

Міністерство освіти і науки України
Прикарпатський національний університет імені
Василя Стефаника
Факультет психології
Кафедра соціальної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
на тему:

Особливості переживання та способи самодопомоги при посттравматичному стресі в осіб, що перебували на окупованих територіях

Студенки IV курсу, групи
ДПс-41
Напряму підготовки (спеціальності)
053 Психологія
Антонюк Влади Ярославівни
Науковий керівник: кандидат
психологічних наук, доцент
Мицько Володимир Мирославович
Рецензент: кандидат психологічних
наук, доцент Хабайлюк В.В.

Івано-Франківськ – 2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ	7
1.1 Сутність поняття посттравматичного стресу.....	7
1.2 Фактори ризику для появи посттравматичного стресу в умовах окупації	14
1.3 Особливості переживання посттравматичного стресу на окупованих територіях	22
Висновки до 1 розділу	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ОКУПАЦІЇ.....	31
2.1 Методика та організація дослідження	31
2.2 Інтерпретація дослідження	38
2.3 Психокорекційна програма для самопомоги переживання посттравматичного стресу	59
Висновок до 2 розділу	69
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ВСТУП

Посттравматичний синдром (ПТС) є серйозною психологічною проблемою, що виникає внаслідок перебування в умовах екстремального стресу, наприклад, під час війни, стихійних лих чи іншої надзвичайної ситуації. Особливо складною є ситуація для осіб, що перебували на окупованих територіях, де вони зазнавали постійної загрози життю, втратили близьких, були свідками насильства чи стали його жертвами. Переживання такого досвіду часто призводить до розвитку ПТС, що негативно впливає на психологічне та фізичне здоров'я, соціальне функціонування та якість життя загалом.

Актуальність дослідження ПТС серед осіб, що перебували на окупованих територіях, обумовлена необхідністю розуміння специфічних проявів цього розладу в даній групі та розробки ефективних методів самопомоги і психологічної підтримки. В умовах сучасних конфліктів, таких як збройна агресія Росії проти України, це питання набуває ще більшої важливості. Велика кількість людей вимушено залишали свої домівки, перебували під обстрілами, втрачали рідних і близьких, що сприяло розвитку психологічних травм.

Розуміння особливостей переживання ПТС в осіб, що перебували на окупованих територіях, дозволяє розробити цільові підходи до надання допомоги, враховуючи специфіку їхнього досвіду. Важливо також підкреслити значущість самопомоги як одного з компонентів комплексної підтримки. Способи самопомоги можуть включати різноманітні техніки і практики, що допомагають знижувати рівень стресу, покращувати емоційний стан та сприяти адаптації до мирного життя.

Таким чином, дослідження переживання ПТС та методів самопомоги серед осіб, що перебували на окупованих територіях, є надзвичайно важливим

для покращення їхнього психічного здоров'я та соціального функціонування. Це дослідження сприятиме розробці більш ефективних програм реабілітації та підтримки, що враховуватимуть унікальний досвід та потреби цієї вразливої групи населення.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Посттравматичний стрес (ПТС) є однією з ключових проблем, яку досліджують багато вчених у галузі психології та психіатрії. Серед тих, хто зробив значний внесок у вивчення ПТС, можна виділити таких дослідників, як М. J. Horowitz, Breslau N., Davis G.C., Solomon Z., Yehuda R., і Фоа Е.В. Їхні роботи охоплюють різні аспекти ПТС, від механізмів виникнення та розвитку розладу до методів його лікування та профілактики.

Дослідження посттравматичного стресу у вітчизняній психології почали з'являтися тільки в останні роки. У них є загальний характер і часто зосереджуються на загальних питаннях діагностики, лікування та профілактики ПТС. У сучасних умовах, з огляду на збройний конфлікт на території України та інші соціально-політичні кризи, дослідження ПТС набувають особливої актуальності і вимагають подальшого розвитку для забезпечення ефективної допомоги постраждалим.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження особливостей переживання посттравматичного стресу (ПТС) серед осіб, що перебували на окупованих територіях.

З огляду на мету постають наступні *завдання*:

1. Розглянути сучасні визначення посттравматичного стресу (ПТС) з акцентом на їх ключові характеристики.
2. Визначити основні фактори ризику, які сприяють розвитку ПТС у людей, що перебувають в умовах окупації.
4. Дослідити специфічні особливості проявів та переживання ПТС у контексті окупованих територій.

5. Розробити та обґрунтувати методологію емпіричного дослідження переживання ПТС серед населення окупованих територій, включаючи вибірку, методи збору даних та інструменти оцінювання.

6. Проаналізувати результати дослідження, зробити висновки про основні тенденції та закономірності в переживанні ПТС серед респондентів, а також визначити можливі напрямки для подальших досліджень та психокорекційних заходів.

Об'єктом дослідження є посттравматичний стрес у людей, що перебували на окупованих територіях.

Предметом дослідження є специфічні особливості переживання ПТС та методи самодопомоги для осіб, що зазнали стресу під час перебування на окупованих територіях.

Методи дослідження включають аналіз літератури та наукових джерел з теми ПТС та психологічної допомоги; емпіричне дослідження осіб, що перебували на окупованих територіях, для збору даних про їхній досвід і психологічний стан; психометричні методи для оцінки рівня ПТС та ефективності самодопомоги; статистичний аналіз зібраних даних для виявлення закономірностей і тенденцій.

Практична значущість дослідження полягає в розробці рекомендацій та методик самодопомоги, які можуть бути використані психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями для надання підтримки особам, що пережили перебування на окупованих територіях. Результати дослідження можуть бути впроваджені в програми психологічної реабілітації та підтримки, спрямовані на покращення психічного здоров'я та соціальної адаптації цих осіб.

Наукова новизна дослідження полягає в детальному аналізі специфічних аспектів переживання ПТС серед осіб, що перебували на окупованих територіях, та в розробці нових підходів до самодопомоги. Дослідження враховує унікальний

контекст і досвід цієї групи, що дозволяє більш точно і ефективно визначити потреби та розробити методики, які сприятимуть їхній психічній стабілізації та адаптації.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів із підрозділами, висновків до кожного розділу, загальних висновків ТА списку використаних джерел у кількості 48 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

1.1 Сутність поняття посттравматичного стресу

Сучасна реальність насичена подіями, які можуть травмувати людину, викликаючи екстремальний стрес і вимагаючи від неї особливих зусиль для подолання наслідків. Ці ситуації можуть включати загрози для життя або здоров'я, спричинення фізичних травм, відчуття насильства чи шкідливого впливу середовища. Їх складно вивчати через їхню багатоманітність і різноманітні джерела.

Л. В. Трубіцина визначає різноманітні травмуючі ситуації, серед яких військові конфлікти, стихійні лиха, екологічні аварії, пожежі, терористичні атаки, сексуальне насильство, нещасні випадки, раптові захворювання та напади. Деякі із цих ситуацій масштабні і привертають увагу багатьох фахівців, тоді як інші можуть бути менш помітними через свою індивідуальність та "немасовість", коли одна людина взаємодіє з травмуючими умовами в окремих обставинах [4].

У психологічних дослідженнях розглядається ще одне поняття, що належати до цієї проблеми: надзвичайна (екстремальна) ситуація. Це обставини, які виникають на певній території через аварії, природні катастрофи, стихійні лиха або інші події, що можуть призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю або навколишньому середовищу, значних матеріальних збитків та порушень умов життєдіяльності людей.

Дослідники О. Євсюков та В. Садков вважають, що події, які викликають сильний страх і відчуття безпорадності, можуть стати психотравмуючими. Відповідно до критеріїв DSM-IV, події, які включають смерть, ризик смерті, серйозні травми, або інші форми серйозної загрози фізичному здоров'ю, кваліфікуються як травматичні події [10].

Проте психологічна травма може виникнути й у разі, коли людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті іншої особи, яка їй не пов'язана.

У вітчизняній психології поняття "психологічна травма" не має чіткого визначення і найбільшої популярності набуло в рамках теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 1980-х років, особливо у кризовій психології. Історія цього терміну впливає з робіт З. Фрейда та його послідовників, які розглядали травму як глибоко закорінене у несвідомості явище, що може спричинити невротичні розлади. Фрейд вважав, що джерело травми полягає не у зовнішніх подіях, а в самій психіці, у розщепленні Его, спричиненому травматичною тривогою та несвідомими фантазіями. У повсякденному розумінні травма переважно асоціюється з тілесними ушкодженнями та порушенням цілісності тіла [45].

Травми можуть бути різного ступеня тяжкості, від легких до критичних, і навіть тих, що загрожують життю. Все залежить від того, наскільки сильно впливає джерело травми та як ефективно працює захисний бар'єр організму. Відповідно до концепції гомеостазу, будь-які фактори, що порушують баланс або цілісність організму, ініціюють відповідну реакцію, метою якої є відновлення стабільного стану. Подібно до фізіологічного гомеостазу, психіка прагне зберегти свою рівновагу та стабільність.

І все, що порушує цю стабільність, може бути витіснене, за термінологією З. Фрейда [49].

На відміну від фізичної травми, яка завжди має зовнішній характер, психічна травма може мати внутрішнє походження. Це відбувається, коли власні думки, спогади та емоції особи стають джерелом психічного болю. Відмінною рисою психологічної травми є її невидимість, а також те, що вона проявляється через опосередковані симптоми, серед яких основним є емоційний біль. Хоча організм має тенденцію уникати болю, його основна роль полягає у сигналізації про проблему, що спонукає до дій, спрямованих на відновлення та виживання.

Емоційний дискомфорт також може слугувати інформаційним сигналом про психологічне неблагополуччя та активувати механізми зцілення психіки, включаючи захисні механізми, такі як витіснення та придушення, або викликати відповідну реакцію. Ця реакція завжди присутня, і її інтенсивність зазвичай відповідає силі травми, що спричинила її. Наприклад, у випадку фізичної травми відповідною реакцією може бути удар або сварка, а психічною травмою може бути почуття безсилля та плач. Така відповідна реакція допомагає розрядити психічне збудження, що виникає внаслідок травматичної ситуації. Проте, якщо це збудження не може бути виражено, наприклад, вербально, захисні механізми психіки можуть почати працювати. Вони можуть трансформувати енергію травматичного збудження у фізичні симптоми, що призводить до розрядження в соматичній сфері. Даний феномен називається конверсією в психоаналізі.

Фрейд вважав, що психічна травма формує унікальне “центральне утворення” або “ключовий елемент” у психіці, який є носієм всіх характеристик пережитої травми. Це “центральне утворення” може бути реактивоване через нав’язливі спогади, що можуть викликати патологічні відповіді у схожих обставинах, створюючи явище “компульсивного повторення”. За Фрейдом, наслідки травми залежать не стільки від її інтенсивності, скільки від ступеня готовності або вразливості особистості, що відображається у її реакціях. Така травма може виражатися у різноманітних симптомах, включаючи фобії,

нав'язливі стани або мовні розлади, діючи як “пусковий механізм захворювання” [49].

О. Феніхель у своєму дослідженні “Психоаналітична теорія неврозів” підкреслював, що раптовий і сильний потік стимулів може спричинити психічну травму. Водночас для розвитку психопатологічних станів критично важливим є аналіз здатності до моторної відповіді в момент травматизації, адже обмеження цієї реакції значно збільшує ризик появи психічних порушень [6].

Феніхель описував характерні ознаки психічної травми, до яких відносяться:

- Інгібування або пониження активності “Я”, що призводить до зниження здатності реалістично сприймати навколишній світ.
- Часті випадки неконтрольованих емоційних вибухів, таких як страх і люті.
- Сонні розлади, що проявляються у вигляді інсомнії або серйозних порушень сну, включаючи кошмари, які повторюють травматичний досвід.
- Ментальне відтворення травматичного досвіду через фантазії, думки та відчуття.
- Розвиток психоневротичних симптомів як ускладнення.

Концепція З. Фрейда про травматичну силу несвідомих фантазій отримала розвиток у працях К. Юнга. Він досліджував блоковані емоції та дисоціативні стани, що дозволило йому виявити різноманітність особистісних історій та уявлень, асоційованих з травмою, підкреслюючи багатогранність травматичних переживань.[2].

У подальших наукових роботах поняття психічної травми було інтегроване в рамки теорії стресу, розглядаючи його як специфічну форму стресової реакції. Згідно з цією теорією, травматичний стрес виникає, коли стресор є надзвичайно інтенсивним, тривалим і перевищує психологічні, фізіологічні та адаптаційні межі індивіда, що призводить до порушення його психічного та фізіологічного балансу. Відмінність між звичайною стресовою реакцією та травматичним

стресом полягає у впливі на адаптаційні здібності: звичайний стрес активізує адаптаційні ресурси, тоді як травматичний стрес їх деактивує.

В останні часи психологічна травма описується як стан інтенсивного страху, що переживається особою при зіткненні з раптовою подією, яка загрожує її життю. Цей страх перевершує можливості людини та перешкоджає їй контролювати та адекватно реагувати.

Сучасний погляд на психічну травму, який розробив П. Левін, об'єднує в собі елементи психології, психотерапії, біології, психофізіології та нейропсихології. Левін визначає травму як порушення захисного бар'єру, що відокремлює людину від шкідливих зовнішніх впливів, що супроводжується інтенсивним відчуттям безпорадності. Він стверджує, що психологічна травма часто настає, коли індивід не володіє необхідними особистісними ресурсами для ефективного протистояння травматичній події. Він стверджує, що руйнівна сила такої травми залежить від індивідуального значення травмуючої події, ступеня психологічного захисту та здатності до саморегуляції [11].

Людські відповіді на потенційні загрози можуть значно варіюватися, що ускладнює систематизацію причин психічної травми. Г. Сельє наголошував, що будь-який запит або виклик, що ставиться перед людиною, може спровокувати стрес. П. Левін зазначав, що традиційно травму асоціюють із подіями на кшталт війни, фізичного, емоційного чи сексуального насильства, аварій або стихійних лих. Однак, існує також чимало повсякденних ситуацій, які можуть мати травматичний вплив. Навіть незначна дорожньо-транспортна пригода може викликати фізичні, емоційні та психологічні симптоми, що підривають здоров'я. Навіть стандартні медичні процедури та хірургічні операції можуть сприйматися як надзвичайно травматичні для людини, хоча насправді вони не мають такого характеру. [42].

Д. Калшед розглядав психічну травму як явище, що може виникати не тільки внаслідок зовнішніх подій, але й через внутрішні процеси психіки. Він описував, як психіка реагує на травму, перетворюючи зовнішній вплив на внутрішній механізм самопошкодження, який може прогресувати до стадії малігнізації. [29]. У цьому стані, механізми психологічного захисту, які мали б захищати особистість, деградують до більш примітивного, архаїчного рівня. Це може проявлятися у відстороненні від реальності, розщепленні особистості, аутистичних реакціях, трансopodobних станах, формуванні множинних ідентичностей, стереотипних поведінкових реакціях та втраті життєвого сенсу. Згодом, це призводить до регресії психіки, ускладнюючи взаємодію з її раціональною частиною.

Примітивні "архаїчні" захисти спрямовані на те, щоб відреагувати на травму та запобігти руйнуванню особистості. Важливим висновком, зробленим Д. Калшедом, є те, що травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення. Люди з травмою часто потрапляють у ситуації, що відтворюють їхній травматичний досвід, нерідко "наступаючи на одні й ті самі граблі", як писав З. Фрейд. Наприклад, людина, що постраждала від приниження, може постійно опинятися в ситуаціях приниження, або ті, хто переживали зраду, можуть постійно стикатися з новими випадками зради [29].

У наукових дослідженнях зі стресу, травми та посттравматичного стресу застосовуються різні терміни, що вказує на їхні взаємозв'язки та відмінності. В академічних колах по всьому світу терміни "post-traumatic stress disorder", "traumatic stress" і "post-traumatic stress" зазвичай вживаються взаємозамінно, хоча їх використання залежить від конкретного контексту. У національній науковій літературі термін ПТС стає все більш розповсюдженим, тоді як у матеріалах, призначених для неспеціалізованої аудиторії, переважають вирази

“травматичний стрес” та “посттравматичний стрес”, або ж використовується загальне поняття “стрес”.

