

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Кафедра психології та педагогіки

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – магістр

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ
ВОЄННОГО СТАНУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ**

Виконала: студентка 2-го року навчання,
спеціальності 053 «Психологія»

Батюшинська Світлана Володимирівна

Науковий керівник: Копець Л. В.,

кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент:

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою «_____»

Секретар ЕК _____

«____» _____ 2023 р.

Київ – 2023

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВОЄННОГО СТАНУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ.....	5
1.1 Психологічні механізми формування травматичного досвіду.....	5
1.2 Фізіологічні чинники формування травматичного досвіду.....	9
1.3 Психологічні наслідки травматичного досвіду воєнного стану.....	12
1.4 Психологічні особливості криз та посттравматичного зростання в умовах воєнного стану	22
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВОЄННОГО СТАНУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ	36
2.1 Методи дослідження.....	36
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	38
Висновки до другого розділу.....	51
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ МОЛОДІ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ВОЄННОГО СТАНУ.....	52
3.1 Принципи програми психологічної підтримки.....	52
3.2 Зміст та етапи програми психологічної підтримки.....	55
Висновки до третього розділу.....	61
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Події воєнного стану в Україні стали серйозним викликом для молоді та суспільства в цілому. Багато людей стали свідками та безпосередніми учасниками бойових дій. Через постійні обстріли та пряму загрозу життю багатьом громадянам України довелося покинути свої домівки, тимчасово або назавжди. Багатьом довелося жити під ворожою окупацією. На жаль, це далеко неповний список випробувань, через які довелося пройти людям за цей час. Воєнні події впливають на психічне здоров'я населення, зокрема й на молодих людей, які вступають на військову службу, або живуть в зоні бойових дій та на тимчасово окупованих територіях.

В психологічних дослідження переконливо доведено, що травматичний досвід може змінювати різні аспекти життя, завдати шкоди психічному та фізичному здоров'ю, порушити соціальну адаптацію. Війна є однією з найбільш травматичних ситуацій для людини, яка призводить до тяжких психологічних наслідків, як тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад, проблеми з алкоголем та інші. В Україні проблема ПТСР набуває особливої актуальності через значну тривалість військового стану. Військовослужбовці та цивільне населення можуть масово страждати від ПТСР, що безпосередньо впливає на їхній психоемоційний стан та адаптацію.

Актуальність дослідження зумовлена важливістю розуміння впливу воєнного стану та драматичних подій в житті українського суспільства на психіку людей. У молодих людей, які отримали досвід бойових дій, травматичний досвід може мати особливо серйозні наслідки, які важливо розуміти та визначити шляхи психологічної допомоги, перш за все для свідків та безпосередніх учасників воєнних дій.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні; розробити програму психологічної підтримки та відновлення учасників та свідків подій воєнного стану.

Гіпотеза дослідження: пережитий в умовах воєнного стану травматичний досвід зумовлює зниження рівня психологічного благополуччя, призводить до психологічних кризових станів та порушення процесів особистісного смислоутворення.

Об'єкт дослідження: травматичний досвід воєнного стану у молодих людей в Україні.

Предмет дослідження: психологічні особливості травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей, які були свідками або учасниками воєнних дій.

Завдання дослідження:

1. Теоретично обґрунтувати основи дослідження травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні
2. Емпірично дослідити особливості та наслідки травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні.
3. Розробити програму психологічної підтримки учасників та свідків подій воєнного стану.

Наукова новизна дослідження у встановленні та аналізі психологічних наслідків травматичного досвіду молоді в умовах воєнного стану, в саме зниження рівня психологічного благополуччя та прояву тенденції до кризових станів та порушення особистісного смислоутворення, доповнення знань про сприйняття сучасною молоддю суспільних подій, подій війни.

Практичне значення роботи полягає у визначенні рекомендацій для психологів та соціальних працівників щодо роботи з молоддю, яка постраждала в наслідок воєнних дій і потребує допомоги та підтримки. Результати дослідження можуть бути корисними для психологів, які працюють у галузі психотерапії, психологічного консультування та інших сферах, пов'язаних з допомогою людям, що постраждали внаслідок воєнних дій.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВОЄННОГО СТАНУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ

1.1 Психологічні механізми формування травматичного досвіду

Виникнення й формування травматичного досвіду в умовах воєнного стану є результатом комплексного впливу багатьох механізмів, пов'язаних із переживаннями екстремальних подій, хронічним стресом та відчуттям безпорадності перед небезпекою.

За даними Національної Асоціації Посттравматичного Стресового Розладу США (National Center for Posttraumatic Stress Disorder), **психологічна травма** - це «негативна реакція на події або досвід, що загрожують життю, безпеці та благополуччю людини, та можуть спричинити тілесні, когнітивні та емоційні реакції, що впливають на функціонування особистості» [59].

Організація World Health Organization (WHO) визначає психологічну травму як «шкідливу реакцію на важку подію або ситуацію, що загрожує життю або фізичній цілісності». [60]

Згідно з МКХ-10 (Міжнародною класифікацією хвороб та проблем пов'язаних зі здоров'ям), **психологічна травма** (*psychological trauma*) - це «важкий стресовий стан, що виникає в результаті подій, які викликають страх, безпомічність та небезпеку для життя та фізичної цілісності». [59]

Згідно з DSM-5 (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 5-те видання), психологічна травма - це «експозиція до ситуації, в якій існує загроза смерті або фізичній цілісності, що може включати пряму дію, вимушене перебування свідком подій, що спричинили страх, та інші форми досвіду, які викликають стійку негативну реакцію». [28]

В усіх визначеннях психологічна травма визначається як стресовий стан, що виникає в результаті подій, які викликають страх, становлять

небезпеку для життя або порушення фізичної цілісності. Однак, DSM-5 конкретизує, що психологічна травма може включати пряму дію, перебування в якості свідка насильства, вимушене сприйняття подій, які спричинили страх, та інші форми досвіду, що можуть викликати стійку негативну реакцію.

Травма може мати різні форми та масштаби. **Т-велика і т-маленька травми** - це два поняття, які використовуються в психології для опису травматичних подій, які можуть викликати порушення психіки людини. Поняття т-великої та т-маленької травми були введені у наукову лексику психіатрами Хербертом Шпігелем (Herbert Spiegel) та Джоном Харвейем (John Harvey) у 1970-х роках.

Т-велика травма — це травматична подія, яка є серйозною загрозою для життя чи фізичної цілісності людини або її близьких (наприклад, воєнні дії, терористичний акт, стихійне лихо, аварія, сексуальне насильство тощо). Такі події можуть викликати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психічні проблеми (Бондаренко А. Ф., 2016) [1].

Т-маленька травма стосується подій, які можуть бути менш очевидними, але все ж значущими для індивіда. Це можуть бути такі події, як постійне знущання, дискримінація, соціальна ізоляція чи психологічне насильство. Ці події можуть накопичуватися та спричиняти тривалі наслідки для психічного здоров'я, втім, їх вплив може бути менш очевидним порівняно з т-великою травмою та не провокувати розвиток ПТСР. (Бондаренко А. Ф., 2016) [1].

Зважаючи на те, що концепція Т-великої та Т-маленької травми є досить новою, вона активно розвивається та доповнюється сучасними дослідниками по всьому світу, включаючи Україну. Зокрема, в Україні вивченню даної теми присвячені праці відомих вітчизняних психологів, таких як Тетяна Ярмоленко, Ірина Пащенко, Олег Романчук, Олександр Краснопольський, Олена Жигальська та інші.

Ознаки Т-великої травми.

Психологічна Т-травма може виникнути через вплив наступних чинників:

1. Висока інтенсивність травматичної події: Воєнні дії, особливо коли вони супроводжуються високим рівнем насильства, можуть викликати значні емоційні та психологічні реакції, такі як страх, горе, відчай, гнів та інші негативні емоції (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) [32].

2. Тривалість та хронічність травматичних подій: Воєнні дії можуть тривати протягом тривалого часу, а хронічність травматичних подій може посилювати психотравматичні реакції (Charuvastra & Cloitre, 2008) [35].

3. Безпосередня загроза життю або фізичній цілісності: Війна може викликати гострі психотравматичні реакції, якщо є ймовірність загрози життю та/або фізичній цілісності людини.

4. Викликана травмою загроза національної чи етнічної ідентичності. Воєнні дії можуть мати національний або етнічний контекст, що може викликати загрозу ідентичності та спричиняти психотравматичні реакції (Charuvastra & Cloitre, 2008) [35].

5. Особистісні чинники. На ступінь вразливості до психологічної травми можуть впливати особистісні виміри, такі як наявність попередніх психічних розладів, наявність чи відсутність соціальної підтримки, здатність до адаптації та інші (Charuvastra & Cloitre, 2008)[35].

