мисленням. Учасникам пропонується вправа «Лист до травми».

- Напишіть лист, в якому ви формально звертаєтесь до своєї травми, розповідаючи їй про свої почуття та враження. (Лист -це ваше особисте, тому не буде зачитуватися в групі).
- Психолог пропонує учасникам в окремому просторі поділитися своєю реакцією на вправу: які саме почуття викликало написання листа? чи виникли нові думки та відчуття під час написання листа?

Заклучна частина. Обговорюємо з учасниками перший крок. Акцентуємо на важливості когнітивної переоцінки, зміні глибоких переконань, турботі про себе, що основна проблема криється не в самих подіях, а в реакціях сприйняття їх.

Сесія 2. Опис своїх емоцій.

Вступна частина. Ведучий психолог нагадує про безпечність психологічного простору, висловлює повагу до індивідуальних темпів розкриття.

Основна частина. Мапа емоцій:

- Учасникам роздаються картки з різними емоційними станами, які могли бути пов'язані з періодом окупації (страху, тривоги, суму, розчарування, роздратування, агресивність, розпачу)
- Кожен обирає картку з емоцією, яка на його думку найбільше відповідає власним почуттям

- Коротка історія про обрану емоцію - коли саме ви її відчули найсильніше, як довго вона тривала, чи впливала ця емоція на фізичні відчуття.

Психолог допомагає учасникам глибше розібратися в своїх емоціях, задає додаткові питання «Як ви відчуваєте цю емоцію в своєму тілі?», «Чи є конкретні ситуації, які викликали цю емоцію?».

Заключна частина. Акцент на важливості розкриття своїх емоцій та процесу самовиявлення, генерації емоційних ресурсів.

Сесія 3. Уявіть, що ви письменник.

Вступна частина. Дискусія. Спробуємо розглянути своє життя як незавершену історію, яку ви можете переписати, фокусуючись на позитивних ресурсах та елементах. Розмірковуючи, намагайтесь визначити ключові моменти, які вам додавали наснаги та внутрішньої сили, навіть у контексті травматичних подій.

Основна частина. Індивідуальна робота.

- Протягом 30 хвилин учасникам пропонується написати свою нову роздуману історію
- Активне слухання та спільне обговорення результатів.
- Акцентуємо увагу на визначенні емоційно важливих моментів, позитивних ресурсах в історії кожного учасника (зв'язок з рідними, підтримка близьких чи друзів, наявність роботи, можливість підтримувати фізичну форму тощо)

Психолог пропонує учасникам використовувати невербальні сигнали підтримки. Щоб спрямувати увагу на позитивне, ведучий задає питання: «Які нові аспекти ви хочете виокремити в своїй переписаній історії?», «Чи є зміни у своїй історії, які можна розглядати як позитивне психологічне зростання?», «Які ресурси ви виявили в собі?»

Заключна частина. Висвітлення та підкреслення позитивних моментів в кожній історії.

Сесія 4. Новий наратив.

Вступна частина. Спрямовуємо учасників на перегляд своїх історій про травматичний досвід з нової перспективи його опрацювання, створення більш позитивного наративу.

Основна частина. Деконструкція негативних переконань, «внутрішнього критика». Спрямовання на альтернативні позитивні інтерпретації. Психолог пропонує пригадати фрагменти, які здавалися загубленими чи «виключеними» свідомо, та звернути увагу на те, що ці спогади можна окрасити по іншому, переосмислити, знайти новий спосіб їх розуміння.

Сесія 5. Власна сила.

Вступна частина. Учасникам пропонується вправа «Подяка за власну силу». Згадаємо ситуації, коли ви проявляли неймовірну витримку та силу, разом подякуємо собі за сильні сторони характеру, вміння концентруватися, здатність боротися зі стресами, виявляти життєстійкість.

Основна частина. Індивідуальна робота, вправа «Моя нова сила». Учасникам пропонується зосередитися на написанні нового наративу про своє зростання та силу духу й характеру, фокусуючись на нових перспективах сприйняття свого «Я», підкреслюючи афірмаціями.

