

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук

(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра психології

(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)

Магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему Психічне здоров'я громадян в умовах воєнного конфлікту

Виконав: студент(ка) 2 курсу, групи СН-112м

Спеціальності 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація) Психологія

Чепурненко Г.В.

(прізвище та ініціали)

Керівник Пилипенко К.В.

(прізвище та ініціали)

Рецензент Коваль В.В.

(прізвище та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
 (повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
 Кафедра «Психологія»
 Ступінь вищої освіти магістр
 Спеціальність 053 Психологія
 (код і найменування)
 Освітня програма (спеціалізація) Психологія
 (назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

«01» вересня 2023 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

Чепурненко Григорій Вадимович

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психічне здоров'я громадян в умовах воєнного конфлікту

керівник проєкту (роботи) к.пед.н., доцент Пилипенко Катерина Валентинівна

(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від « 01 » вересня 2023 року № 331

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «14» грудня 2023 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 86 сторінок, 13 таблиць, 8 рисунків, 75 джерел, 4 додатків.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Визначити поняття та особливості психологічної травми та її впливу на особистість. Охарактеризувати вплив воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян. Розглянути можливості застосовування психологічних інтервенцій в подоланні психічних розладів. Провести емпіричне дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян. Розробити програму психологічної допомоги громадянам, які постраждали внаслідок воєнних конфліктів та оцінити ефективність заходів психологічної інтервенції.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
Рис 1.1. Фази психотравми, Рис. 2.1. Середній результат ПТСР по групі(констатувальний етап), Рис. 2.2. Розвиток ПТСР в групі (констатувальний етап), Рис. 2.3. - Рівень невротизації (п=50) (констатувальний етап), Рис. 2.4. Профіль невротичних розладів в групі (констатувальний етап), Рис. 3.1. Динаміка змін ПТСР та прогноз (контрольний етап), Рис. 3.2. Динаміка змін показників дистресу, депресії, тривоги та соматизації (п=50) (контрольний етап), Рис. 3.3. Динаміка змін рівня невротизації в групі (п=50) (контрольний етап), Рис. 3.4. Зміна проявів невротичних розладів в групі (контрольний етап), Таблиця 2.1

Результати математичної обробки даних діагностики ПТСР в групі (описова статистика) (п=50) (констатувальний етап), Таблиця 2.2 Результати діагностики ПТСР (констатувальний етап), Таблиця 2.3 Результати математичної обробки даних діагностики за методикою 4ДДТС (п=50) (констатувальний етап), Таблиця 2.4 Результати діагностики за методикою 4ДДТС (п=50) (констатувальний етап), Таблиця 2.5 Результати математичної обробки даних діагностики за методикою «Рівень невротизації» (п=50) (констатувальний етап), Таблиця 2.6 Рівень невротизації (констатувальний етап), Таблиця 2.7

Результати математичної обробки даних діагностики невротичних розладів (п=50) (констатувальний етап), Таблиця 3.1 Структура програми психологічної інтервенції, Таблиця 3.2 Оцінка змін розвитку ПТСР в групі (описова статистика) (п=50) (контрольний етап), Таблиця 3.3 Зміни показників дистресу, депресії, тривоги та соматизації (п=50) (контрольний етап), Таблиця 3.4 Зміна показника невротизації в групі (п=50) (контрольний етап), Таблиця 3.5 Зміна формування симптомів невротичних розладів (п=50) (контрольний етап), Таблиця 3.6 Результати розрахунку U-критерія Манна-Уїтні.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Дата, підпис	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	Пилипенко К.В., доцент	22.09.2023	20.11.2023
2	Пилипенко К.В., доцент	06.10.2023	20.11.2023
Норм-ль	ГАРМАШ А.О., викладач	09.12.2023	11.12.2023

7. Дата видачі завдання «01» вересня 2023 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2023	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт(роботу)	30.08.2023	
3	Затвердження теми	01.09.2023	
4	Складання змісту	20.09.2023	
5	Виконання першого розділу	22.09.2023	
6	Виконання другого розділу	06.10.2023	
7	Виконання третього розділу	20.10.2023	
8	Формування висновків	28.10.2023	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2023	
10	Оформлення дипломного проєкту (роботи)	04.11.2023	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	09.11.2023	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	11.12.2023	
13	Подання роботи на кафедру	11.12.2023	
14	Одержання відгуку та рецензії	14.12.2023	
15	Захист дипломної роботи	20.12.2023	

Студент(ка)

(підпис)

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи)

Катерина

(підпис)

Пилипенко

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 90 с., 16 табл., 8 рис., 75 дж., 4 дод.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я особистості в умовах воєнного конфлікту.

Предмет дослідження: вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України.

Мета дослідження: дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян.

Методи дослідження: Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення – для визначення стану розробленості проблеми та теоретичних засади дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян і аналізу ризиків та можливостей психологічних інтервенцій; Емпіричні: спостереження, експеримент (психодіагностика), порівняння, опис, вимірювання; Статистичні методи обробки емпіричних даних: аналіз описових статистик, непараметричні критерії, t-критерій Стьюдента, кореляція Спірмена; Математична обробка даних здійснювалась на базі: Microsoft Excel, SPSS 22.0 для Windows.

Теоретичне значення дослідження полягає в розкритті механізмів впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян та визначенні факторів, які можуть зменшити ризик розвитку психічних порушень.

Практичне значення полягає в тому, що автором розроблено рекомендації для психологічної роботи, орієнтованої на діагностику та психологічну корекцію психічного стану громадянам, які постраждали внаслідок воєнного конфлікту в Україні. Рекомендації впроваджено у психологічний напрямок роботи Центру Здоров'я та реабілітації «Грефі»: м. Запоріжжя.

ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ПТСР, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, ВОЄННІ КОНФЛІКТИ, ІНТЕРВЕНЦІЇ

ЗМІСТ

Пояснювальна записка	1
ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1.....	14
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	14
1.1. Поняття й особливості психологічної травми та її вплив на особистість	14
1.2. Вплив воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян	25
1.3. Застосовування психологічних інтервенцій в роботі із психічними розладами.....	33
РОЗДІЛ 2.....	43
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН УКРАЇНИ	43
2.1. Організація та методика дослідження	43
2.2. Опис результатів дослідження.....	48
РОЗДІЛ 3.....	59
ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ГРОМАДЯНАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ	59
3.1. Розробка та реалізація програми психологічної інтервенції негативного психічного стану	59
3.2. Оцінка динаміки змін та ефективності реалізованої програми	67
ВИСНОВКИ	76
ПЕРЕЛІК ВИКОРАСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ	86

ВСТУП

Актуальність теми. Війна є надзвичайним психологічним подразником для людини та суспільства. Ми не маємо природного імунітету, здатного захистити від стресу, що спричиняють бойові дії. Воєнний конфлікт – це один з найбільш страшних видів насильства, який завдає психологічну травму та глибоко впливає на життя та психічне здоров'я громадян. Збройні конфлікти спричиняють низку сумних наслідків, включаючи смерть, і всі вони негативно впливають на життя тих, хто вижив.

Крім фізичних травм та матеріальних втрат, воєнні конфлікти можуть викликати серйозні порушення психічного здоров'я людей. Громадянське населення, що опинилося в умовах розгортання та перебігу військового конфлікту, і проживає під впливом різних психотравмуючих подій - від загрози фізичному здоров'ю до загрози образу «Я» і руйнування або втрати ідентичності - відчуває досить широке коло психологічних порушень.

За оцінками ВООЗ, у ситуаціях збройних конфліктів у всьому світі більш ніж 10% людей, які пережили травматичні події, матимуть серйозні проблеми з психічним здоров'ям, а ще 10% розвинуть поведінку, яка перешкоджатиме їхній здатності ефективно функціонувати. Такі наслідки можуть бути довготривалими та негативно впливати на якість життя постраждалих осіб. Військові конфлікти можуть призвести до появи різних психологічних проблем, таких як: посттравматичний стресовий розлад, різноманітні невротичні розлади та психосоматичні проблеми, депресія, тривожність та інші. Ряд стресових факторів, пов'язаних з війною, міграцією та після міграції, сприяють коротко- та довготерміновим проблемам психічного здоров'я військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб, біженців та ін.

Один з можливих ризиків після участі у війні - посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що може проявлятися у вигляді повторних спогадів про травматичну подію, нічних кошмарів, панічних атак та інших симптомів.

Огляд праць за темою свідчить про те, що дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян є актуальною темою для наукових досліджень.

Аналіз психологічних особливостей наслідків впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян привертає особливу увагу психологів. Ця проблема знаходить свій відбиток у дослідженнях як вітчизняних, так і зарубіжних вчених: Н.Л. Бундало, З.І. Брижак, В.І. Єкімова, Л.В. Маріщук, С.М. Миронець, Б.В. Овчинников, М.А. Падун, В.Ю. Рибніков, Н.В.Тарабріна, А.В.Тимченка, К.В.Тушкова, А.Ш.Тхостів, С.В.Чермянін, Р.М.Бхат, І.Р.Епштейн, М. Горовіц, Р.Кесслер, А.Річардс, Д.Шпігель, Р. Урсано, Р.Єгуда та ін. Автори численних досліджень розглядають наслідки воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян. Вони зазначають, що війна може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожності, а також інших психічних порушень. Автори наголошують на важливості психологічної підтримки та лікування для постраждалих від воєнних конфліктів. Так, дані, що представлені у багаточисельних публікаціях вітчизняних авторів (Ю.А.Александровський, А.М.Бачеріков, Д.М.Болотов, Ю.С.Бучок, П.С.Гуревич, В.М.Загуровський, Ц.П.Короленко, Л.Ф.Лінський, І.І.Ліпатов, Г.С.Рачкаускас, Л.Ф.Шестопалова, М.В.Маркова, Н.О.Марута, О.Д.Сафін,І.Г.Малкіна.) свідчать про дуже серйозні порушення психологічного стану й адаптаційного потенціалу учасників військових конфліктів, що значно погіршує якість їх життя.

Проблематика розвитку негативних психічних станів знайшла відображення в працях І.С.Степаненко, І.О.Данильченко, М.О.Костенко, Є.П.Ільїна, Н.Д. Левітова, В.М. Мясіщева та ін.

М.Є.Зеленова, А.Г.Караяні, І.О.Котенєв, В.В.Нечипоренко, В.Ю.Рибніков та ін. вчені, констатують, що останнім часом суттєво змінилися проблеми психіатричного профілю у бік зростання кількості розладів прикордонного рівня. Автори констатують, що людина є надзвичайно

вразливою перед травматичними подіями не тільки на фізичному та психічному рівнях, її ціннісно-смилова сфера також зазнає серйозних змін.

Сучасні зарубіжні автори проводять дослідження в галузі психологічної травми та посттравматичного стресового розладу, зокрема, у контексті воєнних конфліктів та їх впливу на психологічне здоров'я людини: У. Кендрік, Дж.Герман, Бессель ван дер Колк, Дж.Шей, Чарльз Р Фіглі та ін.

В працях О.Т.Шевченко, Д.Б.Наугольник, О.В.Скрипченко, Л.В.Долинська, З.В.Огороднійчук та ін. розглядаються питання травматичного стресу, його динаміки та наслідків, розвитку ПТСР. Теорія розвитку ПТСР базується на ідеї, що стрес може мати психологічну реакцію, яка допомагає людині впоратися зі стресом. Однак, якщо стрес триває довго часу або є надмірним, то ця реакція може перетворитися на ПТСР.

Серед вітчизняних науковців, що досліджують вплив воєнних конфліктів на психологічне здоров'я людини, можна виділити: І.Мельник (займається проблемами психологічної травми та посттравматичного стресового розладу у ветеранів війни), Л.Кондратюк (вивчає психологічну травму та розробляє методики лікування цього стану у ветеранів), В. Шевченко (проводить дослідження в галузі посттравматичного стресового розладу у ветеранів АТО та інших груп населення), Л.Коваль (займається проблемами психологічної травми та посттравматичного стресового розладу у ветеранів війни та їх родичів). Дослідники розглядають важливість психологічної підтримки для постраждалих від воєнних конфліктів. Вони зазначають, що психологічна інтервенція може допомогти зменшити наслідки воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян та поліпшити якість їх життя.

Велике значення в теоретичному та практичному аспекті мають наукові дослідження та концепції, що узагальнюють принципи та механізми проблеми особливостей трансформації особистості у складних, екстремальних умовах, у тому числі і збройних конфліктів. В Україні також проводяться наукові дослідження та розробляються концепції щодо проблеми ПТСР. До них

належать праці О. Литвиненко, І. Горбач, В. Шевченка та інших вчених. Вони досліджують механізми розвитку ПТСР у військових, ветеранів АТО та осіб, які пережили травматичні події. Основна ідея вітчизняних досліджень полягає в тому, що розвиток ПТСР залежить від багатьох факторів, таких як: індивідуальні особливості людини, тип події, яку вона пережила, та післяподійна підтримка. Концепції розвитку ПТСР в Україні включають в себе такі аспекти, як психологічна допомога, реабілітація та соціальна підтримка для осіб з ПТСР.

Протягом останнього року було видано велику кількість книг і документів, присвячених впливу війни на психічне здоров'я. Серед них книга WPA «Катастрофи та психічне здоров'я»; доповідь Світового банку «Психічне здоров'я та конфлікти – Концептуальна основа та підходи»; книга Організації Об'єднаних Націй (ООН) «Травматичні інтервенції під час війни та миру: запобігання, практика та політика»; книга «Травма та роль психічного здоров'я в постконфліктному відновленні» та ін.

Проведений аналіз публікацій та наукових праць на тему дослідження показав, що проблема впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян вивчена недостатньо і потребує глибокого аналізу та деталізації. Результати дослідження дозволять розробити рекомендації щодо психологічної допомоги громадянам, які постраждали внаслідок воєнних конфліктів.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я особистості в умовах воєнного конфлікту.

Предмет дослідження: вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України.

Гіпотези дослідження:

1. Воєнний конфлікт, як украй гостра кризова травмуюча ситуація для особистості, може призводити погіршення психічного здоров'я, а саме: розвитку ПТСР, тривоги, депресії та інших невротичних розладів.

2. Реалізація програм психологічних інтервенцій може суб'єктивно полегшувати перебування людини у зонах воєнного конфлікту та є ефективним засобом подолання ПТСР та корекції негативних психічних станів населення в умовах війни.

Мета дослідження: дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян.

Завдання:

1. Визначити поняття та особливості психологічної травми та її впливу на особистість
2. Охарактеризувати вплив воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян
3. Розглянути можливості застосовування психологічних інтервенцій в подоланні психічних розладів.
4. Провести емпіричне дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян.
5. Розробити програму психологічної допомоги громадянам, які постраждали внаслідок воєнних конфліктів та оцінити ефективність заходів психологічної інтервенції.

Методологічну та теоретичну основу дослідження складають фундаментальні положення про стрес та його розвиток (Г.Сельє, Л.А.Орбелі, Л.О.Китаєв-Смик), дослідження адаптаційних розладів (М.В.Маркова, Л.Ф.Шестопалова), концепція травматичного стресу (М.Горовіц, Н.В.Тарабріна), концепція постстресової психологічної дезадаптації (П.А.Козира), концепція травматичного емоційного досвіду (О.С.Кочарян, Р.Хаммер, М.Массей, Р.Ланіус), концепція соціально-психологічної стресу (Н.І.Наєнко), психоаналітична теорія травми (З.Фрейд), когнітивна теорія стресу (Р.Лазарус).

Також включено теоретичні положення процесуально-експерієнтальної психотерапії та концепція емоційно-фокусованої психотерапії (Л. Грінберг, Р. Елліотт), методи кризової інтервенції або психотерапії кризових станів

(Б.Д.Карвасарський, Є.І.Круковіч, В.Г.Ромек та ін.) засновані на принципах логіки, аналізу стану, роз'яснення причин, симптоматики та перебігу, прогнозу. Ці методи в терапії сприяють ліквідації невизначеності в уявленнях клієнта, зменшують прояви гострих стресових реакцій: ПТСР, психічної напруги, депресії, тривоги та ін.

Методи гештальттерапії (ГТ) представлені М.Джонсон, Ф.Перлз, Ж.Робін, Х.Сіменс, Ф.Стівен, Е.Мазур та ін. Методи когнітивно-поведінкової терапії (А.Бек, Дж.Бек).

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення – для визначення стану розробленості проблеми та теоретичних засади дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян і аналізу ризиків та можливостей психологічних інтервенцій.

Емпіричні: спостереження, експеримент (психодіагностика), порівняння, опис, вимірювання.

Статистичні методи обробки емпіричних даних: аналіз описових статистик, непараметричні критерії, t-критерій Стюдента, кореляція Спірмена. Математична обробка даних здійснювалась на базі: Microsoft Excel, SPSS 22.0 для Windows.

Методики:

1. Тест: Міссісіпська шкала ПТСР (Keane, D. Vreven et al. (1988, 1995)) (<https://psytests.org/result?v=ptsMES>).
2. Опитувальник дистресу, депресії, тривоги та соматизації, 4ДДТС (B. Terluin et al. (1996)) (<https://psytests.org/result?v=deqQ6ISVf>).
3. Тест: Рівень невротизації, УН (<https://psytests.org/result?v=dep6EABG>)
4. Опитувальник невротичних розладів – симптоматичний (ОНР-Сі), (https://psytests.org/result?v=deqAy98mTtR1t_tuEFE).

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідалися на семінарах кафедри психології Національний університет «Запорізька політехніка».

Наукова новизна полягає в тому, що дослідження зосереджується на вивченні впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян; виявленні ефективних методів лікування психічних порушень, що є пов'язаними з психологічною травмою, в роботі розширено уявлення щодо особливостей впливу психологічної травми на особистість в умовах війни.

Теоретичне значення дослідження полягає в розкритті механізмів впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян та визначенні факторів, які можуть зменшити ризик розвитку психічних порушень.

Практичне значення полягає в тому, що автором розроблено рекомендації для психологічної роботи, орієнтованої на діагностику та психологічну корекцію психічного стану громадянам, які постраждали внаслідок воєнного конфлікту в Україні. Рекомендації впроваджено у психологічний напрямок роботи Центру Здоров'я та реабілітації «Грефі»: м. Запоріжжя.

Результати дослідження можуть бути використані в якості лекційного матеріалу та для розробки програм психологічної підтримки постраждалих від воєнних конфліктів.

Структура й обсяг роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг складає 87 сторінок друкованого тексту. Дослідження включає 16 таблиць та 8 рисунків. Перелік використаних літературних джерел складає 75 джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття й особливості психологічної травми та її вплив на особистість

Розвиток психологічної травми в умовах війни може бути спричинений різними факторами, такими як насильство, загроза життю, втрата близьких людей, евакуація, життя в умовах невпевненості та страху. Ці фактори можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожності та інших психічних порушень.

Посттравматичний стресовий розлад є одним з найбільш поширених психологічних порушень, які можуть розвиватися в умовах війни. Цей розлад може проявлятися у ветеранів війни, які повернулися додому, але також може виникнути у громадян, які пережили насильство або загрозу життю [17].

Діти, які постраждали внаслідок війни, також можуть стати жертвами психологічної травми. Вони можуть розвивати тривожність, депресію та інші психічні порушення, які можуть впливати на їх подальший розвиток та здоров'я.

Поняття «психологічна травма» не має чіткого визначення в сучасній вітчизняній психології.