Стрес у психології — це стан, коли організм і психіка активуються для протистояння будь-якому стресовому впливу, навіть екстремальному. Він виникає у відповідь на взаємодію організму з його середовищем та сприйняттям погрози. Травматичний стрес — це особлива форма стресової реакції, коли навантаження на психічні та фізіологічні можливості людини стає надто великим. Він може викликати психологічну травму, і відзначається тим, що людина розуміє, що трапилося, та чому її психічний стан погіршився, викликаючи відчуття жаху та безпорадності.

Термін "посттравматичний стрес (ПТС)" був уперше введений М. Хоровіцем, який також розробив діагностичні критерії для цього розладу, що стали основою Американської класифікації хвороб [10]. Згідно з МКХ-10, ПТС може розвиватися після травматичних подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду. Звичайними подіями, що вважаються нормальними для багатьох людей, є такі ситуації, як втрата близької людини від природних причин, тяжка хронічна хвороба, втрата роботи або сімейні конфлікти. У той час як стресори, які виходять за межі звичайного людського досвіду, можуть травмувати психіку практично будь-якої здорової людини. Це можуть бути стихійні лиха, техногенні катастрофи, а також події, які є наслідком цілеспрямованої, часто злочинної діяльності, такі як терористичні акти, масове насильство або бойові дії.

Посттравматичний стрес (ПТС) представляє собою складну сукупність психологічних і фізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму. Термін "травма" тут означає переживання або шок, які викликають у більшості людей страх, жах і відчуття безпорадності. Основними ситуаціями, які можуть викликати ПТС, є ті, в яких людина власноруч пережила загрозу свого

життя, смерть або поранення близької людини, особливо в надзвичайних обставинах. Варто зауважити, що ПТС може проявитися в людини негайно після травматичної ситуації, але також може з'явитися через кілька місяців або навіть років після події, що є особливістю цього розладу.

1.2 Фактори ризику для появи посттравматичного стресу в умовах окупації

Умови воєнного стану породжують складний механізм формування травматичного досвіду, що включає екстремальні події, довготривалий стрес та почуття безпорадності перед небезпекою. За даними Національного Центру посттравматичного стресу США, психологічна травма є відгуком на події або досвід, що становлять загрозу для життя, безпеки та благополуччя людини, і можуть призвести до фізичних, когнітивних та емоційних реакцій, що впливають на її функціонування. Організація Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я визначає психологічну травму як негативну реакцію на складні події або ситуації, що загрожують життю або фізичній цілісності.

МКХ-10 визначає психологічну травму як глибокий стресовий реакційний стан, що є наслідком подій, які викликають відчуття страху, безпорадності, а також загрози життю чи фізичному здоров'ю. Водночас DSM-5 характеризує психологічну травму як вплив на особу ситуацій, що несуть загрозу смерті або серйозної травми, включаючи безпосередній досвід, свідчення насильства, примусове переживання травматичних подій, а також інші обставини, здатні спричинити довготривалу негативну реакцію. Обидва класифікаційні критерії підкреслюють, що психологічна травма виникає через події, які викликають

інтенсивний стрес та становлять загрозу для фізичного та емоційного благополуччя особи.

Концепції “Т-великої” та “Т-маленької” травм були вперше введені в психіатричну практику Хербертом Шпігелем та Джоном Харвеем у 1970-х роках. “Т-велика” травма описує події, які несуть безпосередню загрозу життю або фізичному здоров’ю особи чи її близьких, наприклад, військові конфлікти, терористичні напади, природні катастрофи, аварії, сексуальне насильство та інше [18]. Такі події можуть викликати посттравматичний стрес (ПТС) та інші психічні розлади. “Т-маленька” травма пов’язана з менш помітними, але значущими подіями, такими як хронічне знуцання, дискримінація, соціальна ізоляція чи психологічне насильство, які також можуть мати довгострокові наслідки для психічного здоров’я, але не завжди призводять до ПТС.

Розуміння концепцій т-великої та т-маленької травми постійно розвивається і доповнюється сучасними дослідженнями, які проводяться у всьому світі, включаючи Україну. Українські фахівці у галузі психології, серед яких Ірина Пащенко, Тетяна Ярмоленко, Олександр Краснопольський, Олег Романчук, Олена Жигальська та інші, активно досліджують цю проблематику. [5]. Їхній науковий доробок істотно збагачує наші знання про травматичні зазнання та їх вплив на психологічний стан людини, сприяючи формуванню більш глибокого розуміння різних аспектів травм та їх впливу на особистість (див. табл. 1.1).

Ознаки Т-великої травми

Ознака	Опис
Висока інтенсивність травматичної події	Воєнні дії, особливо з високим рівнем насильства, викликають сильні емоційні та психологічні реакції, такі як страх, горе, відчай, гнів та інші негативні емоції.
Тривалість та хронічність травматичних подій	Воєнні дії можуть тривати протягом тривалого часу, а їх хронічність може підсилювати психотравматичні реакції.
Безпосередня загроза життю або фізичній цілісності	Можливість прямої загрози життю або фізичній цілісності людини внаслідок воєнних дій може викликати гострі психотравматичні реакції.
Викликана травмою загроза національної чи етнічної ідентичності	Воєнні дії можуть мати національний або етнічний контекст, що призводить до загрози ідентичності та спричиняє психотравматичні реакції.
Особистісні чинники	Вплив особистісних вимірів, таких як попередні психічні розлади, наявність соціальної підтримки, здатність до адаптації та інші, на ступінь вразливості до психологічної травми.

“Т-велика” травма описує глибокі психологічні порушення, що виникають через екстремальні обставини. Її класифікація включає:

1. **Монотравму:** одноразова значуща травматична подія.
2. **Травму розвитку:** травматизація в дитинстві через незадоволення базових потреб і агресію з боку дорослих.
3. **Мультиправму:** кілька травматичних подій, що відбулися за короткий час, як-от військові конфлікти, втрата близьких, поранення, чи полон.
4. **Секвенційну травму:** регулярне повторюване насильство, таке як катування або домашнє насильство.

Психологічна травма виникає, коли стрес-реактивні системи організму активізуються, але особа не може ефективно справитися з високим рівнем стресу.

Дослідження вказують на існування в мозку спеціалізованої пам'яті, яка фіксує травматичні події, що може викликати повторне активування спогадів про травму і сприйняття ситуацій як загрозливих, навіть коли реальної небезпеки більше не існує (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Механізми виникнення психологічної травми

Механізм	Опис
Вторинна травматизація	Викликана розповідями та спогадами про жахливі події, які також спричиняють почуття жаху та страху. Наприклад, травма свідка, медіатравма.
Комбінований вплив стресу та фізичного виснаження	Постійний стрес, виснаження та фізичний дистрес послаблюють психічну стійкість до травмуючих подій.
Хронічна гіперактивація стресових систем	Переживання тривоги за життя близьких та очікування нових травм призводять до хронічної гіперактивації стресових систем.
Відчуття безпорадності та втрата контролю	Відчуття власної безпорадності, відсутність контролю над ситуацією та неспроможність впливати на події створюють умови для формування травматичного досвіду.
Почуття провини за неможливість допомогти	Почуття провини за неможливість запобігти травмуючим подіям або допомогти іншим може поглиблювати травму.

Отже, травматичний досвід виникає, коли людина стикається з подіями, які загрожують її життю чи фізичному благополуччю. Цей досвід формується через активацію стресових відповідей та нездатність індивіда адекватно справлятися з екстремальним стресом. В результаті, можуть утримуватися негативні емоційні реакції, які посилюють схильність до повторного переживання негативних спогадів.

Травматичний досвід, набутий під час воєнного стану, є складним явищем, яке включає як психологічні, так і фізіологічні наслідки. Цей досвід може мати

серйозні наслідки для функціонування мозку, що, в свою чергу, впливає на психологічні прояви травми. Нейрофізіологічні аспекти формування травми мають свої особливості. Мозок, виконуючи роль центрального органу управління, керує всіма процесами в тілі та відіграє ключову роль у психічній діяльності. Основні мозкові структури, які беруть участь у формуванні травматичних вражень, включають лімбічну систему, яка займається емоційною регуляцією, та префронтальну кору, що відповідає за вищі когнітивні функції.

Інформація про умовну подію спочатку надходить від органів чуття до таламуса, який передає її на подальше опрацювання. Перш ніж досягти гіпокампу, ця інформація спочатку проходить через амігдалу, яка визначає наявність потенційної небезпеки. Якщо небезпеки немає, інформація надсилається до гіпокампу.

Гіпокамп є ключовою структурою мозку, що асоціюється з травматичними переживаннями. Він відіграє важливу роль у формуванні та зберіганні спогадів, а також у реакціях на стрес. Встановлено, що травматичні події можуть призвести до зменшення об'єму гіпокампа, що, у свою чергу, може спричинити проблеми з пам'яттю, процесом навчання та адаптацією до стресу.

Окрім гіпокампа, травматичний досвід також може впливати на фронтальні та парієтальні області мозку, які відповідають за розв'язання проблем, прийняття рішень та емоційний контроль. Це може призвести до того, що особи, які пережили травму, відчувають труднощі з контролем емоцій та прийняттям обдуманих рішень.

Під час травматичних подій амігдала, яка є частиною мозку, відповідальною за переживання страху, стає активною. Це призводить до ланцюга гормональних та нервових реакцій, включаючи викид стресових гормонів, таких як адреналін та норадреналін, які збільшують артеріальний тиск і частоту серцебиття, готуючи організм до "боротьби або втечі". Зазвичай, після

припинення стресової ситуації, рівень збудження знижується, і організм повертається до нормального стану, зі стабілізацією гормонального балансу та зменшенням симптомів протягом декількох днів або тижнів.

Однак у деяких індивідів, що пережили травмуючий досвід, процес відновлення може затягуватися на тривалий час. Амігдала стає більш чутливою до стимулів, пов'язаних із страхом, що може призводити до подразливості, тривожності, порушень настрою та проблем зі сном. Надалі ці та інші фактори можуть спричинити розвиток посттравматичного стресу (ПТС). Травматичні події можуть істотно впливати на роботу гіпоталамуса, який є відповідальним за регулювання емоцій та підтримання гомеостазу в організмі. У осіб з посттравматичним стресом (ПТС) часто спостерігається змінений рівень стресових гормонів, таких як кортизол і адреналін, що може впливати на їхню здатність адекватно реагувати на стресові ситуації та підвищувати рівень тривожності.

У своїй книзі "The Right Brain and the Unconscious", Роун Джозеф висвітлює нейробіологічні реакції та активацію мозкових півкуль після травмуючого досвіду. Дослідник зазначає, що після переживання травми мозок змінює свою функціональну організацію, активуючи праву півкулю надзвичайно інтенсивно. Це може викликати збільшений емоційний відгук та ускладнення логічної обробки інформації.

Деактивація лівої півкулі призводить до труднощів з організацією інформації в логічній послідовності та тлумаченням складних емоцій та почуттів, які переживає людина під час гострої стресової ситуації. Це може призвести до того, що людина не може виразити свої реакції та почуття стосовно пережитої події, оскільки ліва півкуля "вимикається". Як наслідок, травматична подія "застрягає" у емоційному центрі мозку. У майбутньому це може викликати

повторне переживання симптомів через настирливі спогади, флешбеки та нічні кошмари, поки травма не буде опрацьована та інтегрована в особисту пам'ять.

Джозеф вказує, що розрив у комунікації між лівою та правою частинами головного мозку може впливати на емоційний стан особи, зокрема на розвиток посттравматичного стресового розладу, афективних розладів, а також на здібності до ефективного рішення проблем і взаємодії з оточуючими. Наративна терапія, яка передбачає створення та обговорення особистісної розповіді про травму, може сприяти відновленню функцій лівої півкулі. Цей метод може підсилити аналітичні здібності та допомогти осмислити травматичні події, зменшуючи стрес, пов'язаний з негативними спогадами. Крім того, інші аспекти, такі як генетика, можуть збільшувати схильність до ПТС, в той час, як соціальна підтримка може знижувати ризик його виникнення та сприяти загальному одужанню.

Вчені встановили, що такі методики як медитація та фокусування уваги на дихальних процесах можуть мати позитивний вплив на мозкові структури, а також сприяти зниженню стресового стану. Наприклад, дослідження, проведені Hölzel та його колегами (2011), показали, що після восьми тижнів медитаційних практик майже всі області мозку, пов'язані з увагою та емоційним регулюванням, стабілізувалися. Це підкреслює важливість розуміння функціонування мозкових структур для того, щоб зрозуміти, як травматичний досвід впливає на психічне здоров'я та які можливі наслідки він може мати. Це також є важливим фундаментом для розробки методів подолання психологічної травми та забезпечення психологічної підтримки для тих, хто зазнав травматичний досвід. Дослідження свідчать, що травматичний досвід не є непоправно важким, оскільки практики, такі як медитація та соціальна підтримка, можуть допомогти зменшити вплив травми на мозок та психічний добробут.

Однією з найчастіших наслідків важких стресових подій або обставин є розвиток посттравматичного стресу (ПТС). Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), ПТС може проявлятися як короткочасна або довготривала відповідь на стресові події або ситуації, які мають загрозливий або катастрофічний характер і здатні викликати значний дистрес у більшості людей.

Критерії Посттравматичного стресу (ПТС) визначаються наступним чином:

1. **Симптоми переживання:** Це включає епізоди повторюваних переживань травматичних подій через нав'язливі спогади, інтрузії, флешбеки або кошмари.
2. **Симптоми гіперзбудження:** Тут враховуються прояви збудження, такі як надмірна збудливість, агресивність, страх і тривога. Інші симптоми можуть включати сильні емоційні реакції, емоційне вимкнення або ангедонію.

Ці симптоми часто призводять до уникнення діяльностей та ситуацій, які нагадують про травму. Хоча травматична подія має визначений у часі початок і кінець, у людини, яка пережила травму, може відбутися "реакція застрягання", коли мозок продовжує переживати подію навіть після її завершення. Це може призводити до нав'язливих думок, снів та флешбеків, що відтворюють негативний сценарій, і людина застрягає в моменті травматичного досвіду.

1.3 Особливості переживання посттравматичного стресу на окупованих територіях

Показники поширеності посттравматичного стресу (ПТС) серед осіб, які пережили екстремальні ситуації на окупованих територіях, варіюються від 10% серед свідків до 90% серед тих, хто серйозно постраждав. Згідно з масштабним

дослідженням, проведеним у США серед ветеранів війни у В'єтнамі, клінічно описані ознаки ПТС були виявлені у близько 30% учасників дослідження, а часткові та субклінічні симптоми спостерігалися ще у 22% ветеранів.

Психогенні фактори, які спричиняють виникнення ПТС, зазвичай становлять загрозу для життя і відрізняються непередбачуваністю та втратою контролю. Вони часто описуються як "травматичні події, які значно виходять за межі звичайного життєвого досвіду". Серед найбільш поширених ситуацій, що спричиняють розвиток ПТС, виділяються природні катастрофи (наприклад, смерчі, повені, пожежі, землетруси, виверження вулканів), техногенні аварії, терористичні акти, бойові дії, антисоціальні вчинки з боку інших осіб (наприклад, зґвалтування, пограбування, напади).

На окупованих територіях переживання посттравматичного стресу мають свої особливості, починаючи з реакції на безпосередню загрозу життю і здоров'ю. Гостра реакція на стрес (F43.0) може виникати негайно або протягом перших трьох днів після надзвичайної події. Вона проявляється різними способами, включаючи звуження свідомості, розгубленість, дезорієнтацію, панічні атаки, психомоторне збудження або ступір, мнестичні порушення, а також психопатологічні симптоми, що відображають зміст самої травми. На цьому етапі можуть спостерігатися депресивні прояви, obsесивно-фобічні реакції та порушення сну, які можуть тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Ці симптоми можуть бути стійкими й проявлятися протягом всього ходу розвитку посттравматичного стресового розладу, включаючи його продромальний період і етап резидуальних явищ.