Психолог допомагає створити афірмації сили та життєстійкості. Як приклад, наводячі наступні: «Я точно стаю ще сильнішим», «Я в безпеці зараз», «Я відновлююсь ефективно», «Мене підтримує Всесвіт і я не один», «Я вмію чинити опір викликам», «Я сильна особистість», «Те, що мене не зламало – робить сильнішим», «Що було – пройшло і я живу тут і зараз», «Вірю в себе», «Я не збираюсь здаватися», «Моя сила – в моїх діях» (приклади карток з афірмаціями «Ресурсність та стійкість» у додатку D).

Заключна частина. Психолог виявляє активну емпатію та підтримує нові наративи учасників, узагальнює підхід кожного учасника до переосмислення і бачення більше своєї внутрішньої сили та ресурсів, які раніше були невидимими; віри в психологічне благополуччя.

Психологічна програма наративної психотерапії направлена на допомогу в опрацюванні негативних емоційних реакцій на негативні зовнішні умови, формування нового наративу особистісної історії опрацювання травматичного досвіду – з «позбутися» на «прийняти» [2].

ВИСНОВКИ

Аналіз та узагальнення підходів щодо подолання травматичного досвіду в екстремальній ситуації, поведінки особистостей в ситуаціях надемоційного стресу та певного ставлення до них дає змогу зазначити, що продуктивна копінг-стратегія спрямовує спеціальну поведінку, що дає змогу впоратися зі стресом людини у травмуючій ситуації, адекватними особистісними особливостями і способами регулювати процеси емоційного переживання, коректувати самоконтроль, адаптуватися до надзвичайних вимог, уникнути або погасити стресову дію.

Мету дослідження досягнуто, поставлені задачі виконано. Нами розмежовано можливі та віддалені наслідки реакцій на травматичний досвід окупації.

З'ясовано, що більшість досліджуваних основної групи має характеристики високої соціальної адаптації (постійне місце роботи, наявні соціальні зв'язки в суспільстві). У приватних бесідах респонденти зазначали цей факт як один з ключових, що мав вагомий вплив на здатність до самоконтролю, можливість протистояти зовнішнім стресорам, згуртованість і соціальну підтримку один одного, відмічали також важливість виконання соціальних ролей попри неймовірні труднощі й загрози.

Спираючись на два основні шляхи розвитку кризового травматичного стану (зростання або регрес), беручи до уваги залежність посттравматичного процесу від особистих особливостей особистості, індивідуальних відмінностей психіки, власного премобіду, зовнішніх стресорів, підібрали методи й методики для власного емпіричного дослідження впливу травматичного досвіду на осіб, які перебували в окупації.

Нашим емпіричним дослідженням виявлено прояви клінічної та субклінічної тривоги і депресії у половини досліджуваних. Разом з тим, опрацювання Місісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій не виявило посттравматичного стресового розладу у досліджуваних. Це дає

підстави зробити висновок про достатньо високий адаптаційний потенціал та опірність травматичному стресу. Серед виявлених наслідків травматичного досвіду домінують неприємні емоції тривоги, страху, надмірної пильності; спектр фізичного дискомфорту – втома, розлади сну, фізіологічне напруження; загострення негативних думок і негативних очікувань. Разом з тим не виявлено андегонії (нездатність або заборона собі в отриманні задоволення від соціальних взаємодій), когнітивного зниження, почуття провини, унікаючої поведінки або соціальної ізоляції. Це цілком вказує на те, що психіка не в стадії апатії або відсторонення.

Результати емпіричного дослідження свідчать про успішне пропрацювання психікою травматичного досвіду, отриманого під час окупації.

Для успішного подолання наслідків травматичних стресогенних подій важливим є вибір успішних пристосувальних поведінкових стратегій, підвищення контролю власних емоцій, позитивне самоставлення, підтримка захисних механізмів та розвиток власного коупінгу і внутрішньої ресурсності. Нами донесено до досліджуваних, що

- адаптаційні реакції на травматичний досвід за тривалістю довші, ніж гострі стресові реакції
- постстресові реакції можуть спостерігатися у осіб будь-якого віку
- затяжна реакція тривоги або страху може призвести до сенсомоторних дисфункцій, дратуючої слабкості, депресивного стану
- неопрацьований травматичний стрес може призвести до серйозних наслідків для психічного здоров'я.