У 1952 р. Американське психіатричне співтовариство включило в класифікацію DSM – II «реакція на сильний емоційний і фізичний стрес» яке в подальшому і відобразило змістовні витoki поняття психотравма, і саме цей рік можна вважати роком народження змістовної складової поняття «психотравма» [32]. У 1980 р. діагноз знов увійшов в американську класифікацію DSM-III під назвою «посттравматичний стресовий розлад». У вітчизняній психіатрії в останній Міжнародній класифікації хвороб (МКБ - 10)

виокремлена рубрика F-43 – реакція на важкий стрес і порушення адаптації [44].

Свого найбільшого поширення дане поняття отримало в рамках теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років у кризовій психології.

Психологічна травма, або травма психічна, психотравма – це травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації [3]; емоційна дія, яка спричинила психічний розлад [19]; шкода, нанесена психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на психіку [28].

С.Д.Максименко характеризує поняття психотравма як «...дуже сильний стрес, який супроводжується відчуттям фізичної загрози або сильного психологічного потрясіння». На думку автора, в багатьох людей, які зараз переживають війну, може розвинути психотравма і якщо її ніяк не пропрацювати, вона може перейти у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [17].

Як показують результати аналізу літератури, проблема психотравматизації в найбільшій мірі вивчалася в медицині, психології, психіатрії, психотерапії, у прикладних психофізіологічних дослідженнях, тому саме в зазначеному контексті в найбільшій мірі і розкритий зміст поняття «психічна травма» (З.Г.Кісарчук, Я.М.Омельченко, Г.П.Лазос, Е.М. Черепанова, Д.Єнікєєва, І.І.Мамйчук, С.Л.Соловйова, О.І.Захаров, А.А.Осипова, Д.Н. Ісаєв та ін.) [34; 37; 40].

На думку О. Л. Туриніна «...психологічну травму в самому загальному плані можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події». Такими подіями є війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти та ін». [35]

Психотравма – це життєва подія або ситуація яка впливає на значущі сторони існування людини і приводить до глибокого психологічного переживання. Виникнення психічної травми розглядається як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Внутрішню травму можна порівняти з фізичною раною, до якої людина вже давно звикла і не звертає на неї ніякої уваги, і не піклується про неї.

Узагальнені визначення розуміння змісту і сутності поняття «психічна травма», властиві для представників клінічної психології, були сформульовані в роботах Ю.С.Семенової: психічна травма розуміється як подія, яка сприймається людиною як загроза її існуванню, яка порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду[31].

В дослідженнях проведених С.Л.Соловйовою «психічна травма» використовується як термін, що описує критичний стан особистості на психологічному рівні його існування та застосовується при інтерпретації психогенних захворювань [35].

О.В.Киричуком, В.А.Роменцем, А.А.Оосиповою, дане поняття розглядається як незвичайна подія, що здібна викликати важкий психологічний стрес який супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності [27].

Історія поняття психотравми впливає з ранніх праць З.Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М.Шарко та Ж.Брейєра. З.Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що надає патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів[30].

І.С.Вітенко, Н.І. Пов'якель вдосконалюють і наближують до сучасного розуміння сутність і зміст поняття «психотравма» даного родоначальником психоаналітичного напрямку знання З.Фрейдом[23]. За визначенням Н.І. Пов'якель, психотравма – це «...залишкове явище афективних переживань особистості, викликаних зовнішніми подразниками, які породжують

психічний дискомфорт і надають патогенний вплив на особистість. У метафоричному плані психотравма – це будь-який струс психіки, який надає міцний вплив на функціонування особистості і її подальший розвиток [6].

У пізніших працях поняття психічної травми розглядалося у контексті теорії стресу в якості особливої форми загальної стресової реакції (Г.Сельє, О.Черепанова). Відповідно до цього підходу травматичний стрес настає в тому випадку, якщо стресогенний фактор досить сильний, продовжується впродовж тривалого часу, перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного «ламання» в організмі.

Однією з перших концепцій психотравми була теорія «бойового стресу», запропонована в 1918 році американським психологом Вільямом Джеймсом. Вчений описав, як війна може спричинити психічну травму, яка проявляється у вигляді нервової втоми, болю, депресії та інших симптомів.

В подальших розборках теорії бойового стресу проведених Уолтером Кендріком зазначено, що стрес виникає внаслідок досвіду бойових дій та може мати довготривалий вплив на психологічне здоров'я особистості.

У 1940-х роках французький психіатр Генрік Андре опублікував свою концепцію «травматичного шоку», де він описав, як психотравма може спричинити порушення нормальної діяльності мозку та викликати ряд симптомів, таких як галюцинації, панічний страх та інші[40].

Концепція психології переживання включає в себе ряд теорій та підходів, які досліджують процеси емоційного та психологічного переживання людини. Ця концепція базується на ідеї, що переживання є складним процесом, який включає в себе різні аспекти, такі як емоції, почуття, думки та поведінку. Авторами концепції психології переживання є такі вчені, як Карл Роджерс, Абрахам Маслоу, Джеймс Ленг, Уильям Джеймс та інші. Вони розробляли свої теорії на основі спостережень та досліджень процесів переживання людьми у різних ситуаціях[11].

У загальному, концепція психології переживання є важливою для розуміння процесів емоційного та психологічного переживання людини під час війни та розвитку в неї негативних психічних станів, а також для розробки ефективних методів лікування та соціальної підтримки для людей з різними психологічними проблемами.

Згідно з теорією загрози (Р.Лазарус), стрес виникає тоді, коли людина сприймає загрозу для свого благополуччя або життя. Ця загроза може бути фізичною, соціальною або психологічною. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стають порушення у психічній діяльності людини, співставні зі змінами у соматичних процесах внаслідок фізичного ураження. Тобто порушення у психічній сфері набувають системного характеру і проявляються серйозними патологічними змінами в афективній, когнітивній та поведінковій її складових, системі пам'яті, навчіння, емоційно-вольових процесах. У якості стресора у таких випадках виступає травматична стресова подія, яка характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Ця подія часто пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства та ін[1].

На думку автора теорії адаптації (Г.Сельє), стрес виникає тоді, коли організм змушений адаптуватися до негативних умов довкілля. Це може бути пов'язано з фізичними чи емоційними навантаженнями, а також психотравмами.

В теорії травми Юргена Рейдера наголошується на те, що психологічна травма виникає внаслідок негативного досвіду, який перевищує можливості людини з ним впоратися. Це може бути пов'язано зі смертю близької людини, насильством, тероризмом або війною[3].

Війна - це один з найбільш негативних досвідів, які можуть зазнати люди. На відміну від фізичних травм, психологічна травма не завжди видима на поверхні, але її наслідки можуть бути дуже серйозними.

В 1960-х роках американський психолог Райчел Юхуда запропонувала концепцію посттравматичного стресового розладу (ПТСР), де вона описала, як психотравма може спричинити ряд симптомів, таких як повторні спогади про травматичну подію, панічний страх, зниження настрою та інші. Зміст теорії розвитку ПТСР полягає в тому, що люди, які переживають небезпечні або жахливі ситуації, можуть мати реакцію на стрес, яка допомагає їм впоратися зі стресом. Ця реакція може включати збудження, тривогу та інші фізіологічні прояви. Однак, якщо стрес триває довго часу або є надмірним, то ця реакція може перетворитися на ПТСР. Симптоми ПТСР можуть включати повторювані спогади про події, відчуття тривоги та паніки, збудження та інші. Лікування ПТСР може включати терапію, медикацію та інші методи[9]

Авторами, які займаються проблемою ПТСР, є багато вчених та практикуючих психологів. До них належать Бессел ван дер Колк, Роберт Сапольські, Джудіт Херман та інші. Вони проводять дослідження та розробляють методики для лікування ПТСР та інших психологічних проблем. Однією з ключових концепцій психології переживання є концепція травми. Вона базується на ідеї, що травматичні події можуть викликати різні форми психологічної реакції, включаючи ПТСР. Дослідження у цій області проводяться в Україні зокрема Інститутом психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Одним з напрямків досліджень є вивчення механізмів розвитку ПТСР у ветеранів АТО та осіб, які пережили травматичні події. Зокрема, дослідження Олени Литвиненко та Ірини Горбач показали, що ризик розвитку ПТСР залежить від таких факторів, як тип травматичної події, наявність попереднього досвіду травм та індивідуальних особливостей людини[22].

Іншим напрямком досліджень є розробка ефективних методів лікування ПТСР. У цьому контексті важливою є психологічна допомога, яка може включати в себе терапію, підтримку та консультування. Також використовуються медикаційні методи, такі як анксиолітики та антидепресанти.

Згідно із розглянутими концепціями психологічної травми, під нею розуміється певне емоційне потрясіння, яке психологічно не перероблене індивідом та супроводжується «фіксованими» афектами, такими як: сором, біль (горе), страх тощо (Брейер Й., Фрейд З.).

Основні характеристики психологічної травми та детермінанти травматизації, що відображено в традиційних (Брейер Й., Фрейд З.) та сучасних психодинамічних теоріях (Фрідман М. Дж., Кан К., Каплан С., Лінді Дж. Д., Стерн М. М., Стерн Н. Б., Вілсон Дж. П., Янг А.) [18].

Сучасні концепції психотравми включають в себе розуміння її впливу на розвиток ПТСР, а також розглядають шляхи подолання та лікування цього стану. До авторів таких концепцій можна віднести Бессела ван дер Колка, Жаклін Перл, Джудіт Герман та інших.

Отже, психотравма - це психічна травма, яка виникає в результаті досвіду небезпеки або життєвої загрози. Вона може бути спричинена різними факторами, такими як насильство, катастрофи, війни, злочинність, сексуальне насильство, тероризм та інші події, які ставлять під загрозу життя або фізичне та психічне благополуччя людини. Психологічна травма є серйозним станом, який може розвиватися в умовах війни. Психологічна природа психотравми характеризується такими особливостями: психотравму відносять до неусвідомлюваних форм психічної діяльності, тобто підсвідомого; невизначеністю і гнучкістю (Н.Саржвеладзе, Л.В.Трубіцина, Н.В.Тарабріна, О.В.Бермант-Полякова та ін.); наявністю внутрішнього конфлікту зіткнення протиріч та відношень особистості (З. Фрейд, Д. Калшед, Ф.Й. Василюк); психологічною значущістю психотравмуючої ситуації для особистості (суб'єктність сприйняття) (К. Левін, В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Є.І. Крукович та ін.); психотравмуюча дія локалізується не поза індивідом, а всередині нього (В.Н. М'ясищев, А.І. Красило та ін.) [19; 21; 23].

Вчені в сучасній вітчизняній психології вивчають психотравму як складову психологічного стресу та розглядають її в контексті розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Основними характеристиками

психотравми є: негативні емоції (страх, тривога, депресія), порушення поведінки (агресивність, ізолюваність, зниження активності), порушення когнітивних функцій (зниження уваги та пам'яті) та фізичні симптоми (біль, головний біль, безсоння). Серед вітчизняних авторів, які досліджували психотравму, можна виділити: І.М.Жукова, Є.Г.Скрипник, О.В.Поліщук, О.В.Безус, І.І.Дубровіна, Т.В.Павленко, Н.М.Руденко, О.С.Савченко та інших. Вони вивчали різні аспекти психотравми, зокрема її вплив на психічне здоров'я людини, механізми розвитку ПТСР та шляхи її подолання [30; 33].

Поняття «актуальної психотравми» розглянуто в працях О.Л. Туриненої, М.В.Маркової, А.О.Панченко, І.І. Кутько та ін. Вчені визначають дане поняття з позиції руйнування психологічної структури діяльності в наслідок впливу на психіку психотравмуючих чинників в умовах бойових дій[35].

В роботах вітчизняних та зарубіжних дослідників (Д.М. Болотова, П.С.Гуревич, Р. Брайанта, М. Кримера, М. О'Доннелла та ін.) підкреслюється, що при виникненні актуальної психотравми значно страждають адаптаційні ресурси особистості[56; 69].

О.Л.Христюк, Л.В.Трубіщина, розглядаючи проблеми, пов'язані з процесом психотравми, виокремлює такі травмуючі ситуації: військові дії, природні катаклізми, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява загрозливих життю захворювань, нападу[38].

Травма має подвійну природу: спочатку проявляється руйнівна сила, вона забирає здатність людини жити і радіти життю. Інша сторона, парадокс травми – її здатність зцілювати і трансформувати людину. Скільки у людини травм, стільки і ресурсів за допомогою яких вона бореться з нею. Травма у цьому контексті це все те що викликає нестерпні душевні страждання і тривоги. Психіка влаштована достатньо гармонійно і має свої механізми, які дозволяють людині в цих умовах зберегти свою цілісність і вижити. Це захист який називають дисоціацією. Дисоціація є нормальною частиною захистів

психіки від потенційного пошкодження травматичної дії. Це своєрідний фокус, який психіка розігрує сама над собою.

Психологічна (психічна) травма є станом, який виникає в результаті негативних подій, що перевищують здатність особистості до їх адаптації. Війна є одним з найбільш травматичних подій, які можуть стати причиною розвитку психологічної травми у людини.

В результаті аналізу наукової літератури нами було виділено фази психотравми (рис.1.1.) [11; 29]:

1. Одноразова психотравма - виникає в результаті однієї травматичної події, наприклад, аварії, катастрофи, нападу.

2. Хронічна психотравма - виникає в результаті тривалого стресу, наприклад, зловживання, насильства в сім'ї, війни, дискримінації.

3. Кумулятивна психотравма - виникає в результаті накопичення тривалих стресових ситуацій, таких як постійний тиск на роботі або в особистому житті.

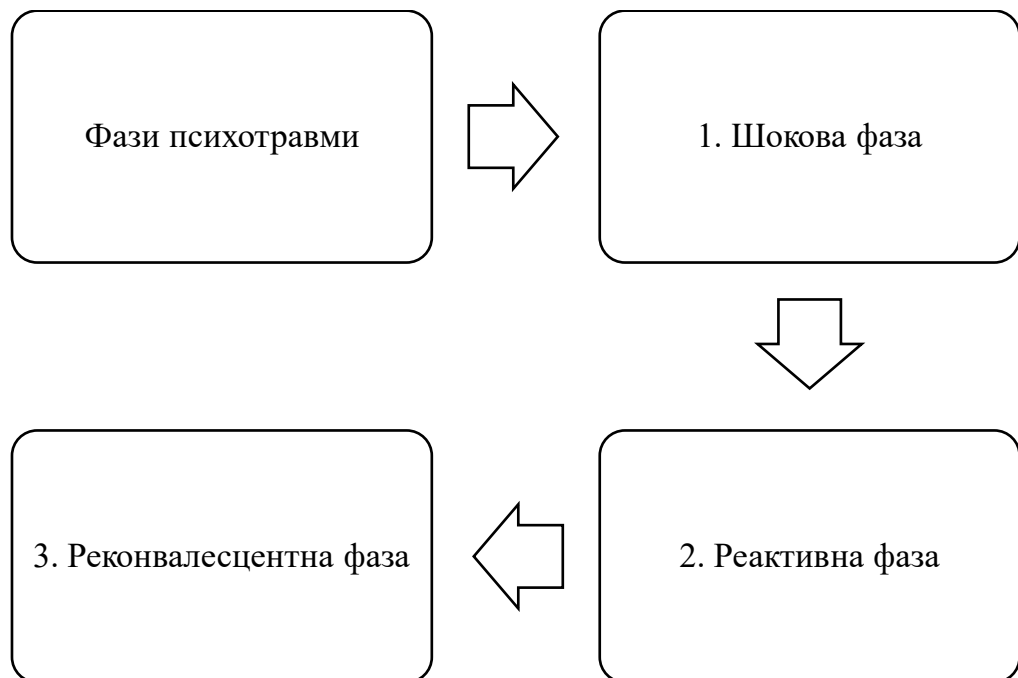


Рис. 1.1. Фази психотравми

1. Шокова фаза - характеризується відчуттям безпорадності, страху та зневіри.

2. Реактивна фаза - характеризується розладами сну, апетиту, зниженням настрою та емоційною нестабільністю.

3. Реконвалесцентна фаза - характеризується поступовим відновленням фізичного та психічного стану, зменшенням симптомів та поверненням до нормального життя. Однак, у деяких випадках може виникнути ПТСР, коли симптоми продовжуються протягом тривалого часу та перешкоджають звичайному функціонуванню.

О. Л.Туриніна підкреслює, що гостра травма з'являється через гостре стресове навантаження чи фізично небезпечну подію[35].

Хронічна травма стається, якщо стресові події впливають на нас тривалий час. Наприклад, хронічна психологічна травма з'являється у мешканців країн, які стикалися з військовою агресією на протязі довгого часу.

Комплексна травма буває у людей, які переживають кілька травматичних подій поспіль - наприклад, кілька смертей близьких людей за короткий часовий проміжок.

Вторинна або опосередкована травма є наслідком спілкування з людиною, яка пережила важкий досвід. Такий вид травми нерідко трапляється у соцпрацівників, журналістів, правоохоронців, психотерапевтів та лікарів.

Психотравма характеризується серйозним впливом на психічний та емоційний стан людини, що може призвести до значних змін у її поведінці та особистісному розвитку. Особливості впливу психотравми на особистість можуть бути різними в залежності від типу травми, її інтенсивності, тривалості та інших факторів.

Одна з головних особливостей впливу психотравми на особистість полягає у тому, що вона може призвести до зміни особистісних характеристик людини. Наприклад, люди, які пережили сильну психотравму, можуть стати більш замкненими, недовірливими, агресивними та ізольованими від оточуючого світу. У таких випадках можуть розвиватися різноманітні психічні

розлади, такі як депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші.

Іншою особливістю впливу психотравми на особистість є зміна емоційного стану людини. Людина може стати більш чутливою, легко збуджуватися та розлючуватися, або ж, навпаки, стати байдужою до оточуючого світу та втратити інтерес до життя. У таких випадках може розвиватися апатія та втрата мотивації.

Також важливо зазначити, що психотравма може вплинути на соціальну поведінку людини. Наприклад, людина може стати більш конфліктною, агресивною та недовірливою до інших людей, що може призвести до проблем у міжособистісних відносинах.

Проблематика розвитку негативних психічних станів, таких як депресія, тривожність, стрес та інші, є актуальною для вітчизняних науковців та практиків. У своїх статтях та наукових працях вони досліджують причини та механізми розвитку цих станів, а також розробляють методики їх лікування та профілактики.

Одним з напрямків досліджень є вивчення ролі переживання у розвитку негативних психічних станів. Наприклад, І.С.Степаненко та І. О.Данильченко у своїй статті «Психологічні чинники формування тривоги» досліджують вплив емоційного стану на формування тривоги. Вони вказують на те, що негативні переживання можуть призводити до розвитку тривоги та інших негативних психічних станів[36].

Інший напрямок досліджень - це розробка методик лікування та профілактики негативних психічних станів. Так, І. В. Голуб та І. В. Чернишова описують методики психологічної корекції тривожності, зокрема, застосування медитації та релаксації.

Отже, вітчизняні науковці та практики активно досліджують проблематику формування психологічної травми як предиктору розвитку негативних психічних станів та розробляють методики їх лікування та профілактики. Вони вивчають роль психотравми та переживання у цих

процесах, розробляють соціально-психологічні методики корекції. Адже, постраждале від воєнного конфлікту населення нашої країни потребує психологічної підтримки та лікування, щоб зменшити їх наслідки на психічне здоров'я та поліпшити їх якість життя. У своїх дослідженнях, дослідники розробляють та впроваджують програми психологічної корекції негативних психічних станів спрямовані на роботу з постраждалими від воєнних конфліктів.