Якщо небезпечна ситуація залишається невирішеною протягом двох діб після її виникнення, то інтенсивність гострої психопатологічної симптоматики зазвичай помітно спадає до завершення третього дня. На цей момент починає домінувати афективне звуження свідомості, супроводжуване легким оглушенням

і відчуттям страху і безпорадності. Здатність до концентрації уваги, цілісного і послідовного сприйняття реальності в цей період суттєво порушується. В таких умовах ускладнюється здійснення послідовного осмислення та усвідомлення ситуації, що утруднює вольовий контроль над поведінкою і може заважати формуванню адаптивних стратегій реагування.

Після виходу з небезпечної ситуації постраждалий може переживати фазу ізоляції, що характеризується змінами в фізичному та емоційному стані. Під час цього періоду може спостерігатися збільшення апетиту, спраги, частіші сечовипускання та дефекація. Однією з характерних ознак є "емоційний параліч" - відсутність емоційних реакцій на події, що трапилися. Також може виникати тимчасова морально-етична деградація, втрата сорому та вияви брутальності та агресії, спрямованих на задоволення базових інстинктивних потреб.

По завершенню ініціальної стресової реакції можливий період адаптації, який триває від п'яти до тридцяти днів. У цей час особа може відчувати загальну втому, біль у потиличній частині голови, проблеми зі сном, іпохондричні розлади, тривогу, внутрішню напруженість та зниження активності, зокрема у соціальній сфері. Можливе також підвищення апетиту.

Під час цього періоду постраждалий часто зосереджується на думках про можливість повторення загрозливих подій, активно переглядає інформаційні матеріали та інші джерела, щоб зменшити ризик. Життєві пріоритети звужуються, зосереджуючись на мінімізації ризиків та забезпеченні запасів їжі та необхідних предметів. Характерною рисою є внутрішня перевірка постраждалим своєї поведінки у стресовій ситуації, коли вони оцінюють свої дії у порівнянні зі своїми моральними стандартами.

Формування симптоматики ПТС та її клінічних проявів може відбуватися із затримкою, коли події, що спровокували психотравму, вже не є актуальними, але відчуття загрози залишається. Це може призвести до поєднання вираженої

невротичної симптоматики та поведінкових розладів, схожих на психопатію, які часто погіршуються через вживання алкоголю чи наркотиків. Типовими клінічними ознаками ПТС є періодичні сплески емоційно насичених спогадів та уникнення ситуацій, що нагадують про травму.

Зазвичай, специфічні порушення пам'яті виявляються в підвищеній здатності відтворювати дрібні деталі, пов'язані з психотравматичною ситуацією. Ці деталі часто мають для постраждалого болісний характер, і він не може їх забути, фіксуючись на них. Часто такі спогади виникають без попередження, незалежно від логічних асоціацій, і відтворюються яскраво у всіх деталях. Це часто супроводжується сильними емоціями, такими як страх і гнів, які роблять враження, що постраждалий переживає події знову, і викликають численні фізіологічні реакції.

Нав'язливі відтворення психотравмуючих подій можуть проявлятися через флешбеки, ремінісценції або кошмари. Флешбеки — це раптові та живі переживання, які емоційно відтворюють моменти травми.

У серйозних випадках може виникати звуження свідомості, коли яскраві спогади затемнюють реальність, супроводжуючись психомоторним збудженням та іноді агресією. Тяжкість цих епізодів може досягати психотичного рівня з плутанням свідомості, подібним до істеричного ступору. Наприклад, страх перед відтворенням спогадів може бути настільки сильним, що навіть найменші натяки на трагічну подію можуть спричинити панічні реакції у постраждалих. Деякі люди уникають сну, боячись побачити кошмари, тоді як інші навмисно згадують травматичні моменти, намагаючись їх переосмислити та адаптуватися до них.

У такому стані, здатність людини до засвоєння нової інформації може знижуватися, а концентрація уваги та її перемикання стають ускладненими. Основні ознаки можуть включати роздратованість, вибухову поведінку, фізіологічну реактивність, таку як прискорене биття серця та підвищену

підливість, а також неможливість заснути. Настрій може погіршуватися, проявляючись у вигляді поверхневої анкіозної депресії з дисфорією, самоневдоволенням та схильністю до грубої агресії. Часто це може призводити до розвитку вторинних анкіозно-депресивних розладів та зловживання алкоголем чи наркотиками як способу зменшення стресу.

У психічній сфері однією з характерних ознак є ангедонія - відсутність здатності до повноцінного отримання задоволення. Такі люди відчують себе відокремленими від навколишнього світу, їхні емоції приглушені, зовні вони можуть виглядати сором'язливо, песимістично налаштовані, байдужими до навколишніх подій, іноді безпричинно ображеними. Емоційний стан таких осіб часто супроводжується алекситимією - неспроможністю вербально виражати власні та чужі емоції, зменшенням здатності до вияву такту, стриманості, емоційної теплоти та співчуття. Порушення сну проявляються ускладненим засинанням через страх перед надходженням спогадів і тематичними кошмарними сновидіннями з прокиданням в ажитованому стані.

Типовим є несподіване поєднання посилення інстинкту самозахисту та активації поведінкових стереотипів, які включають сприйняття зменшення значущості життя у екстремальних умовах. Стале зростання пильності, фокус на деталях травмуючих подій та передбачення власного страху їх повторення призводять до надлишкового психічного напруження, що може спричинити втомлюваність. Розвивається стан хронічної втоми, функціональність різко знижується. Таким особам важко підтримувати звичний рівень соціальних контактів, виконувати вимоги на роботі, страждають сімейні відносини та інші аспекти адаптивної діяльності, що призводить до загострення проблем у побуті та професійній сфері.

Під впливом кризової ситуації виникає відчуття безпорадності, яке стає основою стану, що описується як придбана безпомічність. Постраждали

відчувають себе некомпетентними, непотрібними, легко приймають ролі, які обмежують їхню самостійність, і відкидають пропозиції щодо реабілітації та працевлаштування.

Суспільство та інші люди, їхні інтереси й переживання, здаються віддаленими та непривабливими. Виникає враження, що ті, хто не пережив подібні страждання, не можуть зрозуміти їхньої ситуації, і тому допомога сприймається зі зневагою. Постраждалі уникають компанії і віддають перевагу самотності. Вони звинувачують близьких у байдужості та поведуться вимогливо та ірраціонально. Ця фаза ПТС може тривати від кількох тижнів до декількох десятиліть, з різними періодами загострень. У сприятливих умовах симптоми можуть зменшуватись, або навіть повністю зникнути у близько третини осіб.

Під час процесу одужання спогади про травматичну ситуацію стають більш втраченими, втрачають емоційну насиченість та фрагментаризуються. Постраждалі починають виявляти емпатію, оцінюють турботу, що їм надають, та виявляють вдячність, допомагаючи іншим. Вони розглядають свої переживання як трагедію, з якою краще не згадувати. При оптимальному переосмисленні постраждалі формують більш конструктивну систему цінностей, прагнуть більш уважно ставитися до життя, максимально реалізувати свій потенціал та більше уваги приділяти самореалізації.

Факторами, що сприяють сприятливому прогнозу, є гострий розвиток симптомів, відсутність психічних захворювань у минулому та отримання своєчасної кваліфікованої допомоги та соціальної підтримки. При частковому одужанні можуть залишатися спорадичні порушення сну у вигляді нічних кошмарів та коливання настрою, а також деяке зниження активності у соціальних взаємодіях. Однак за допомогою компенсаторних механізмів психіки може бути досягнута адаптація у соціальному житті. Ці пацієнти звертають свою увагу на більш локальні, особисті та внутрішньосімейні сфери інтересів, змінюють свою

життєву філософію та віддають перевагу новим формам спілкування. У їхньому ставленні до подій, які спричинили психологічні труднощі, переважають психологічні механізми підсвідомого витіснення та заперечення.

При спробах зрозуміти коріння своїх психологічних труднощів, люди часто фокусуються на відсутності уваги з боку суспільства, непорозумінні з боку інших та недоліках у системі допомоги, ігноруючи безпосередній вплив психотравмуючих подій. Вони проявляють вороже та недовірливе ставлення до зовнішнього світу, відчують соціальну віддаленість та безнадію, живуть у постійному стані загрози.

У випадку, коли посттравматичний стрес стає хронічним, через рік-два після прояву явних симптомів, спостерігається загальна картина, де основні ознаки полягають у психопатизації, випадках антисоціальної поведінки, хронічній безсонності, відчуттях безнадії, безвиході та суїцидальних мисленнях. Ступінь важкості симптомів може призвести до втрати працездатності.

Часто негативним виходом є відокремлення від суспільства або спілкування лише з тими, хто мав схожий досвід (ветерани, жертви аварій, зґвалтувань і т. д.), однак це може стати причиною неприємних спогадів. Це прискорює соціальну дезадаптацію, що може призвести до катастрофічного погіршення стану, включаючи бездомність, залежність від психоактивних речовин або ігроманію. Часто ПТС веде до суїцидальних думок. За підвищеної уразливості, опозиційної настроєності та недостатньої критичності пацієнти можуть легко втягуватися в асоціальну поведінку, ставати членами злочинних угруповань або самі скоювати злочини й порушення. Це особливо актуально для тих, хто зазнав психотравматичних подій під час бойових дій.

Посттравматичний стрес часто супроводжується загостренням психосоматичних захворювань, таких як виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, холецистит, коліт, бронхіальна астма тощо. Також

можуть виникнути депресивні стани, характеризовані тривожними та дистимічними симптомами, які схожі на ендогенну дистимію Вайтбрехта.

Розвиток генералізованого тривожного розладу значно ускладнює перебіг ПТС. У пацієнтів тривалий час спостерігається стійка тривога без визначених життєвих обставин, що супроводжується нервозністю, тремором, пітливістю, швидким серцебиттям, дискомфортом в епігастрії, запамороченням та страхом перед можливими нещастями або загибеллю. Попри серйозне страждання, люди з ПТС часто уникають звертатися за психіатричною або психотерапевтичною допомогою. А коли вони все ж звертаються до фахівців, їх стан часто помилково діагностується як психопатія.

Висновки до 1 розділу

У даному розділі розглянуто теоретичні аспекти вивчення посттравматичного стресу, а також його сутність. Посттравматичний стрес - це реакція організму на серйозний стресовий подразник, що виник після переживання травматичної події. Він може виявлятися у вигляді різних симптомів, таких як повторні спогади про подію, панічні атаки, тривожність, депресія тощо.

Також проаналізовано фактори ризику для появи посттравматичного стресу в умовах окупації. Серед них можна виокремити постійний стрес, небезпеку для життя, втрату близьких, непевність щодо майбутнього та інші. Ці фактори можуть значно підвищити вразливість людини до розвитку посттравматичного стресу.

Висвітлені особливості переживання посттравматичного стресу на окупованих територіях. Тут важливо враховувати не лише негативний вплив самої травматичної події, але й додаткові чинники, такі як військові дії, обмеження у свободі руху, соціальна ізоляція тощо.

Отже, вивчення посттравматичного стресу в умовах окупації є актуальною та важливою проблемою, яка потребує подальшого дослідження та розробки ефективних стратегій психологічної допомоги та реабілітації для постраждалих.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ОКУПАЦІЇ

2.1 Методика та організація дослідження

Дослідження було здійснене шляхом створення опитувальника за допомогою сервісу GoogleForms.

У дослідженні, що має на меті виявлення посттравматичного стресу (ПТС), застосовувалась самооцінювальна шкала PCL. Ця шкала, відома як PTSD Checklist, є валідованим засобом для діагностики симптомів ПТС, створеним на базі діагностичного і статистичного мануала психічних розладів (DSM). Шкала PCL дозволяє оцінити симптоми, типові для ПТС, серед учасників дослідження. Існують різні версії PCL, які адаптовані до конкретного типу травми та групи осіб. У згаданому дослідженні використовувалась PCL-5 — оновлена версія, що базується на критеріях DSM-5.

PCL-5 включає 20 пунктів, які дозволяють оцінити симптоми ПТС, такі як інтрузивні спогади, уникнення, негативні зміни в психічних станах та настроях, а також симптоми гіперзбудження. Кожен з цих аспектів відображає ключові ознаки ПТС і сприяє точній діагностиці цього розладу в рамках дослідження.

У рамках дослідження, учасникам пропонується самостійно оцінити свій стан, використовуючи шкалу PCL-5, яка має п'ятибальну систему оцінювання від 0 до 4. Вони повинні визначити частоту певних відчуттів за останній місяць, де 0 відповідає "Не було зовсім", а 4 - "Дуже часто". Загальний результат за шкалою PCL-5, який вираховується після відповідей на всі запитання, може варіюватися

від 20 до 100 балів. Вищий показник загального балу свідчить про більшу ймовірність наявності ПТС у респондента.

Попри те, що методи, які досліджують самооцінку, можуть мати свої недоліки, дослідники вважають шкалу PCL надійним діагностичним інструментом для визначення наявності ПТС. Цей інструмент дозволяє отримати достовірні дані про ступінь вираженості симптомів, що є важливим для діагностики та подальшого лікування розладу.

У рекомендаціях Weathers та інших (1993) зазначається, що оптимальною межею для встановлення можливого діагнозу посттравматичного стресу (ПТС) є 50 балів і вище на шкалі PCL-5. Альтернативна стратегія включає використання окремих пунктів відповідно до критеріїв Діагностичного і статистичного посібника з розладів психіки (DSM-5). Наприклад, для виявлення підозри на наявність ПТС потрібно, щоб одне з питань із діапазону №1-5 було оцінено не менше як на рівні "3" (помірно) або вище, щоб не менше ніж 3 питання серед діапазону №6-12 були оцінені не менше як на рівні "3", і щоб мінімум 2 питання серед діапазону №13-20 були оцінені не менше як на рівні "3". Пропонується встановити граничний бал на рівні "3" (помірно) або вище для кожного пункту як найбільш відповідний підхід для цього підходу. Такий підхід дозволяє більш детально визначити наявність симптомів, характерних для ПТС, та дозволяє більш об'єктивно встановлювати діагноз.

Автори тесту PCL наголошують на важливості звернення уваги на результати в діапазоні від 31 до 33 балів або вище, оскільки особи з такими показниками можуть проявляти симптоми посттравматичного стресу (ПТС) і потребувати подальшого діагностування та втручання. Результати нижче за 31-33 бали зазвичай вказують на відсутність ПТС. В залежності від мети оцінки та контексту дослідження, може бути корисним зниження порогового балу для більш ефективного виявлення випадків, які потребують уваги.

Шкала PCL визнана надійним інструментом, що має високі психометричні показники. Альфа Кронбаха для цієї шкали варіюється від .94 до .97, що свідчить про високу внутрішню послідовність. Кореляція PCL з Міссісіпською шкалою оцінки ПТС має конвергентну валідність від $r = 0.85$ до $r = 0.93$, що підтверджує її ефективність у виявленні симптомів ПТС.

Для забезпечення точності та валідності дослідження було використано ряд питань, які допомагають встановити зв'язок між ПТС та іншими психологічними характеристиками, кризовими станами та соціальною адаптацією осіб у вибірці.

Зібрані дані надали можливість оцінити частоту та інтенсивність посттравматичних реакцій серед молоді, яка зазнала травматичних подій під час військових дій. Це дозволило нам краще зрозуміти вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я та соціальну адаптацію цієї категорії осіб. Такий підхід допомагає не лише встановити наявність ПТС, а й з'ясувати ширший контекст його проявлення та можливі шляхи підтримки та лікування для цих людей.

Аналіз впливу воєнних дій на психологічний стан молоді був здійснений на основі даних, отриманих від 33 осіб віком від 20 до 31 року. Всі вони проживають в Україні та мали безпосередній досвід перебування в зоні бойових дій, були свідками або учасниками військових конфліктів. Для досягнення репрезентативності результатів, учасники були відібрані з різних регіонів країни.