Нами сформовано психологічні рекомендації та техніки самодопомоги, які сприяють зниженню психоемоційної напруги, формуванню моделі позитивного самовідчуття, звільнення від негативних станів; розроблено терапевтичну наративну програму, яка направлена на корегування порушеного процесу самосприйняття та створення нового наративу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В.Г. Діагностика посттравматичних розладів: погляд на проблему // Медична психологія, бібліотека Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, 2016, №1
2. Біла І.І. Наративна психотерапія в роботі психолога. Київ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2012
3. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.
4. Вакулова О.А., Ходаніч Н.О. Посттравматичний стресовий розлад на фоні війни в Україні. Соціальні та екологічні технології: актуальні проблеми теорії і практики: матеріали XV інтернет-конференції (Київ, 24-26 січня 2023 року) / за заг. ред. В.І. Лисенка, Н.М. Сурядної. Одеса: Олді+, 2023. С. 51-53.
5. Вознесенська О.Л. Арт-терапія у подоланні психічної травми : практичний посібник / Олена Вознесенська, Марина Сидоркіна ; вид. 2-ге, випр. та доповн. – К. : Золоті ворота, 2015. 202 с.
6. Вознесенська О.Л. Ініціаційні техніки в арт-терапії. Наукові записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред.академіка С.Д. Максименка. Київ: Главник, 2005. Вип.26, в 4-х томах, том 1. С. 267-271
7. Горностаї П.П. Колективна травма та групова ідентичність. Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. Київ, 2012. С. 89–95
8. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збір наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2015. № 1. 390 с.
9. Гриневич Є.Г., Лінський І.В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в

- якісно відмінних континентах постраждалих // архів психіатрії. 2006. – Т.12. - №1-4
10. Джудіт Герман Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Д-р Дж. Герман; переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. – Львів: Видавництво старого Лева, 2022. 424 с.
 11. Жматій Т. Від захисних ілюзій – до розширення концепцій. *Матеріали конференції «У пошуках правди і людяності під час війни»*. Вид. Лешно, 2022
 12. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108–111
 13. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
 14. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу. Київ : УНДІССПН МОЗ України, 2014
 15. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. Ред. Н.І. Тавровецька – Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. 354 с.
 16. Католик Г., Корнієнко І. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. – Львів: Червона Калина, 2003. 192 с.
 17. Качмар Л. Травматичний стрес із психотерапевтичної перспективи. Київ: Видавництво «Крок», 2019
 18. Кейсельман (Дорожкін) В.Р. Червона квітка: повість військового часу. Українською мовою. Київ. 2020. 160 с.
 19. Кісь О. Колективна пам'ять та історична травма: теоретичні рефлексії на тлі жіночих спогадів про Голодомор. У пошуках власного голосу:

- Усна історія як теорія, метод та джерело. Харків: ПП «ТОРГСІН-ПЛЮС», 2010. С. 171–191
20. Козігора М.А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. № 97. С. 56–58
 21. Крайнюк В. Принципи та методи психологічної допомоги при посттравматичному стресі // *Вісник. Збірник наукових статей Київського міжнародного університету. Серія: Психологічні науки*. Випуск 6. – К.: КиМУ, 2005. С. 60-68
 22. Кудерміна О.І. Чинники здійснення психологічної допомоги та психологічної реабілітації учасників АТО в сучасних умовах // *Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XVI. – Част.8 – К.: 2018. С. 54*
 23. Кузікова С.Б., Зливков В.Л., Лукомська С.О. Вікові особливості переживання травм війни: інтегрований підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. №2. С. 64-70
 24. Литвиненко С.А. Психологія травми: трансгенераційний та феноменологічний аспекти. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. Вип. 4. С. 14-17
 25. Мартіна Мюллер. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук.ред. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.
 26. Мартинюк І.А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. 2015. Вип. 230. С. 276-282

27. Мілютіна К.Л., Гудир Д.В. Ефективність використання наративної терапії з метою підвищення резильєнтності молоді / Науковий журнал «Габітус». Вип. 44. 2022.
DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.5>
28. Надзвичайні ситуації в сучасних умовах. Класифікація. URL: pidruchniki.com/1246122050818/bzhd/nadzvichayni_situatsiyi_suchasnih_umovah
29. Наугольник Л. Психологія стресу: підручник. – Л.: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
30. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій. К. : НАВС, 2013. 179 с.
31. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Вінниця : Міленіум, 2007. 295 с.
32. Олефір В.О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія.* 2011. №47. С. 168-172
33. Островська К.О. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в соціальному просторі / К.О. Островська // *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка*, 2018. Випуск 40. С. 295-306
34. Пітер А. Левін Зцілення від травми. Новаторська програма з відновлення мудрості тіла – Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
35. Простір арт-терапії: ресурси зцілення: Матеріали XI міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (м.Київ, 3-4 квітня 2014 р.) / за наук.ред. А.П. Чуприкова, Л.А. Найдьонової, О.А. Бреусенка-Кузнєцова, О.Л. Вознесенської, О.М. Скар. Київ: Золоті ворота, 2014. 198 с.

36. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко; за ред. З.Г. Кісарчук. – Київ : ТОВ “Видавництво “Логос”. 207 с.
37. Робота з травмами війни. *Український досвід : матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 28–31 березня 2018 р.) / [за наук. ред. Л.А. Найдьонової, О.Л. Вознесенської, В.В. Савінова]. – К. : Золоті ворота, 2018. 170 с.
38. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*, 2012. С. 30-37
39. Сердюк Л.З. Психологічні технології сприяння психологічному благополуччю особистості: методичні рекомендації / Л.З. Сердюк, Г.В. Чайка, О.А. Чиханцова ; за ред. Л.З. Сердюк. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 68с. ISBN 978-617-8116-08-8
40. Станчишин В. Емоційні гойдалки війни. Роздуми психотерапевта про війну. К.:Віхола, 2022
41. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. – Вид. Віхола. 2020. 540 с.
42. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія / Т.М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс ЛТД, 2018. 160 с.
43. Чабан Г.В. Довіра і характеристики, що сприяють успішному переживанню травматичних ситуацій // *Науковий вісник Херсонського державного університету* // Серія «Психологічні науки», 2023. №1
44. Чепелєва Н.В, Смульсон М.Л., Шиловська О.М., Гуцол С.Ю. Наративні психотехнології (Серія «Психол. інструментарій») // за заг. ред. Чепелєвої Н.В - К.: Главник, 2007. 144 с.

45. Штомпка П. Соціальна зміна як травма. *Соціологічні дослідження*. 2001. №1. С. 6–16.
46. Взаємозв'язок емоційної стійкості та міжособистісних взаємин: статеві-віковий аспект. Галина Чайка // *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. №1. 2023
<https://orcid.org/0000-0001-7799-1314>
 DOI:<http://doi.org/10.32999/KSU2312-3206/2023-1-1>
47. Ellen Vora M.D. *The Anatomy of Anxiety*. Publisher Harper, 2022. 346 p.
48. N.C. Andreasen. Posttraumatic Stress Disorder, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed., ed. H.J. Kaplan and B.J. Sadock
49. Frost A., Boyle P., Autier P.et.al. (2017) The effect of explosive remnants of war on global public health: a systematic mixed-studies review using narrative synthesis. *The Lancet Public Health*, 2(6): e286 - e296

ДОДАТКИ
ДОДАТОК А
Сертифікат з апробації

ДОДАТОК В

Опис, бланки опитувальників та критерії інтерпретації методик, використаних в дослідженні.

1. Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS.

Бланк шкали видається для самостійного заповнення та супроводжується інструкцією наступного змісту: «Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні багатьох захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розташовані в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною».

Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога”- англійською anxiety – непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 та “депресія” – depression – парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації виразності ознаки та кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Результати інтерпретуються наступним чином:

- 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);
- 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
- 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, що найчастіше зустрічаються, і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination та особистому клінічному досвіді авторів та відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Бланк опитувальника

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

Стать, вік, ім'я (за бажанням) _____

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5. Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6. Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7. Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10. Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13. У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

2. Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу – найпростіша із «клінічних» методів діагностики. Українською мовою методика адаптована кандидатом медичних наук Д.М.Болотовим. Опитувальник Місісіпської шкали у цивільному варіанті складається з 39 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Р.Ліккерта. Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів з усіх тверджень. Підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду (розлад адаптації). Вміщені в опитувальнику пункти входять до 4 категорій, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникнення, 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності.

Призначена методика лише для дорослих і містить твердження, в яких узагальнений різноманітний досвід людей, які пережили тяжкі, екстремальні події та ситуації. Тестування за Місісіпською шкалою можна проводити як в групі, так і індивідуально.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони правильні для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал). Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травматичного досвіду.