Т-велика травма відноситься до серйозної форми психологічної травми, яка може виникнути в результаті лише надзвичайних подій та ситуацій.

Класифікація Т-великих травматичних подій:

Монотравма. Це велика травматична подія, яка сталась один раз.

Мультитравма. Ситуація, за якої за короткий період часу з людиною трапилось декілька травматичних подій. Наприклад: війна, смерть близької людини, поранення, полон.

Секвенційна травма. Це систематичне повторюване насильство. Наприклад: катування та знущання над особистістю в полоні або домашнє та сексуальне насильство.

Травма розвитку. Така травматизація відбувається у дитинстві, коли всі базові потреби були незадоволені та агресивними діями з боку дорослих.

Механізми виникнення психологічної травми пов'язані з активацією стрес-реактивних систем організму та нездатністю особи адекватно справлятися з надмірним стресом (Van der Kolk, 2014) [61]. Відомо, що у мозку людини існує система пам'яті, яка забезпечує зберігання інформації про травматичні події. Ця система може спричиняти активацію пам'яті про травму та сприйняття ситуації як загрозливої, навіть якщо реальної небезпеки вже немає (Brewin et al., 2000) [33].

Механізми виникнення психологічної травми наступні:

Вторинна травматизація внаслідок розповідей і спогадів про жахливі події, що так само викликає почуття жаху та страху – *травма свідка, медіатравма*.

Комбінований вплив постійного стресу, виснаження та фізичного дистресу, які послаблюють психічну стійкість до травмуючих подій.

Безперервні переживання тривоги за життя близьких, напружене очікування нових травм призводять до хронічної гіперактивації стресових систем, що знижує психологічну стійкість.

Відчуття власної безпорадності, відсутності контролю над ситуацією та неспроможності до впливу на події, що створює умови для формування травматичного досвіду (Brewin et al., 2000) [33].

Почуття провини за те, що не зміг запобігти травмуючим подіям або допомогти іншим, що поглиблює травму. Так званий *синдром вцілілого*.

Таким чином, травматичний досвід формується в результаті переживання подій, які несуть загрозу життю та/або фізичній цілісності людини. Механізми розвитку формування травматичного досвіду пов'язані з

активацією стресових реакцій та нездатністю особи адекватно справлятися з надмірним стресом. В подальшому зберігаються негативні емоційні реакції, які збільшують тенденцію до нав'язливого перепроживання негативних картин з минулого.

1.2 Фізіологічні чинники формування травматичного досвіду.

Травматичний досвід отриманий в умовах воєнного стану є складним і багатокомпонентним явищем, яке має як психологічні так фізіологічні наслідки. Травматичний досвід може призводити до серйозних наслідків для функціонування мозку, що може впливати на психологічні прояви травми. Нейрофізіологічні основи формування мають наступні особливості.

Мозок є найважливішим органом людини, який контролює всі процеси в організмі та забезпечує функціонування психіки. Головні структури мозку, які беруть участь у формуванні травми, це лімбічна система та передня частина кори головного мозку.

Лімбічна система - це група структур, які розташовані в глибинних частинах мозку і відповідають за обробку інформації про емоції, пам'ять та мотивацію. Ця система має важливе значення в реакціях на стрес та у визначенні травматичного досвіду.

Основні структури лімбічної системи включають *гіпокамп*, *амігдалу*, *гіпоталамус* та деякі частини кори головного мозку. *Гіпокамп* відповідає за обробку пам'яті та навчання, *амігдала* — за оцінку та вчасне реагування на подразники, особливо на ті, які пов'язані зі страхом та тривогою. *Гіпоталамус* регулює важливі фізіологічні функції, такі як сон, голод та статеву поведінку.

Від органів чуття інформація про умовну подію передається до області мозку під назвою *таламус*, який відправляє її на опрацювання. Спочатку інформація проходить *амігдалу*, яка попереджає індивіда про небезпеку. Якщо все добре і небезпеки немає, інформація переходить до *гіпокампу*.

Реакція відбувається таким чином:

Інформація → Органи чуттів → Таламус → Амігдала → Гіпокамп

Однією з областей мозку, яка пов'язана з травматичним досвідом, є гіпокамп. Гіпокамп відповідає за формування та збереження спогадів, а також регулює відповіді на стрес. Дослідження показали, що після досвіду травми може відбуватись зменшення розміру гіпокампа, що може призвести до проблем з пам'яттю, навчанням та регуляцією стресу. (Gilbertson et al., 2002) [38].

Окрім гіпокампа, травматичний досвід також може впливати на лобні та тім'яні долі мозку. Ці області пов'язані з вирішенням проблем, прийняттям рішень та контролем емоційних реакцій. Тому люди, які стали свідками травматичних подій, можуть мати проблеми з регулюванням своїх емоцій та прийняттям рішень (Bremner, 2007) [30].

Під час травматичного досвіду активується мигдалеподібне тіло або амігдала, яка відповідає за обробку інформації, пов'язаної з переживанням страху. Активація цієї ділянки мозку запускає каскад з гормональних реакцій та нервових імпульсів, які вивільняють гормони стресу (адреналін, норадреналін), підвищують кров'яний тиск та серцебиття. Таким чином, тіло реагує на небезпеку та готується до запуску системи «бий» або «біжи». В нормі, у більшості людей, після закінчення події збудження знижується і тіло повертається до норми. Поступово гормональний фон стабілізується, а симптоми починають зникати протягом кількох днів або тижнів.

Проте у деяких людей, які зазнали травмуючого досвіду, процес повернення до норми триває на багато довше. Амігдала стає більш чутливою до подразників, пов'язаних зі страхом, що може викликати дратівливість, тривожність, розлади настрою та проблеми зі сном. В майбутньому ці та інші чинники можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Також, переживання травми може впливати на функціонування гіпоталамуса, який відповідає за емоційну регуляцію та регулювання

внутрішнього середовища організму. У людей з ПТСР спостерігається зміна рівня гормонів стресу, таких як кортизол та адреналін, що може призвести до зміни реакції на стрес та вплинути на рівень тривожності.

Під час травматичного досвіду діяльність лімбічної системи може бути серйозно порушена, що може призвести до різних порушень у функціонуванні мозку та поведінки людини.

Загалом, лімбічна система грає важливу роль у реакціях на стрес та травматичний досвід. Розуміння ролі цієї системи в процесах психологічного відновлення може допомогти психологам та іншим спеціалістам в розробці ефективних методів психологічної допомоги людям.

У своїй книзі «The Right Brain and the Unconscious» Роун Джозеф описує нейробіологічні реакції та активацію, яка відбувається в різних півкулях мозку після травмуючого досвіду. Дослідник стверджує, що після пережитої травми мозок розподіляє свої функції по-іншому, активуючи праву півкулю більше, ніж зазвичай. Це може призвести до більшого емоційного відгуку та складнощів з логічною обробкою інформації. Деактивація лівої півкулі призводить до труднощів з впорядкуванням інформації в логічну послідовність та інтерпретацією важких емоцій та почуттів, які відчуває людина в момент гострої стресової події [43]. Внаслідок цього людина стає неспроможною проговорювати свої реакції та почуття від пережитої події, оскільки ліва півкуля деактивується. Таким чином відбувається «застрягання» травматичної події в емоційному центрі мозку. В подальшому людина може знову відчувати симптоми перепроживання у нав'язливих спогадах, флеш-беках та нічних кошмарах, допоки *травма не буде опрацьована та інтегрована в автобіографічну пам'ять*.

Згідно з Джозефом, втрата зв'язку між правою та лівою півкулею мозку може впливати на розвиток посттравматичного синдрому і розладів настрою, а також на здатність людини до ефективних рішень та спілкування з іншими людьми. Однією з терапевтичних технік для відновлення роботи лівої півкулі

є **нарративна терапія**. В контексті нарративної терапії виконують техніку написання та проговорення нарративу про травматичний досвід, що може допомогти підвищити аналітичне мислення та осмислення події, знизити напругу від згадки про травматичну подію [43].

Додатково, діють інші чинники, які можуть впливати на травматичний досвід через структури мозку. Дослідження показують, що генетичні чинники можуть впливати на ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. В той час, як соціальна підтримка може знижувати ризик розвитку ПТСР та сприяти відновленню після травматичного досвіду (Ozer et al., 2003) [49].

Водночас, дослідження також показали, що певні практики, такі як *медитація* та *практика зосередження уваги на диханні*, можуть впливати на структури мозку та знижувати рівень стресу. Наприклад, Hölzel та колеги (2011) виявили, що після 8-ти тижневого курсу медитації майже всі області мозку, пов'язані зі здатністю до уваги та емоційного регулювання, стабілізуються [42].