Дослідження впливу воєнних дій на психічний стан молодих людей було проведено серед 33 осіб у віці 20-31 років, які проживають в Україні. Вони мали безпосередній досвід перебування в зоні бойових дій або були свідками чи учасниками військових дій. Для забезпечення репрезентативності дослідження, учасники були обрані з різних областей країни. Такий підхід дозволив збирати об'єктивні дані без ризику втручання учасників і забезпечив високий рівень довіри до результатів дослідження.

Аналіз даних було проведено за допомогою статистичних методів, які дозволили виявити зв'язки між психологічними переживаннями травматичних подій та можливим розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТС).

Для оцінки посттравматичних реакцій була використана *Міссісіпська шкала*, яка дозволяє оцінити рівень посттравматичних симптомів у цивільному контексті. Дана шкала складається з 39 тверджень, кожне з яких оцінюється за шкалою від 1 до 5 згідно з методикою Лайкерта. Твердження узагальнюють досвід людей, які пережили важкі, екстремальні ситуації. Вам потрібно обрати номер відповіді, що найкраще описує ваші почуття. Результати оцінюються шляхом підсумовування балів, що дозволяє виявити ступінь впливу пережитого травматичного досвіду. Шкала має чотири категорії, три з яких відповідають критеріям DSM: симптоми вторгнення, уникнення та фізіологічна збудливість. Ще п'ять питань стосуються почуття провини та суїцидальних думок. Ця методика дозволяє провести дослідження одночасно на великій кількості учасників.

Опитувальник "*Шкала базових переконань, WAS*" (Янов-Бульман) був використаний для вивчення базових переконань про себе та світ, які можуть впливати на реакцію на травматичні події та розвиток ПТС. В адаптації методики Падуна та Котельникової, опитувальник складається із 37 тверджень, які розподілені за 5 шкалами. Відповіді формуються за 6-бальною шкалою Ліккерта, як і в оригінальній версії опитувальника. Шкали методики включають:

1. Образ "Я": оцінка власної особистості та самооцінка.
2. Доброзичливість навколишнього світу: сприйняття доброзичливості та підтримки у навколишньому середовищі.
3. Справедливість: сприйняття справедливості та недопущення несправедливості.
4. Успіх: оцінка власних можливостей досягнення успіху та визнання.

5. **Переконання про контроль:** сприйняття власного впливу на події та ситуації в житті.

Ці шкали допомагають визначити структуру та особливості когнітивних переконань у досліджуваних осіб після психічної травми, що може бути важливим для розуміння їхнього психологічного стану та розвитку методів підтримки та реабілітації.

Згідно з поглядами Ронні Янов-Бульман, американського психолога, існують три основні категорії базових переконань, які формують наше уявлення про світ:

1. **Переконання у перевазі добра над злом.** Це включає загальне ставлення до світу та взаємини з іншими людьми.
2. **Віра в те, що світ є сенсовим.** Люди схильні вважати, що події відбуваються не випадково і керуються принципами справедливості.
3. **Переконання у власній цінності.** Важливими є такі аспекти: позитивна самооцінка (“Я - хороша людина”), відчуття контролю над власними діями (“Мої дії правильні”) та оцінка особистого успіху.

Ці категорії відображають основні аспекти переконань про світ, себе та взаємини з іншими, і можуть бути використані для розуміння психологічного стану людини та впливу певних подій на її ментальний світогляд.

Переживання дитячих психологічних травм або інших травматичних подій може кардинально змінювати базові переконання індивіда. Такі події часто порушують звичайні патерни мислення та поведінки. Негативний вплив може спричинити тривалі та глибокі психологічні розлади. Відчуття безсилля та втрати контролю може тривати навіть після того, як первинні симптоми зникнуть. Отже, базові переконання про себе та світ навколо можуть бути істотно іншими у людей, які пережили травму, у порівнянні з тими, хто не мав такого досвіду.

Перевагою цієї методики є можливість її застосування до широкої аудиторії. Крім того, методика відкриває можливість аналізу когнітивних проблем з різних перспектив, що є важливим для глибшого розуміння та адекватного реагування на психологічні ефекти травм.

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТС), відома як методика PCL-5, була використана для виявлення поширеності симптомів ПТС серед вибірки. Ця методика складається з 20 питань опитувальника, які групуються у чотири підшкали симптомів посттравматичного стресу, що відповідають критеріям Діагностичного і статистичного посібника з розладів психіки (DSM). Ці підшкали включають симптоми нав'язливого повторення, симптоми уникнення, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми збудливості.

Учаснику дослідження необхідно уважно прочитати кожне питання та обрати ту відповідь, яка відображає, наскільки сильно його турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця. Ця методика дозволяє оцінити рівень симптомів ПТС і визначити можливість наявності даного розладу у досліджуваній вибірці.

Шкала тривоги Спілбергера є інформативним засобом для самооцінки рівня тривожності в цей момент (реактивної тривожності) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини). У цій роботі вона була використана для визначення вираженості тривожних переживань та оцінки стану пацієнта у поступовій динаміці. В адаптації Ю. Л. Ханіна дана методика також відома як "Шкала Спілбергера-Ханіна" і складається з 40 питань. Ця шкала дозволяє визначити рівень тривоги у досліджуваної особи, як на даний момент, так і у стійкій характеристиці особистості. Вона є корисним інструментом для виявлення та вимірювання тривожних станів та їх динаміки в часі.

У цьому тесті розроблено дві підшкали для аналізу рівня тривожності. Перша підшкала фокусується на визначенні актуального стану тривоги, або ситуативної тривожності, шляхом оцінки суб'єктивних відчуттів страху, напруженості, нервовості, занепокоєння та симптомів, пов'язаних з вегетативною нервовою системою. Друга підшкала призначена для оцінки особистісної тривожності, яка є більш постійною характеристикою, і вимірює схильність індивіда до переживань, його здатність відчувати спокій, впевненість у собі та почуття безпеки.

Загальний підсумковий показник по кожній підшкалі може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності, як ситуативної, так і особистісної.

Для загальної інтерпретації показників автор методики пропонує такі орієнтовні оцінки тривожності:

- До 30 балів – низький рівень тривожності
- 31-44 бали – помірний рівень тривожності
- 45 і більше балів – високий рівень тривожності

Порівняння результатів з обох підшкал дає можливість оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для респондента. Вищеописані методики дозволили глибше зрозуміти зв'язок між травматичними подіями, психологічними реакціями та розвитком ПТС у досліджуваній групі. Для визначення ступеня зв'язку між факторами наявності посттравматичного стресу (ПТС) та рівнем тривожності було використано коефіцієнт кореляції Пірсона.

2.2 Інтерпретація дослідження

Це дослідження спрямоване на вивчення психологічних особливостей переживання молодими людьми травматичного досвіду воєнного стану в Україні. Для збору даних було проведено опитування, яке складалося з 30 запитань. Ці запитання охоплювали як загальну інформацію (таку як стать та вік), так і використовували методику PCL-5 для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу.

Учасникам дослідження було запропоновано відповісти на питання щодо змін у їхніх смислових цінностях та життєвих орієнтирах під час воєнного стану. Опитування було розміщене в соціальних мережах для широкої аудиторії. За результатами дослідження, 72,7% складала жіноча стать, тоді як 27,3% становила чоловіча стать (рис. 2.1). Ці дані можуть допомогти в розумінні та врахуванні психологічних потреб та реакцій молодих людей, які пережили травматичний досвід воєнного конфлікту, що може бути корисним для розробки програм підтримки та реабілітації.

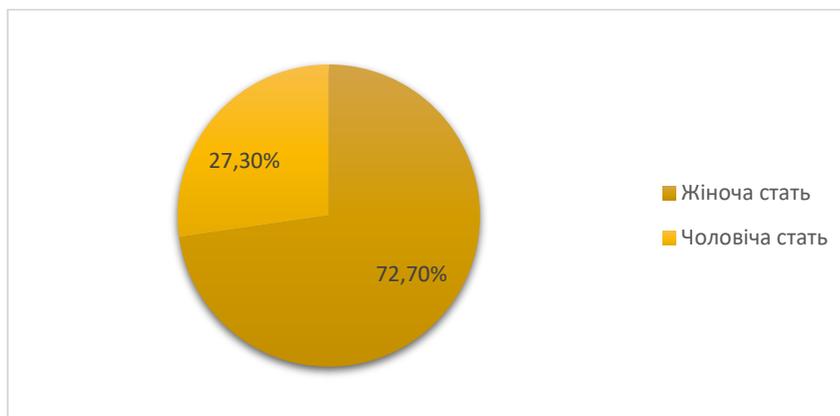


Рисунок 2.1 – Гендерне визначення дослідження

Можна припустити, що жінки можуть бути більш активними користувачами соціальних мереж, особливо коли йдеться про теми, пов'язані з воєнним станом. Це може бути пов'язано з їхнім більшим зацікавленням у зв'язку

з тривогою за близьких. Однак для підтвердження або спростування цієї гіпотези потрібні додаткові дослідження.

Дослідження також надає важливі дані про віковий розподіл учасників. Найбільша частка досліджених осіб належить до вікової категорії від 20 до 23 років, і це становить 42,4% від усієї вибірки. Наступна за ними група - це особи віком від 24 до 27 років, які складають 33,3%. Люди віком від 28 до 31 року становлять лише 24,2% вибірки і є меншістю. Ці цифри свідчать про те, що молодша вікова категорія, зокрема люди від 20 до 23 років, можуть бути більш активними у соціальних мережах. Їхня відкритість до нових інформаційних потоків, бажання здобувати новий досвід та взаємодія зі світом через цифрові платформи може бути вищою порівняно зі старшими віковими групами (рис. 2.2).

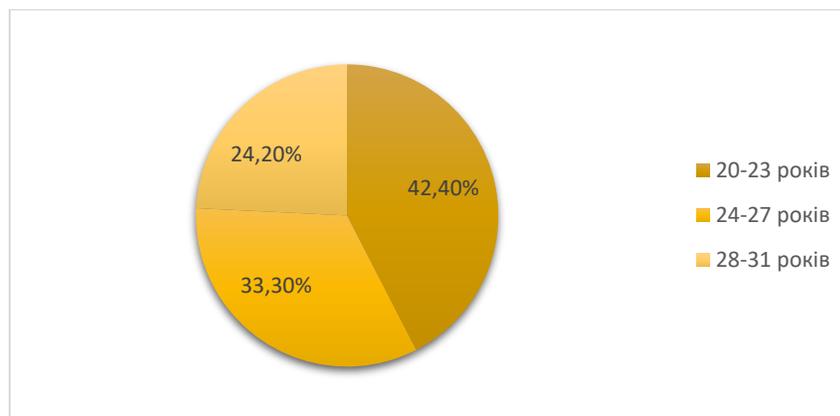


Рисунок 2.2 – Вікові результати досліджуваних

Також важливо відзначити, що за освітою більшість опитаних мають вищу освіту, а саме 66,7%. Невелика частина завершила лише середню освіту (9,1%), а чверть учасників дослідження є студентами (24,2%). Ці дані підкреслюють, що учасники дослідження є освіченими громадянами з різним рівнем освіти. Високий відсоток осіб з вищою освітою може вказувати на їхню більшу

зацікавленість та глибше розуміння обговорюваних тем, включаючи воєнний стан та його вплив на суспільство (рис. 2.3).

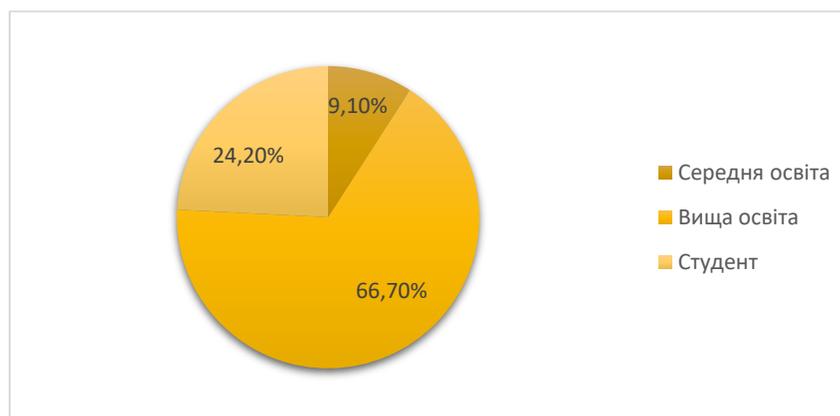


Рисунок 2.3 – Освіта досліджуваних

У рамках дослідження було встановлено місцеперебування учасників на момент початку повномасштабного вторгнення. Ця інформація має важливе значення для подальшого розуміння результатів методики PCL-5, яка використовувалась в дослідженні.

За отриманими даними, учасники розділилися приблизно порівну на дві групи: 51,5% відповіли, що перебували в зоні активних бойових дій, тоді як 48,5% заявили, що не перебували в таких зонах. Це розподілення може вплинути на реакцію та психологічний стан учасників, тому що проживання в зоні конфлікту може викликати більш інтенсивні та тривожні реакції, порівняно з тими, хто не був прямо залучений до бойових подій (рис.2.4).

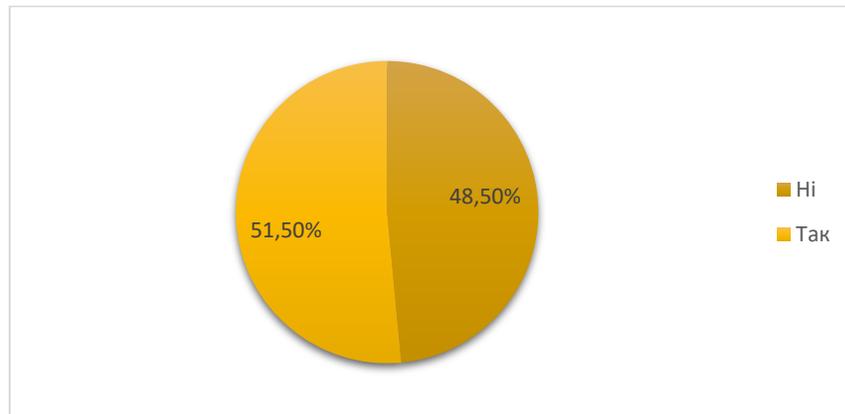


Рисунок 2.4 – Чи перебували Ви в зоні бойових дій до початку війни?

Більшість опитаних відповіли негативно на запитання про наявність досвіду участі в бойових діях. Лише один учасник дослідження повідомив, що брав участь в бойових діях і на момент проведення опитування перебував на військовій службі (рис. 2.5).

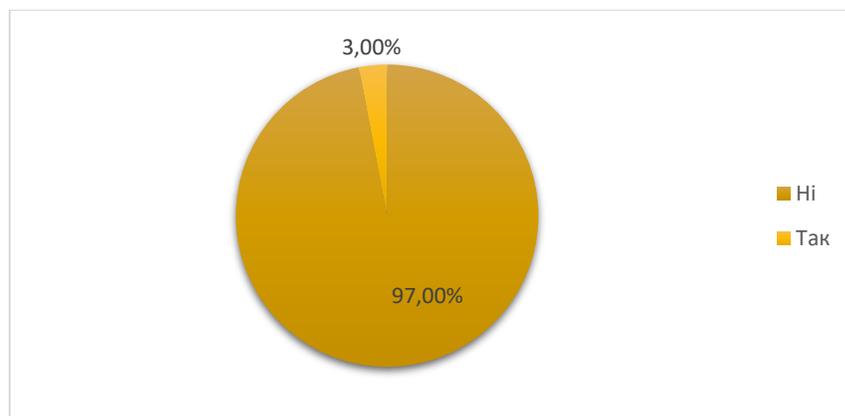


Рисунок 2.5 – Чи мали Ви досвід участі в бойових діях?

Результати аналізу двадцяти питань за методикою PCL-5 викладені й табл.

2.1.