Отже, психологічна травма та її наслідки можуть бути дуже серйозними для людей, які переживають війну, що може призвести до зміни її поведінки, емоційного стану та соціальної поведінки. Це може включати ПТСР, депресію та тривожність. Щоб зменшити ризик розвитку психологічної травми, важливо мати соціальну підтримку та інші ресурси для впорядкування зі стресом. Для тих, хто вже має психологічну травму, важливо отримати професійну допомогу та підтримку для полегшення стану.

1.2. Вплив воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян

Мільйони людей у всьому світі відчувають на собі руйнівний вплив війни на своє психічне здоров'я. За оцінками, 22% людей, які живуть на територіях, уражених збройним конфліктом, мають психічний розлад, у порівнянні з приблизно 13% в загальній популяції.

Війна в Україні принесла багато болю і залишила болючі рани у серцях наших співвітчизників. Як наслідок, у більшості громадян України можуть виникати негативні психічні реакції (емоційна реакція страждання на втрати, відчуття безпорадності та горю), з'являються різні соматичні реакції (серцевий біль, тиск, порушення сну, безпричинна злість, гнів) [36; 41].

Уже біля двох років українці живуть із відчуттям страху та знаходячись в постійному стресовому стані. Його посилюють звуки повітряних тривог, вибухів, обстрілів і залпів артилерії.

В умовах військових подій нервово-психічні порушення у значної частини населення нашої країни виявляються в діапазоні від стану дезадаптації та невротичних, неврозоподібних реакцій до реактивних психозів. Їхня вага залежить від багатьох факторів: вік, стать, рівень вихідної соціальної адаптації; індивідуальні характерологічні особливості; додаткові фактори до моменту початку війни (самотність, наявність під опікою дітей, хворих родичів, власна безпорадність: вагітність, хвороба тощо).

Дослідження серед населення, яке перебуває в умовах воєнних дій, проведене Н.В.Малик показало певне зростання захворюваності та поширеності психічних розладів. Вчена підкреслює, що війна надає катастрофічний вплив на здоров'я та благополуччя нації[22].

Психотравма є однією з найбільш поширених причин негативного психічного стану людини під час війни. Це може бути спричинено різними факторами, такими як насильство, травма, втрата близьких людей, надмірний стрес та інші.

Нами було розглянуто зарубіжний досвід наслідків травмуючих подій військових конфліктів на психічне здоров'я людей. Результати досліджень наслідків громадянської війни у Камбоджі в 1960-х роках у біженців, проведені через десять років після подій, свідчать про наявність у них високого рівня психіатричної симптоматики. Встановлено, що, не зважаючи на належний доступ до отримання якісних медичних послуг, понад 80 % опитаних відчували депресію та мали низку психосоматичних проявів [2].

Вчені Г.Вагнер, П.Глік, У.Хаммаш та ін. проводили дослідження у Палестині серед молодих людей, які пережили війну на Близькому Сході. В результаті дослідження було встановлено, що найбільш поширеними наслідками військового конфлікту та впливу насильства (прямого і непрямого) на психічне здоров'я постраждалих були підвищені симптоми тривоги та депресії[68].

У Сирії, де близько 7,5 мільйонів дітей і підлітків наразі потребують підтримки психічного здоров'я, батьки, опитані Human Rights Watch, описали

руйнівний вплив конфлікту на психічне здоров'я їхніх дітей. Усі, крім одного, сказали, що вони та їхні діти не мали доступу до служб психічного здоров'я та психосоціальної підтримки[59].

В Афганістані, який був спустошений 40-річним збройним конфліктом, за оцінками, більше половини населення, включаючи багатьох тих, хто пережив пов'язане з конфліктом насильство, відчувають депресію, тривогу та посттравматичний стрес, але менше 10% отримують адекватну психосоціальну підтримку з боку держави.

Одним з найбільш поширених наслідків психотравми є розвиток тривожності. Людина може почувати себе постійно напруженою, занепокоєною та неспокійною. Вона може мати страх перед певними ситуаціями або об'єктами, які нагадують їй про травматичний досвід[63].

Депресія є іншим наслідком психотравми. Людина може відчувати себе безнадійною, безцільною та безрадісною. Вона може втратити інтерес до різних аспектів життя, включаючи роботу, відпочинок та соціальні відносини.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є ще одним наслідком психотравми. Людина може мати повторні спогади про травматичний досвід, які спричиняють негативні емоції та фізичні симптоми, такі як пітливість, підвищений пульс та інші.

Окрім цього, психотравма може призвести до розвитку різних фобій та неврозів. Людина може мати страх перед певними ситуаціями або об'єктами, які нагадують їй про травматичний досвід. Вона може також мати різні невротичні симптоми, такі як нав'язливі думки, компульсивні дії та інші.

Отже, воєнний конфлікт як стресова, кризова та особливо негативна ситуація спричиняє негативні наслідки психічному здоров'ю громадян, може призвести до розвитку тривожності, депресії, ПТСР, фобій та неврозів.

Результати досліджень науковців із медичної школи в Єрусалимі свідчать, що під час війни реакція психіки людини буває різною: від помірного і тимчасового стресу, до важких психічних травм, які мають негативні наслідки для здоров'я, включаючи депресію, зловживання психотропними

речовинами і постравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ба більше, дослідження проведене науковцями із США доводить, що травматичні події війни можуть мати довгостроковий вплив на здоров'я та благополуччя.

Проект науковців із Огайо (США) показує, що більшість людей, які пережили війну, поступово пристосовуються до нової реальності, відновлюються, а деякі у відповідь на стресові обставини і події відчують піднесення, немовби у них відкривається «друге дихання». Цей феномен пояснюється теорією Хабфолла, відповідно до якої травма може призвести як до втрати, так і до отримання важливих ресурсів. Тож можна очікувати, що вплив війни може призвести до глибшого розуміння цінності життя, що, як наслідок, може підвищити досягнення й рівень задоволення життям. Це підтверджує дослідження науковців із Американської асоціації психологів: на початкових етапах відновлення після травматичної події людина може почуватися вкрай дезорганізованою і розбитою. Утім, після відновлення її самопочуття буде кращим, ніж було до отримання психотравми[65].

Зарубіжні дослідження показали вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я людей. Наприклад, у 2018 році опубліковано дослідження «The Psychological Impact of War on Civilians in Afghanistan» авторства Х. Р.Ахмад та інших, яке показало, що багато афганців мали ознаки ПТСР, депресії та тривожності через воєнний конфлікт[70].

У 2019 році було опубліковано дослідження Дж.Макговерн «The Psychological Impact of War on Civilians: An International Review», в рамках якого було проаналізовано результати досліджень з різних країн та визначене, що воєнний конфлікт може мати серйозний вплив на психічне здоров'я громадян, зокрема, на розвиток ПТСР, депресії та тривожності[72].

Проведений в 2018 році Б.Літц, К.Стайн, Е.Делейні огляд наукових досліджень з проблеми психологічних наслідків війни вказує на те, що воєнний конфлікт може мати серйозний вплив на психічне здоров'я громадян, а учасники військових подій мають високий ризик розвитку ПТСР та інших психологічних розладів[64].

Депресія є одним з найпоширеніших психічних порушень, яке може виникати у людей в різні періоди життя. Однак, вона є особливо актуальною для мирного населення під час військових подій. Війна може стати причиною розвитку депресії у людей, які не мають прямого контакту з бойовими діями, але живуть у зоні конфлікту.

Проблема розвитку депресії під час війни є досить серйозною, оскільки це може призвести до погіршення як фізичного, так і психічного здоров'я людини. Науковці вивчають цю проблему вже багато років і зазначають, що депресія може протікати у кілька фаз.

Перша фаза - це шок та враження від того, що відбувається. У цей період людина може відчувати страх, тривогу та безпорадність. Друга фаза - це фаза виснаження. Людина може відчувати депресію, втому, безсилля та втрату інтересу до життя. Третя фаза - це фаза адаптації. У цей період людина навчається жити з тим, що відбувається, і шукає способи впоратися зі стресом.

Науковці провели багато досліджень з проблеми розвитку депресії під час війни. Один з найбільш відомих дослідників - це Роберт Йеллінек, який вивчав психологічну реакцію людей на травматичні події. Йеллінек запропонував концепцію посттравматичного стресового розладу (ПТСР), яка стала базою для подальших досліджень у цій області.

Іншим відомим дослідником є Ерік Грант, який провів дослідження серед ветеранів війни в Іраку та Афганістані. Грант зазначив, що більшість ветеранів мали симптоми депресії та ПТСР[58].

Аналіз зарубіжних досліджень щодо впливу наслідків війни на психічне здоров'я людини свідчить про негативний довготривалий вплив на особистість, а саме: у жертв війни найчастіше проявляються симптоми депресії та тривоги, психосоматики, посттравматичного стресового розладу, спостерігаються схильність до насильства, а у підлітків діагностуються суїцидальні думки і наміри.

Вітчизняні дослідження впливу війни на психічний стан людини проводилися в Україні під час війни на сході країни. Наприклад, у 2016 році

проведено дослідження «Психологічний стан та стресова реакція ветеранів АТО» під керівництвом Л.М.Павленко та О.І.Кузьменко. Результати показали, що більшість ветеранів мали ознаки посттравматичного стресового розладу та депресії[30; 33].

В дослідженнях І.М.Жукова, Є.Г.Скрипник, О.В.Поліщук «Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів війни на Сході України» (2017), «Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів АТО: діагностика та лікування» (2018), «Психологічні наслідки війни на Сході України: ПТСР та інші розлади» (2020) наведено дані, що свідчать про те, що багато ветеранів АТО мають ознаки ПТСР, які вплинули на їхнє психічне та фізичне здоров'я. ПТСР визначається є складною проблемою, яка вимагає індивідуального підходу до діагностики та лікування[26; 30; 33].

Результати досліджень показують негативний вплив військових подій на психічний стан людини; відзначають, що ПТСР є серйозною проблемою для ветеранів АТО, і підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики та лікування психологічних наслідків війни.

Психічна травма проявляється у порушеннях системи відносин між людьми, ускладнює особисте життя, руйнує значущі міжособистісні зв'язки, проявляється в асоціальній та девіантній поведінці. Неадекватні форми переживання психічної травми обумовлюють глибокі порушення у життєдіяльності та розвитку людини на трьох рівнях: деструктуралізація відносин особистості зі світом та оточенням, втрата довіри до життя та людей; емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади; психосоматичні захворювання.

Сучасна реальність в умовах війни є невичерпним джерелом травмуючих ситуацій для населення України, під якими розуміють такі екстремальні критичні події, ситуації загрози, які потужно і негативно впливають на індивіда та вимагають екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу. Вони можуть набирати форми незвичайних обставин чи якихось подій, які піддають індивіда екстремальному, інтенсивному,

надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як та докорінно порушують відчуття безпеки.

У своїй праці «Психоаналітична теорія неврозів» О. Феніхель писав про те, що будь-який, раптовий та сильний потік подразників здатний викликати психічну травму в індивіда. Руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої стресової події, ступеня її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції.

Незалежно від ступеню залучення до військової ситуації, люди за таких умов можуть відчувати безпорадність, страх і занепокоєння з приводу того, що вони отримають каліцтво або помруть, які можуть спричинити психічний розлад. Спектр таких психічних порушень може коливатися від депресії, тривоги, панічних нападів, соматичних симптомів та ознак посттравматичного стресового розладу до делірію, психозу та навіть суїциду [39].

Дослідження Шрініваса і Рашмі демонструють певне збільшення захворюваності і поширеність психічних дефектів серед людей, які зазнають війни та конфлікту та підкреслюють на те, що психологічні ускладнення, як правило, є стійкими. Серед основних проявів авторами виділяються: депресія, тривога, дратівливість, емоційна нестабільність, соціальна нестабільність, когнітивні розлади та поведінкові порушення[74].

Дослідження в країнах, які пережили війну або збройний конфлікт, показали значне погіршення психічного здоров'я серед безпосередньо залучених груп населення. Результати підтверджують негативний вплив війни на психічне здоров'я, страх, вживання психоактивних речовин, стрес, самотність, виснаження та інші пов'язані з цим умови. Населення, постраждале від війни, має підвищений ризик проблем із психічним здоров'ям, включаючи посттравматичний стресовий розлад, тривогу та депресію. Страх і невпевненість, породжені війною, можуть мати тривалий вплив на психічне здоров'я українців та людей з інших частин світу, навіть якщо вони не беруть безпосередньої участі.

Попередні дослідження і гіркий досвід інших країн, що постраждали від збройних конфліктів показує: щонайменше кожна 5 людина в нашій країні буде мати негативні наслідки для психічного здоров'я, а кожна десята відчує ці наслідки на рівні середньої тяжкості або важкої хвороби. Повномасштабне вторгнення РФ призвело, серед іншого, до того, що величезна кількість людей пережила травматичні події, які впливатимуть на їхню психіку роками.

Згідно з нещодавнім дослідженням МОЗ, понад 15 мільйонів українців повідомили, що відчували погіршення свого психічного здоров'я з початку війни. Втеча з домівок у пошуках безпеки та переживання через багаторазове переміщення, перебування в якості біженця в чужій країні без знання мови, переховування в підвалах від обстрілів, намагання прогодувати сім'ї після втрати роботи, розлука з близькими, перебої в подачі електроенергії та теплопостачанні - усі ці фактори стресу сприяють тривожності, паніці, легкій або важкій депресії, безсонню та іншим розладам, пов'язаним зі стресом, які є нормальною реакцією на ненормальну ситуацію, але якщо їх не усунути вчасно, можуть завдати незворотного впливу на здоров'я населення.

Важливо зазначити, що воєнні конфлікти можуть мати різний вплив на різні групи населення. Наприклад, жінки можуть бути більш вразливими до розвитку ПТСР, ніж чоловіки. Старші люди та діти також можуть мати більш серйозні наслідки від воєнних конфліктів.

Дослідження показали, що конфліктні ситуації викликають більше смертності та інвалідності, ніж будь-яке серйозне захворювання. Війна вплинула на психоемоційний стан людей – збільшилася кількість тривожних та депресивних станів, психосоматичних проявів (шлунково-кишкові розлади, головні болі, стрибки артеріального тиску, алергічні реакції, порушення сну тощо) неконтрольованої агресії, насильства, схильності до зловживання алкоголем та ін.

Депресія, тривожний розлад та посттравматичний стресовий синдром – такі психічні розлади, на думку експертів ВООЗ, загрожують українцям у

результаті війни. Загалом, симптоми таких захворювань, передбачають медики, можуть проявитись у понад 8 мільйонів людей.

1.3. Застосовування психологічних інтервенцій в роботі із психічними розладами

У більшості країн світу, включно з країнами, що розвиваються, до психічних розладів ставляться не так важливо, як до фізичного здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я включає, серед іншого, усвідомлену самоєфективність, суб'єктивне благополуччя, автономію, самодосягнення інтелектуального та емоційного потенціалу. Однак найпоширенішими розладами психічного здоров'я в усьому світі є депресія (від 5 до 20%), тривога (4–15%), залежність від алкоголю (5–15%) та розлади соматизації (0,5–11). %) [60], а найпоширенішим методом лікування цих психічних розладів є психотропні препарати. Можливо, така ситуація виникає через обмежену доступність для населення психологічних втручань (інтервенцій) [34].

У прикладній та клінічній психології інтервенція або психологічне втручання – це дії, що виконуються для досягнення змін емоцій і поведінки людини. В широкому сенсі, це означає будь-яку діяльність, яка використовується для модифікації поведінки, емоційного стану чи почуттів. Психологічні інтервенції мають широкий спектр стратегій психологічного втручання, і найчастіше використовується для лікування психічних розладів, використовуючи психотерапію[37; 40].

Психологічна інтервенція визначається як дії, спрямовані на сприяння кращій адаптації індивіда до певної ситуації та, таким чином, на оптимізацію його особистих ресурсів щодо автономії, самопізнання та самопомоги [18].

Іншими словами, психологічне втручання спрямоване на особистісні зміни, що призводять до вищих функціональних результатів.

Теорія інтервенції полягає в тому, що плановане посередництво у негативній ситуації може позитивно вплинути на результат. Втручання можуть допомогти змінити поведінку людини.

Мета будь-якого втручання – вжити заходів, які призведуть до позитивних змін у тому, як людина думає і що відчуває, а також запобігатимуть саморуйнівній поведінці.

Психологічна інтервенція - це процес активного втручання психолога або іншого фахівця з метою надання допомоги людині, що має психічні розлади. Це може включати в себе різні методи і техніки, спрямовані на зменшення симптомів розладу, поліпшення функціонування та покращення якості життя.

Залежно від мети, інтервенція у психології може бути: підтримуюча – підтримка захисних сил і постановка нових поведінкових прийомів; переучуюча – створення зовнішніх та внутрішніх умов для перебудови поведінкових шаблонів; особистісна реконструкція – ініціація особистісних змін через усвідомлення інтрапсихічних конфліктів, тобто конфліктів переконань, бажань. Дуже часто цілі інтервенції можуть комбінуватися між собою[26].

Залежно від методів, що використовуються, психопрофілактична робота може здійснюватися у формі тренінгів, освітніх програм, телефону довіри і ін.

У разі психологічної інтервенції психічних розладів (тривожність, депресія, ПТСР, негативні невротичні реакції та ін.) використовуються всі відомі методи психологічного впливу. Провідними методами психологічної інтервенції є психотерапія, психологічне консультування, тренінг, створення лікувального чи саногенного (оздоровчого) середовища.

Найбільш популярною формою психологічної роботи з особистістю є консультування у поєднанні з психотерапією.

Будь-який вид психологічної інтервенції спрямований на зміну стану людини на краще. Цей вид терапії вже встиг завоювати величезну популярність у людей по всьому світу. Застосування психологічних інтервенцій в роботі з психічними розладами є важливою складовою комплексного підходу до лікування. Це може включати індивідуальні терапевтичні сесії, групову терапію, сімейну терапію, психоосвіту та інші методи.

Найбільшого розвитку та визнання здобули три провідні напрямки психологічного втручання: психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, гуманістичний. Ці історичні моделі дали життя сотням модифікацій, у зв'язку з чим і з'явилися різні класифікації психологічної допомоги[23; 24].

Методи психологічних інтервенцій – це психологічні засоби, які обирає психотерапевт. Вони можуть бути вербальними або невербальними, орієнтованими переважно або на когнітивні, або на емоційні, або на поведінкові аспекти, і реалізуються в контексті взаємовідносин і взаємодій між пацієнтом або пацієнтами (тим, хто потребує допомоги) і психотерапевтом (тим, хто цю допомогу надає). Проте психологічні засоби впливу може бути спрямовані як зміна психічних процесів і станів, а й, опосередковано, зміну стану організму. Типовими психологічними засобами є бесіда, тренування (вправи) або міжособистісні взаємини як фактор впливу та впливу. Методи психологічної інтервенції включають[6]:

1. Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) - це підхід, який спрямований на зміну негативних мислей і поведінки, що сприяють розвитку психічних розладів. Цей метод використовується для лікування депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу та інших психічних проблем.