Таким чином, можна зробити висновки, що розуміння функціонування структур мозку має важливе значення для усвідомлення того, як травматичний досвід впливає на психологічне здоров'я людини та його наслідки, що є важливою основою для визначення методів подолання психологічної травми та психологічної підтримки осіб з травматичним досвідом. Дослідження переконують, що травматичний досвід не є фатальним, оскільки такі практики як: *медитація та соціальна підтримка*, можуть бути корисними для зменшення впливу травми на мозок та психологічне благополуччя молоді.

1.3 Психологічні наслідки травматичного досвіду воєнного стану

Одним із найпоширеніших наслідків руйнівної стресової події або ситуації є **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)**. Згідно з

Міжнародною класифікацією хвороб МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад виникає як відтермінована та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні катастрофи, бойові дії, нещасні випадки, присутність на місці насильницької смерті інших, жертви катувань, тероризму, згвалтування або іншого злочину) [59.]

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, який розвивається внаслідок переживання особою травматичної події, яка супроводжується надмірним страхом, безпорадністю або жахом (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) [28].

Діагностика ПТСР здійснюється на основі критеріїв згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) та Діагностичним і статистичним посібником психічних розладів (DSM-5).

Міжнародна класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) визначає критерії Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) наступним чином:

1. **Симптоми перепроживання.** Епізоди повторюваного переживання травми в нав'язливих спогадах, інтрузіях, флешбеках або снах.

2. **Симптоми гіперзбудження.** Прояви, пов'язані з травмою, включаючи надмірну, збудливість, агресивність, страх та тривогу.

Сильно виражені емоційні реакції, що супроводжується емоційними стражданнями, емоційним онімінням, ангедонією, тощо.

Наведені вище симптоми призводять до **поведінки уникання** щодо діяльності та ситуацій, що нагадують про травму [59].

Надзвичайна подія, яка мала руйнівний характер – лінійна, вона має визначений у часі початок і кінець. Проте у людини, яка пережила травму, може відбуватися «реакція застрягання», що може тривати роками і мозок не буде розуміти, що подія вже завершилась. Більше того, мозок буде повертатися до неї знову і знову й відтворювати її у нав'язливих думках, снах

та надреалістичних флешбеках, намагаючись переграти негативний сценарій. Таким чином, людина застрягає в моменті травматичного досвіду та не може вийти з цього переживання, *допоки травма не буде опрацьована та інтегрована в автобіографічну пам'ять.*

Діагностика ПТСР здійснюється на основі критеріїв згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (ICD-10, World Health Organization, 1992) та Діагностичним і статистичним посібником про психічні розлади (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) [28].

Для діагностики ПТСР за МКХ-10 необхідно виявити наявність мінімум трьох з перелічених категорій симптомів. Початок розладу виникає після травми з латентним періодом, який може варіюватися від 4-х тижнів до кількох місяців (але рідко перевищує 6 місяців).

У п'ятій редакції DSM діагностичні критерії для ПТСР були суттєво переглянуті. В глобальному контексті наразі замість чотирьох кластерів симптомів у DSM-4 з'явився ще й п'ятий — **негативні думки, оціночні судження та почуття**. Крім того, DSM-5 зазначає, що для діагностики ПТСР мають бути виключені інші можливі причини симптомів, такі як медичні стани, наркотичні речовини, алкоголь, інші психічні розлади тощо. Ці зміни були спровоковані поглядами спеціалістів у галузі когнітивно-поведінкової терапії — основного науково доведеного методу лікування постстресових порушень.

В Україні проблема ПТСР у контексті воєнного стану набуває особливої актуальності. Військовослужбовці та цивільне населення, які зіткнулися з наслідками військових дій, можуть страждати від ПТСР та суміжних розладів таких як: *панічний розлад, депресія, ускладнена реакція втрати, розлади адаптації, тривожні розлади*, а також мати *короткі психотичні епізоди та зловживання психоактивними речовинами*, що негативно впливає на їхнє фізичне та психологічне здоров'я. Ці розлади можна розглядати як дезадаптивні реакції на сильний або тривалий стрес,

вони заважають успішному реагуванню копінг-механізмів й призводять до проблем у соціальному функціонуванні.

У людини функціонують **два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна**. При ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті, в цьому випадку не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події, так і захисним «увімкненням» **механізму дисоціації**. **Суть механізму дисоціації** полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості» (Романчук, 2012) [19].

Деякі чинники ризику можуть збільшувати ймовірність розвитку ПТСР у військовослужбовців та цивільних осіб, які зіткнулися з подіями воєнного стану. До них належать:

- *Високий рівень експозиції до травми* (наприклад, безпосередня участь у бойових діях, насильство, втрата близьких).
- *Історія попередніх психічних розладів або травматичних подій.*
- *Відсутність соціальної підтримки та ізоляція індивіда після травматичної події.*
- *Чоловіча стать* (дослідження показують, що у чоловіків частіше розвиваються ПТСР, пов'язаний з подіями воєнного стану, ніж у жінок).

Важливо виділити той факт, що у певної частини людей симптоми ПТСР можуть переростати у хронічний стан та тривати протягом багатьох років і впливати на зміну особистості. В такому разі можна говорити про розвиток **комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР)**, який є більш складною формою ПТСР та розвивається внаслідок тривалого або повторного психотравматичного досвіду та дії комплексу

травматичних подій. Це призводить до хронічного стресу та перманентного відчуття загрози (Гільберг, Є. О., 2015) [4].

У порівнянні з класичним ПТСР, **КПТСР** має ряд особливостей. *По-перше*, травматичні події тривають постійно та мають множинний характер, сюди відносяться травма розвитку, мультитравма та секвенційна травма. *По-друге*, симптоми проявляються гостріше і триваліше. *По-третє*, з'являються складні патерни поведінки для уникання травматичних спогадів, що впливає на зміни на особистісному рівні. *По-четверте*, частіше спостерігаються ускладнення у вигляді депресії, тривоги та розладів особистості. (Гільберг, Є. О., 2015). [4]

На відміну від класичного ПТСР у комплексному розладі більш вираженими є **ознаки гіперзбудження, руйнування світогляду, втрати майбутнього, постійної підозрілості та ворожості до оточуючих**. Також характерним є *прагнення до помсти, жорстокості та агресії* (Бондаренко, 2017) [1].

Основні риси КПТСР, які відрізняють його від ПТСР, включають:

1. Складніші афективні порушення, такі як *висока емоційна лабільність, хронічний гнів та почуття глибокої провини*.
2. Розвиток дезінтеграції особистості, яка проявляється в *розладі особистісного функціонування та відчутті відчуження від інших*.
3. Більш виражені порушення міжособистісних стосунків, такі як *відчуття недовіри, постійна потреба в контролі та уникнення інтимності*.
4. Тривалість симптомів, яка може перевищувати 6 місяців чи навіть років.

КПТСР може мати більш серйозні та тривалі наслідки для психічного здоров'я та соціальної адаптації, тому дуже важливо знати й розуміти всі можливі реакції на переживання травматичного досвіду.

Психологічна травма внаслідок воєнних дій може викликати різні типи стресових реакцій. У більшості випадків, людина може засвідчити реакції на стрес одразу після події, або через деякий час після неї.

Гострий стресовий розлад (*acute stress disorder, ASD*) та **розлади адаптації** після воєнних дій є двома ключовими психічними розладами, з якими стикаються молоді люди, що пережили воєнний стан в Україні.

Гострий стресовий розлад характеризується тривалою реакцією стресу, яка виникає майже одразу після переживання або спостереження за жахливими, травматичними подіями, такими як воєнні дії, теракти та і просто несприятливі життєві обставини (American Psychiatric Association, 2013) [28].

Головні відмінності ГСР від ПТСР – окрім того, що особа пережила потенційно травматичну подію нещодавно від кількох тижнів до 1 місяця тому, наявні симптоми гострого стресу, які з'явилися після цієї події та труднощі з повсякденним функціонуванням або звернулася по допомогу через ці симптоми (mhGAP BOO3, 2016) [16].

Важливим внеском у пояснення проблеми є робота українських дослідників Н. М. Котигорошко, Іванова Г. Ю та інших, (2015), які виявили зв'язок між рівнем стресу, насильства та соціальною підтримкою для молоді в Україні. Дослідники зазначають, що насильство та низький рівень соціальної підтримки можуть сприяти розвитку ГСР та розладів адаптації [7].