Таблиця 2.1

Результати дослідження за методикою PCL-5

№	Кількість балів	Показник	Суб'єктивна оцінка власного стану	Перебування в зоні бойових дій
1	15	Низький	Нормально	Ні
2	32	Середній	Нормально	Так + бойові дії
3	14	Низький	Добре	Так
4	11	Низький	Нормально	Так
5	37	Середній	Погіршився	Так
6	32	Середній	Погіршився	Ні
7	27	Низький	Погіршився	Ні
8	22	Низький	Депресія	Ні
9	44	Середній	Погіршився	Так
10	11	Низький	Добре	Так
11	29	Низький	Нормально	Так
12	7	Низький	Нормально	Ні
13	25	Низький	Погіршився	Так
14	41	Середній	Погіршився	Так
15	40	Середній	Погіршився	Так
16	6	Низький	Добре	Ні
17	46	Середній	Погіршився	Ні
18	23	Низький	Нормально	Ні
19	5	Низький	Нормально	Ні
20	17	Низький	Нормально	Ні
21	34	Середній	Нормально	Ні
22	44	Середній	Погіршився	Так
23	28	Низький	Погіршився	Так
24	15	Низький	Нормально	Так

Продовження таблиці 2.1

25	20	Низький	Нормально	Ні
26	42	Середній	Погіршився	Так
27	53	Високий	Погіршився	Так
28	22	Низький	Добре	Ні
29	25	Низький	Нормально	Ні
30	37	Середній	Погіршився	Ні
31	53	Високий	Погіршився	Так
32	39	Середній	Погіршився	Ні
33	36	Середній	Погіршився	Так

Під час дослідження встановлено кореляцію між кількістю балів, отриманих учасниками за методикою PCL-5, та їхньою суб'єктивною оцінкою власного психологічного стану. Загалом 15 опитаних показали середні та високі результати, з них п'ятеро не перебували в зоні активних бойових дій на момент початку конфлікту. Згідно з рекомендаціями методики PCL-5, середній показник вважається у межах 31-33 балів, а значення понад 50 балів може свідчити про наявність посттравматичного стресу.

Отже, учасники опитування з середніми та високими результатами тесту, незалежно від того, чи перебували вони в зоні конфлікту, зауважили погіршення свого психологічного стану. Лише два респонденти під номерами 2 та 21, які показали середні результати тесту, вважали свій стан суб'єктивно нормальним.

За результатами методики PCL-5 виявлено, що 45,5% опитаних проявили симптоматику середнього та високого рівнів тяжкості посттравматичного стресу, і вони відчули погіршення свого стану з початком війни. Щодо 36,6% респондентів, вони оцінили свій психологічний стан як нормальний, тоді як лише 12,1% відповіли, що зараз почувають себе добре (рис. 2.6).

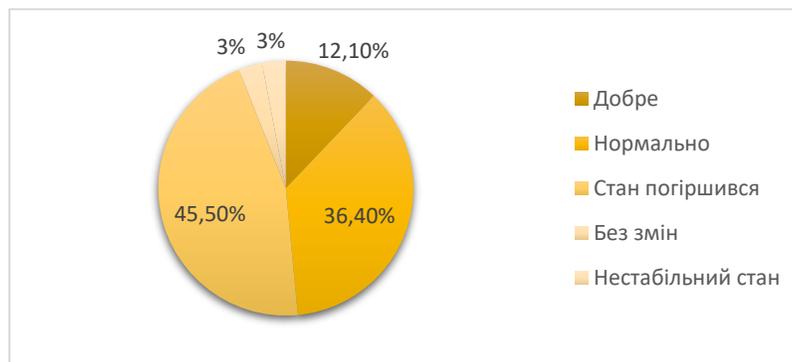


Рисунок 2.6 – Як Ви оцінюєте свій психологічний стан наразі?

Цікаво, що особи, які не перебували в зоні активних бойових дій, показали досить високі результати за методикою PCL-5 та відчули погіршення свого психологічного стану. Цих осіб виявилось 5, що становить 15,1% від загальної кількості опитаних. Ми вважаємо, що такі результати не випадкові й співвідносяться з поняттями, такими як синдром вцілілого, травма свідка та медіатравма.

Досить цікавим є випадок учасника №2 у дослідженні, який зазначив свою активну роль у військових діях, але отримав порівняно низький результат у тестуванні — лише 32 бали. Він вважає, що його психічний стан є стабільним. Це можливо пояснюється індивідуальними рисами його особистості та здатністю до психологічної віднови.

Було виявлено двох учасників дослідження (під номерами 27 та 31), які набрали найвищу кількість балів за методикою PCL-5 - по 53 бали кожен. Згідно з інтерпретацією цієї методики, встановлюють умовну межу від 50 балів і вище як оптимальний показник для підозри на можливий посттравматичний стрес (ПТС). Обидва учасники також підтвердили, що перебували в зоні активних бойових дій. Це означає, що вони мали експозицію до тяжких травматичних подій, що відповідає першому діагностичному критерію для ПТС згідно з

Міжнародною класифікацією хвороб (ICD-10, Всесвітня організація охорони здоров'я, 1992) та Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів (DSM-5, Американська психіатрична асоціація, 2013).

За результатами відповідей учасника № 27 найбільшу кількість балів (3 - "Часто" та 4 - "Дуже часто") отримали питання з категорій негативних змін в психічних станах та настроях та симптомів гіперзбудження. Групи питань про інтрузивні спогади та уникнення набрали від 1 до 2 балів, що не свідчить про значні відхилення від норми по цим категоріям.

Для діагностики посттравматичного стресу (ПТС) згідно з критеріями DSM-5, необхідно виявити симптоми з груп В, С, D та Е, які включають інтрузивні думки, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, погіршення настрою та когнітивних функцій, а також підвищену збудливість, що триває понад місяць. Однак, маючи дані лише про симптоми з категорій А, D та Е, ми не можемо з упевненістю стверджувати про наявність ПТС. Попри це, тестові результати можуть вказувати на відхилення, які заслуговують на увагу та можливе подальше обстеження.

У випадку учасника №31, результати показали вищий рівень балів — 53, що свідчить про значні відхилення. Цікаво, що крім уже зазначених симптомів, таких як підвищена збудливість та зміни в емоційному стані, він також виявив інтенсивні переживання. Відповідаючи на питання про інтрузивні думки та спогади, повторювані образи минулих травм і негативні реакції на травматичні події, учасник оцінив свій досвід на рівні 45 балів, що вказує на "часте" виникнення таких станів. Отже, учасник №31 має більш складний набір симптомів, включаючи виражені ознаки з групи В, які стосуються інтрузивних переживань.

Загалом у цього учасника присутня симптоматика по чотирьох групах: А, В, D та Е. Враховуючи всі ці чинники та обставини, можна стверджувати, що з

більшою ймовірністю, ніж у попередньому випадку, у нього може розвинути посттравматичний стрес (рис. 2.7).

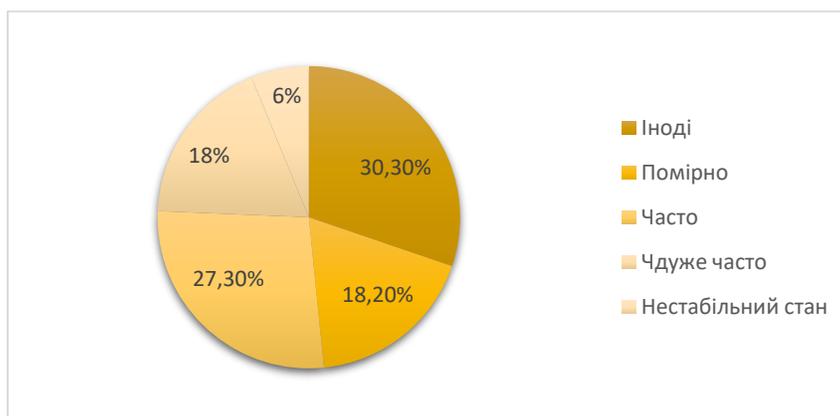


Рисунок 2.7 – Чи маєте Ви труднощі з концентрацією уваги?

Більшість опитаних, а саме 87,9%, також відзначили відчуття постійної напруги. Це також корелює з постійним переживанням стресу, що може бути результатом впливу негативних подій або ситуацій у їхньому житті (рис. 2.8).

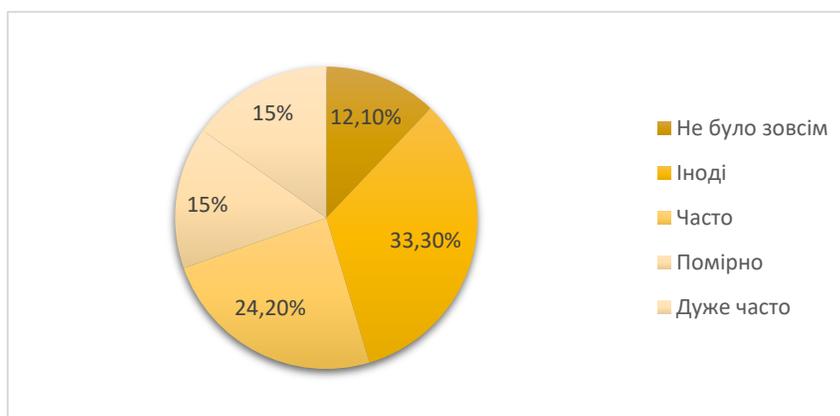


Рисунок 2.8 – Відчуття постійної напруги

Чимала кількість опитаних, а саме 84,8%, також вказала на проблеми зі сном. Ця реакція є впевненою, особливо в умовах постійної загрози для життя та

здоров'я, обумовленої регулярними ракетними обстрілами та загальною втратою відчуття безпеки в умовах воєнного конфлікту (рис. 2.9).

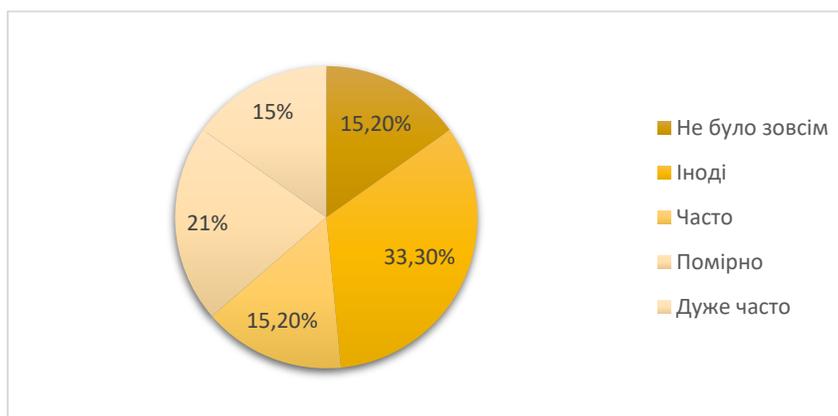


Рисунок 2.9 – Проблеми із засинання або сном

Фінальний блок питань нашого дослідження стосувався проблеми смислоутворення. Метою цього блоку було виявлення або спростування переживань кризових станів. Отримані статистичні дані для зручності відобразили в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Показники відповідей учасників на питання про зміни в життєвих цінностях та сенсі життя на фоні війни

№	Змінилися життєві цінності та пріоритети	Зараз переживають втрату життєвих орієнтирів	Виникли питання про сенс життя на фоні війни	Показник PCL-5
1	Так	В процесі	Так	15
2	В процесі	Ні	Ні	32
3	Так	Ні	Ні	14

Продовження таблиці 2.2

4	Так	В процесі	Так	11
---	-----	-----------	-----	----

5	Так	Так	Так	37
6	Так	Так	Так	32
7	Так	Було й до війни	Було й до війни	27
8	Ні	Ні	Ні	22
9	В процесі	В процесі	Так	44
10	Так	Так	Так	11
11	Так	В процесі	Так	29
12	Так	Так	Так	7
13	В процесі	В процесі	Так	25
14	Так	Так	Так	41
15	Так	В процесі	Ні	40
16	Так	Так	Так	6
17	Так	Так	Ні	46
18	Так	В процесі	Так	23
19	Ні	Ні	Ні	5
20	В процесі	В процесі	Ні	17
21	В процесі	В процесі	Так	34
22	В процесі	Так	Так	44
23	В процесі	В процесі	Так	28
24	В процесі	В процесі	Ні	15
25	Так	Так	Ні	20
26	Так	Так	Так	42
27	В процесі	В процесі	Так	53
28	Ні	В процесі	Так	22
29	Так	Так	Так	25

Продовження таблиці 2.2

30	В процесі	В процесі	Так	37
----	-----------	-----------	-----	----

31	В процесі	В процесі	Так	53
32	В процесі	Ні	Ні	39
33	В процесі	В процесі	Ні	36

За отриманими даними, 51,5% учасників визнали, що вони переглянули своє ставлення до життя з початку подій воєнного стану. Додатково, 42,4% учасників повідомили, що їхні життєві цінності та пріоритети знаходяться в процесі змін через ситуацію війни. Лише 6,1% опитаних стверджують, що нічого не змінилося в їхньому сприйнятті життя після настання воєнного стану (рис. 2.10).

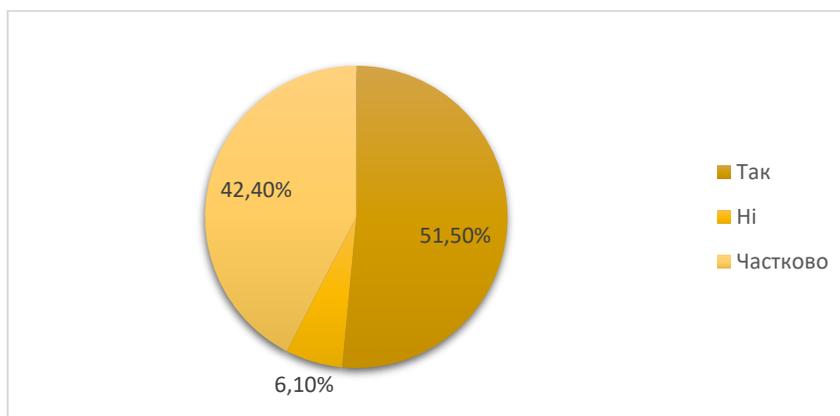


Рисунок 2.10 – Чи змінилися Ваші життєві цінності та пріоритети після початку війни?

Згідно з результатами опитування про втрату життєвих орієнтирів та сенсу життя, ми спостерігаємо подібну тенденцію. 30,3% респондентів відповіли позитивно, 48,5% зазначили, що переживають процес втрати життєвого сенсу, тоді як лише 12,1% відповіли, що не розмірковують над цими питаннями. Крім того, ми отримали три розгорнуті пояснення від учасників дослідження. Вони вказали, що або раніше задумувалися над цим питанням до початку війни, або

мали чітке уявлення про свої орієнтири, і війна не завадила їхнім планам на майбутнє (рис. 2.11).

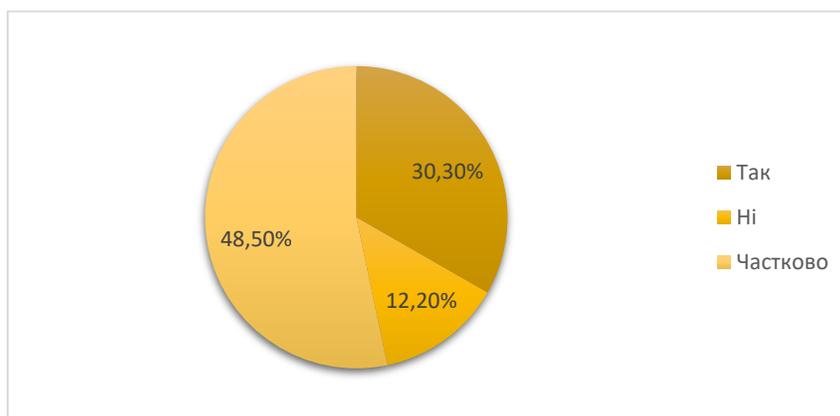


Рисунок 2.11 – Чи переживаєте Ви втрату життєвих орієнтирів на фоні переживання досвіду військових дій?