2. Діалектично-поведінкову терапію (ДПТ) - це підхід, розроблений для лікування розладу особистості з емоційно нестабільним типом. Вона включає навчання клієнтів навичкам регулювання емоцій, міжособистісних навичок та стратегій проблемного вирішення.

3. Клієнт-центровану терапію - це підхід, який акцентується на підтримці і розумінні клієнта та його потреб. Психолог створює сприятливу атмосферу, де клієнт може відкрито висловлювати свої почуття та думки.

4. Раціонально-емоційну терапію - це підхід, розроблений для зміни деструктивних переконань і емоційних реакцій. Цей метод базується на ідеї, що наші переконання впливають на наші емоції і поведінку.

5. Групову терапію - це форма психологічної інтервенції, яка проводиться в груповому форматі. Вона може бути ефективною для лікування різних психічних розладів, оскільки надає можливість клієнтам отримати підтримку та спілкуватися з людьми, що переживають подібні проблеми.

Групові заняття (тренінги) - це психологічні інтервенції у форматі групових тренінгів, що мають інтерактивні форми, які включають групове обговорення, самоаналіз, рефлексію.

Наукова література з проблеми реалізації психологічної інтервенції включає роботи таких авторів: А. Бек та Дж. Бек (дослідження з когнітивно-поведінкової терапії та розробка методів психологічної інтервенції), М. Лінеган (дослідження в області діалектично-поведінкової терапії, яка є ефективною для лікування розладу особистості з емоційно нестабільним типом), К. Роджерс (клієнт-центрована терапія, яка акцентується на підтримці і розумінні клієнта та його потреб), А. Елліс (розробив раціонально-емоційну терапію, яка спрямована на зміну деструктивних переконань і емоційних реакцій) та ін. Ці автори та їхні дослідження внесли значний внесок у розвиток психологічної інтервенції та методів лікування психічних розладів. Вони надали фундаментальні принципи та практичні інструменти для роботи з клієнтами, що мають психічні проблеми[42; 46].

Для лікування ПТСР застосовується велика кількість методів психотерапії. Вибір терапевтичного підходу частково залежить від особливостей клінічної картини ПТСР у пацієнта. Іноді найкращий результат досягається при комбінованому застосуванні кількох методів.

Слід зазначити, що найбільш широко використовуваною терапією в вітчизняній психологічній практиці є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що є орієнтованою на травму через її низьку вартість і високу ефективність [2; 19; 24; 57; 62]. КПТ може включати наступні методи:

1. Експозиційна терапія допомагає подивитися в обличчя своїм страхам та контролювати їх. Метод поступово і в безпечних умовах стикає людей із травмами, які вони зазнали. Він використовує уявні образи, ведення щоденника або відвідування місця, пов'язаного з травмуючим спогадом. Психотерапевт використовує ці засоби для того, щоб допомогти людям із ПТСР справлятися з власними почуттями.

2. Когнітивна реструктуризація допомагає людям зрозуміти негативні спогади, що можуть викликати необґрунтоване почуття провини, чи спогади, відмінні від того, що сталося насправді. Психотерапевт допомагає відтворити справжню картину.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, сучасних, науково-обґрунтованих методів психотерапії. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш об'єктивні та корисні – такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді співпрацюють над їх

досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб зрештою зможти бути собі самому психотерапевтом. КПТ (когнітивно-поведінкова терапія) виявляє подібні негативні стереотипи мислення клієнта та поступово звільняє його від них, замінюючи їх на позитивні та корисні. Цей підхід допомагає пацієнту критично переосмислити його сприйняття реальності та свою поведінку в ній.

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при багатьох психіатричних розладах встановлена ґрунтовними науковими дослідженнями.

КПТ має багато напрямків та модифікацій, вона застосовується у форматі індивідуальної, сімейної та групової роботи. На основі КПТ розроблені також чисельні програми самодопомоги у формі книг, відео та он-лайн програм[40]. КПТ є рекомендованим втручанням, поруч з антидепресантами, при лікуванні депресії, а також попередженні її рецидивів та менеджменті суїцидальності, є методом вибору у терапії усіх тривожних розладів: простої і соціальної фобії, панічного розладу, генералізованого тривожного та ОКР. Травмо-фокусована КПТ, поруч з методом EMDR є основними втручаннями у лікуванні посттравматичного стресового розладу. Серед базових технік КПТ ПТСР, тривожних розладів та депресії слід виділити: поведінкові, когнітивні, майндфулнес підхід.

Вивчення майндфулнес-підходу у психокорекції, психотерапії та профілактиці різноманітних негативних психічних станів і розладів започатковано в працях Д. Кабат-Зінна (1994), Дж. Тісдал (2000), З. Сегал (2007), М. Вільямс (2010), Д. Пенман[47; 53]. Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МОКПТ) – це підхід для вирішення психологічних труднощів людей, що з'єднує концепцію усвідомленості (mindfulness) з ідеями когнітивно-поведінкової психології. Сьогодні програма визнана на офіційному рівні в якості ефективного засобу терапії, рекомендується National Institute for Clinical and Health Excellence (NICE) в Британії.

Термін «майндфулнес» (mindfulness) в перекладі з англійської означає «повна свідомість», «уважність», «зосередженість». Майндфулнес

тракується дослідниками як повна безоцінкова сфокусованість, зосередженість уваги на теперішньому моменті реальності, з повним її прийняттям, реєстрацією різних аспектів цієї реальності, проте без спроб їх інтерпретації [5; 12; 21]. Усвідомленість виступає як одна із форм переживання реальності, що дозволяє при цьому переживати (відчувати, відслідковувати) власні емоції, думки, не піддаючи їх аналізу та критиці. Практика майндфулнес акумулює певну теоретично обгрунтовану та емпірично підтверджену програму, що складається із медитативних технік, які можуть використовуватися з метою психотерапевтичного, релаксаційного та розвиваючого ефектів.

Інтенсивний розвиток МОКПТ в цілому світі завдячує як відносній простоті цього методу, наявності емпіричних доказів його ефективності, а також його високій превентивній активності, здатності збільшувати загальну опірність до порушень психічного здоров'я, загального покращення якості життя. Контрольовані клінічні дослідження довели ефективність МОКПТ у зменшенні ймовірного рецидиву приблизно у 40-50% людей, що страждали від трьох і більше попередніх епізодів депресії. Це цілком можна порівняти з профілактичним ефектом повномасштабної когнітивної терапії для депресії, і інших структурованих, короткострокових методів, таких як інтерперсональна терапія і поведінкова активація. Точна кількість сеансів когнітивно-поведінкової терапії залежить від психологічної проблеми. Наприклад, при тривожному розладі рекомендовано не менше 5 сеансів, а при депресії – від 6 до 8 [25]. Когнітивно-поведінкова теорія також продемонструвала свою ефективність в роботі з ПТСР [3;7; 21; 36] .

Психологічні інтервенції становлять сутність психотерапевтичного втручання, тобто психотерапії. Психотерапевтичне втручання або психотерапевтична інтервенція – це вид (тип, форма) психотерапевтичного впливу, який характеризується певними цілями та відповідним цим цілям вибором засобів впливу – методів. Термін «психотерапевтичне втручання» може означати конкретний психотерапевтичний прийом, наприклад,

роз'яснення, уточнення, стимуляцію, вербалізацію, інтерпретацію, конфронтацію, навчання, тренінг, поради та ін., а також більш загальну стратегію поведінки психотерапевта, яка є тісно пов'язаною з теоретичною орієнтацією насамперед, з розумінням природи того чи іншого розладу, цілями та завданнями психотерапії.

На думку Перре та Бауманна клініко-психологічні інтервенції характеризуються: вибором засобів (методів); функціями (розвиток, профілактика, лікування, реабілітація); цільовою орієнтацією процесу досягнення змін; теоретичною базою, якою виступає теоретична психологія; емпіричною перевіркою; професійними діями[54].

Функції клініко-психологічних інтервенцій полягають у профілактиці, лікуванні, реабілітації та розвитку. Виділяють три основні цілі психологічної інтервенції відповідно до різних фаз розвитку психічних розладів: профілактика, терапія та реабілітація. Клініко-психологічна інтервенція, що здійснюється з метою терапії (і реабілітації), є психотерапевтичною інтервенцією та відповідає терміну «психотерапія».

Дослідження, проведені протягом останніх десятиліть, надають все більше доказів ефективності використання психологічних методів лікування засобами психологічної інтервенції ряду психічних розладів і соматичних захворювань. Психологічні методи лікування мають потенціал для полегшення психічних розладів і покращення самопочуття багатьох пацієнтів, які страждають на психічні розлади та соматичні захворювання. Дослідження таких методів, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), показують, що вони ефективні та можуть мати довгостроковий ефект як у дослідницьких умовах, так і в звичайних амбулаторних клініках [68]. В ряді досліджень підкреслюється, що провідна роль психологічних втручань у психопрофілактиці, профілактиці нервово-психічних та психосоматичних захворювань очевидна - виявлення контингентів ризику та розробка відповідних профілактичних заходів, робота з особами, що мають різноманітні

труднощі та проблеми психологічного характеру, кризовими особистісними та травматичними розладами та ін.

Результати досліджень показують, що відвідування більшої кількості консультацій і частота консультацій раз на два тижні значною мірою передбачають успіх психологічного втручання. Крім того, успіх може бути пов'язаний з діагнозом або виявленням конкретної проблеми. Щоб психологічне втручання було ефективним, необхідно провести достатню кількість психологічних консультацій [37]. У своїй статті Дрісколл та його колеги розглянули декілька психологічних втручань, які ґрунтуються на доказах, спрямованих на послаблення психологічного ризику та посилення факторів психологічного захисту особистості. Ці втручання включають когнітивно-поведінкову терапію, яка визначає та прагне змінити неадаптивні думки клієнтів, що спричиняють страждання, і некорисну поведінку, а також сприяє розвитку корисних поведінкових стратегій подолання (наприклад, релаксація).

Висновки за розділом 1.

Отже, воєнний конфлікт може мати серйозний вплив на психічне здоров'я громадян. Посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривожність є лише деякими з психологічних проблем, які можуть виникнути. Тому важливо забезпечити належну підтримку та допомогу тим, хто став свідком воєнного конфлікту, щоб зменшити його негативний вплив на їхнє психічне здоров'я. Важливо зазначити, що вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян може бути неоднаковим. Деякі люди можуть бути більш вразливими до психологічних проблем, ніж інші. Також важливим фактором є те, наскільки тривалим та інтенсивним був конфлікт.

Одним з можливих способів допомоги людям, які стали свідками воєнного конфлікту, є психологічна інтервенція. Це може бути індивідуальна або групова терапія, яка допоможе людям зрозуміти та пережити свої емоції.

Психологічна інтервенція може також включати різноманітні техніки, такі як медитація, дихальні вправи та інші, які допоможуть зменшити стрес та тривогу.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН УКРАЇНИ

2.1. Організація та методика дослідження

Емпіричне дослідження впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України ґрунтувалося на теоретичних положеннях викладених у першому розділі.

Мета емпіричного дослідження: визначити вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України, розробити й реалізувати програму психологічної інтервенції для громадян, що мають ПТСР та інші розлади психічного здоров'я пов'язані із війною в Україні.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я особистості в умовах воєнного конфлікту.

Предмет дослідження: вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України.

Гіпотези дослідження:

1. Воєнний конфлікт, як украй гостра кризова травмуюча ситуація для особистості, може призводити погіршення психічного здоров'я, а саме: розвитку ПТСР, тривоги, депресії та інших невротичних розладів.

2. Реалізація програм психологічних інтервенцій може суб'єктивно полегшувати перебування людини у зонах воєнного конфлікту та є ефективним засобом подолання ПТСР та корекції негативних психічних станів населення в умовах війни.

База та вибірка дослідження:

Дослідження проводилось у 2023р на базі Центру Здоров'я та реабілітації «Грефі»: м. Запоріжжя, вул. Сержанта Медведєва, 12.

У дослідженні взяли участь мешканці міста Запоріжжя (прифронтна зона): чоловіки та жінки у віці від 25 до 50 років. Загальна кількість вибірки – 50 осіб, у тому числі чоловіків – 22 (%), жінок – 28 (%) особи.

Етапи дослідження.

Емпіричне дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян України проходило у чотири етапи.

Перший етап було реалізовано у вигляді збору науково-методичних даних та їх аналізу за проблемою дослідження. На даному етапі позначено проблематику дослідження, актуальність обраної теми, здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, обґрунтовано актуальність теми, проаналізовано ступінь її розробленості, уточнено об'єкт та предмет дослідження, його цілі, завдання, гіпотези та методи.

На другому етапі було розроблено програму емпіричного дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян України безпосередньо в умовах збройного конфлікту на Україні, сформовано блок діагностичних методик, сформовано експериментальну вибірку дослідження.

На третьому етапі проведено діагностику впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України, аналіз та інтерпретація отриманих даних, сформульовано висновки, розроблено модель та програму психологічної інтервенції мирного населення з ознаками ПТСР та іншими розладами психічного здоров'я в умовах воєнних дій, здійснено апробацію даної програми.

На четвертому етапі було оцінено ефективність реалізованої програми та сформульовано висновки, визначено перспективні напрямки подальшого вивчення проблеми.

Обґрунтування проблеми дослідження.

Психічне здоров'я - це стан психоемоційної рівноваги. Стан, при якому людина дуже легко адаптується до всіх обставин навколишнього середовища і, відповідно, приймає адекватні і ефективні рішення, і впевнено йде по життю.

Умови війни значно погіршили психічне здоров'я населення нашої країни. На сьогоднішній день, за оцінкою М. Овчаренко дев'ять з десяти українців мають психічні розлади, які спричинені постійним стресом – війною (<https://suspilne.media/443628-cerez-vijnu-psihicni-rozladi-maut-90-naselenna-kraini-intervu-z-profesorom-centru-psihicnogo-zdorova/>).

Попередні дослідження і гіркий досвід інших країн, що постраждали від збройних конфліктів показує: щонайменше кожна 5 людина буде мати негативні наслідки для психічного здоров'я, а кожна десята відчує ці наслідки на рівні середньої тяжкості або важкої хвороби. З кожним днем кількість людей, які будуть відчувати наслідки для свого психічного здоров'я буде зростати. Навіть тих, хто зміг стійко перенести перші місяці війни, чекає ментальне виснаження, адже звикання до постійного перебування в умовах війни також може мати негативний вплив на психічне здоров'я. За попередніми прогнозами МОЗ України на даний момент війни, надалі психологічної підтримки буде потребувати близько 15 млн українців, з них близько 3-4 млн потрібно буде призначати медикаментозне лікування (<https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psiichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>).

Війна є травматичною подією, яка призводить до розвитку різних психічних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність та інші. Одним з основних факторів, що призводять до погіршення психічного здоров'я в умовах війни, є постійний стрес та тривога. Люди, які живуть в зоні бойових дій, постійно переживають страх та небезпеку. Це може призвести до розвитку тривожності та панічних атак. Крім того, умови війни можуть призвести до соціальної ізоляції та втрати близьких людей. Це може призвести до розвитку депресії та посилення симптомів ПТСР. Також важливо зазначити, що умови війни можуть призвести до збільшення вживання алкоголю та наркотиків, що може погіршити психічне здоров'я та призвести до розвитку залежностей. Розповсюдженість психічних розладів серед населення України, серед всіх верств населення значно

збільшилася. Психічний розлад – це порушення сну, підвищена дратівливість, плаксивість, емоційна нестійкість. Перш за все, на сьогоднішній день в умовах війни є така велика група проблем психічного здоров'я населення як стрес-асоційовані розлади, а саме: гостра реакція на стрес, різні прояви посттравматичних стресових розладів і дуже велика група афективних розладів: депресії і тривога. Нажаль, розповсюдженість цих психоемоційних проявів, різного виду психічних розладів (легкі, помірні і тяжкі) серед населення дуже збільшилася та має негативну тенденцію до зростання.

Операціоналізація понять

Дистрес є станом психологічного стресу, який виникає внаслідок негативних подій або ситуацій, і супроводжується почуттями розпачу, безнадії, безпорадності та втрати контролю. Цей стан може впливати на психічне та фізичне здоров'я людини, знижуючи її якість життя.

Депресія є психічним розладом, який характеризується постійним почуттям пригніченості, втратою інтересу до раніше приємних занять, енергетичними втратами та зниженням настрою. Цей стан може бути спричинений різними факторами, включаючи травматичні події.

Тривога є станом постійної напруги та страху перед можливими небезпеками. Люди з тривогою можуть відчувати постійний стрес, нервозність, панічні атаки та інші симптоми, які впливають на їх повсякденне функціонування.

Соматизація є проявом психічних проблем через фізичні симптоми. Люди, що стикаються з соматизацією, можуть відчувати хронічні болі, головні болі, шлунково-кишкові проблеми та інші фізичні симптоми, які не мають медичного пояснення.

Невротизація населення - це процес збільшення кількості людей, які страждають від нервових розладів або мають підвищену вразливість до стресу. Це може бути результатом тривалого психологічного тиску, негативних подій або ситуацій, які викликають стрес.

Невротичний розлад - це психічний розлад, який характеризується появою різних симптомів, таких як тривога, депресія, фобії, obsесивно-компульсивні розлади та інші, які впливають на функціонування особистості. Ці симптоми можуть бути присутніми без наявності серйозних психотичних симптомів.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення – для визначення стану розробленості проблеми та теоретичних засади дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я громадян і аналізу ризиків та можливостей психологічних інтервенцій.

Емпіричні: спостереження, експеримент (психодіагностика), порівняння, опис, вимірювання.

Статистичні методи обробки емпіричних даних: аналіз описових статистик, непараметричні критерії, t-критерій Стьюдента.

Математична обробка даних здійснювалась на базі: Microsoft Excel, SPSS 22.0 для Windows.

Методики:

1. Тест: Міссісіпська шкала ПТСР (Keane, D. Vreven et al. (1988, 1995)) (<https://psytests.org/result?v=ptsMES>). (Mississippi Scale for Civilian PTSD, CMS) – клінічна тестова методика, розроблена для діагностики ПТСР. В даний час вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР.

Шкала складається з 39 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта.

Оцінка результатів провадиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду.

2. Опитувальник дистресу, депресії, тривоги та соматизації, 4ДДТС (B. Terluin et al. (1996)) (<https://psytests.org/result?v=deqQ6ISVf>).

Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (The Dutch Four-Dimensional Symptoms Questionnaire, 4DSQ) – розроблений голландськими дослідниками інструмент для виявлення психогенних факторів розвитку вегетативної нервової системи, який застосовується для оцінки дистресу, депресії та депресії та складається з 50 питань.

3. Тест: Рівень невротизації, УН (<https://psytests.org/result?v=depV6EABG>)

4. Опитувальник невротичних розладів – симптоматичний (ОНР-Сі), розроблений польським психіатром Є. Олександровичем складається зі 138 питань, що дозволяють провести кількісне визначення ступеня вираженості невротичних синдромів у пацієнта (https://psytests.org/result?v=deqAy98mTtR1t_tuEFE).

2.2. Опис результатів дослідження

На початку емпіричного дослідження нами була проведена діагностика ПТСР (табл.2.1).

Як видно з рис.2.1. результати проведеної діагностики ПТСР групи мешканців прифронтового міста Запоріжжя свідчать про ознаки ПТСР в середньому по групі ($70,8 \pm 1,31$).

Підсумковий показник в середньому по групі дозволяє виявити високий ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду.