Дуже часто люди, які виїхали закордон в пошуках безпечного місця перебування стикаються з ГСР та розладами адаптації після. Саме категорія біженців та переселенців найбільшою мірою відповідають діагностичним критеріям цих розладів, оскільки саме вони, стикаючись зі стресовою подією, вимушено поступаються своїм звичним середовищем існування та статусом заради безпеки. В подальшому вони часто стикаються з усіма тяжкими наслідками примусового відчуження від домівки, через що не можуть адаптуватися до нових життєвих обставин та інтегруватися в нове суспільство. Чужа мова, культура та менталітет створюють додатковий тиск на їх і так нестабільний психоемоційний стан, що створює додаткові виклики та заважає адаптуватися.

Розлади адаптації – це стани суб’єктивного дистресу та емоційного хвилювання, що перешкоджають соціальному функціонуванню та продуктивності, а також виникають в період адаптації до істотної зміни в житті або до наслідків стресової події (включаючи наявність або можливість серйозного фізичного захворювання) (МКХ-10) [59].

На ризик виникнення та формування розладів адаптації впливають індивідуальні особливості такі як схильність або вразливість, а також зміна звичного соціального середовища та статусу людини (через втрату або досвід розлуки) або ширшу систему (міграційний статус або статус біженця).

Одним з ключових аспектів подолання стресових реакцій та адаптації до нових умов життя є робота з психологічною резильєнтністю. Розвиток психологічної резильєнтності може бути корисним у зменшенні негативних наслідків травми, пов'язаної з воєнним станом. Необхідно також розробляти практичні програми підтримки та інтервенції для молоді та інших груп населення, які постраждали в умовах воєнного стану в Україні.

Травматичні події воєнного стану впливають не лише на безпосередніх учасників, а й на оточуючих, які стали свідками цих подій. Так званий *синдром вцілілого* є досить поширеною реакцією на стресові події. Він може протікати як в рамках ПТСР, так і як окрема психологічна реакція на сильну травмуючу подію. Загалом цей стан супроводжується відчуттям безпомічності, роздратуванням на найменший подразник та постійним прокручуванням та поверненням у минулу травмуючу подію («застрягання»). Провідними симптомами є почуття провини та сором за те, що людина хоч і пережила травматичну подію разом з усіма, але вийшла з неї живою, на відміну від інших.

Свідки травматичних подій, особливо актів насильства, можуть піддаватися Посттравматичному стресовому розладу з проявами симптомів, аналогічних потерпілим: *повторювані згадки про подію, уникнення будь-чого, що може нагадати про травму, гіперзбудливість, зміни настрою* (Shalev, 2019) [55].

Дослідження переконують, що свідки тяжких травматичних подій можуть мати такі ж високі рівні ПТСР, як і безпосередні жертви (Brewin et al., 2000) [31]. Особливо схильними до розвитку ПТСР у випадку травми інших є діти, оскільки у них ще не сформована здатність до емоційного відсторонення і вони погано розуміють причини того, що відбувається, що посилює страх та безпорадність.

Реакції **синдрому вцілілого**, як і **травма свідка** зазвичай проходять самотійно або в результаті допомоги психолога в усвідомленні того, що той, хто пережив подію, не несе відповідальності на рівні з агресором. Лікування ж ПТСР завжди вимагає інтенсивної психотерапії.

Також слід виділити відносно нове поняття — медіатравма. Цим поняттям охоплюється психологічний вплив, який виникає внаслідок непрямого сприйняття травматичних подій через медіа-матеріали, такі як зображення, відео та інші засоби масової інформації.

Небезпека цього явища, в тому що наше уявлення про подію, сформоване медіа, може, виявитися більш травматичним, ніж це було б власне переживанням події. Так формується медіатравма – реакція психіки не на фактичну загрозу, а на наше уявлення про неї.

При медіатравмі людина не здатна відділити себе від новини, уявляє як подія стається з нею або близькими і це супроводжується відповідними психофізіологічними реакціями, як вживу. Це виснажує як емоційно так і фізично та може спровокувати низку психологічних проблем.

Перегляд насильницьких новин через соціальні мережі може спричинити у людей симптоми, схожі на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це один із висновків дослідження доктора Пам Рамсден з Факультету соціальних наук університету Бредфорду, яке було представлене на щорічній конференції Британського товариства психології в Ліверпулі 7 травня 2015 року [34].

Згідно з Рамсден: «Негативні наслідки від перегляду страждань інших людей давно відомі у професійних медичних працівників. Різноманітні

дослідження документували негативні психологічні реакції, що виникають внаслідок опосередкованого спостереження, тобто **вікарну травматизацію**» [34].

«Соціальні мережі зробили можливим перегляд насильницького контенту з усіма подробицями в режимі реального часу. Сприйняття подій і страждань тих, хто безпосередньо їх переживає, може впливати на наше повсякденне життя. У цьому дослідженні хотіли дізнатися, чи можуть у людей виникнути тривалі наслідки, такі як стрес і тривожність, і у деяких випадках ПТСР, від перегляду цих зображень» [34]. 189 учасників (середній вік учасників - 37 років з майже рівним розподілом за статтю) пройшли клінічні оцінки на предмет ПТСР, психологічне тестування вікарної травматизації та анкетування щодо різних насильницьких новин.

Аналіз показав, що 22% учасників дослідження значно постраждали від медіа-подій. Ці люди отримали високі бали щодо клінічних показників посттравматичного стресового розладу, хоча жоден з них не мав попередніх травм, не був присутній на травматичних подіях і дивився їх лише через соціальні мережі [34].

Доктор Рамсен писала: «Досить тривожним є те, що майже чверть тих, хто переглядали зображення, отримали високі бали клінічних показників посттравматичного стресового розладу. Зі зростанням доступу до соціальних медіа та Інтернету за допомогою планшетів та смартфонів, нам потрібно забезпечити те, щоб люди були свідомі ризиків перегляду цих зображень і щоб була надана відповідна підтримка тим, хто її потребує» [34].

Ще одне дослідження провели дослідники Salma M. Abdalla та інші в Бостонському університеті, в США в 2021 році. Дослідження було проведено з метою визначення впливу традиційних ЗМІ (телебачення, радіо) та соцмереж на поширення ПТСР після масштабних травматичних подій. Для цього дослідники побудували мікросимуляцію з 1,18,000 агентів, які були подібними за всіма параметрами до популяції Паркленду і Корал-Спрінгс, штату Флорида, де відбулася стрілянина в школі Стоунмен Дуглас в 2018

році. В цю модель вони внесли параметри, використовуючи дані попередніх травматичних подій і створили внутрішню структуру мережі, щоб полегшити оцінку поширеності посттравматичних стресових розладів у соціумі після висвітлення стрілянини на телебаченні та в соціальних мережах.

Результати дослідження показали, що популярність медіа та перегляд новин про подію на телебаченні та соцмережах пов'язана зі збільшенням поширеності ПТСР серед населення. (Salma M. Abdalla, 2021) [26].

Дослідження показують, що медіатравма та травма свідка можуть мати схожі наслідки для психічного здоров'я, як і безпосередній вплив травматичних подій. У свідків можуть розвиватися симптоми ПТСР такі як переживання травматичних подій, уникнення асоціацій з травмою та збільшена психологічна збудливість (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) [28].

Зокрема, молоді люди в Україні можуть бути особливо схильні до розвитку медіатравми та травми свідка через неконтрольоване поширення контенту про військові події в соціальних мережах та новинах.

Тож відповідно, дуже важливо дотримуватися інформаційної гігієни, адже у нашого мозку існує певний ліміт обсягу інформації, яку людина може сприйняти без шкоди для нервової системи. Тому потрібно встановлювати фіксований час на добу, в який можна переглядати новини.

Отже, можна зробити висновки, що ПТСР є одним з найпоширеніших наслідків стресових ситуацій або подій. Для діагностики ПТСР застосовуються критерії МКХ-10 та DSM-5. Для військових та цивільних осіб, які брали участь у військових діях, існують **чинники ризику**, які сприяють розвитку ПТСР, такі як *висока експозиція до травми, історія попередніх розладів або травматичних подій, відсутність соціальної підтримки та ізоляція*. Крім класичного ПТСР існує комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), який є більш складною формою розладу та розвивається внаслідок тривалого або повторного травматичного досвіду. Гострий стресовий розлад та розлади адаптації також

є поширеними серед молодих людей в умовах воєнного стану. Розлади адаптації виникають в період адаптації до значних змін в житті або наслідків стресових подій. Травматичні події впливають не лише на безпосередніх учасників, а й на свідків, що може призводити до синдрому вцілілого. Лікування ПТСР та КПТСР вимагає інтенсивної психотерапії, тоді як синдром вцілілого зазвичай проходить самостійно або за допомогою психологічної допомоги в усвідомленні його причин.