На завершення дослідження опитали учасників, чи вони мали питання про сенс життя людини у контексті воєнних подій. За результатами, більшість опитаних, а саме 63,6%, заявили, що почали розмірковувати про сенс існування в світі, де можуть траплятися такі жахливі події, як війна. Двоє учасників надали більш докладну інформацію, а 30,3% відповіли, що не задаються такими питаннями (рис. 2.12).

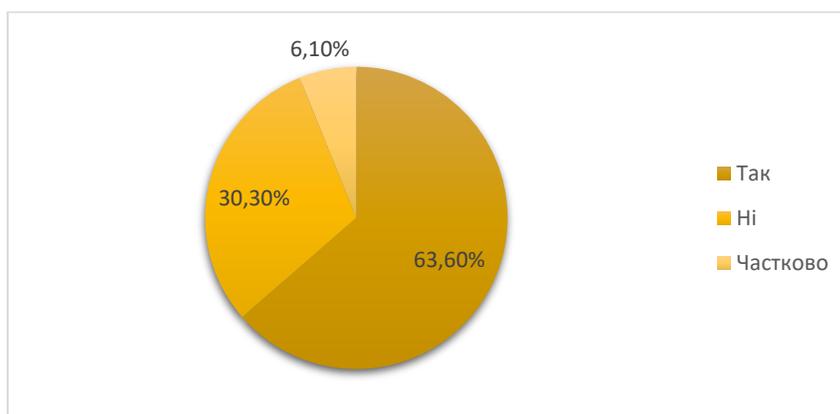


Рисунок 2.12 – Чи виникали питання щодо життя та місця у світі на фоні воєнних дій?

Виявлено, що не має прямої кореляції між відповідями з фінального блоку питань про сенсоутворення та балами за методикою PCL-5. Оскільки відповіді були дуже різноманітними, прямий зв'язок не було встановлено. Однак результати дослідження показали, що тенденція до переосмислення свого ставлення до життя та зміни життєвих орієнтирів спостерігається у більшості учасників на фоні воєнного стану.

Отже, 51,1% учасників дослідження заявили, що вони зазнали зміни у своїх життєвих цінностях, а 30,3% пережили втрату життєвих цілей та переосмислили сенс свого життя в контексті подій воєнного стану в Україні. Ще приблизно 45% учасників перебувають на етапі переосмислення своїх життєвих орієнтирів і цілей.

Дослідження, проведене з використанням Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій, показало, що **58,5%** підлітків мають ізольовані симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТС), які не досягають рівня клінічного діагнозу і мають перехідний характер — симптоми можуть бути нестабільними, змінними або з часом зникати, і прогноз є оптимістичним без необхідності втручання спеціалістів. Найбільш поширеними є проблеми зі сном, такі як труднощі з засинанням та кошмари, а також коливання настрою. У **28,7%** випадків виявлено виразні симптоми ПТС, які мають чіткі клінічні прояви, відповідно до МКБ-10, що можуть серйозно порушувати звичний спосіб життя, негативно впливати на соціальну адаптацію та ускладнювати процес відновлення після травми. Водночас, у **12,5%** підлітків не спостерігається жодних симптомів ПТС. (рис. 2.13).

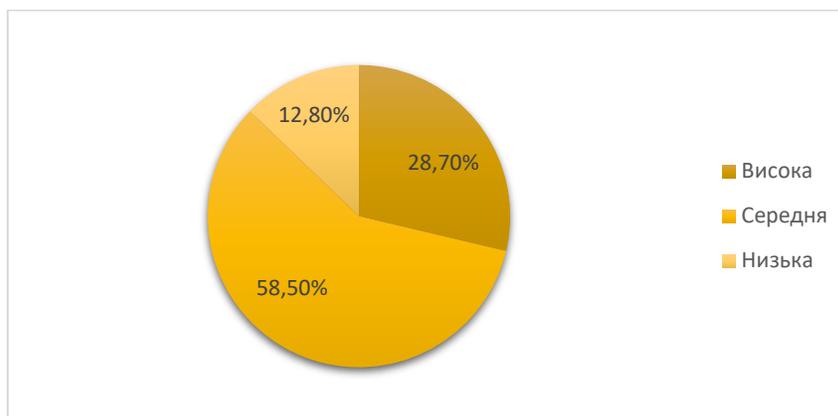


Рисунок 2.13 – Вираженість симптомів ПТС серед вибірки

Серед учасників дослідження найпоширенішими проявами симптомів є: повторювані, неспокійні спогади, образи та думки про пережиту стресову ситуацію, які характерні для 87% вибірки. Почуття глибокої засмученості, які відчували 55,5% опитуваних, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес.

Сильні фізіологічні реакції, такі як прискорене серцебиття, утруднення дихання та потовиділення, які спостерігалися у 48,1% підлітків при нагадуванні про стресову подію. Уникання спогадів, думок чи почуттів, що стосуються пережитого стресу, відзначили 44,4% опитуваних. Бажання згадувати важливі епізоди стресової події, що було важливим для 66,6% підлітків. Втрата інтересу до раніше цікавих справ відзначена у 55,5% опитуваних. Почуття відчуженості від оточуючих, що виникали у 77,7% вибірки. Збільшення проявів роздратування, агресії або агресивних дій, спостерігалось у 70,3% опитуваних. Стан надмірної настороженості, пильності та нервозності, які відчували 78% учасників. Труднощі з концентрацією уваги та сном, які мали 82% опитаних.

Отже, з отриманими даними з цих двох методик можна зробити висновок, що більшість опитуваних підлітків, які були свідками активних бойових дій у своїх містах, мають характерні симптоми ПТСР. Щодо результатів дослідження рівня тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна, аналіз показав, що помірна

ситуаційна тривожність є характерною для 85% всієї вибірки, висока ситуаційна тривожність виявилася у 15% опитуваних. Щодо особистісної тривожності, високий рівень був зафіксований у 58%, а помірний у 42% (рис. 2.14).

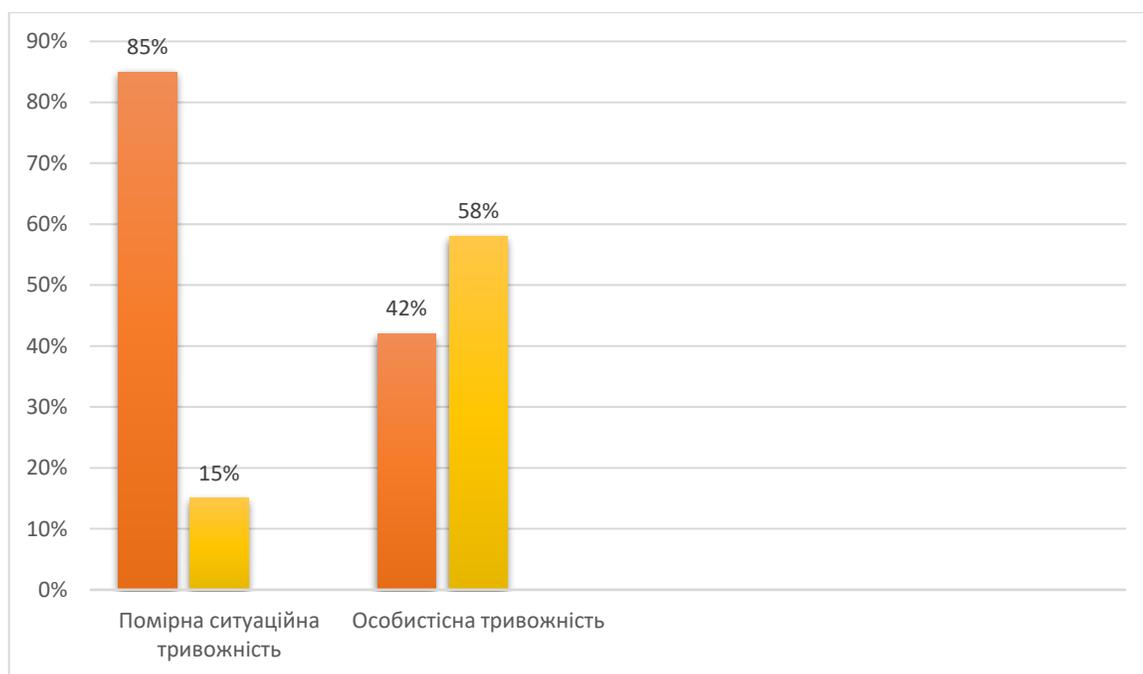


Рисунок 2.14 – Співвідношення помірної ситуаційної та високої тривожності

Тривожність є властивістю особистості, яка характеризується відчуттям емоційного дискомфорту та очікуванням потенційної загрози. Ця категорія також описує постійні відмінності між людьми у схильності до відчуття тривожності.

Особистісна тривожність відображає постійну схильність індивіда до переживання тривоги, що включає тенденцію бачити широкий спектр ситуацій як загрозові та реагувати на них тривожною відповіддю. Ця форма тривожності активується, коли людина стикається зі стимулами, які вона вважає небезпечними для своєї самооцінки чи самоповаги.

Ситуаційна тривожність як тимчасовий стан проявляється через емоції, такі як напруженість, занепокоєння, та нервозність, і виникає як відповідь на стресові події. Її інтенсивність та тривалість можуть варіюватися.

За даними досліджень, низький рівень ситуаційної тривожності може вказувати на те, що поточні обставини не є значущими для індивіда, і він сприймає їх як контрольовані та не загрозливі. Високий або надзвичайно низький рівень тривожності може бути ознакою дезадаптації. Особистісна тривожність формується з дитинства і залежить від індивідуальних особливостей та впливу зовнішнього середовища. Оптимальний рівень тривожності є важливим для адаптації особистості до змінних умов життя.

Підвищення рівня особистісної тривожності, як правило, пов'язане з формуванням внутрішньо особистісного конфлікту. Це проявляється відчуттям постійної небезпеки, невизначеності, стурбованості, напруги і невдачі, що насувається, тривожного очікування, або відчуттям невизначеної загрози, час та характер якої не піддається. Підвищений рівень внутрішньо особистісної тривожності важко коригується і може стати основою для формування серйозних невротичних розладів.

Люди, що мають середній рівень ситуативної тривоги, зазвичай здатні контролювати свої переживання і об'єктивно оцінювати виниклі ситуації. Однак це може вимагати часу, оскільки їм може бракувати повної впевненості в собі та успішному результаті. Такі люди можуть тимчасово втрачати емоційну рівновагу і зазнавати зниження працездатності. Однак відновлення емоційного комфорту зазвичай відбувається досить швидко після усунення напруженої ситуації або після повного включення механізмів особистісної регуляції і самоконтролю (рис. 2.15).

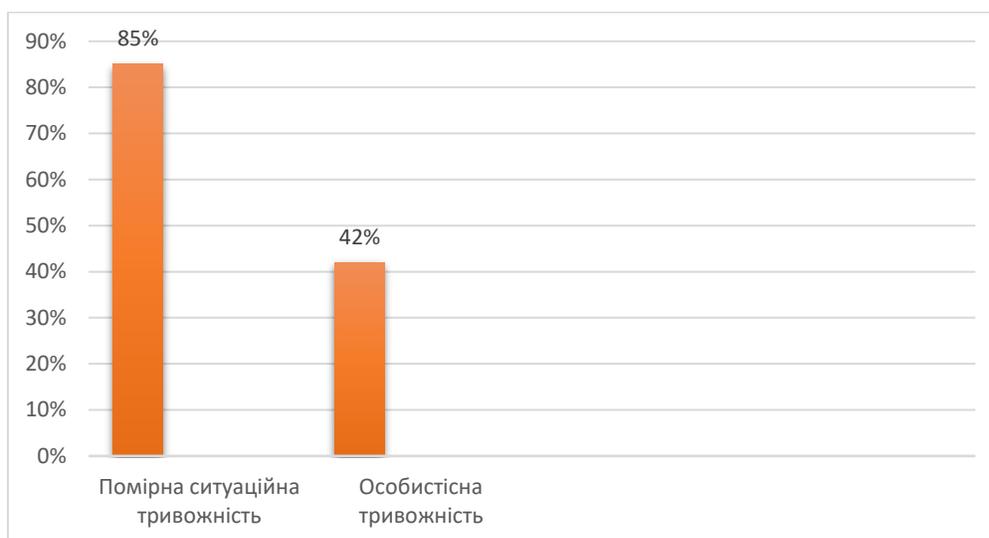


Рисунок 2.15 – Співвідношення помірної ситуаційної та особистісної тривожності

Ситуаційна тривога характеризується станом особистості, що триває протягом певного часу і пов'язаний з зовнішніми чинниками, які створюють "вітальну" або соціальну загрозу. Ця тривожність виникає як відповідь на зміну обставин, розцінену суб'єктом як стресову. Після того, як дратівливий чинник відпадає, стан індивіда зазвичай нормалізується.

Реактивну тривогу можуть спровокувати різні причини, такі як складна політична або економічна ситуація, природні катаклізми, негативні новини, проблеми в сім'ї чи на роботі, особистий досвід невдач тощо. Фізіологічно тривога може виявлятися у посиленні серцебиття, збільшенні частоти дихання, підвищенні артеріального тиску, зниженні порога чутливості та збільшенні загальної збудливості. Люди з високим рівнем тривожності схильні сприймати загрозу для своєї самооцінки та життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій. Вони можуть реагувати на це значним станом тривожності. Для них важливо змінювати акцент з зовнішніх вимог, категоричності та високої значимості завдань на осмислення діяльності та конкретне планування по підзадачам.

Підлітки з середнім рівнем особистісної тривожності відчують себе комфортно і зберігають емоційну рівновагу, особливо в ситуаціях, з якими вони вже адаптувалися. Хоча поява тривоги, неспокою чи емоційного дискомфорту можлива при ускладненні ситуації чи появі додаткових труднощів, вони зазвичай досить швидко адаптуються і відновлюють емоційну рівновагу. Високий рівень особистісної тривожності означає, що більшість ситуацій сприймаються підлітком як загрозові для їхнього престижу та самооцінки. У таких учнів частіше виникає дуже висока емоційна чутливість, яка поєднується з підвищеною чутливістю та уразливістю, що значно ускладнює їхнє спілкування з іншими (рис. 2.16).

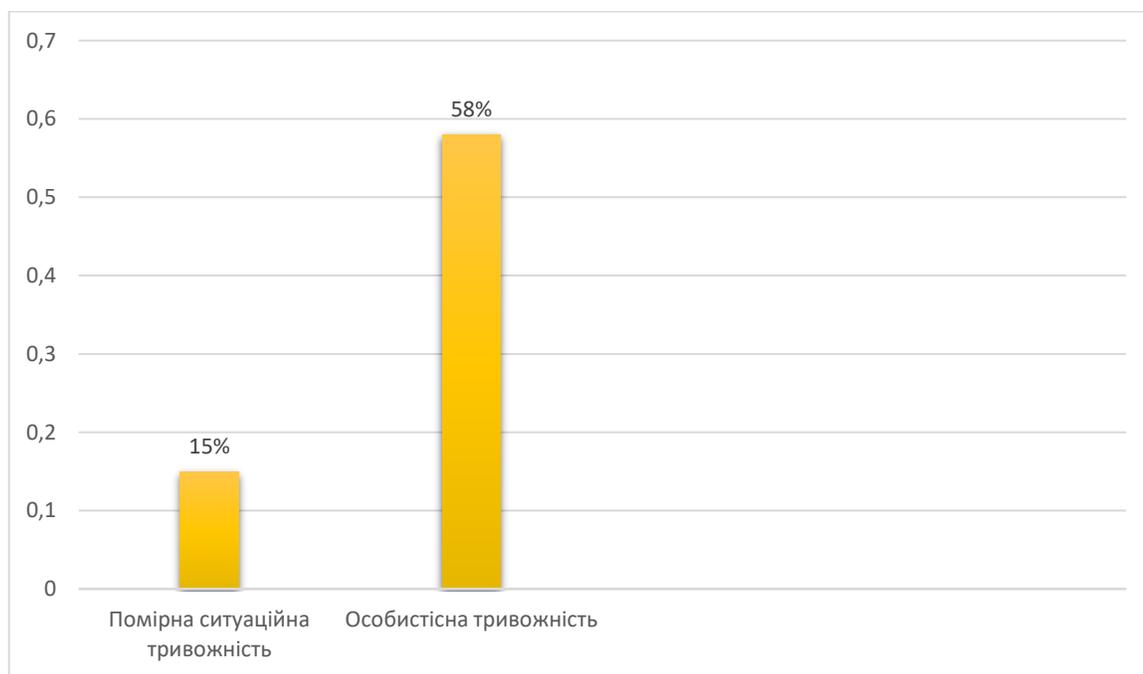


Рисунок 2.16 – Співвідношення високої особистісної та ситуаційної тривоги серед вибірки

Аналіз вибірки показав, що тривожність у досліджуваних підлітків в основному має тенденцію до помірної ситуаційної тривожності та високого рівня особистісної тривожності. За отриманими результатами можна

виокремити помірну ситуативну тривожність, яка є характерною для 85% усієї вибірки підлітків, та високу особистісну тривожність, яка спостерігається у 51% опитуваних.