Таблиця 2.1

Результати математичної обробки даних діагностики ПТСР в групі
(описова статистика) (n=50) (констатувальний етап)

Показник			Статистика	Стандартна помилка
ПТСР	Середнє		70,8000	1,31832
	95% Довірчий інтервал для середнього	Нижня границя	68,1507	
		Верхня границя	73,4493	
	Медіана		69,5000	
	Дисперсія		86,898	
	Стандартне відхилення		9,32191	
	Мінімум		56,00	
	Максимум		96,00	
	Діапазон		40,00	
	Міжквартильний діапазон		12,00	
	Асиметрія		,815	,337
	Ексцес		,302	,662

Зазвичай ПТСР починає проявлятися приблизно через шість місяців після травмуючої події. Проте, якщо стресор має потужну тривалу у часі дію (наприклад, перебування в окупації, постійні ситуації обстрілів та повітряних тривог тощо), вірогідність швидкого розвитку ПТСР підвищується.

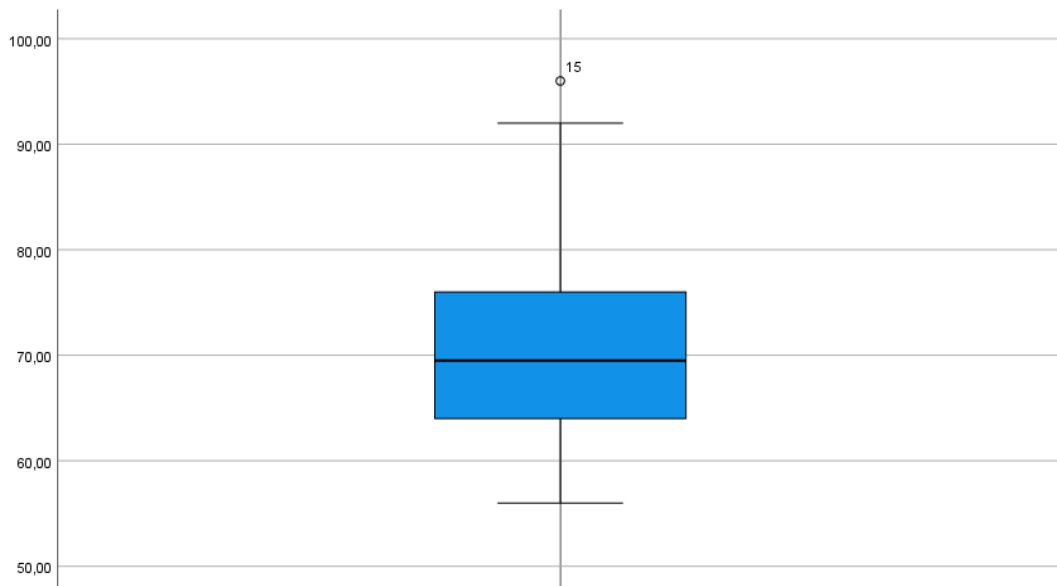


Рис. 2.1. Середній результат ПТСР по групі(констатувальний етап)

Таблиця 2.2

Результати діагностики ПТСР (констатувальний етап)

Показник	без ознак ПТСР	виявлено ПТСР
кількість, осіб	26	24
питома вага, %	52%	48%

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психічною проблемою, яка може виникати у мирного населення під час війни. Ця хвороба виникає внаслідок переживання або свідчення травматичних подій, таких як напади, бомбардування, знищення майна, загибель близьких людей та інші життєво небезпечні ситуації. Однією з основних проблем ПТСР є негативний вплив на психологічне та фізичне здоров'я постраждалої особи. Люди з ПТСР можуть страждати від постійного стресу, тривоги, депресії та психосоматичних симптомів, таких як головні болі, шлунково-кишкові проблеми та безсоння. Вони також можуть мати проблеми з концентрацією, пам'яттю та взаємодією з іншими людьми. Як видно з рис.2.2. в результаті проведеного дослідження нами було виявлено 24 особи з ознаками ПТСР (48%).

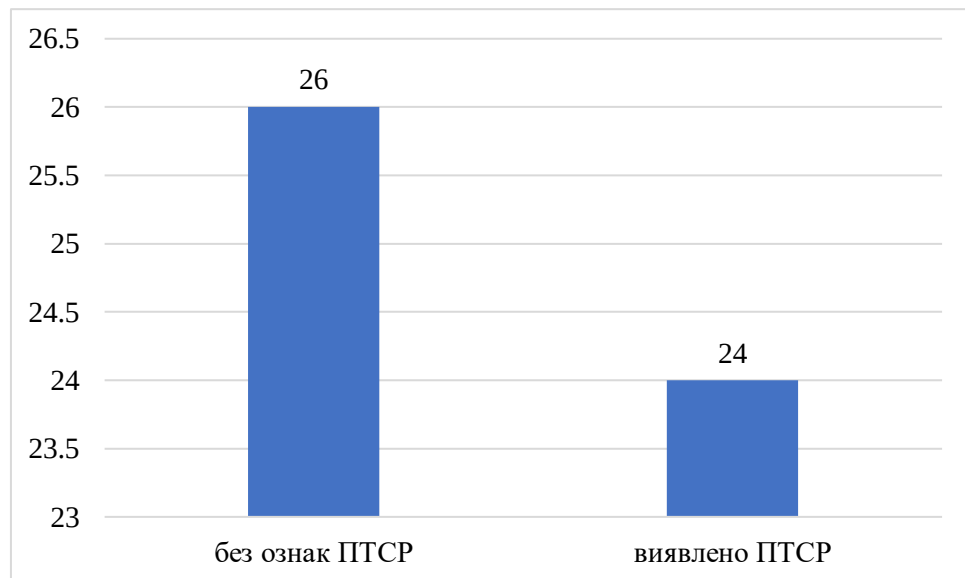


Рис. 2.2. Розвиток ПТСР в групі (констатувальний етап)

Розвиток ПТСР під час війни може бути спричинений декількома факторами. Перш за все, сама війна є травматичною подією, яка може

призвести до розладу. Смерть і травми близьких людей, страх за власне життя та постійна небезпека можуть спричинити серйозний стрес і травму для мирного населення.

Крім того, втрата дому, родини та соціальної підтримки можуть також сприяти розвитку ПТСР. Багато людей, які переживають війну, змушені залишити свої домівки та перебратися до безпечних місць або навіть евакуюватися до інших країн. Це може призвести до втрати стабільності, соціальної підтримки та викликати почуття безпорадності та втрати контролю.

Високий рівень за шкалою ПТСР свідчить про серйозні проблеми, з якими стикається постраждала особа. Це можуть бути постійні кошмари, панічні атаки, негативні роздуми та емоційні вибухи, які значно ускладнюють повсякденне функціонування. Такий рівень ПТСР потребує серйозного лікування та психологічної підтримки для полегшення страждань і поліпшення якості життя постраждалих.

Далі, нами було проведено діагностику дистресу, депресії, тривоги та соматизації за методикою 4ДДТС (табл.2.3).

Таблиця 2.3

Результати математичної обробки даних діагностики за методикою 4ДДТС (n=50) (констатувальний етап)

Чинник	N	Мін	Мах	Середнє	Стд. відх
дистрес	50	16,00	32,00	23,1200	4,00326
депресія	50	2,00	11,00	5,8400	2,75058
тривога	50	11,00	22,00	17,4000	3,33809
соматизація	50	9,00	30,00	18,0000	5,89361

Дистрес є станом психологічного стресу, який виникає внаслідок негативних подій або ситуацій, і супроводжується почуттями розпачу, безнадії, безпорадності та втрати контролю. Цей стан може впливати на психічне та фізичне здоров'я людини, знижуючи її якість життя. Як бачимо у таблиці 2.3 середній показник дистресу в групі мешканців прифронтового міста знаходиться на високому рівні та складає $(23,12 \pm 4,003)$.

Депресія є психічним розладом, який характеризується постійним почуттям пригніченості, втратою інтересу до раніше приємних занять, енергетичними втратами та зниженням настрою. Цей стан може бути спричинений різними факторами, включаючи травматичні події. Середній показник депресії в групі мешканців прифронтового міста знаходиться на середньому рівні та складає $(5,84 \pm 2,75)$.

Тривога є станом постійної напруги та страху перед можливими небезпеками. Люди з тривогою можуть відчувати постійний стрес, нервозність, панічні атаки та інші симптоми, які впливають на їх повсякденне функціонування. Середній показник тривоги в групі знаходиться на високому рівні та складає $(17,4 \pm 3,33)$.

Соматизація є проявом психічних проблем через фізичні симптоми. Люди, що стикаються з соматизацією, можуть відчувати хронічні болі, головні болі, шлунково-кишкові проблеми та інші фізичні симптоми, які не мають медичного пояснення. Середній показник соматизації в групі знаходиться на помірно підвищеному рівні та складає $(18,0 \pm 5,89)$.

Таблиця 2.4

Результати діагностики за методикою 4ДДТС (n=50)

(констатувальний етап)

Рівень	норма		помірно підвищений		високий	
	Кількість, осіб	Питома вага, %	Кількість, осіб	Питома вага, %	Кількість, осіб	Питома вага, %
дистрес	1	2,00%	10	20,00%	39	78,00%
депресія	7	14,00%	24	48,00%	19	38,00%
тривога	1	2,00%	19	38,00%	30	60,00%
соматизація	3	6,00%	32	64,00%	15	30,00%

Як бачимо у таблиці 2.4 результати діагностики показали, що високий рівень дистресу мають 78% опитаних (39 осіб), депресія спостерігається у 38% (19 осіб). Високі показники тривоги було виявлено у 30 осіб (60%).

Хронічні болі, головні болі, шлунково-кишкові проблеми та інші фізичні симптоми як ознаки соматизації проявляються у 15 осіб (30%).

У прифронтовій зоні, де воюється, люди постійно знаходяться під впливом стресових факторів, таких як постійна небезпека, загроза життю та втрата близьких людей. Це може призводити до розвитку дистресу, депресії, тривоги та соматизації. Небезпека та нестабільність в оточуючому середовищі можуть викликати постійний стрес та тривогу, що в свою чергу може призвести до розвитку депресії. Також, втрата близьких людей та соціальної підтримки може сприяти розвитку депресії та соматизації. Ці психологічні проблеми можуть значно погіршити якість життя населення в прифронтовій зоні та впливати на їх здатність до повсякденних дій та соціальної адаптації. Тому, надання психологічної підтримки та лікування цих проблем є важливим аспектом забезпечення добробуту та здоров'я мирного населення під час воєнних конфліктів.

Наступним етапом нами було дослідження показник невротизації в групі (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Результати математичної обробки даних діагностики за методикою
«Рівень невротизації» (n=50) (констатувальний етап)

Показник			Статистика	Стандартна помилка
РН	Середнє		-37,2200	2,37715
	95% Довірчий інтервал для середнього	Нижня границя	-41,9971	
		Верхня границя	-32,4429	
	Медіана		-37,4444	
	Дисперсія		-37,0000	
	Стандартне відхилення		282,542	
	Мінімум		16,80900	
	Максимум		-80,00	
	Діапазон		16,00	
	Міжквартильний діапазон		96,00	
	Асиметрія		18,00	
	Експес		,323	,337

Як бачимо у таблиці 2.5 в середньому по групі показник невротизації має підвищений рівень та складає $(-37,22 \pm 2,37)$. При підвищеному та високому рівні невротизації (висока за абсолютною величиною негативна оцінка) може

спостерігатися виражена емоційна збудливість, що продукує різні негативні переживання (тривожність, напруженість, занепокоєння, розгубленість, дратівливість) та легку фрустрованість різними «зовнішніми» та «внутрішніми» обставинами.

Таблиця 2.6

Рівень невротизації (констатувальний етап)

Показник	Середній рівень	Підвищений рівень	Високий рівень
кількість, осіб	3	23	24
питома вага, %	6,00%	46,00%	48%

Як бачимо у таблиці 2.5 середній рівень невротизації мають всього 3 опитаних в групі (6%). Підвищений рівень невротизації виявлено у 23 осіб (46%).

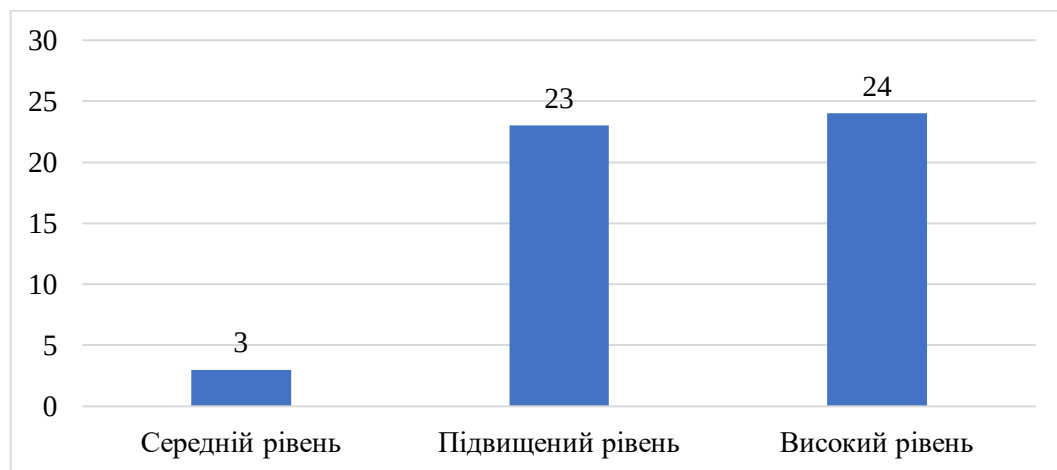


Рис. 2.3. - Рівень невротизації (п=50) (констатувальний етап)

Згідно із рис.2.3. було виявлено, що в групі найбільшу кількість опитаних мають високий рівень невротизації: 24 особи (48%).

Причини підвищення рівня невротизації в населення під час війни можуть бути такими:

1. Постійна небезпека та загроза життю: Воєнний конфлікт створює постійний стрес та страх перед можливими небезпеками. Люди, які постійно перебувають в цьому середовищі, можуть відчувати тривогу та напругу, що призводить до невротизації.

2. Втрата близьких людей: Втрата родичів або друзів під час воєнного конфлікту може бути дуже травматичною подією. Це може призвести до розвитку депресії, тривоги та інших невротичних розладів.

3. Нестабільність та зміни в оточуючому середовищі: Воєнний конфлікт призводить до зміни умов життя, економічної нестабільності та соціальної дезорганізації. Ці зміни можуть викликати стрес та погіршення психологічного стану населення.

4. Втрата соціальної підтримки: Воєнний конфлікт може призвести до розриву соціальних зв'язків та погіршення доступу до психологічної підтримки. Втрата соціальної підтримки може поглибити почуття безпорадності та втрати контролю, що сприяє розвитку невротизації.

5. Травма та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): Війна може бути супроводжена фізичними травмами та психологічними травмами, які можуть викликати ПТСР. Цей розлад характеризується повторюваними спогадами, кошмарами, тривогою та іншими симптомами, які можуть призвести до невротизації. Усі ці фактори можуть сприяти підвищенню рівня невротизації в населення під час воєнного конфлікту. Надання психологічної підтримки, лікування психологічних проблем та створення безпечного та стабільного середовища є важливими аспектами забезпечення добробуту та здоров'я мирного населення під час воєнних конфліктів.

Далі нами було виявлено симптоми невротичних розладів та їх ступінь вираженості (табл.2.7).

Таблиця 2.7

Результати математичної обробки даних діагностики невротичних розладів (n=50) (констатувальний етап)

Шкала	N	Мін	Мах	Середнє	Стд. відх
Страх, фобії	50	20	98	78	10,26
Депресивні розлади	50	10	75	59	3,68
Занепокоєння, напруга	50	18	96	85	12,77
Порушення сну	50	7	53	43	6,96
Істеричні розлади	50	1	34	23	3,17
Неврастенічні розлади	50	2	56	38	2,94
Сексуальні розлади	50	1	4	4	0,88

Дереалізація	50	2	37	26	2,35
Нав'язливості	50	1	40	29	2,19
Труднощі у соціальних контактах	50	0	0	0	0,00
Іпохондричні розлади	50	4	39	20	1,54
Психастенічні порушення	50	0	0	0	0,00
Соматичні порушення	50	18	84	65	3,72
Загальний показник	50	84	616	470	13,01

Видно як на рис. 2.4. за результатами проведеної діагностики нами було побудовано профіль невротичних розладів в групі.

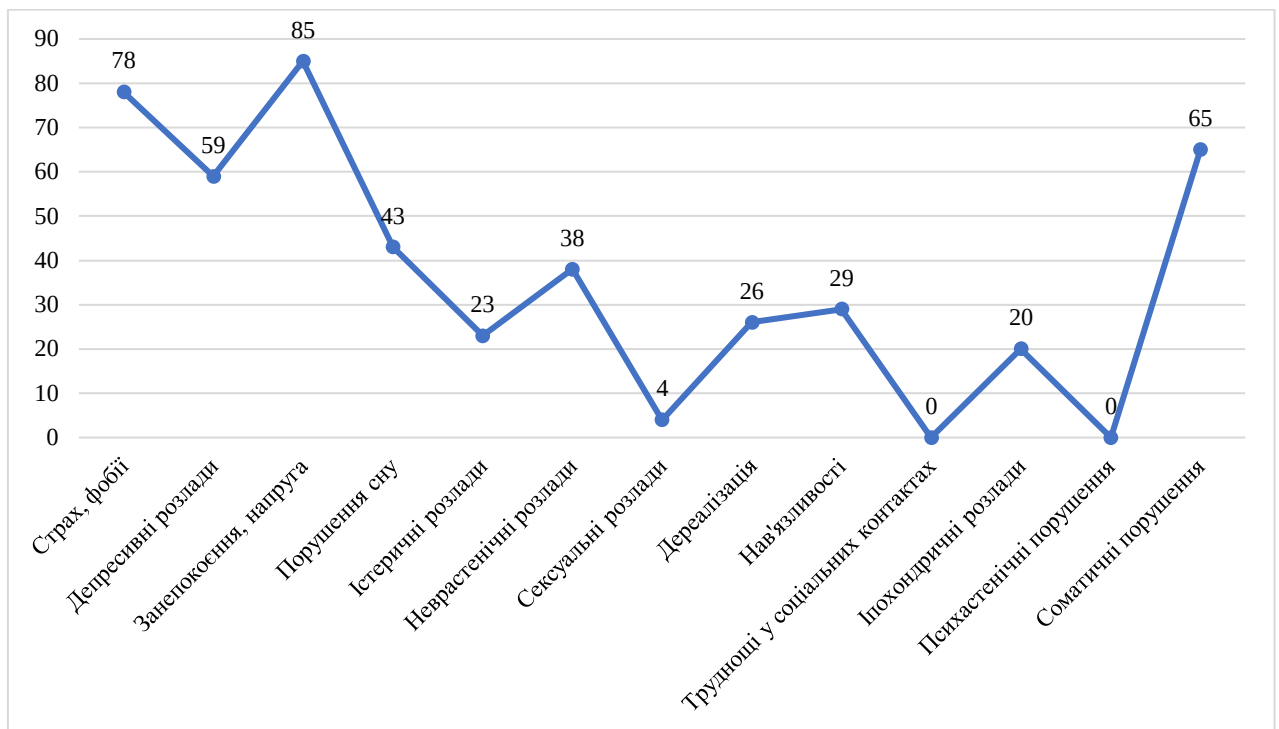


Рис. 2.4. Профіль невротичних розладів в групі (констатувальний етап)

Результати дослідження показали, що найбільш типовими розладами опитаних є: тривожні розлади: страх, загальна тривожність, панічні розлади ($78 \pm 10,26$), депресивні розлади ($59 \pm 3,68$), стан занепокоєння, напруга ($85 \pm 12,77$), порушення сну ($43 \pm 6,96$), соматичні порушення ($65 \pm 3,72$).