Низький (норма)	< 89
Середній (невротичні розлади)	89 –105
Високий (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження)	> 105

Бланк опитувальника

Інструкція. Нижче наводяться твердження, в яких узагальнений різноманітний досвід людей, які пережили тяжкі, екстремальні події та ситуації. Під кожним твердженням наводиться шкала від 1 до 5. Обведіть колом вибраний вами номер відповіді, яка найкраще описує ваші почуття. Якщо у вас виникнуть питання, звертайтеся за роз'ясненням до експериментатора.

Стать, вік, ім'я (за бажанням) _____

1. В минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
2. У мене немає почуття провини за те, що я	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5

робив в минулому					
3. Якщо хтось виведе мене із терпіння, то скоріше за все, я не стримаюсь (застосую фізичну силу)	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги і робить мені боляче	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
5. Люди, які добре мене знають, бояться мене	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
6. Я здатен вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
7. Мені сняться в ночі жахіття про те, що було зі мною реально в минулому	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
8. Коли я думаю про деякі речі, які	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5

я робив в минулому, мені просто не хочеться жити					
9. Ззовні я виглядаю бездушним	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише тоді, коли потрібно вставати	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я досі ще живий, в той час як інші вже померли	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
13. В певних ситуаціях я відчуваю себе так, нібито я повернувся у минуле	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся прокидаюся в	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
холодному поту і заставляю себе більше не спати					

15. Я відчуваю, що більше не можу	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
16. Речі, які в інших людей викликають сміх або сльози, мене не зачіпають	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
17. Мене так само тішать ті ж речі, що і раніше	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
19. Я виявив, що мені не важко працювати	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
20. Мені важко зосередитись	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
21. Я безпричини плачу	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
22. Мені подобається бути в колі інших людей	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
24. Я легко засинаю	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5

25. Від раптового шуму я сильно От несподіванного шуму я сильно здригаюся	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї не розуміють, що я відчуваю	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
28. Я відчуваю, що про деякі речі, які я робив в минулому, я ніколи не зможу розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
29. Іноколи я вживаю алкоголь (наркотики або снодійне), щоб допомогти собі заснути або забути	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5

про ті речі, які трапились зі мною в минулому					
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю у натовпі	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
31. Я втрачаю самоконтроль і «вибухаю» через дрібниці	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
32. Я боюсь засинати	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
33. Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалось зі мною в минулому	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5
34. Моя пам'ять так само добра, як і раніше	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть до близьких людей	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
36. Часом я раптово поводжу себе	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5

або почуваю так, як нібито те, що було зі мною в минулому відбувається знову					
37. Я не можу згадати деяких речей, які відбулися зі мною в минулому	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
38. Я дуже насторожений більшу частину часу	Абсолютно не вірно 1	Відносно вірно 2	В певній мірі вірно 3	Вірно 4	Абсолютно вірно 5
39. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серце биття і я весь тремчу та покриваюсь потом, у мене крутиться голова, і я практично втрачаю свідомість	Ніколи 1	Рідко 2	Іноді 3	Часто 4	Завжди 5

3. Методика «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»

описується як «таке розуміння психічного здоров'я, що базується на уявленні, згідно з яким психічно здорові індивіди не тільки не мають психічних розладів, але і відчують задоволення від життя, демонструють ознаки позитивного функціонування, тобто вважають себе психологічно благополучними й соціально адаптованими».

Україномовна адаптація опитувальника «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF-UA) здійснена Е.Л. Носенко, А.Г.Четверик-Бурчак. Цей опитувальник включає 14 питань, які входять до 3 шкал: суб'єктивного, соціального та психологічного благополуччя.

Шкала суб'єктивного благополуччя дає можливість діагностувати відчуття щастя, задоволеності та інтересу до життя. Шкала соціального благополуччя спрямована на вивчення таких показників: соціальне прийняття (відчуття комфортності в оточенні інших людей); соціальна актуалізація (впевненість у власних можливостях); узгодженість з суспільством (сприйняття соціального оточення, у якому перебуває людина, як упорядкованого, і відчуття себе його частиною); соціальний внесок (власний соціальний внесок в це оточення); соціальна інтеграція (оцінка якості відносин із суспільством). Шкала психологічного благополуччя вимірює такі показники: задоволеність респондента собою, як особистістю; успішність виконання повсякденних зобов'язань; наявність теплих та довірливих стосунків з оточуючими; наявність досвіду, який спонукає до самовдосконалення; впевненість у висловлюванні власних позицій; наявність мети та сенсу життя.