1.4 Психологічні особливості криз та постравматичного зростання у молоді в умовах воєнного стану

Переживання кризи та втрати сенсу існування серед молоді є одним з багатьох наслідків реалій життя в Україні в умовах воєнного стану. Оскільки життя під час воєнного стану є досить непередбачуваним та супроводжується постійним стресом, люди втрачають базальне відчуття безпеки та перестають будувати плани на майбутнє, через те, що майбутнє є невизначеним. У цьому контексті важливо розглянути особливості переживання кризи та втрати сенсу існування у молоді, а також можливі варіанти психологічної підтримки щодо цих станів.

Згідно з дослідженнями українських вчених, війна має драматичний вплив на психіку молодих людей, викликаючи різні травматичні реакції та порушення адаптації. Втрата сенсу існування, зокрема, стає наслідком порушення зв'язків між особистістю та світом, між потребами і можливостями задоволення цих потреб (Зливков та ін., 2016). [5]

Слід підкреслити, що в процесі життя будь-яка людина стикається з переживанням кризи. Як мінімум це вікові кризи, кризи міжособистісних відносин. Серед подій, які можуть зумовити психологічну кризу виділяють такі як смерть близької людини, тяжке захворювання, сепарація, зміна зовнішності, зміна соціальної становища та соціального статусу.

Можна сказати, що **криза** – це **своєрідна реакція на ситуації, що вимагають зміни способу буття – життєвого стилю, способу мислення,**

ставлення до себе, навколишнього світу заради подальшого росту та розвитку.

Теоретично життєві події кваліфікуються як стресові, якщо вони створюють потенційну або актуальну загрозу задоволенню основних потреб і при цьому виникає проблема, від якої індивід не може втекти чи вирішити за допомогою наявних в його досвіді способів адаптації.

Виділяють такі основні кризи, які стаються протягом життя:

- кризи розвитку (вікові кризи);
- деприваційні кризи;
- травматичні кризи;
- кризи стосунків;
- кризи сенсу життя;
- морально-етичні кризи. [5]

Логічно розглядати переживання криз в контексті воєнного стану в Україні через призму вікових, травматичних та екзистенційних криз.

Кризи розвитку або вікові кризи.

Війна для багатьох людей, а особливо підлітків та молоді, як більш вразливих вікових груп, стала чинником, який призвів до втрати зв'язку між минулим і сьогоденням та можливості в таких умовах дивитися у світле майбутнє. Це спричинено втратою спілкування з рідними та близькими людьми, втратою дому, особистих речей, які несуть в собі пам'ять про минуле, а для більшості, якщо не всіх, це стало в першу чергу втратою звичного способу життя та базової потреби у безпеці.

Вікові кризи бувають **нормативними** (*закономірні перехідні вікові періоди між суміжними періодами*) і **ненормативними** (*суб'єктивні, оскільки не є віковими перехідними періодами, а, отже, потенційно можливі у будь-якому віковому інтервалі*)

В період з 20 до 31 року, люди в тому чи іншому вигляді стикаються з віковими кризами, пов'язаними із формуванням власної ідентичності, світогляду, системи цінностей, стосунків тощо. Згідно з теорією

психосоціального розвитку Еріксона, який розробив концепцію психосоціального розвитку людини та першим ввів поняття **кризи ідентичності** – людина проходить вісім стадій розвитку протягом життя, на кожній з яких вона стикається з певною кризою (Еріксон, 1996) [6].

Перша стадія - інфантильна. Від народження до 1 року. **Основна криза** - *довіра проти недовіри*. Якщо дитина отримує любов, турботу і задоволення основних потреб, то формується *базова довіра до світу*. У протилежному випадку - *недовіра і сумніви*.

Друга стадія - раннє дитинство. Від 1 до 3 років. **Основна криза** - *автономія проти сорому і сумнівів*. Дитина навчається контролювати себе і отримує автономію. Якщо отримує підтримку, то формується *почуття незалежності і впевненості*. В іншому випадку - *сором і сумніви у власних силах*.

Третя стадія - дошкільна. Від 3 до 6 років. **Основна криза** - *ініціатива проти почуття провини*. Дитина активно досліджує світ, але ще залежить від батьків. При підтримці формується *творча ініціатива*. Без підтримки - *почуття провини і страх ініціативи*.

Четверта стадія - шкільний вік, від 6 до 12 років. **Основна криза** - *працьовитість проти неповноцінності*. Дитина вчиться і спілкується з однолітками. При успіху і підтримці формується *почуття компетентності і працьовитості*. При невдачах - *почуття неповноцінності і сумніви у власних здібностях*.

П'ята стадія - підліткова, 12-20 років. **Основна криза** - *ідентичність проти рольової дифузії*. Підліток шукає власну ідентичність, балансує між залежністю від батьків і автономністю. При успішній ідентифікації формується *почуття власної індивідуальності і стабільності*. В іншому випадку - *розгубленість і невизначеність*.

Шоста стадія - рання дорослість, 20-25 років. **Основна криза** - *інтимність проти ізоляції*. На цьому етапі людина шукає близькі стосунки і

приятель. У разі успіху формується *здатність до інтимних і глибоких стосунків*. При невдачі - *ізоляція і самотність*.

Сьома стадія - дорослість, 26-65 років. **Основна криза** - *розвиток проти стагнації*. Людина прагне досягнення та створення чогось значущого - кар'єри, творчості, виховання дітей та онуків. Успіх призводить до *почуття продуктивності*. Провал - *стагнація, застій і незадоволення життям*.

Восьма стадія - пізня дорослість, понад 65 років. **Основна криза** - *цілісність Я проти розпаду*. Людина приймає власне життя таким, яким воно було, і готується до смерті. Задоволення життям дає *цілісність Я*. В іншому випадку - *почуття невдоволення і розпаду*. (Еріксон, 1996) [6].

Отже, послідовне та повноцінне проходження всіх стадій дозволяє людині поступово формувати здорову і зрілу особистість з усіма необхідними новоутвореннями. В той же час переживання травматичного досвіду війни, особливо на ранніх стадіях, може серйозно порушити процес розвитку особистості. Внаслідок зіткнення з жорстокістю, смертю та руйнівним характером війни особистість може реагувати порушеннями психологічного здоров'я, депресією, тривогою, панічними атаками, втратою сенсу існування та бажанням далі будувати своє майбутнє.

Відповідно до вікової класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, молодий вік визначається в межах 25-44 років. Проте згідно Закону України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» (від 5.02.1993 р. № 2998 – XII), «молодь» – це «населення від 14 до 35 років» (з 23.03.2004 р.);

Оскільки вікові межі поняття «молодість» є досить обширними, ми обрали середнє значення між цими двома класифікаціями в межах 20-31 року, для зручності в проведенні дослідження та точності результатів.

Оскільки, вікова категорія дослідження – це люди молодого віку, то можна розглядати переживання криз частково на п'ятій, шостій та сьомій стадіях.

Відповідно до теорії психосоціального розвитку Е. Еріксона, у молодому віці людина проходить стадію *«розвитку ідентичності проти рольової дифузії»*. Як відомо, на п'ятій стадії відбувається перехід від дитячого до дорослого віку, самоідентифікація, визначення власного місця у соціумі та вибір напрямку життєвого шляху. У разі успішного подолання цієї кризи формується впевнена Я-концепція та система цінностей, яка дає можливість адаптуватися до змін та стресів (Еріксон, 1996) [6].

Проте, в умовах травматичного досвіду воєнного стану ця криза може ускладнитися, молодій людині може бути важко визначитися зі своїми цінностями та життєвими орієнтирами, вона може переживати кризу набагато глибше. Отже, в таких умовах особистості буде складно будувати міцний фундамент під ногами зі стійких уявлень про себе та оточуючий світ. Таким чином, негативний досвід може провокувати формування так званої «дифузної ідентичності», тобто відсутності стабільного уявлення про себе.

Наслідки травматичного досвіду на цьому етапі дуже різноманітні і можуть включати:

1. **Проблеми пошуку сенсу життя.** За Маслоу (Маслоу А., 1999) [13] на етапі самоактуалізації людина прагне знайти глибинний смисл свого існування. Травматичний досвід може суттєво ускладнити цей процес.
2. **Труднощі з досягненням власних життєвих цілей та самоактуалізацією.** Це пов'язано з порушенням мотиваційно-смислової сфери особистості в результаті травматичного досвіду (Маслоу А., 1999) [13].
3. **Складнощі з психологічною гнучкістю.** Людина втрачає здатність пристосовуватись до мінливих умов, що негативно впливає на її соціальне функціонування (Райгородский Д.Я., 2003) [17].
4. **Порушення самооцінки та самоповаги** (Роджерс К., 1994) [18].