Тривожність негативно позначається на можливостях та результативності діяльності підлітка, що в свою чергу впливає на його емоційний стан. Складність і суперечливість підліткового віку робить його фактором ризику для багатьох небажаних проявів. Тому потрібна уважна, цілеспрямована і серйозна робота над формуванням особистісних якостей і поведінкових моделей, що сприяють сприятливому розвитку особистості підлітка.

Висока тривожність може призводити до зниження активності психічних процесів та негативно впливати на здатність використовувати знання, уміння і навички. Це може спричинити неправильні дії навіть у ситуаціях, коли особа здатна була діяти успішно. Отже, люди з вираженою тривожністю мають більшу схильність до стресових ситуацій та переживань тривоги, ніж ті, чий рівень тривожності є низьким.

Інтерпретація опитувальника «Шкала базових переконань, WAS» (Янов-Бульман) здійснюється за три узагальнені напрямки відносин:

1. **Загальне ставлення до прихильності навколишнього світу:** оцінюється як середнє арифметичне між показниками BW (прихильність миру) та BP (доброта людей).
2. **Загальне ставлення до свідомості світу:** це сприйняття контрольованості і справедливості подій. Оцінюється як середнє арифметичне між показниками J (справедливість світу), C (контрольованість світу) та реверсивним показником R (випадковість). Показник R визначається як сума балів, обернених відносно середини шкали.

3. Переконавання щодо власної цінності та здатності управління подіями та везіння: оцінюється як середнє арифметичне між показниками SW (цінність "Я"), SC (самоконтроль) і L (везіння).

Цей опитувальник може використовуватися як в індивідуальній, так і в груповій роботі. Якщо показники за будь-якою з шкал у людини значно занижені, це важливо врахувати при наданні психологічної підтримки. В нормі показники за всіма шкалами повинні бути вищими за середину шкали, тобто не менше 3,5 балів.

Згідно з результатами, отриманими після інтерпретації методики, більшість опитаних підлітків позитивно сприймають навколишній світ. Вони відкриті до нього, довіряють оточуючим людям і готові до партнерської взаємодії з ними. Також вони характеризуються високою вірою у свою здатність контролювати життєві події та керувати ними. Такі підлітки високо оцінюють себе та схильні до оптимізму. Проте лише невелика частина опитаних показала певні тенденції до прояву переконаності у неприхильному ставленні до світу та оточуючих людей, а також у випадковості подій, що відбуваються з ними. Як результат, можна очікувати, що надалі буде спостерігатися дещо знижений рівень переживання психологічної безпеки.

Аналізуючи зв'язок між рівнем особистісної тривожності та вираженістю посттравматичного стресового розладу за допомогою кореляційного аналізу та коефіцієнта кореляції Пірсона, було встановлено прямий та значущий зв'язок між цими двома показниками ($r=0,55$; $p\leq 0,01$). Це свідчить про те, що в даній вибірці спостерігається тенденція: чим вищий рівень особистісної тривожності, тим вище вираженість посттравматичного стресового розладу у підлітків.

2.3 Психокорекційна програма для самопомоги переживання посттравматичного стресу

Психологічна підтримка молодих осіб, які зазнали травматичних подій в умовах воєнного конфлікту, повинна базуватися на комплексному та інтегрованому підході. Програма допомоги має на меті досягнення таких цілей: відновлення відчуття безпеки та контролю, зменшення емоційної напруги та тривожності, інтеграція травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять, коригування непристосованих переконань, а також розвиток здатності знаходити нові значення у власному життєвому досвіді.

Програма включає такі методики: травмоцентрична когнітивно-біхевіоральна терапія, EMDR-терапія, наративна терапія, практики усвідомленості (майндфулнес), арттерапія та психосоціальна підтримка. На етапі стабілізації емоційного стану рекомендовано застосовувати техніки релаксації, візуалізації та дихальні вправи.

До програми також входять травмоцентричні психотерапевтичні методики: травмоцентрична когнітивно-біхевіоральна терапія та EMDR-терапія, які є переважними методами лікування ПТС згідно з рекомендаціями Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE, 2004) [34].

Посттравматичний стрес (ПТС) дійсно є станом, що виникає через проблеми з інтеграцією травматичних спогадів. Терапевтичні методи, які цілеспрямовано працюють з травматичними спогадами, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) та EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), можуть бути ефективними у зменшенні симптомів ПТС. Ці методи допомагають інтегрувати спогади таким чином, що вони стають менш болісними та менш впливовими на повсякденне життя.

У контексті України, де вплив воєнних конфліктів може призвести до значного зростання випадків ПТС, розвиток та доступність таких методів є особливо важливими. Згідно з дослідженнями Романчука О. І., в Україні ці підходи до лікування ще не отримали широкого поширення, тому акцент на їх розвитку та імплементації є актуальним.

Для відновлення сенсу життя та реабілітації після травматичного досвіду війни можуть бути корисними наступні стратегії:

1. **Визначення нових життєвих цілей** та адаптація до змінених умов існування.
2. **Соціальна підтримка** від однолітків, друзів та сім'ї, яка допомагає у розумінні та обробці пережитого.
3. **Застосування психотерапевтичних технік**, таких як когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, арттерапія, для поліпшення самопочуття та відновлення здатності до сенсотворення.

Майндфулнес, зокрема, є методом, який може допомогти у відновленні внутрішньої рівноваги та подоланні кризових станів, пов'язаних з втратою сенсу. Він сприяє усвідомленню поточного моменту та прийняттю власних переживань без оцінки, що може бути корисним у процесі реабілітації після травми.

Визначальними аспектами майндфулнес є саморегуляція уваги (здатність до уваги протягом тривалого часу та опанування навичками самоспостереження, механізм використовується як медитативна техніка: людина зосереджується на відчуттях власного тіла та на своєму диханні); орієнтованість на досвід (прийняття кожного моменту власного досвіду; під прийняттям розуміється відкритість до сприймання реальності у кожний конкретний момент, іншими словами, життя «тут-і-зараз»);

На базі майндфулнес підходу виділяють наступні терапевтичні техніки: майндфулнес базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнес базована

когнітивна терапія (МВСТ), терапія прийняття та відповідальності (АСТ), діалектична поведінкова терапія (ДВТ), деактивація внутрішньої напруги (МДТ), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнес релаксація, модель внутрішньосімейних систем [5].

У рамках нашого дослідження, особливу увагу слід звернути на такі методики майндфулнес:

1. **Програма майндфулнес для зниження стресу (MBSR)** - це комплексний підхід до зменшення стресу, який включає медитації, усвідомленість тіла та йогу. Ця програма розроблена для людей, що відчувають стрес, включаючи тих, хто має хронічні захворювання.
2. **Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МВСТ)** - це вид психотерапії, спрямований на запобігання повторення епізодів депресії. Вона використовує елементи когнітивно-поведінкової терапії разом з майндфулнес медитаціями для навчання пацієнтів розуміння їхнього стану та управління думками та емоціями без зайвої реакції.
3. **Терапія прийняття та відповідальності (АСТ)** - це психотерапевтичний підхід, що базується на доказовій практиці та включає когнітивно-поведінкові методи та клінічний аналіз поведінки. Ця терапія спрямована на розвиток психологічної гнучкості, навчаючи людей приймати свої думки та емоції та працювати над досягненням особистих цілей, незважаючи на внутрішні перешкоди [7].

Методологічною базою сформованої нами програми є методи когнітивно-поведінкової терапії, наративної терапії, тілесно-орієнтованої терапії, майндфулнес та арттерапія. Серед методів реалізації програми виділимо такі:

1. Психоедукація.

2. Оцінка: перевірка відповідності симптомів ПТС діагностичним критеріям та визначення найбільш травматичних подій, опитування за PCL-5.
3. Фізична та психологічна релаксація
4. Техніки КПТ по роботі з негативними думками та переконаннями та формуванню альтернативних раціональних суджень.
5. Наративна терапія.
6. Майндфулнес.
7. Арттерапія.

Підтримка молодих людей з травматичним досвідом внаслідок війни вимагає всебічного підходу, який інтегрує когнітивно-поведінкові методи, тілесно-орієнтовані практики та соціальну підтримку. Такий комплексний підхід сприятиме ефективному зниженню травматизації та сприянню адаптації.

Основні цілі програми включають:

- **Зниження емоційної напруги:** створення умов для заспокоєння та релаксації.
- **Навчання управлінню складними емоціями:** розвиток стратегій для ефективного впорядкування емоційних реакцій.
- **Переосмислення травматичних спогадів:** зміна перспективи на минулі події для зменшення їх негативного впливу.
- **Розвиток емоційної саморегуляції:** вироблення навичок для самостійного контролю емоційного стану.
- **Активізація смислоутворення та формування нових смислів:** допомога у відкритті нових життєвих орієнтирів та цілей.

Методи: ТФ-КПТ (перебудова неадаптивних переконань, вивчення емоцій та активне прийняття травматичного досвіду), тілесно-орієнтована терапія (техніки релаксації, дихання, рухові вправи), МВСТ/МBSR (підвищення

гнучкості психічних процесів, ціннісна орієнтація), АСТ (розвиток навичок усвідомлення та прийняття), арттерапія (малювання, колаж).

Для реалізації програми необхідно 10-12 занять тривалістю по 50 хвилин. На початку програми проводиться 1 заняття на тиждень, поступово кількість занять можна збільшити до двох занять на тиждень.

Заняття 1. Вступ.

1. Ознайомлення з метою і завданнями заняття. Знайомство, обговорення правил роботи.

2. Психоедукація. Інформація про травматичний стрес та ПТС. Прояви, наслідки, статистика. Надання інформації про особливості травматичного стресу, його прояви та наслідки. Пояснення механізмів виникнення посттравматичного стресового розладу (Згідно з дослідженнями Ozer E.J., et al (2003) [34].

3. Оцінка: перевірка відповідності симптомів ПТС діагностичним критеріям та визначення найбільш травматичних подій за методикою «Список життєвих подій» та PCL-5.

4. Обговорення вражень та досвіду.

У рамках занять 2-3, які зосереджені на тілесно-орієнтованій терапії, основна увага приділяється навчанню технікам дихання та релаксації:

1. **Дихальні вправи:** Використання глибокого діафрагмального дихання для релаксації, яке може служити як засіб самопомоги у стресових ситуаціях. Практика полягає у фокусуванні уваги на дихальному процесі та спостереженні за рухами черевної стінки та грудної клітини, що допомагає перенаправити увагу з негативних думок на дихання, знижуючи тривожність.
2. **Сканування тіла:** Послідовне перенесення уваги на різні частини тіла, дозволяючи учасникам зосередитись на відчуттях, які вони відчувають у кожній зоні.

3. **М'язова релаксація за Джекобсоном:** Методика, спрямована на зменшення тривожності та емоційного напруження шляхом чергування напруження та розслаблення різних м'язових груп. (Hölzel, B. K.,) [42].

4. **Вправи MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):**

- **Сканування тіла “Сканер”:** Уявне сканування тіла, під час якого людина, лежачи, концентрується на відчуттях у кожній частині тіла.
- **Формальна сидяча медитація:** Практики, що включають усвідомлення дихання, спостереження за звуками, а також усвідомлене спостереження за думками та емоціями.

Ці вправи сприяють розвитку усвідомленості та допомагають учасникам краще управляти своїми емоційними станами.

У заняттях 4-5, які фокусуються на когнітивно-поведінковій терапії, рекомендується розбити процес на декілька етапів для кращої структуризації та засвоєння матеріалу:

1. **Визначення цінностей:** Учасникам пропонується визначити свої основні життєві цінності та пріоритети, а також обговорити ситуації, що викликають складні емоції, використовуючи тест сенсожиттєвих орієнтирів Леонтєєва.
2. **Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ):** Ідентифікація ірраціональних переконань, асоційованих з травматичним досвідом. Учасники згадують травматичну подію та описують автоматичні думки, які при цьому виникають, наприклад, “Я слабкий”, “Світ небезпечний”, “Я не можу нікому довіряти”.
3. **Робота з переконаннями:** Запис та аналіз переконань, пов'язаних з травмою, які провокують негативні емоції. Учасники аналізують свої автоматичні думки, перевіряючи їх на відповідність фактам, оцінюючи їх реалістичність та вплив на самопочуття. Наприклад, думка “Я слабкий”

може бути спростована з урахуванням особистих сильних сторін та досягнень (Буценко, В.В.) [2].

Заняття 6-7. Когнітивно-поведінкова терапія - продовження

1. Спростування ірраціональних переконань аргументами. Потрібно навести контраргументи до своїх ірраціональних думок. Наприклад, до «Світ небезпечний» - «не всі люди злі, є багато хороших людей». Аргументи повинні бути переконливими і спиратися на факти (Буценко, В.В.) [2].

2. Формування альтернативних раціональних переконань. На основі спростування ірраціональних думок, пропонується навчатися формулювати більш реалістичні альтернативні переконання. Наприклад, замість «Я слабкий» - «У мене є сильні і слабкі сторони, як і в кожній людині» (Буценко, В.В.) [2].

3. Підбиття підсумків. Обговорення результатів і труднощів. Відповіді на запитання. Рекомендації з самостійної роботи для закріплення навичок.

Така схема дозволяє послідовно виявити і коригувати ірраціональні думки, пов'язані з травмою, та формувати більш адаптивні раціональні переконання. Це допомагає боротися з деструктивними переконаннями про власну неповноцінність та ворожість навколишнього світу, правильно структурувати інформацію, й таким чином поступово долати негативні наслідки травматичного досвіду.

Заняття 8-9. Наративна терапія.

Наративна терапія спрямована на реконструкцію травматичного досвіду в ході розповіді, що допомагає знайти нові сенси та інтерпретації травматичних подій.

Згідно з Роуном Джозефом, автором книги «The Right Brain and the Unconscious», втрата зв'язку між правою та лівою півкулею мозку може впливати на розвиток посттравматичного синдрому і розладів настрою, а також на здатність людини до здійснення ефективних рішень та спілкування [43].

Терапія над відновленням роботи лівої півкулі може допомогти під час лікування травматичного розладу. Однією з таких технік є нарративна терапія, коли виконують техніку написання та проговорення розповіді про травматичний досвід, що може допомогти підвищити аналітичне мислення та осмислення події й таким чином знизити рівень напруги від згадки про травматичну подію.

1. Реконструкція травматичної історії. Пошук альтернативних смислів та інтерпретацій.

2. Позитивний рефреймінг – зміна поглядів на пережиту травматичну ситуацію аби побачити її у позитивному контексті (А. Бек, 1997) [29]

3. Одним з найбільш ефективних методів є рескриптинг як техніка схема-терапії. Метод добре працює з емоційним відгуком на травматичну ситуацію, таким чином можна опрацювати свій відгук на негативну подію і створити новий позитивний спогад в пам'яті. Крім того, важливо включати до програми близьких людей та родини учасників, щоб створити оптимальні умови для відновлення після пережитого травматичного досвіду.