Методика дає можливість дослідити такі рівні благополуччя:

1) процвітання (flourishing) – коли індивід відчуває принаймні один із трьох симптомів гедонічного благополуччя «щодня» і «майже щодня» і переживає 6 із 11 симптомів позитивного функціонування;

2) пригнічення (languishing) – коли індивід зазначає, що «ніколи» або «1–2 рази» протягом останнього місяця (двох тижнів) не переживав жодного

із трьох симптомів гедонічного благополуччя та 6 із 11 симптомів евдемоністичного благополуччя (позитивного функціонування);

3) «помірний» (задовільний) рівень – спостерігається в індивідів, які не увійшли до груп, у яких виявлено перший та другий рівень благополуччя.

Бланк опитувальника

Інструкція: Будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо Вашого самопочуття протягом двох тижнів. Визначте частоту переживання наведених нижче станів за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру).

Стать, вік, ім'я (за бажанням) _____

Ніколи	1-2 рази	Приблизно 1 раз на тиждень	Приблизно 2-3 рази на тиждень	Майже кожен день	Кожен день
0	1	2	3	4	5

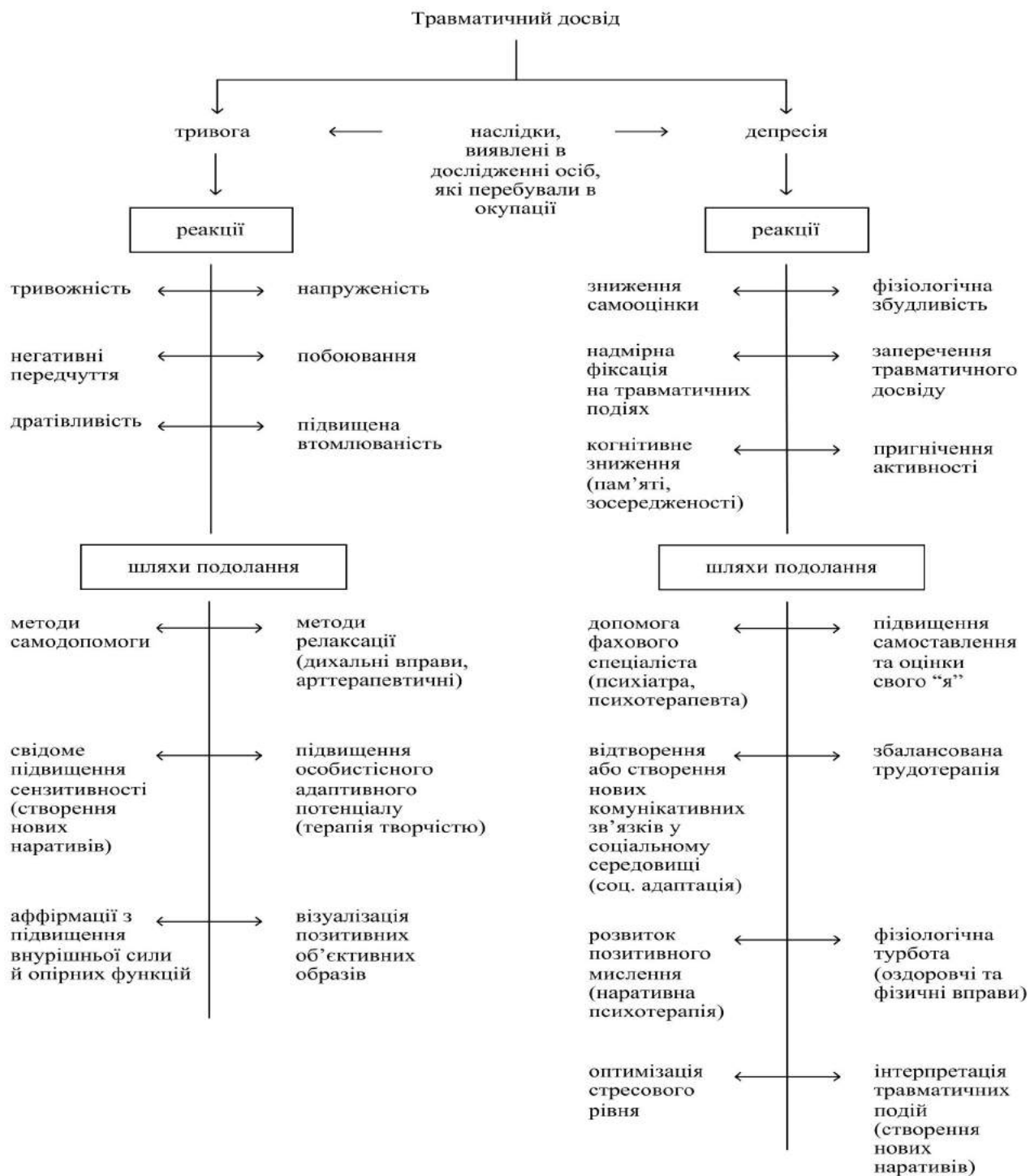
Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...