Причини розвитку невротичного розладу особистості під час війни можуть бути пов'язані з:

1. Травматичними подіями: Воєнний конфлікт може призводити до фізичних та психологічних травм, які можуть викликати розвиток невротичних розладів.

2. Стресом та невпевненістю: Воєнний конфлікт створює непевність та стресове середовище, що може сприяти розвитку невротичних розладів.

3. Втратою близьких людей: Втрата родичів або друзів під час воєнного конфлікту може бути дуже травматичною подією, що може призвести до розвитку невротичних розладів.

4. Соціальною дезорганізацією: Воєнний конфлікт може призводити до зміни соціального середовища, руйнування інфраструктури та втрати соціальної підтримки, що може сприяти розвитку невротичних розладів.

5. Негативними думками та переконаннями: Воєнний конфлікт може створювати негативні думки та переконання, які можуть поглиблювати невротичні розлади. Ці причини можуть взаємодіяти між собою та сприяти розвитку невротичного розладу особистості під час воєнного конфлікту. Важливо надавати психологічну підтримку та лікування для осіб, які страждають від невротичних розладів, а також створювати стабільне та безпечне середовище для покращення їхнього стану.

Висновки за розділом 2.

Отже, результати емпіричного дослідження впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України показали, що воєнний конфлікт має значний негативний вплив на психічне здоров'я громадян України. Деякі з основних критеріїв негативного впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я включають розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), невротичні розлади, страх, тривогу та депресію. Доведено, що воєнний конфлікт призводить до розвитку ПТСР у громадян України, особливо серед числа тих, хто був свідком жорстокостей війни (вимушені переселенці з окупованих територій). Симптоми ПТСР включають повторні спогади про травматичні події, нічні кошмари, гіперзбудженість, уникання подібних ситуацій та емоційну відстороненість. Воєнний конфлікт спричиняє розвиток різних невротичних розладів, таких як панічний розлад, загальний тривожний

розлад та фобії. Ці розлади можуть бути наслідком постійного стресу, страху та небезпеки, пов'язаних з воєнним конфліктом. Воєнний конфлікт викликає почуття страху та тривоги серед громадян України. Небезпека, невизначеність та загроза для особистої безпеки призводять до посилення тривоги та страху у мешканців прифронтових територій. Військові події також можуть призвести до розвитку депресії серед громадян України. Стрес, втрата близьких людей, фізичні травми та соціальна дезорганізація можуть сприяти розвитку депресивних станів.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ГРОМАДЯНАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

3.1. Розробка та реалізація програми психологічної інтервенції негативного психічного стану

З метою надання допомоги громадянам України у подоланні негативних психічних станів нами було розроблено програму психологічної інтервенції.

Психологічні засоби впливу (інтервенції) на негативний психічний стан є важливою складовою процесу лікування та підтримки пацієнтів, які страждають від різних психічних проблем. Ці інтервенції можуть бути використані для зменшення симптомів тривоги, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших негативних станів.

Наукові дослідження та література підтверджують ефективність психологічних інтервенцій у полегшенні негативного психічного стану. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш досліджених методів інтервенції, який доказав свою ефективність у лікуванні тривоги, депресії та ПТСР. КПТ базується на ідеї, що наші думки, переконання та поведінка взаємодіють між собою, і зміна негативних когнітивних шаблонів може призвести до покращення психічного стану.

Іншими популярними психологічними інтервенціями є емоційно-фокусована терапія (ЕФТ), психодинамічна терапія, групова терапія та музикотерапія. ЕФТ спрямована на розробку навичок емоційної регуляції та встановлення глибокого емоційного зв'язку з собою та іншими людьми. Психодинамічна терапія допомагає пацієнтам розуміти свої невідомі мотиви та переконання, які можуть бути джерелом негативного психічного стану. Групова терапія надає можливість пацієнтам обговорити свої проблеми та отримати підтримку від інших людей, які переживають подібні проблеми.

Музикотерапія використовує музику та звукові інструменти для сприяння емоційному виразу та релаксації.

Роль психологічної інтервенції в процесі лікування негативного психічного стану полягає в наданні пацієнтам необхідних навичок та стратегій для керування своїм психічним станом. Це може включати навчання пацієнтів методам релаксації, саморегуляції та емоційної регуляції. Психологічна інтервенція також допомагає пацієнтам зрозуміти корені їх проблем та змінити негативні когнітивні шаблони, що сприяє полегшенню симптомів.

Важливо підкреслити, що психологічна інтервенція не є єдиним методом лікування негативного психічного стану. Часто вона комбінується з фармакотерапією та іншими методами, такими як фізична активність та здоровий спосіб життя. Крім того, кожна людина унікальна, і ефективність психологічної інтервенції може варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей та ступеня травматичного досвіду.

Усе це свідчить про важливість психологічних інтервенцій у лікуванні негативного психічного стану та покращенні загального благополуччя пацієнтів. Враховуючи це, розробка та впровадження програм психологічного втручання є важливим завданням для покращення психічного здоров'я громадян України, особливо тих, хто страждає від негативного впливу воєнного конфлікту.

Програма психологічного втручання з елементами Майндфулнес-орієнтованої когнітивної терапії може бути корисною для громадян України, які страждають від негативного впливу воєнного конфлікту на їх психічне здоров'я.

Основна мета програми – подолання негативного психічного стану: навчити пацієнтів навичкам саморегуляції, зменшити симптоми тривоги, стресу та депресії, а також покращити їх загальний стан психічного благополуччя.

Основні етапи програми складаються із:

1. Оцінки: Початкова оцінка психічного стану пацієнта, включаючи виявлення симптомів ПТСР, невротичних розладів, тривоги та депресії. Це допоможе психологу зрозуміти потреби та проблеми пацієнта і визначити індивідуальний підхід до лікування.

2. Навчання Майндфулнес: Пацієнти будуть навчатися технікам Майндфулнес, які допоможуть їм зосередитися на моменті та знизити рівень стресу. Це може включати медитацію, свідоме дихання та інші практики, які сприяють зосередженості та спокою.

3. Когнітивна терапія: Пацієнти будуть працювати з психологом, щоб виявити та переосмислити негативні думки та переконання, які можуть підтримувати симптоми тривоги та депресії. Це допоможе пацієнтам розробити більш позитивну та здорову когнітивну рамку.

4. Емоційна регуляція: Пацієнти будуть навчатися стратегіям емоційної регуляції, які допоможуть їм керувати своїми емоціями та реагувати на стресові ситуації. Це може включати використання технік розслаблення, практикування самомасажу або зайняття фізичною активністю.

5. Підтримка групи: Учасники програми можуть брати участь у групових сесіях, де вони зможуть обговорювати свої досвіди, отримувати підтримку один від одного та навчатися від інших людей, які переживають подібні проблеми. Це може створити почуття спільноти та покращити результати лікування.

Прогнозовані результати реалізації програми включають зменшення симптомів ПТСР, невротичних розладів, тривоги та депресії, покращення загального стану психічного благополуччя та збільшення рівня саморегуляції учасників. Важливо враховувати, що кожна людина унікальна, і результати можуть варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей та ступеня травматичного досвіду.

Методологічною основою розробки програми психологічної інтервенції в даному дослідженні став комплекс психологічних та психотерапевтичних методів, використовуваних в психології та психотерапії.

1. Метод кризової психологічної інтервенції або психотерапії кризових станів Б.Д. Карвасарського, Є.І. Круковіч, В.Г. Ромек і ін., заснований на принципах логіки, аналізу стану, роз'яснення причин, симптоматики та перебігу, прогнозу, які в терапії ліквідують невизначеність в уявленнях клієнта, сприяють зменшенню проявів гострих стресових реакцій: ПТСР, психічної напруги, депресії, тривоги та ін.[14]

2. Методи гештальттерапії (ГТ) М. Джонсон, Ф. Перлз, Ж. Робін, Х. Сіменс, Ф. Стівен, Е. Мазур та ін. - як напрямок екзистенційно-гуманістичного підходу, зверненого на емоційний рівень саморегуляції роботи зі стресом.[53]

Як показання для участі в програмі психологічної інтервенції виділяються: виражена потреба мешканців прифронтових районів в психологічній підтримці і практичній допомозі, розробка і випробування нових способів адаптації в умовах стресу; готовність обговорювати свої проблеми в групі, розглядати і сприймати думку учасників групи з метою терапевтичної перебудови психоемоційного стану та покращення рівня психічного здоров'я.

Завдання:

1. Подолання негативного психічного стану, скорегувати емоційний стан, активізувати рефлексивні процеси, мобілізувати особистісні ресурси для подолання негативних переживань в умовах гострого стресу, оптимізувати адаптаційні можливості та стресостійкість.

2. Усвідомлювати зв'язки між негативними переживаннями й страхами війни і способом реагування на них. Освоєння нових моделей сприйняття, думок, почуттів.

3. Навчання методам позбавлення та врегулювання негативних переживань від стрес-факторів; формування навичок психологічного розвантаження; активізація адаптаційних ресурсів, оптимізація стресостійкості.

4. Створення умов для довірчих, доброзичливих відносин; атмосфери розуміння і активної участі в роботі групи.

Зміст програми:

Цільова група: мешканці міста Запоріжжя (прифронтна зона): чоловіки та жінки у віці від 25 до 50 років з виявленими проблемами психічного здоров'я.

Термін реалізації програми: Програма розрахована на 6 тижнів і складається з 12 занять. Заняття проводяться 2 рази на тиждень. Тривалість одного заняття 90 хв.

Кількість учасників: 50 осіб (по 10 осіб в групі).

Форма роботи: групова.

Методи і форми роботи: робота в підгрупах, парах, групове обговорення, гештальт-терапія, когнітивно-поведінкові техніки, навчання Майндфулнес, нарративна терапія, проектні техніки, релаксаційна терапія, наочні і практичні методи, в тому числі імітаційні та рольові ігри та вправи, міні-лекції, емоційно-образні вправи, психогімнастика, арт-терапія, музико-терапія, елементи розстановок, асоціативне письмо, візуалізація.

Групова форма психотерапії може поєднуватися з окремими індивідуальними психотерапевтичними сесіями за запитом учасників програми.

Психологом враховується рівень терапевтичної установки: конструктивний (з очікуванням допомоги в подоланні негативних переживань пов'язаних із гострим стресом війни); симптоматичний (з мотивацією до ліквідації симптомів стресу); демобілізуючий (з відмовою від психотерапії).

У програмі:

1. Дослідження стресу, дистресу, ПТСР; визначення причин і симптомів, фаз, засобів профілактики.
2. Трансформація стресу: техніки відстеження, усвідомлення стресу; техніки подолання стресу.
3. Звільнення від стресу.
4. Розвиток адаптивних можливостей

5. Психологічна корекція стресу та оптимізація стресостійкості; аналіз негативних переживань пов'язаних зі стресом та страхами війни, навчання методам позбавлення від симптомів стресу (тривога, депресія, соматизація) і оволодіння методиками зняття напруги, що накопичилася (регуляція емоційних станів).

Плановані результати:

1 Оптимізація стресостійкості, управління стресом і негативними переживаннями, викликаними стресом.

2 Зняття основних синдромів невротичних станів: страху, тривожності, агресії, самопочуття, невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування та ін., поліпшення рівня стресостійкості та покращення настрою, самопочуття, підвищення активності.

3 Загальне покращення психічного здоров'я.

Етапи реалізації програми:

1-й етап - психодіагностичний

На даному етапі проводиться психодіагностична робота по діагностиці психічного здоров'я мешканців прифронтової зони згідно обраних методик (п.2.1).

2-й етап - Психолого-корекційні заняття.

Психолого-корекційні заняття проводяться в три етапи.

I етап - Зустріч з проблемою (війна – як гостра стресова ситуація та її наслідки для психічного здоров'я) і пошук особистісних ресурсів.

Кількість: 1 заняття - 90 хв.

II етап - Робота із оптимізації психічного здоров'я.

Кількість: 10 занять (900 хв.)

В процесі реалізації програми учасниками складається список засобів боротьби зі стресом (перелік заходів із подолання та профілактики тривоги, страху, депресії та інших негативних наслідків ПТСР), який коригується і доповнюється в процесі проходження тренінгу

III етап заключний - Рефлексія і обговорення результатів роботи.

Кількість: 1 заняття - 90 хв.

Наукові, методичні та методологічні основи програми побудовані на принципах кризової психологічної інтервенції:

- створення в ході психотерапії відчуття безпеки, прийняття, встановлення ясних терапевтичних відносин;
- створення ресурсів - позитивного цілісного самовідчуття, включаючи тілесне відчуття, що дозволяє особистості зберігати свою стійкість і цілісність перед небезпекою розвитку симптомів ПТСР. Завдяки розвитку і використанню своїх внутрішніх ресурсів у особистості пробуджується здатність до саморегуляції, підвищується стресостійкість;
- створення певних меж травматичного переживання стресу, зняття синдромів невротичних станів - «контейнірування». «Контейнірування» утворюється завдяки усвідомленню та відстеженню негативних тілесних відчуттів, які відповідають симптомам стресу (тривожність, напруга, невротична депресія, астения, істеричний тип реагування, obsesивно-фобічні порушення, психосоматичні порушення, вегетативні порушення і ін.);
- формування відчуття здатності протистояти стресу;
- вироблення навичок самоконтролю і самокорекції негативних психічних станів.

3-й етап. Контрольна психодіагностика

Для визначення ефективності програми і оцінки змін, що відбулися учасники проходять контрольне тестування.

На нашу думку, пріоритетними областями роботи психологів і психотерапевтів щодо подолання негативних психічних станів мешканців прифронтових територій повинні стати: діагностика, дістресових станів та оптимізація адаптивних можливостей.

Структура програми наведена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Структура програми психологічної інтервенції

Кількість зустрічей: 12 занять. Тривалість кожної зустрічі: 1,5 години (90 хв.) Періодичність занять: 2 рази на тиждень.	
Блок «рефлексія» Мета даного блоку - розвивати здатність до рефлексії, здійснити розворот особистості на себе. У цьому блоці з учасниками програми психокорекції розглядаються причини стресів, розвиток ПТСР, тривоги, депресії; учасники розмірковують про свій психічний стан, в них розвивається схильність аналізувати свої переживання	
I етап Психодіагностичний Кількість: 1 заняття	Діагностика психічного стану
II етап «Зустріч з проблемою і пошук особистісних ресурсів». Кількість: 2 заняття.	На даному етапі пропонується знайомство з проблемою; використовуються техніки, спрямовані на роботу з негативними переживаннями і стресом, трансформація в особистісні ресурси. Техніки: міні-лекція «Що таке стрес і як з ним впоратися», групове обговорення, когнітивно-поведінкові техніки, навчання Майндфулнес, наративна терапія, релаксаційна терапія музико-терапія,
Блок «особистісний потенціал» - в цьому блоці на основі отриманих результатів на попередньому занятті, після визначення мети триває робота з внутрішніми установками особистості. За допомогою психокорекційних технік проводиться робота по подоланню тривоги та негативних переживань в умовах стресу та страхів війни.	
II етап «Робота з ПТСР, негативними переживаннями, депресією, тривогою, соматизацією, розширення адаптивних можливостей; формування навичок самоконтролю і самокорекції» Кількість: 6 занять.	Мета: корекція негативних психічних станів, тривоги, переживань, пов'язаних зі стресом, оптимізація стресостійкості. Зняття емоційної напруженості. Освоєння і розвиток навичок саморегуляції, способів активного совладання. Техніки: арт-терапія, ігротерапія (1 етап: знайомство з відчуттями, думками, діями; 2 етап зустріч з проблемою на ігровому полі, періодично - робота в парах), елементи психодрами, релаксаційна терапія, гештальт-терапія, ігри та вправи, психогімнастика, візуалізація .
III етап «Етап оптимізації стресостійкості, корекція поведінки і невротичних станів під час стресу». Рефлексія Кількість: 2 заняття.	Мета: Формування навичок самоаналізу і самоспостереження. Розвиток навичок самоконтролю з опорою на внутрішні резерви, корекція і подолання неадаптивних когнітивних механізмів, створення певних меж травматичного переживання стресу, зняття синдромів невротичних станів - «контейнірування», Майндфулнес, релаксаційна терапія
Контрольна діагностика 1 заняття	Діагностика психічного стану

Щоб мінімізувати ризик розвитку стресу та ПТСР, слід звернути увагу учасників програми на наступні рекомендації:

1. Встановіть режим дня: Спробуйте створити стабільний розклад, включаючи регулярні часи для сну, їжі, вправ та відпочинку. Регулярність допоможе організму відновитися та зменшити рівень стресу.

2. Використовуйте техніки релаксації: Навчіться методам глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації або медитації. Ці техніки можуть допомогти заспокоїти розум і знизити рівень тривоги.

3. Займайтеся фізичною активністю: Регулярна фізична активність, така як йога, біг або прогулянки на свіжому повітрі, може допомогти знизити рівень стресу і покращити настрій.

4. Дотримуйтесь здорового способу життя: Спробуйте збалансувати свою дієту, включаючи достатню кількість фруктів, овочів, білків та здорових жирів. Уникайте надмірного споживання алкоголю, кави та цукру, оскільки ці речовини можуть погіршити симптоми стресу та тривоги.

5. Приділяйте увагу позитивним речам: Спробуйте зосередитися на позитивних аспектах свого життя і використовувати позитивні мантри або афірмації для заспокоєння розуму.

6. Встановіть межі: Навчіться говорити «ні» в разі потреби і встановлюйте межі для свого часу та енергії. Це допоможе вам уникнути перевантаження і зберегти свою емоційну стабільність.

7. Зверніться до фахівця: Якщо стрес і тривога стають невитримуваними, не соромтеся звернутися до психолога або психотерапевта. Вони можуть надати вам індивідуальну підтримку та стратегії для керування стресом.

3.2. Оцінка динаміки змін та ефективності реалізованої програми

Після реалізації програми психологічної інтервенції, для оцінки динаміки змін та підтвердження її ефективності нами була проведена повторна психодіагностика згідно відібраних для дослідження методик.

Нами була проведена контрольна діагностика ПТСР (табл.3.2).

Результати проведеної діагностики ПТСР групи мешканців прифронтового міста Запоріжжя свідчать про позитивну динаміку ознак ПТСР в середньому по групі (70,8→63,2). Підсумковий показник в середньому по групі на контрольному етапі виявляє значне зниження ступеню впливу перенесеного травматичного досвіду та приведення індексу ПТСР до нормативно допустимого рівня.

Таблиця 3.2

Оцінка змін розвитку ПТСР в групі (описова статистика) (n=50)
(контрольний етап)

Показник	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	Середнє	Стд. відхилення	Середнє	Стд. відхилення
ПТСР	70,8000	9,32191	63,2011	5,14632

Як видно з рис.3.1. нами було оцінено зміни та розраховано лінійний прогноз щодо подальшого зниження посттравматичних реакцій учасників групи.