4. Техніка «позитивного наративу» - або створення історії життя без травми.

Заняття 10. Майндфулнес, АСТ-терапія

У десятому занятті, яке зосереджене на майндфулнес та АСТ-терапії, акцент робиться на важливості прийняття та усвідомленого спостереження за власними переживаннями, навіть якщо вони сприймаються як “важкі” чи “негативні”. Це допомагає створити психологічну дистанцію та навчити людину приймати та відпускати сильні емоції, щоб досягти значущих цілей.

Наукові дослідження підтверджують, що медитація та фокусування уваги на диханні можуть позитивно впливати на мозок та знижувати стрес. Зокрема, після восьмижневого курсу медитації спостерігається стабілізація областей мозку, відповідальних за увагу та регулювання емоцій.

Програма АСТ-терапії включає наступні методи:

1. **Когнітивна дифузія:** Вивчення способів зменшення тенденції вірити в свої думки, образи, емоції та спогади як у реальність.
2. **Прийняття:** Розвиток здатності приймати власні думки та емоції без спроби боротьби з ними.
3. **Зв'язок із даним моментом:** Навчання бути присутнім “тут і зараз”, розвиваючи відкритість, допитливість та чутливість до поточного досвіду.
4. **Спостереження за собою:** Формування трансцендентного відчуття себе як постійної свідомості.
5. **Цінності:** Визначення того, що є найважливішим для істинного “Я”.
6. **Вчинені дії:** Встановлення цілей, які відповідають особистим цінностям, та відповідальне їх досягнення.

Заняття 11. Арттерапія

Одинадцяте заняття, присвячене арттерапії, містить творчі методи, які допомагають у вираженні емоцій та поліпшенні психоемоційного стану, особливо при роботі з посттравматичним стресовим розладом:

1. **Малювання “травматичної картини” та “картини майбутнього без травми”:** Клієнти створюють візуальні образи, які відображають їхній травматичний досвід, а також їхнє бачення майбутнього, де травма не має влади над їхнім життям.
2. **Обговорення малюнків. Ритуал “прощання з травмою”:** Цей етап передбачає аналіз створених малюнків та проведення ритуалу, який символізує відпускання травматичного досвіду та готовність рухатися вперед.
3. **Малювання. Колаж:** Учасники створюють колажі на задану тему, використовуючи матеріали з журналів та газет, що дозволяє їм візуалізувати свої думки та емоції в більш абстрактній формі.

Заняття 12. Підбиття підсумків.

На фінальній зустрічі пропонується поділитися своїми враженнями та досягненнями. Таким чином, можна отримати зворотній зв'язок та оцінити ефективність програми.

Висновок до 2 розділу

Емпіричне дослідження виявило значні психологічні наслідки воєнного стану серед молоді в Україні. Серед учасників, **36,6%** оцінили свій стан як нормальний, тоді як **12,1%** відчують себе добре. Навіть ті, хто не були безпосередньо в зоні бойових дій, відчують симптоми посттравматичного стресового розладу та зазначають про погіршення свого психологічного стану. Зокрема, було відзначено проблеми з концентрацією уваги (**93,9%**), сном (**84,8%**), та постійною напругою (**87,9%**). Більше половини учасників (**51,1%**) відчули зміну життєвих цінностей, а **30,3%** зіткнулися з втратою сенсу життя; **45%** перебувають у процесі переосмислення своїх життєвих орієнтирів.

Отже, дослідження підтвердило гіпотезу про взаємозв'язок між переживанням травматичного досвіду війни та зниженням психологічного добробуту, кризовими станами та проблемами зі смислоутворенням. Це підкреслює необхідність створення ефективних програм психологічної підтримки та адаптації для молодих людей, які переживають важкі часи в Україні.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження нами були сформовані наступні висновки:

1. Посттравматичний стрес (ПТС) є серйозним психічним станом, який виникає внаслідок досвідування або свідомого переживання травматичної події. Згідно з сучасними визначеннями, ключові характеристики ПТС включають повторні відтворення травматичного досвіду через спогади, сновидіння або флешбеки. Іншою важливою ознакою є гіперзбудженість, яка виявляється в постійній напрузі, подразливості та збудливості. Постраждалі також можуть відчувати відчуття відокремленості від оточуючих та втрати інтересу до раніше приємних або значущих справ. Невральні та хімічні зміни в головному мозку, пов'язані з ПТС, можуть призводити до серйозних фізичних та емоційних відчуттів. Розуміння цих ключових характеристик є важливим для діагностики та лікування ПТС, сприяючи покращенню якості життя постраждалих.

2. Особи, які перебувають в умовах окупації, відчувають підвищений ризик розвитку посттравматичного стресу (ПТС) через кілька ключових факторів. Перш за все, небезпека для життя та постійний стрес, пов'язаний з конфліктами та насильством, є основними причинами розвитку ПТС. Довготривале перебування в умовах невизначеності та небезпеки також може поглиблювати цей стан. Соціальна ізоляція та відчуття відокремленості від рідних та сім'ї можуть також збільшувати ризик. Крім того, недостатня підтримка та доступ до психологічної допомоги можуть ускладнювати процес адаптації та знижувати стійкість до стресу. Нарешті, досвід побоїв та травматичних подій може викликати посттравматичні симптоми навіть після завершення окупації, поглиблюючи та продовжуючи ефекти ПТС на довгий термін.

3. У контексті окупованих територій посттравматичний стрес (ПТС) набуває специфічних особливостей у проявах та переживаннях. По-перше, постійна загроза фізичної безпеки та страх перед насильством створюють надзвичайно напружене середовище, що підвищує ризик розвитку ПТС. Довготривала експозиція до військових дій, репресій та травматичних подій сприяє загостренню симптомів ПТС і може призводити до хроніфікації цього розладу. Стійке почуття відокремленості від решти світу та відчуття втрати контролю над власним життям також характеризують досвід переживання ПТС на окупованих територіях. Недоступність адекватної психологічної допомоги та підтримки у таких умовах може поглиблювати страждання постраждалих і ускладнювати процес відновлення. Зокрема, у контексті окупованих територій важливо розуміти та враховувати специфічні фактори, що впливають на прояви та переживання ПТС, для забезпечення ефективної підтримки та лікування постраждалих.

4. Емпіричне дослідження виявило психологічні особливості травматичного досвіду воєнного стану серед молоді в Україні. Серед учасників, **36,6%** оцінили свій стан як нормальний, тоді як **12,1%** відчують себе добре. Навіть ті, хто не були безпосередньо в зоні бойових дій, відчують симптоми посттравматичного стресового розладу та зазначають про погіршення свого психологічного стану. Зокрема, було відзначено проблеми з концентрацією уваги (**93,9%**), сном (**84,8%**), та постійною напругою (**87,9%**). Більше половини учасників (**51,1%**) відчули зміну життєвих цінностей, а **30,3%** зіткнулися з втратою сенсу життя; **45%** перебувають у процесі переосмислення своїх життєвих орієнтирів.

Отже, дослідження підтвердило гіпотезу про взаємозв'язок між переживанням травматичного досвіду війни та зниженням психологічного благополуччя, кризовими станами та проблемами зі смислоутворенням. Це

підкреслює необхідність створення ефективних програм психологічної підтримки та адаптації для молодих людей, які переживають важкі часи в Україні.

5. На підставі теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження була створена програма психологічної підтримки для молоді з травматичним досвідом воєнного стану в Україні, яка включає перевірені науковими методами підходи до роботи з травмою. Дослідження надало глибоке розуміння наслідків воєнного травматизму та підтвердило зв'язок між переживанням травми та розвитком психологічних розладів, кризових станів та проблем зі смислоутворенням. Ці відомості підкреслюють необхідність розробки ефективних програм психологічної допомоги та адаптації для молоді, яка переживає складні часи в Україні.

Хоча проведене дослідження висвітлює ключові аспекти проблеми, воно не охоплює всі її грані. Майбутні дослідження можуть зосередитися на вивченні технік, які ефективно допомагають у роботі з травмою та відновленні смислу життя, що є важливим для подальшого розвитку психологічної підтримки в умовах воєнного конфлікту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Watson GG Додаток: Інтерв'ю з ПТС (ПТС-I) DSM-III версія. Дж. Клін. психол. 1991, № 47. С.186-188.
2. Блінов О., Максименко С.Д., Черненко І.О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТС) : науково-методичне видання. Київ : Талком, 2019. 23 с.
3. Психологічні особливості прояву ПТС у підлітків, які зазнали впливу війни : методичний посібник, упоряд. В.І. Синьоок. Чорнобай, 2022. 45 с.
4. Туриніна О. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник. Київ : Персонал, 2017. 160 с.
5. Харченко В., Шугай М. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник. Острого : Острозька академія, 2015. 160 с.
6. Мультимедійна платформа іномовлення України. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3649695-v-ukraini-oficijnozareestruvali-4-867-106-pereselenciv.html>
7. Експрес оцінка соціально психологічного становища дітей в Донецькій області. UNICEF, Дитячий фонд Україна. URL: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Rapid_Psychosocial_Assesment_of_Children_in_Donetsk_Oblast_ua.pdf
8. Приховані наслідки конфлікту: Проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. Байярд Робертс, Ніно Махашвілі, Джана Джавахішвілі; International Alert. 2017. 32 с. URL: https://www.internationalalert.org/sites/default/files/Ukraine_HiddenBurdensConflctIDPs_UK_2017.pdf

9. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.
10. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. Мистецтво лікування. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/mistetzvo/2014-10-16/6.pdf>
11. Foa E. B., Rothbaum B. O. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press, 2021. URL: <https://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/competencymaps/cbt/Problem%20specific%20competences/PTSD%20Foa%20and%20Rothbaum.pdf>
12. Steven S. Coughlin. Chapter 2 The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder. Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Health Conditions. American Public Health Association, 2013. doi: 10.2105/9780875530161ch02.
13. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304)
14. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>
15. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного Університету Оборони України. 2019. № 50 (2). С. 65–73. doi: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73

16. Галич М. Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період: дис. ... канд. психол. наук: 053. Київ, 2020. 207 с. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/17885>
17. Lukashenko M. Traumatic Experience of Military Action as a Factor of Deviant Behavior. *Ūridična psihologiâ*. 2019. No. 24 (1). P. 32–38. doi: <https://doi.org/10.33270/03192401.32>
18. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень: матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89–91. doi: 10.36074/23.10.2020.v1.12
19. Blinov O. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal*. 2018. № 12 (2). С. 9–22. doi: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>
20. Kessler R., Sonnega A., Bromet E. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2019. No. 52. P. 1048–1060.
21. Brewin C. R. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. *J Trauma Dissociation*. 2019. No. 6 (2). P. 123–130.
22. Horowitz MJ, Weis O. S. Mannar C. Діагностика посттравматичного стресового розладу. *Я. Нерв. Мем Dis*. 2020. Вип. 175, № 5. С. 267-268.
23. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. 155 с.
24. Davidson J., Hugnes D., Blazer D., George LK Посттравматичний стресовий розлад у спільноті Ан. епідеміологічне дослідження. *Психологічна медицина*. 2021. Вип. 21. P. 713-721.

- 25.Скрипников А., Ісаков Р. Специфіка соціальної підтримки та почуття провини, тривоги та стресу в сімейних стосунках у жінок з депресивними розладами різного генезу та психосоціальною дезадаптацією. Норвезький журнал розвитку міжнародної науки. 2019. № 32. С. 13-21.
- 26.Kinzie JD, Leung P. Clonidine у камбоджійських пацієнтів з посттравматичним стресом. Журнал нервових і психічних захворювань. 2019. Вип. 177, № 9. Р. 546-550.
- 27.Міхельс Р. Психотерапевтичні підходи до лікування тривожно-депресивних розладів. Дж. Клін. Психіатрія. 2017. Вип. 58, № 13. С. 30-32.
- 28.Zilberg NJ, Weiss DS, Horowitz MJ Вплив шкали подій: дослідження перехресної перевірки та деякі емпіричні докази, що підтверджують концептуальну модель синдромів реакції на стрес. Журнал консультування та клінічної психології. 2022. Вип. 50, № 3. Р. 407-414.
- 29.Spitzer RL, Rounsaville BJ, Kosten, TR, Williams, JB. Польове дослідження DSM–III-R розладів залежності від психоактивних речовин. Американський журнал психіатрії. 2018. Вип. 144, № 3. Р. 351-355.
- 30.Keane NM Mississippi Scale for Combat-Related PTSD Три дослідження надійності та валідності. Журнал консалтингу та клініки. психол. том. 66. 2020. Р. 914-923.
- 31.Перлін Л. І. Соціальні контексти стресу. Довідник зі стресу. Теоретичні та клінічні аспекти / За ред. Л. Гольдбергер, С. Брезніц. Нью-Йорк: Вільна преса, 2012. С. 367-379.
- 32.Keane ТМ ПТС Докази діагностичної валідності та методи психологічної оцінки. Журнал Клін. психол. 2017. Вип. 43. С. 32-43.
- 33.Марута Н., Панько Т., Федченко В., Кутіков О. Роль факторів психотравматизації у формуванні тривожно-фобічних розладів. Анотація

- Міжнародний конгрес WPA 2012 (17-21 жовтня, Прага). Чеська та Словенська психіатрія. 2022. С. 251.
34. Koortman C, Classen C., Spiegl D. взагалі. Провісники симптомів посттравматичного стресу серед тих, хто пережив Окланд. амер. Дж. Психіат. 2019. Вип. 154, № 6. С. 888-894.
35. Foa EB, Davidson IRT, Діагностичні проблеми при посттравматичному стресовому розладі: міркування для DSM-IV. Ж. Ненормальний. психол. 2021. Вип. 100, № 3. С. 346-355.
36. Зігмонд А. С. Лікарняна шкала тривожності та депресії. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2019. Р. 361-370.
37. Cain DJ, Seeman J. Визначення характеристик, історії та еволюції гуманістичних психотерапій. Гуманістична психотерапія: Довідник з досліджень і практики Вашингтон, округ Колумбія: Американська психологічна асоціація. 2022. Р. 3-54.
38. Шапіро Ф. Десенсибілізація рухів очей та повторна обробка та тривожні розлади. Клінічні та дослідницькі наслідки інтегрованого психотерапевтичного лікування. Журнал тривожних розладів. 2019. Вип. 13. Р. 35-67.
39. Breslau N., Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Психіатричні наслідки посттравматичного стресового розладу у жінок. Архів загальної психіатрії. 2017. Вип. 54. Р. 81-87.
40. Кожина А. М. та ін. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2019. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109.
41. Буценко В. В. Травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресі. Український вісник психоневрології. 2018. №26. С. 70–74.

- 42.Гільберг Є. О. Посттравматичний стресовий розлад: патогенез, клініка та терапія. Наукові праці: Психологія, 2015. (9), 52-62
- 43.Котигорошко, Н. М., Іванова, Г. Ю., & Максименко, С. Д. Особливості травматичного досвіду та стрес-реакцій у молоді в Україні. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2018, Серія 12: Психологічні науки, (42), 24-32.
- 44.Кузьменко О. В. Т-велика та Т-маленька травми: розрізнення понять та механізми розвитку. Клінічна та медична психологія, 2017. (1), 21- 26.
- 45.Левітов, І. С., & Лазуренко, О. М. Травма як причина порушення ментального здоров'я в контексті терапевтичної практики. Український журнал клінічної та медичної психології. 2019. 4(23), 126-135
- 46.Міщенко, Л. І. Порівняльна характеристика симптомів та особливостей течії посттравматичного стресового розладу при т-великій та т- маленькій травми. Наукові праці: Психологія. 2018, (15), 35-44
- 47.Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 2018. P. 49-74.
- 48.Марціновська, І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки, 2018. С. 178-184.