Серед молодих людей, які пережили травматичний досвід воєнного стану, на шостій стадії «інтимності», можуть виникнути проблеми з формуванням близьких стосунків та як наслідок виникнути проблеми соціальної дезадаптації. За Еріксоном, шоста стадія містить у собі центральне

протиріччя, а саме - конфлікт близькості та ізоляції. Негативною стороною невдалого встановлення ідентичності є складність у встановленні довірливих та інтимних стосунків, що веде до почуття самотності, соціального вакууму та ізоляції (Еріксон, 1996) [6].

Втрата сенсу існування може поглиблювати ці проблеми, спонукаючи особистість до самоізоляції та відмови від спілкування з іншими людьми (Франкл, 2020) [22]. Внаслідок травми і порушення довіри до світу виникають перешкоди у встановленні контактів та отриманні задоволення від спілкування, формуванні дружніх стосунків, пошуку партнера та близьких стосунків з іншими (Фромм, 2017) [23].

Наслідки травматичного досвіду на цьому етапі можуть включати:

1. **Відчуття ізоляції:** Людина може відчувати відчуження або відчуття відчайдушної самотності, яке може завадити розвитку інтимних стосунків.
2. **Проблеми з довірою.** Травматичний досвід може призвести до проблем з довірою до інших людей, особливо у близьких стосунках.
3. **Страх або небажання встановлювати нові контакти.** Людина може уникати нових знайомств через страх перед відчуженням або втратою.

Сьомий етап психосоціального розвитку за Еріксоном - це стадія «продуктивності проти стагнації». У цей період (вік близько 26-65 років) люди зазвичай фокусуються на розвитку своєї кар'єри, створення сім'ї та вихованні дітей. В умовах воєнного стану в Україні людина стикається з негативними реаліями, які можуть вплинути на її психічне здоров'я та життєві цінності.

Наслідки травматичного досвіду на цьому етапі, можуть включати:

1. **Стагнація:** людина може відчувати стагнацію, коли її здатність займатися продуктивною діяльністю у своєму житті обмежена або знищена.
2. **Відчуття невиконаності батьківських обов'язків.** Через воєнні дії людина не може повноцінно турбуватися про своїх дітей, що викликає почуття провини та неадекватності (Еріксон, 1996) [6].

3. **Криза сенсу життя.** Внаслідок загрози власному життю та життю близьких виникають сумніви у сенсі подальшого існування (Франкл, 2020). [22].

4. **Порушення соціальних зв'язків.** В умовах воєнного стану руйнуються соціальні кола звичного спілкування, змушуючи людей залишати домівки та переселятися, що призводить до відчуженості (Hobfoll, 1989) [41].

5. **Тривога та депресія.** Невизначеність і небезпека майбутнього породжують відчуття тривоги, безпорадності та безнадії (Seligman, 1975; Abramson і ін., 1978) [27].

Таким чином, люди які пережили травматичний досвід воєнного стану у молодому віці, в подальшому можуть переживати порушення особистісної та соціальної ідентичності, незадоволеність, самоізоляцію або навіть втрату сенсу життя та психологічного благополуччя загалом.

Травматичні кризи.

Травматичні кризи виникають внаслідок непередбаченої, раптової, приголомшливої події, реакції на ситуацію, в якій є загроза життю людини або її здоров'ю. Психологічні травми порушують нормативну організацію психіки і можуть зумовити межові (тимчасове відчуття дискомфорту) або клінічні стани (зниження імунітету, втрата працездатності, порушення когнітивних процесів). Найбільшого поширення поняття «психологічна травма» отримало в рамках теорії посттравматичного розладу і кризової психології, що виникла наприкінці 80-х років XX ст. Найчастіші причини психологічної травми: фізична травма, що призвела до інвалідизації, військові дії, хронічна невиліковна хвороба, раптова смерть близької людини, ДТП, розрив значущих стосунків, приниження або глибоке розчарування в людях.

Докладніше наслідки психологічної травми, які може переживати людина, описано в 1-3 підпунктах першого розділу цієї роботи. Наслідки можуть включати розвиток таких розладів як ПТСР, КПТСР, гострого стресового розладу, розладів адаптації, синдрому вцілілого, травми свідка та медіатравми.

Кризи сенсоутворення або екзистенційні кризи.

Екзистенційна криза часто зумовлена значущою подією або зміною в житті людини. Зазвичай, це змушує особу замислитися про власну смертність, та знімає психологічний бар'єр, який захищав від неприємних думок. Типовими прикладами подібних подій є загроза життю, смерть близької людини, розлучення, зміна соціального статусу, втрата роботи й перспектив тощо.

У більшості людей є загальний набір уявлень про прогнозованість, керованість і доброзичливість світу, які вони використовують у своїй повсякденній діяльності. Однак сильні стресові події зумовлюють необхідність перегляду усталених переконань, поглядів на себе та своє місце у світі, що приводить до вираженого психологічного стресу.

Безвихідь – ось що робить травму такою тяжкою. Для багатьох важко уявити, як це можливо – повністю віддавати своє життя на поталу випадковості та хаосу, усвідомлювати, що життя є непередбачуваним і руйнівним. В умовах воєнного стану уявлення, що ми можемо хоч щось контролювати у цьому світі, руйнуються остаточно й невідворотно.

В момент переживання гострих травматичних ситуацій, людина втрачає почуття безпеки, що руйнує світосприйняття та основи її життя. Може здаватися, що з приходом війни світ став ворожий та небезпечний, і майбутнє в ньому є мінливим та непередбачуваним. Зникає не тільки опора, а й зв'язок між минулим та теперішнім, а значить втрачається необхідна основа для побудови майбутнього. Таким чином, може формуватися екзистенційна криза, коли втрачається зв'язок з минулим, з'являється ситуація невизначеності в теперішньому, що призводить до відчуття втрати перспектив та фрустрації. Як наслідок це стає перепорою в побудові майбутнього.

В. Франкл, називав відсутність сенсу, що породжує у людини стан невизначеності – екзистенційним вакуумом, або екзистенційною фрустрацією. Прагнення до пошуку і реалізації людиною сенсу свого життя є вродженою тенденцією, яка властива всім людям і яка є основним двигуном поведінки у

розвитку особистості. Саме **екзистенційний вакуум**, згідно зі спостереженнями Франкла, та виходячи з його психотерапевтичної практики, є причиною, що породжує в широких масштабах специфічні **«ноогенні неврози»**, що особливо були поширеними в післявоєнний період в країнах Західної та Східної Європи, а також у США (Франкл, 2020) [22].

В цьому контексті також важливою основою розуміння травматичного досвіду є концепція Ф. Ю. Василюка. **Концепція переживання** Ф. Ю. Василюка ґрунтується на уявленні про **переживання** як *«специфічну форму відображення у свідомості людини її взаємин зі світом, що виникає в ситуації, коли ці взаємини порушуються або ускладнюються»* (Василюк, 1984, с. 38). [3]. Дослідник стверджував, що існує послідовність рівнів переживання - від стресу до кризи. Перехід на вищий рівень відбувається, коли попередній рівень не компенсується. Криза є найвищим рівнем переживання. Вона пов'язана з переосмисленням життєвих цінностей, орієнтирів і стратегій. Переживання є результатом порушення зв'язку між людиною та світом. Воно виникає тоді, коли людина не може досягти своїх цілей та задовольнити потреби у звичний спосіб. **Переживання** має *сміслову, образну та емоційну складові*. *Смістова* - усвідомлення причини, що викликала переживання. *Образна* - відображення у свідомості своєї ситуації і взаємин зі світом. *Емоційна* - прояв емоцій, пов'язаних з переживанням (страх, тривога, відчай тощо). Криза має свою динаміку - від заперечення проблеми до прийняття нового смислового контексту (Василюк, 1984) [3].

Вчений виділяв такі рівні переживання:

1. **Стрес** - порушення пристосування організму до умов середовища, що супроводжується фізіологічними реакціями. На психологічному рівні - *дискомфорт, напруга*.
2. **Фрустрація** - перешкода на шляху до мети, блокування потреби. Супроводжується емоційними реакціями (*гнів, образа, розчарування*).

3. **Критична ситуація** - порушення адаптації, коли людина не може подолати труднощі за допомогою наявних засобів. *Виникає невизначеність, відчуття втрати контролю і безпорадності.*

4. **Криза** - глибинна перебудова усталених способів взаємодії зі світом, *переосмислення життєвих цінностей і орієнтирів*. Супроводжується сильним емоційним переживанням і може тривати досить довго. (Василюк, 1984) [3]

Якщо переживання виявляється надскладним, психіка активує механізми психологічного захисту, які використовуються для його знецінення чи уникнення (заперечення, проєкція, компенсація тощо). Однак вони лише відтермінують переживання, а не долають його.

Тому, актуальним буде інтегрувати **стратегії подолання переживання**. Найбільш конструктивними є стратегії, спрямовані на усвідомлене прийняття труднощів, корекцію цілей і сенсу. Тоді це буде переживання з метою зросту. Усвідомлення цього процесу, адекватні стратегії його подолання і підтримка оточення дозволяють перетворити переживання на творчу самореалізацію особистості.