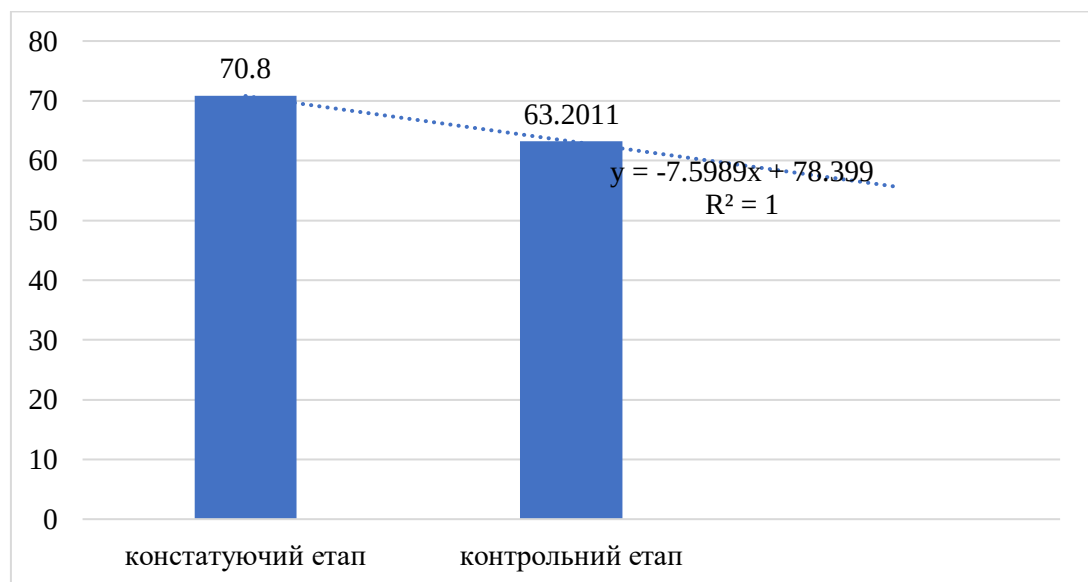


Рис. 3.1. Динаміка змін ПТСР та прогноз (контрольний етап)

Висновки за розділом 3.

Отже, завдяки реалізації програми психологічної інтервенції в роботі з людьми, що мали ознаки розвитку ПТСР у учасників програми було значно

знижено рівень дистресу та тривоги, змінено негативні думки та переконання, заспокоєно нервову систему.

Далі, нами було проведено контрольну діагностику дистресу, депресії, тривоги та соматизації за методикою 4ДДТС (табл.3.3).

Таблиця 3.3

Зміни показників дистресу, депресії, тривоги та соматизації (п=50)
(контрольний етап)

Чинник	N	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		Середнє	Стд. відх	Середнє	Стд. відх
дистрес	50	23,1200	4,00326	16,8922	3,2146
депресія	50	5,8400	2,75058	2,3196	2,1961
тривога	50	17,4000	3,33809	12,2268	2,8974
соматизація	50	18,0000	5,89361	14,0137	5,3612

Згідно з рис.3.2. результати контрольної діагностики вказують на позитивну динаміку щодо зниження рівня дистресу (23,12→16,89), депресії (5,84→2,31), тривоги (17,4→12,22) та соматизації (18,0→14,01).

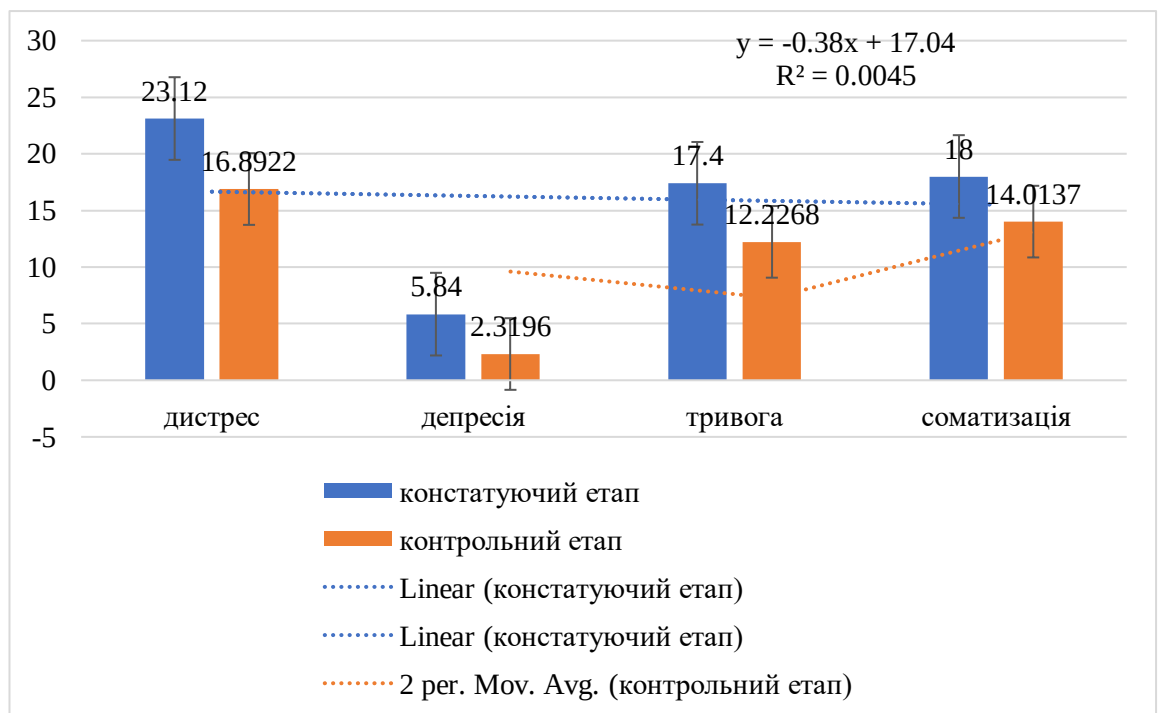


Рис. 3.2. Динаміка змін показників дистресу, депресії, тривоги та соматизації (п=50) (контрольний етап)

Позитивні зміни показників дистресу, тривоги та соматизації відбулися завдяки реалізації програми психологічної інтервенції, а саме: проведенню психотерапевтичних сеансів, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, яка допомагає змінити негативні мислі і поведінку, пов'язану з дистресом, тривогою та соматизацією; виконання в рамках реалізації програми релаксаційних технік, таких як медитація та йога, які допомогли знизити рівень тривоги та стресу; залучення учасників групи до підтримуючого середовища, такого як групова терапія, де люди можуть обмінюватися досвідом та отримувати підтримку.

Наступним етапом нами було контрольне дослідження показника невротизації в групі (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Зміна показника невротизації в групі (n=50) (контрольний етап)

Чинник	N	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		Середнє	Стд. відх	Середнє	Стд. відх
дистрес	50	-37,2200	2,37715	2,8831	3,1457

Як показано на рис.3.3. в результаті проведеної діагностики на контрольному етапі нами було встановлено наявність позитивних змін у гармонізації рівня невротизації до допустимого рівня ($-37,22 \rightarrow 2,37$).

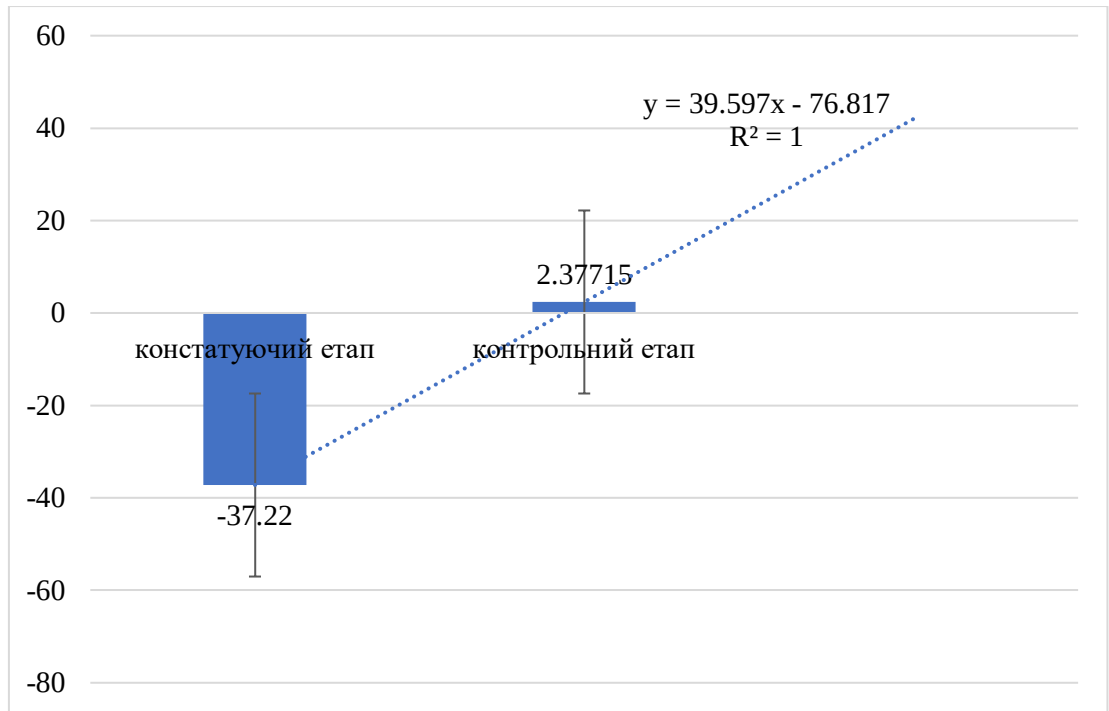


Рис. 3.3. Динаміка змін рівня невротизації в групі (п=50) (контрольний етап)

Далі нами було виявлено зміни в формуванні симптомів невротичних розладів та їх ступінь вираженості (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Зміна формування симптомів невротичних розладів (п=50)
(контрольний етап)

Шкала	N	Середнє	Стд. відх	Середнє	Стд. відх
Страх, фобії	50	78	10,26	50	8,22
Депресивні розлади	50	59	3,68	27	3,91
Занепокоєння, напруга	50	85	12,77	61	8,32
Порушення сну	50	43	6,96	27	3,31
Істеричні розлади	50	23	3,17	16	1,73
Неврастенічні розлади	50	38	2,94	21	1,98
Сексуальні розлади	50	4	0,88	2	1,01
Дереалізація	50	26	2,35	17	1,95
Нав'язливості	50	29	2,19	17	2,34
Труднощі у соціальних контактах	50	0	0,00	0	0,00
Іпохондричні розлади	50	20	1,54	14	1,21
Психастенічні порушення	50	0	0,00	0	0,00
Соматичні порушення	50	65	3,72	44	4,56
Загальний показник	50	470	13,01	296	12,88

Як видно з рис.3.4. за результатами проведеної діагностики нами було побудовано профіль зміни невротичних розладів в групі.



Рис. 3.4. Зміна проявів невротичних розладів в групі (контрольний етап)

Результати проведеного контрольного дослідження свідчать про те, що застосування в програмах психологічної інтервенції комплексного підходу, що включає психотерапію (когнітивно-поведінкову терапію, майндфулнес та ін.), фізичну активність, належне харчування та сон, релаксаційні техніки та підтримуюче середовище, може сприяти зниженню рівня невротизації та силу проявів невротичних розладів і поліпшенню психологічного стану людини.

Використання в програмі психологічної інтервенції техніки майндфулнес стало корисним інструментом в подоланні тривоги та стресу, а також зниженні рівня невротизації учасників програми. Практика майндфулнес допомагла учасникам програми зосередитися на поточному моменті і відчувати його без суджень або спроб контролювати його. Вона навчила учасників програми зосереджуватися на своєму диханні, тілесних відчуттях, емоціях та думках, що допомагає заспокоїти розум і зменшити тривогу.

Контрольне дослідження показало, що практика майндфулнес (медитація на диханні, сканування тіла, ходьба з усвідомленням) може мати позитивний вплив на психологічний стан людини. Вона може знизити рівень тривоги, стресу та невротизації, поліпшити настрій та самопочуття, збільшити концентрацію та увагу. Крім того, майндфулнес може допомогти розслабитися і заспокоїти нервову систему, що особливо важливо при лікуванні дистресу, тривоги та соматизації.

Для підтвердження висунутої гіпотези про те, що реалізація програм психологічних інтервенцій може суб'єктивно полегшувати перебування людини у зонах воєнного конфлікту та є ефективним засобом подолання ПТСР та корекції негативних психічних станів населення в умовах війни нами було проведено аналіз непараметричного критерію: U-критерію Манна-Уїтні.

В результаті математичної обробки результатів тестування спостерігаються статистично значущі відмінності між показниками учасників програми на констатуючому та контрольному етапах експерименту в формуванні всіх досліджуваних показників (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Результати розрахунку U-критерія Манна-Уїтні

Параметр	Середній ранг		U-кр.	p
	Констатувальний етап	Контрольний етап		
ПТСР	70,8	63,2	672,0	0,000
Дистрес	23,1	16,9	519,5	0,001
Депресія	5,8	2,3	688,5	0,001
Тривога	17,4	12,2	496,0	0,001
Соматизація	18,0	14,0	574,5	0,001
Невротизація	-37,2	2,8	455,5	0,000

Так, за критерієм зміни ПТСР статистика U-критерію Манна-Уїтні становить ($U = 672,0$ при $p \leq 0,05$) і свідчить про наявність значимих змін в розвитку ПТСР на констатуючому та контрольному етапах дослідження. Також значущі зміни спостерігаються за показниками: дистрес ($U = 519,5$ при

$p \leq 0,05$), депресія ($U = 688,5$ при $p \leq 0,05$), тривога ($U = 496,0$ при $p \leq 0,05$), соматизація ($U = 574,5$ при $p \leq 0,05$), невротизація ($U = 455,5$ при $p \leq 0,05$).

Отже, в результаті дослідження нами було виявлено значущі відмінності в формуванні всіх досліджуваних показників, що свідчить на наявність позитивних змін в психологічному здоров'ї учасників програми та підтверджує висунуту гіпотезу.

Реалізація програми психологічної інтервенції та проведена психокорекційна робота спрямована на відновлення психологічного благополуччя та зниження симптомів ПТСР, тривоги, депресії, рівня невротизації мешканців прифронтових територій в умовах війни є ефективною. Так, завдяки терапевтичній підтримки учасники програми отримали можливість висловити свої емоції та досвід, а також отримати підтримку та розуміння від фахівця, що допомогло зменшити почуття самотності та непорозуміння, які часто супроводжують ПТСР.

Завдяки психоосвіті члени групи отримали інформацію про ПТСР, його симптоми та наслідки, що допомогло їх краще зрозуміти свої власні реакції та знайти способи їх контролю. Техніки релаксації допомогли заспокоїти нервову систему та знизити рівень тривоги.

Когнітивно-поведінкова терапія допомогла учасникам програми змінити негативні думки та переконання, пов'язані з травматичною подією, якою стала війна в нашій країні. Участь в програмі допомогла учасникам групи виявити та змінити деструктивне мислення, що спричиняло стрес та тривогу.

Використання в програмі психологічної інтервенції техніки майндфулнес стало корисним інструментом в подоланні тривоги та стресу, а також зниженні рівня невротизації учасників програми. Практика майндфулнес допомагла учасникам програми зосередитися на поточному моменті і відчувати його без суджень або спроб контролювати його. Вона навчила учасників програми зосереджуватися на своєму диханні, тілесних відчуттях, емоціях та думках, що допомагає заспокоїти розум і зменшити тривогу. Контрольне дослідження показало, що практика майндфулнес

(медитація на диханні, сканування тіла, ходьба з усвідомленням) може мати позитивний вплив на психологічний стан людини. Вона може знизити рівень тривоги, стресу та невротизації, поліпшити настрій та самопочуття, збільшити концентрацію та увагу. Крім того, майндфулнес може допомогти розслабитися і заспокоїти нервову систему, що особливо важливо при лікуванні дистресу, тривоги та соматизації.

Завдяки експозиційної терапії, що включала в себе поступове і контрольоване викладання клієнтами ситуацій, які спричиняють страх або тривогу члени групи змогли звикнути до травматичних подразників та зменшити їх вплив на її життя.

Психоемоційна психологічна підтримка допомогла учасникам програми зрозуміти свої емоції та розвинути ефективні стратегії копіngu - сформуванати навички подолання гострих стресових ситуацій.

ВИСНОВКИ

Поняття психотравма характеризується в наукових дослідженнях як гострий стрес, який супроводжується відчуттям фізичної загрози або сильного психологічного потрясіння. Війна - це один з найбільш негативних досвідів, які можуть зазнати люди. На відміну від фізичних травм, психологічна травма отримана під час війни не завжди видима на поверхні, але її наслідки можуть бути дуже серйозними, що може призвести до зміни її поведінки, емоційного стану та соціальної поведінки.

Воєнний конфлікт може мати серйозний вплив на психічне здоров'я громадян. Посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривожність є лише деякими з психологічних проблем, які можуть виникнути. Тому важливо забезпечити належну підтримку та допомогу тим, хто став свідком воєнного конфлікту, щоб зменшити його негативний вплив на їхнє психічне здоров'я.

Одним з можливих способів допомоги людям, які стали свідками воєнного конфлікту, є психологічна інтервенція. Це може бути індивідуальна або групова терапія, яка допоможе людям зрозуміти та пережити свої емоції. Психологічна інтервенція може також включати різноманітні техніки, такі як медитація, дихальні вправи та інші, які допоможуть зменшити стрес та тривогу.

Результати емпіричного дослідження впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я громадян України показали, що воєнний конфлікт має значний негативний вплив на психічне здоров'я громадян України. Деякі з основних критеріїв негативного впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я включають розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), невротичні розлади, страх, тривогу та депресію. Доведено, що воєнний конфлікт призводить до розвитку ПТСР у громадян України, особливо серед числа тих, хто був свідком жорстокостей війни (вимушені переселенці з окупованих територій). Симптоми ПТСР включають повторні спогади про

травматичні події, нічні кошмари, гіперзбудженість, уникання подібних ситуацій та емоційну відстороненість. Воєнний конфлікт спричиняє розвиток різних невротичних розладів, таких як панічний розлад, загальний тривожний розлад та фобії. Ці розлади можуть бути наслідком постійного стресу, страху та небезпеки, пов'язаних з воєнним конфліктом. Воєнний конфлікт викликає почуття страху та тривоги серед громадян України. Небезпека, невизначеність та загроза для особистої безпеки призводять до посилення тривоги та страху у мешканців прифронтових територій. Військові події також можуть призвести до розвитку депресії серед громадян України. Стрес, втрата близьких людей, фізичні травми та соціальна дезорганізація можуть сприяти розвитку депресивних станів.

З метою надання допомоги громадянам України у подоланні негативних психічних станів нами було розроблено та реалізовано в групі, сформованій з мешканців прифронтових територій з ознаками ПТСР (дистресу, тривожним розладом, ознаками депресії, соматизацій та високим рівнем невротизації) програму психологічної інтервенції.

Для підтвердження висунутої гіпотези про те, що реалізація програм психологічних інтервенцій може суб'єктивно полегшувати перебування людини у зонах воєнного конфлікту та є ефективним засобом подолання ПТСР та корекції негативних психічних станів населення в умовах війни нами було проведене контрольне дослідження та аналіз непараметричного критерію: U-критерію Манна-Уїтні.

Результати контрольної діагностики показали позитивну динаміку до зниження всіх означених раніше критеріїв розвитку ПТСР та загальне покращення психічного здоров'я членів групи.