- | | |
|--|-------------|
| 1. щастя | 0 1 2 3 4 5 |
| 2. цікавість до життя | 0 1 2 3 4 5 |
| 3. задоволення | 0 1 2 3 4 5 |
| 4. що можете зробити важливий внесок для суспільства | 0 1 2 3 4 5 |
| 5. належність до певної соціальної групи
(за місцем навчання, роботи, проживання) | 0 1 2 3 4 5 |
| 6. що наше суспільство стає кращим для таких людей, як ви | 0 1 2 3 4 5 |
| 7. що люди зазвичай хороші | 0 1 2 3 4 5 |
| 8. що події, які відбуваються в суспільстві, мають значення для вас | 0 1 2 3 4 5 |

- | | |
|---|-------------|
| 9. задоволення собою як особистістю | 0 1 2 3 4 5 |
| 10. що успішно впораєтесь із повсякденними зобов'язаннями | 0 1 2 3 4 5 |
| 11. теплі та довірливі стосунки з оточуючими | 0 1 2 3 4 5 |
| 12. що у вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення | 0 1 2 3 4 5 |
| 13. впевненість у висловлюванні власних поглядів | 0 1 2 3 4 5 |
| 14. що маєте мету та сенс життя | 0 1 2 3 4 5 |

ДОДАТОК С

Травматичний досвід і шляхи подолання його впливу на особистість



ДОДАТОК D

Картки з афірмаціями «Ресурсність і стійкість»

«МОЯ
ЦІННІСТЬ»

Живу тут і тепер,
ціную кожен мить

«МІЦНИЙ ДУБ»

Моя життєва сила
та стійкість
непохитна як
стовбур дуба

«ЛІТАЮЧИЙ
ЗМІЙ»

Як змії в повітрі я
розкриваю свою
гнучкість і легкість в
усіх викликах

«ПОГЛЯД»

Мені краще, ніж
де-кому з інших

«ГОРІХОВА
СКОРЛУПА»

Моє внутрішнє «Я»
-міцна скорлупа,
яка захищена від
внутрішніх

«ПУТІВНИК»

Моя внутрішня
мудрість як
путівник – завжди
веде мене до нових
горизонтів

«МАЯК
БЕЗПЕКИ»

Моя внутрішня
сила як маяк
безпеки, що вказує
шлях, незважаючи

«ЛЕВ НА
ВЕРШИНІ
ГОРИ»

Моя сила велика як
у лева, що стоїть на
вершині гори –

«ДРАКОНИ
ДЗЕН»

Мій внутрішній
дракон вміє
танцювати з
енергією та

«МУДРА СОВА»

Я точно маю план
дій на кожен день

**«ГІРСЬКИЙ
ВОДОСПАД»**

Моя енергія – як
гірський водоспад
– завжди потужна
та стійка

**«ФОРТЕЦЯ
МУДРОСТІ»**

Мое внутрішнє «Я»
- неприступна
фортеця мудрості
та самопізнання

**«ШВИДКА
РІЧКА»**

Моя енергія,
подібно швидкій
річці, пронизує мій
шлях і робить

**«ПОЗИТИВНА
ДУМКА»**

Я не потребую
жалості, я ще вам
допоможу!

**«МАГНІТНА
ПІВНІЧ»**

Моя сила –
магнітний північ,
який веде мене в
правильному