В контексті тривалих воєнних дій на території України у багатьох людей з'являється відчуття втрати сенсу та цінності людського життя. Людина не розуміє, навіщо триває ця війна і чому саме її життя опинилося під загрозою. В таких ситуаціях, найбільш вразливі категорії людей, мають схильність впадати у відчай та переживати спустошення.

А Лэнгле припускав, що подібні травми ставлять людину перед основними питаннями її буття, а саме:

1. Про надійність та безпеку цього світу.
2. Про цінність та значущість. Травмована людина сумує за втраченою здатністю радіти життю та знаходиться в пошуку нових цінностей;
3. Про самоцінність, про гідність, про те, чого ти вартий, – особливо якщо травма була заподіяна іншою людиною;

4. Про сенс життя, – коли відчуваєш, що можеш жити далі. (Лэнгле А, 2009) [12]

Таким чином, можна припустити, що існує взаємозв'язок між досвідом воєнного стану та підвищенням тенденції до формування криз та екзистенційного вакууму або фрустрації. Тоді екзистенційний сенс такого переживання може полягати, наприклад, у особистісному зростанні або у досягненні більшої глибини чи зрілості.

Якщо людині вдається віднайти в собі сили для осмислення та подолання надзвичайної ситуації, то вона зможе використовувати цей досвід, як фундамент для формування сенсотворчих орієнтирів в майбутньому. Цей досвід відкриє для неї новий тип цінностей, який допоможе їй у подоланні кризи.

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною у результаті зіткнення зі складними життєвими кризами (Тедескі Е., Калхун, 2004) [21].

Після травматичної події цілком нормальним є переживання виснажливих симптомів депресії і тривоги. Однак людина, яка демонструє постстресове зростання переживає ці негативні стани протягом певного незначного стану, а потім у неї спостерігається покращення самопочуття навіть на вищому рівні, ніж це було до травматичної події. В процесі посттравматичного зростання переоцінюється сенс життя, покращуються стосунки з іншими людьми, людина стає більш організованою та оптимістичною.

Для опису досвіду посттравматичного зростання застосовують поняття **прийняття**, яке розглядається як вміння визнати, що отриманий результат не такий, до якого прагнула людина, але він є і його неможливо змінити. Замість того, аби зосереджуватись на втратах і жалкувати про нездійснення, слід зосередитися на своїх досягненнях, знайти позитивні сторони події чи її наслідків.

Посттравматичне зростання розглядається у багатьох психологічних дисциплінах, воно застосовуються не лише для досвіду військовослужбовців, фахівців аварійно-рятувальних служб, а також усіх, хто пережив травматичні події у повсякденному житті та стикається із численним негараздами.

Проявами посттравматичного зростання є:

1. *Змінені цінності та життєві пріоритети.* Люди починають більше цінувати життя, сім'ю та мирний час (Тедескі та Калхун, 2004) [21].
2. *Зміцнені стосунки та соціальна підтримка.* Переживання спільної травми згуртовує людей. Вони шукають підтримки одне в одного (Тедескі та Калхун, 2004) [21].
3. *Зростаюче почуття власної сили та стійкості.* Люди усвідомлюють, що здатні витримати дуже складні життєві обставини (Тедескі та Калхун, 2004) [21].
4. *Пошук нового смислу та мети в житті.* Після втрат та руйнувань потреба у смислі життя зростає. Люди знаходять нові життєві цілі, що допомагають рухатись далі (Франкл, 2020) [22].
5. *Змінене світосприйняття та філософія життя.* Травма впливає на уявлення про світ, взаємини, етику. Життя починає сприйматись як хитке та непередбачуване (Лінлей та Джозеф, 2004) [47].

Посттравматичне зростання корелює із психологічною пружністю, соціальною адаптованістю і позитивними емоціями. Відповідно, у результаті посттравматичного зростання відбувається когнітивне переосмислення травми, визначаються її позитивні впливи на світосприйняття людини та будується новий життєвий план: травма стає джерелом саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла.

Отже, можемо зробити висновки, що внаслідок зіткнення з жорстокістю, смертю та руйнівним характером подій воєнного стану, люди в подальшому можуть переживати зниження рівня особистісної та соціальної ідентичності, та задоволеності життям. Особистість може стикатися з порушеннями

психологічного здоров'я, депресією, тривогою, втратою сенсу існування та бажанням далі будувати своє майбутнє.

Якщо людині вдається віднайти в собі сили для осмислення та подолання надзвичайної ситуації, то вона зможе використовувати цей досвід, як фундамент для посттравматичного зростання в майбутньому. Цей досвід відкриє для неї новий тип цінностей, який допоможе їй у подоланні наслідків травматичного досвіду.

Висновки до першого розділу

В процесі теоретичного аналізу розглянуто теоретичні та емпіричні підходи до травматичного досвіду, проаналізовані нейрофізіологічні механізми його формування та визначені наслідки травматичного досвіду у молодих людей в умовах воєнного стану.

З'ясовано, що одним з найпоширеніших наслідків травматичного досвіду є посттравматичний стресовий розлад, а також комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), який є більш складною формою розладу і розвивається внаслідок тривалого травматичного досвіду.

За результатами теоретичного аналізу встановлено, що травматичний досвід воєнного стану може мати серйозні наслідки для молодих людей, такі як ПТСР, гострий стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, травма свідка та синдром вцілілого. Наслідками травматичного досвіду є складні афективні порушення, розлади особистісного функціонування, порушення міжособистісних стосунків.

В умовах воєнного стану діють чинники ризику для розвитку ПТСР: висока експозиція до травми, історія попередніх психічних розладів або травматичних подій, відсутність соціальної підтримки. ПТСР проявляється у чоловіків частіше, ніж у жінок.

В умовах воєнного стану травматичний досвід зумовлює у молодих людей переживання криз та порушення смислоутворення, виникнення екзистенційного вакууму, відчуття втрати сенсу та цінності людського життя, втрати бажання визначати та будувати своє майбутнє.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВОЄННОГО СТАНУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ

2. Методи дослідження

В емпіричному дослідженні для визначення наявності ПТСР використано шкалу самооцінки PCL.

Шкала PCL (PTSD Checklist) є надійним інструментом для оцінки симптомів ПТСР, розробленим на основі Діагностичного і статистичного посібника з розладів психіки (DSM) [58].

Існує кілька версій шкали PCL, які відрізняються залежно від виду травми та досліджуваної вибірки. У нашому дослідженні використано PCL-5, оновлену версію шкали, яка базується на DSM-5 критеріях.

PCL-5 містить 20 питань, які оцінюють наявність симптомів ПТСР за такими показниками: *інтрузивні спогади, уникнення, негативні зміни в психічних станах та настроях, симптоми гіперзбудження*.

Учасники дослідження повинні відповісти на питання шкали PCL-5, використовуючи 5-бальну шкалу від 0 («Не було зовсім») до 4 («Дуже часто»), вказуючи наскільки часто вони зазнавали певних переживань протягом останнього місяця. Загальний бал PCL-5 може коливатися від 20 до 100, чим вище значення, тим вища ймовірність наявності ПТСР.

Не дивлячись на те, що методи, які використовують самооцінку мають певні недоліки, за оцінками дослідників шкала PCL є надійним діагностичним інструментом.

Weathers та інші (1993) рекомендують межу від 50 балів і вище - як оптимальний показник для того, щоб говорити про можливе встановлення діагнозу ПТСР. Альтернативна стратегія підрахунку результатів полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-5. Наприклад, для підозри щодо наявності ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менш як на рівні «3» (помірно) або вищому рівні одне із питань

з діапазону №1-5, не менш як 3 питання серед діапазону №6-12, і мінімум 2 серед питань №13- 20. Пропонується граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу [58].

Розробниками тесту також рекомендується звертати увагу на бал від 31 до 33 або вище. Такі досліджувані також можуть мати симптоми ПТСР та потребують додаткової уваги та обстеження. Бали, менші ніж 31-33, свідчать про те, що пацієнт не відповідає критеріям для діагностики ПТСР. З урахуванням цілей оцінки та додаткових особливостей, може бути доцільним знизити відсічний бал, щоб максимізувати виявлення можливих випадків, які потребують додаткового консультування.

Методика PCL є валідною та продемонструвала вагомі психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходиться між .94 (Blanchard та інші 1996) та .97 Weathers та інші. 1993). Також PCL корелює з міссісіпською шкалою оцінки ПТСР з конвергентною валідністю між $r = .85$ та $r = .93$ (Weathers та інші, 1993) [57].