В результаті математичної обробки результатів тестування спостерігаються статистично значущі відмінності між показниками учасників програми на констатуючому та контрольному етапах експерименту в формуванні всіх досліджуємих показників.

Реалізація програми психологічної інтервенції та проведена психокорекційна робота спрямована на відновлення психологічного благополуччя та зниження симптомів ПТСР, тривоги, депресії, рівня невротизації мешканців прифронтових територій в умовах війни є ефективною. Так, завдяки терапевтичній підтримки учасники програми отримали можливість висловити свої емоції та досвід, а також отримати підтримку та розуміння від фахівця, що допомогло зменшити почуття самотності та непорозуміння, які часто супроводжують ПТСР.

Завдяки психоосвіті члени групи отримали інформацію про ПТСР, його симптоми та наслідки, що допомогло їх краще зрозуміти свої власні реакції та знайти способи їх контролю. Техніки релаксації допомогли заспокоїти нервову систему та знизити рівень тривоги. Когнітивно-поведінкова терапія допомогла учасникам програми змінити негативні думки та переконання, пов'язані з травматичною подією, якою стала війна в нашій країні. Участь в програмі допомогла учасникам групи виявити та змінити деструктивне мислення, що спричиняло стрес та тривогу.

Завдяки експозиційної терапії, що включала в себе поступове і контрольоване викладання клієнтами ситуацій, які спричиняють страх або тривогу члени групи змогли звикнути до травматичних подразників та зменшити їх вплив на її життя.

Психоемоційна психологічна підтримка допомогла учасникам програми зрозуміти свої емоції та розвинути ефективні стратегії копіngu - сформувані навички подолання гострих стресових ситуацій.

ПЕРЕЛІК ВИКОРАСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бенеш Г. Психологія: dtv-Atlas / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. Київ, 2007. 510 с.
2. Бурда Г. Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі/ *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Вип. 2. URL: <https://grobid.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/17> (дата звернення: 14.03.2023).
3. Василюк, Ф. Е. Пережити горе / Ф. Е. Василюк // *Психологічний журнал*. 1991. № 2. С. 5-10.
4. Вернигор П. Шум у черепній коробці. Що таке психотравма та чому важливо лікувати її вже зараз. URL: <https://zaborona.com/shho-take-psyhotravma-ta-chomu-vazhlyvo-likuvaty-yiyi-vzhe-zaraz/>
5. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів, 2014. 410 с.
6. Дерев'янка С. П. Когнітивна психологія: навч. посібник. Чернігів, 2012. 184 с.
7. Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія : Навчальнометодичні рекомендації. Чернігів : НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с.
8. Дубравська Д. М. Основи психології: Навчальний посібник. Львів: Світ, 2001. 280 с.
9. Жукова І. М. Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів війни на Сході України: етіологія, клініка, діагностика та лікування/ І. М. Жукова, Є. Г. Скрипник, О. В. Поліщук// *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і Психологія»* (3) 2019. С. 97-119.
10. Жукова І.М. Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів війни на Сході України/І. М. Жукова, Є. Г. Скрипник, О. В. Поліщук//*Психологічний журнал* №11, 2017. С.55-69.

11. Загальна психологія. / За заг. ред. С. Д. Максименка. Підручник. Вінниця: Нова книга, 2004. 704 с.
12. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навчальний посібник. К.: Либідь, 2007. 256 с.
13. Клінічна психологія : навч.посібн. / авт.-уклад. С. В. Діденко. Київ: Академвидав, 2012. 315 с.
14. Клиническая психология: учебник/ Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб: Питер, 2002. 880с.
15. Клиническая психология учебное пособие / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб: Питер, 2002. 796с.
16. Лагутіна С. Клінічний випадок: короткострокова КПТ при змішаному тривожному та депресивному розладі. Психосоматична 17 медицина та загальна практика. 2018. Вип. 3-4. URL: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/94> (дата звернення: 22.04.2023).
17. Максименко С. Д. Загальна психологія: Навчальний посібник. Київ: Центр навч. літератури, 2004. 272 с.
18. Медична психологія: держ. нац. підруч. : підруч. для студентів ВНЗ ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / Спіріна І. Д. та ін.. Дніпропетровськ: Ліра, 2012. 442 с.
19. Медична психологія: навч. посіб. / Пошук Н. Г., Маркова М. В., Кондратюк А. І., Стукан Л. В. Вінниця : Горбачук І. П., 2010. 135 с.
20. Медична психологія: навч. посіб. для самопідготовки студентів / В. А. Абрамов [та ін.] ; ред. В. А. Абрамов. Донецьк : Каштан, 2008. 270 с.
21. Медична психологія: підруч. для студентів ВНЗ / С. Д. Максименко та ін. ; за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. 2-ге вид. Київ : Слово, 2014. 515с.
22. Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.). Харків : ХНУВС, 2022. С. 116-121.
23. Основи загальної і медичної психології : підручник для студ. вищих мед. закл. освіти I-IV рівнів акредитації / І. С. Вітенко та ін. ; ред. І. С. Вітенко, О. С. Чабан. Харків: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

24. Основи медичної психології: навч. посіб. / В. Л. Гавенко та ін. ; ред. В. Л. Гавенко ; Kharkiv State Medical University. Харків: Регіон-інформ, 2003. 188 с.
25. Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / В. М. Ждан та ін.. - Полтава : АСМІ, 2014. - 254 с.
26. Основи практичної психології: Підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелєва та ін. Київ: Либідь, 2003. 536 с.
27. Основи психології: Підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. Київ: Либідь, 2002. 630 с.
28. Поліщук О.В. Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів АТО: діагностика та лікування/ Є. Г. Скрипник, І. М. Жукова, О. В. Поліщук//*Психологічний журнал* №7, 2018. С. 18-30.
29. Психодіагностика и психокоррекция / Под ред. А.А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. 612с.
30. Савчин М.В. Загальна психологія. Частина 1. Навч. пос. Дрогобич. 2019. 372 с
31. Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю.С.Семенова // *Український науково-медичний молодіжний журнал*. Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції, м.Київ, 11-12 травня 2011 р.: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2011. С.50-54
32. Скрипник Є.Г. Психологічний стан та стресова реакція ветеранів АТО/ Є. Г. Скрипник, І. М. Жукова, О. В. Поліщук// *Психологічний журнал* №3, 2016. С. 22-35.
33. Скрипник Є.Г. Психологічні наслідки війни на Сході України: ПТСР та інші розлади/ І. М. Жукова, Є. Г. Скрипник, О. В. Поліщук// *«Актуальні проблеми психології» Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. (7) 2020. С. 63-81.*

34. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
35. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. Київ: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 160 с.
36. Тюріна В. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень / Валентина Олександрівна Тюріна, Лариса Олександрівна Солохіна // *Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.)* / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків : ХНУВС, 2022. С. 116-121.
37. Хома І. Н. Медична психологія : навч. посібник / І. Н. Хома. Рівне : Рівненська друкарня, 2002. 178 с.
38. Христук О.Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід/ *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: Психологія*. Львів, 2018. Вип. 1. С. 153–161.
39. Христук О.Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід / О.Л. Христук // *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2018. Випуск 1. С. 153-161.
40. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія: Навчальний посібник. Київ: Наукова думка, 2000. 190 с.
41. Цимбалюк І. М. Психологія. Київ: ВД Професіонал, 2004. 304 с.
42. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
43. Beck, J. S. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
44. Comtesse, H., Powell, S., Soldo, A. et al. (2019) Long-term psychological distress of Bosnian war survivors : an 11-year follow-up of former displaced

- persons, returnees, and stayers. Comtesse et al. BMC Psychiatry. 19:1. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1996-0>
45. Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Boston: Cengage Learning.
 46. Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
 47. Itani Taha, Kathryn H. Jacobsen, A. Kraemer (2017) Suicidal ideation and planning among Palestinian middle school students living in Gaza Strip, West Bank, and United Nations Relief and Works Agency (UNRWA) camps. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Vol. 4, Is. 2. P. 54 - 60. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2017.03.003>
 48. Kazdin, A. E. (2010). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
 49. Kiskeri A., Andrea S. Problem solving brief therapy MRI style and cognitive-behavioral therapy: a clinical case comparing two different therapeutic approaches. *Revista de psicoterapia*. 2018. Vol. 29. P. 273–286.
 50. Klima Gyula. *Intentionality, Cognition, and Mental Representation in Medieval Philosophy*. New York, 2015. 374 p.
 51. Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
 52. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
 53. Massad, S.G., Shaheen, M., Karam, R. et al. (2016) Substance use among Palestinian youth in the West Bank, Palestine: a qualitative investigation. *BMC Public Health*. 16, 800. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3472-4>.
 54. Matsumoto K., Hamatani S. Guided internet-based Cognitive Behavioral Therapy in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder: protocol for a randomized controlled trial. *Jmir research protocols*. 2020. Vol. 9. P. 182.

55. Moreira H., Potharst E. Editorial: application of the third generation of Cognitive-Behavioral approaches to parenting. *Frontiers in psychology*. 2019. Vol. 10. P. 220.
56. Posttraumatic Stress Disorder in Veterans and Active Duty Military Personnel: A Review of the Literature (2018): C. Hoge, C. Castro, S. Messer.
57. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: William Morrow Paperbacks.
58. Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
59. Rotterman E., Wright J. H. Well-Being Therapy for recurrent depression and chronic pain. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2019. Vol. 88. P. 378–379.
60. Stasiewicz P. R., Bradizza C. M., Slosman K. S. Emotion regulation treatment of alcohol use disorders: helping clients manage negative thoughts and feelings. Oxford, 2018. 199 p.
61. Stawarz K., Preist C., Tallon D. User experience of Cognitive Behavioral Therapy apps for depression: an analysis of app functionality and user reviews. *Journal of medical internet research*. 2018. Vol. 20. P. 101–120. №11.
62. Sternberg R. J. *Cognition and Reality: Principles and Implications of Cognitive Psychology*. Phi Delta Kappan. 2020. P. 69.
63. "The Psychological Consequences of War and Terrorism on Civilians: An International Review" (2019): N. North, R. Pfefferbaum, B. Tivis.
64. "The Psychological Consequences of War: A Review of the Literature (2018): B. Litz, C. Stein, E. Delaney.
65. "The Psychological Impact of War and Terrorism on Children and Adolescents: An International Review" (2019): P. Smith, R. Perrin, E. Yule.
66. "The Psychological Impact of War on Civilians in Afghanistan" (2018) - авторы: S. M. Kazemi, M. R. Fathi, M. Mohammadi.

67. Voderholzer U. The Third Wave of Behavioral Therapy – is it superior compared to the classical cognitive Behavioral Therapy? *Verhaltenstherapie*. 2019. Vol. 29. P. 77–79.
68. Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.
69. World health report 2001 - Mental health : new understanding, new hope (2001) Geneva: Switzerland : World Health Organization.
70. World health report 2001 - Mental health : new understanding, new hope (2001) Geneva: Switzerland : World Health Organization.
71. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
72. Zakhirehdari N., Navabinejad S., Koraei A. The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on improving marriage performance and marital intimacy of couples. *Medical science*. Vol. 23. P. 290–293.
73. Zasiiekina L. Psycholinguistic approach to diagnostics and modification of individual negative core beliefs. *East European Journal Psycholinguistics*. 2015. Vol. 2. № 1. P. 152–157
74. Zasiiekina L. Psycholinguistic approach to diagnostics and modification of individual negative core beliefs. *East European Journal Psycholinguistics*. 2015. Vol. 2. № 1. P. 152–157.
75. Zoya Wazir Contributor (2021) In Gaza, Childhoods Lost to the Trauma of War Israel's May siege leaves the majority of children in Gaza with deep emotional scars, a new study shows. *U.S.News*. By Aug.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати діагностики

№	ПТСР	стрес	депресія	тривога	соматизація	рівень невротизації
1	68	20	5	11	15	-38
2	70	23	4	16	18	-45
3	71	18	5	20	20	-48
4	85	28	8	17	26	-80
5	60	19	3	18	12	-36
6	71	24	2	18	10	-34
7	64	20	5	11	15	-40
8	78	24	4	16	14	-44
9	68	17	5	20	20	-26
10	74	23	8	18	24	-24
11	65	19	3	18	12	-28
12	83	25	11	22	26	-38
13	69	20	6	14	9	-24
14	72	30	10	22	23	-28
15	96	30	10	20	27	-53
16	62	20	5	11	14	-24
17	58	23	4	16	18	10
18	80	16	5	20	20	-50
19	64	28	8	17	16	-22
20	67	20	3	18	12	-27
21	62	24	2	18	10	-34
22	58	20	5	11	15	16
23	74	24	4	16	14	-38
24	64	16	5	20	20	-45
25	72	30	11	19	30	-48
26	71	24	3	19	14	-80
27	76	25	11	22	26	-36
28	69	20	6	14	9	-34
29	83	30	10	22	23	-48
30	63	27	10	20	27	-44
31	70	22	5	11	15	-26
32	68	23	4	16	18	-24
33	90	20	5	20	20	-28
34	60	28	8	17	26	-38
35	56	19	3	18	12	-24
36	75	24	2	18	10	-28
37	62	22	5	11	15	-53
38	92	24	4	16	14	-62

39	67	20	3	20	18	-38
40	72	23	8	18	24	-45
41	65	19	3	18	12	-48
42	80	25	11	22	26	-61
43	59	20	6	14	9	-36
44	62	30	10	22	23	-32
45	77	32	10	20	30	-40
46	67	20	5	11	15	-44
47	89	23	4	16	18	-56
48	64	24	5	20	20	-24
49	72	28	6	20	20	-28
50	76	23	4	18	16	-36
	70,8	23,12	5,84	17,4	18	-37,22

Додаток Б

Розрахунки за методикою «Опитувальник невротичних розладів» (Є.
Олександрович)

Шкала	Сирий середній бал	Нормалізація	Бал
Страх, фобії	98	(0..98) → (0..100)	100
Депресивні розлади	19	(0..49) → (0..100)	39
Занепокоєння, напруга	35	(0..70) → (0..100)	50
Порушення сну	33	(0..35) → (0..100)	94
Істеричні розлади	23	(0..49) → (0..100)	47
Неврастенічні розлади	38	(0..56) → (0..100)	68
Сексуальні розлади	4	(0..49) → (0..100)	8
Дереалізація	26	(0..56) → (0..100)	46
Нав'язливості	29	(0..56) → (0..100)	52
Труднощі у соціальних контактах	0	(0..35) → (0..100)	0
Іпохондричні розлади	20	(0..42) → (0..100)	48
Психастенічні порушення	0	(0..49) → (0..100)	0
Соматичні порушення	126	(0..322) → (0..100)	39
Загальний показник	451	(0..966) → (0..100)	47

Додаток В

Результати математичного аналізу результатів діагностики ПТСР
за методикою «Міссісіпська шкала ПТСРТ»

Байєсов коефіцієнт для одновибіркового Т-критерію

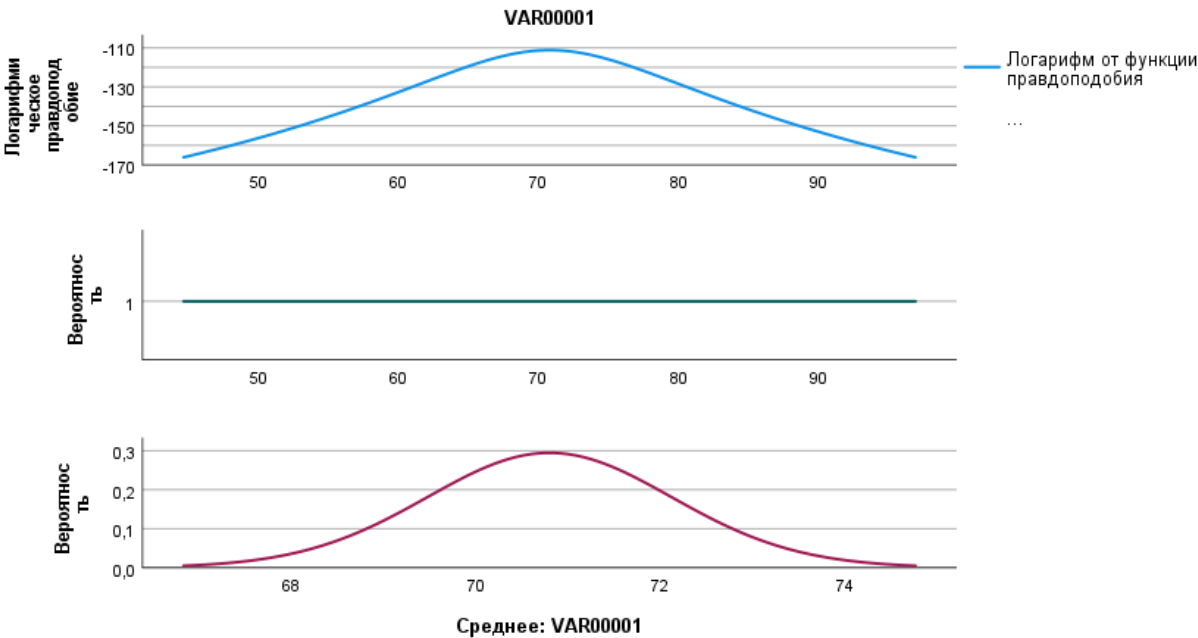
	N	Середнє	Стандартне відхилення	Стандартна середня помилка	Байєсов коефіцієнт	T	ст.св	Знач. (2-стороння)
ПТСР	50	70,8000	9,32191	1,31832	,000	53,705	49	,000

а. Байєсовський коефіцієнт: нульова гіпотеза в порівнянні з альтернативною..

Характеристика апостеріорного розподілу для одновибіркового середнього

	N	Мода	Апостеріорна Середнє	Дисперсія	95% Довірчий інтервал	
					Нижня межа	Верхня межа
ПТСР	50	70,8000	70,8000	1,892	68,0920	73,5080

Апріорне значення дисперсії: Diffuse. Апріорне значення середнього: Diffuse.



Додаток Г

Статистичний аналіз за методикою «Рівень невротизації»

Описові статистики

		Статистика	Стандартна помилка
РН	Середнє	-37,2200	2,37715
	95% Довірчий інтервал для середнього		
	Нижня межа	-41,9971	
	Верхня межа	-32,4429	
	Середнє за вибіркою, усіченою на 5%	-37,4444	
	Медіана	-37,0000	
	Дисперсія	282,542	
	Стандартне відхилення	16,80900	
	Мінімум	-80,00	
	Максимум	16,00	
	Діапазон	96,00	
	Міжквартильний діапазон	18,00	
	Асиметрія	,323	,337
	Ексцес	2,891	,662

М-оценщики

	М- оцінка Хубера ^а	Бивзвешивание Тьюкі ^б	М- оцінка Хампеля ^с	Хвильова оцінка Эндрюса ^д
РН	-36,8414	-36,9228	-37,1345	-36,9272

- a. Постійна зважування дорівнює 1,339.
b. Постійна зважування дорівнює 4,685.
c. Константи зважування - это 1,700, 3,400 и 8,500
d. Постійна зважування дорівнює 1,340*рі.

Проценти

		Проценти						
		5	10	25	50	75	90	95
Зважена середня (Определение 1)	РН	-70,1000	-55,7000	-45,7500	-37,0000	-27,7500	-24,0000	-7,6000
Згини Тьюкі	РН			-45,0000	-37,0000	-28,0000		