Для забезпечення достовірності і валідності дослідження, ми також використовували низку питань загального та уточнюючого характеру, які допомагають прослідкувати зв'язок між ПТСР та іншими психологічними особливостями, кризами та соціальною адаптацією.

Отримані результати дозволили визначити рівень поширеності посттравматичних станів та ступеня їх вираженості у досліджуваній вибірці молодих людей, які пережили травматичний досвід воєнного стану.

Дослідження було проведено на вибірці з 33 молодих людей віком від 20 до 31 року, які проживають в Україні, були в зоні активних бойових дій, свідками воєнних подій або мають досвід безпосередньої участі в бойових діях. Для забезпечення репрезентативності вибірки, були залучені учасники з різних регіонів України.

Усі учасники були проінформовані про мету дослідження та добровільність участі. Після отримання згоди від учасників, їм було запропоновано заповнити опитування, яке включає методику PCL-5 та

питання загального та уточнюючого характеру. Дослідження було проведено в анонімному форматі для забезпечення конфіденційності та захисту персональних даних учасників.

Аналіз даних було проведено за допомогою статистичних методів. Використані методи дозволили виявити зв'язки між психологічними переживанням травматичних подій та можливим розвитком ПТСР.

2.2 Аналіз результатів дослідження

На основі результатів проведеного дослідження встановлені психологічні особливості переживання молодими людьми травматичного досвіду воєнного стану в Україні.

Опитування складалося з 30 запитань, які поєднували в собі питання загального характеру (стать, вік) та методики PCL-5.

Досліджуваним було запропоновано відповісти, чи змінилися їхні смислові ціннісні та життєві орієнтири в період воєнного стану. Опитування було представлено в соціальних мережах.

В дослідженні взяло участь 33 респонденти жіночої та чоловічої статі віком від 20 до 31 року. Серед них 72,7 відсотків або 24 особи – це жінки, а 27,3 або 9 осіб склали – чоловіки (Рис. 1).

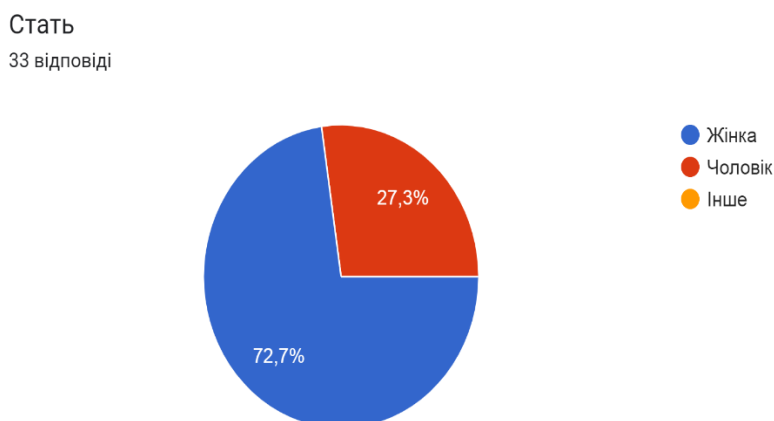


Рис. 1

На основі отриманих даних можна зробити припущення, що жінки, жінки більш активні користувачі соціальних мереж, ніж чоловіки. Можливо, сама тематика опитування, пов'язана з воєнним станом, більше зацікавлює жінок, оскільки вони можуть відчувати більшу тривогу за своїх близьких. Але слід зауважити, що для того, щоб підтвердити або спростувати дане припущення, необхідно провести додаткові дослідження.

Також варто звернути увагу на вікову структуру утвореної вибірки. За віком, найбільша група досліджуваних відноситься до вікової категорії від 20 до 23 років, а саме (42,4 %). Далі послідовно йдуть особи 24-27 років – (33,3 %), та люди 28-31 рік (24,2 %), які склали меншість. Такі показники можуть вказувати на більшу активність вікової категорії 20-23 роки, їх відкритість до інформації та нового досвіду, а також їхню більшу залученість в соціальні мережі (Рис. 2).

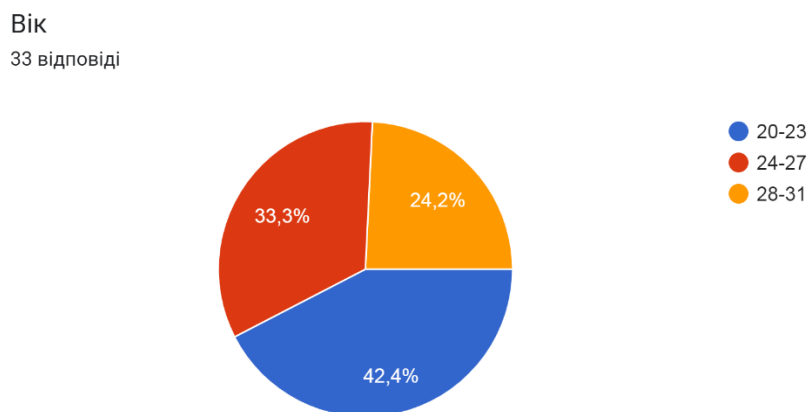


Рис. 2.

Слід зауважити, що за освітою опитувані завершили середню освіту – 9,1%, мають вищу освіту – 66,7% та чверть опитаних – 24,2 відсотки — студенти. Отже, учасники дослідження є освіченими громадянами (Рис. 3).

Освіта

33 відповіді

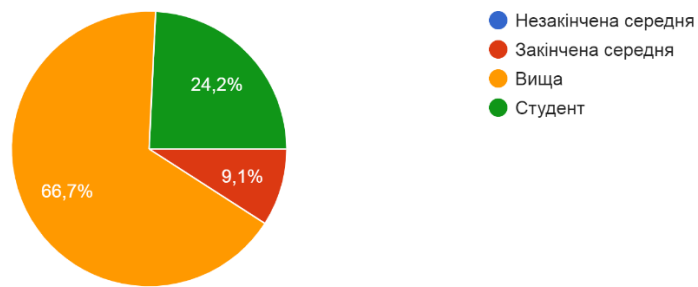


Рис. 3

В дослідженні було визначено, де перебували досліджувані на момент початку повномасштабного вторгнення. В подальшому ця інформація є важливою для розуміння результатів методики PCL-5. Бачимо, що досліджувані розділилися майже порівно на дві групи: 51,5 % відповіли, що вони перебували в зоні активних бойових дій та 48,5 %, що ні (Рис. 4).

Чи перебували ви в зоні активних бойових дій на момент початку повномасштабного вторгнення?

33 відповіді

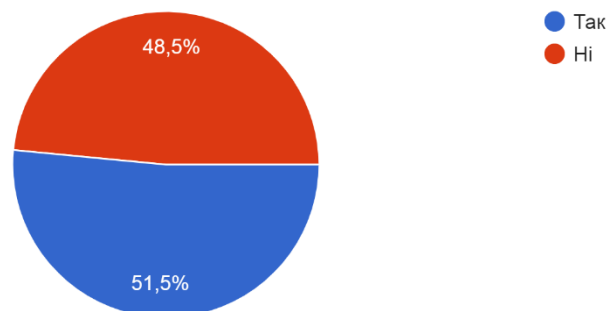


Рис. 4

Більшість опитаних на запитання: чи мали Ви досвід участі в бойових діях, відповіли негативно. Лише один досліджуваний був учасником бойових дій та перебував в час проведення опитування на військовій службі (Рис. 5).

Чи мали ви досвід участі в бойових діях?
33 відповіді

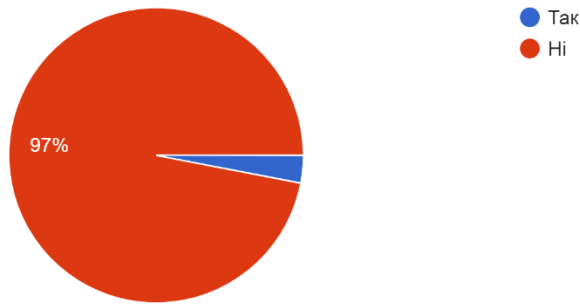


Рис. 5

На основі двадцяти запитань з методики PCL-5 отримано наступні результати.

Таблиця 1

Порядковий номер респондента	Кількість балів	Показник	Суб'єктивна оцінка власного стану	Перебування в зоні бойових дій
1	15	Низький	Нормально	Ні
2	32	Середній	Нормально	Так+бойові дії
3	14	Низький	Добре	Так
4	11	Низький	Нормально	Так
5	37	Середній	Погіршився	Так
6	32	Середній	Погіршився	Ні
7	27	Низький	Погіршився	Ні
8	22	Низький	Депресія До	Ні
9	44	Середній	Погіршився	Так
10	11	Низький	Добре	Так
11	29	Низький	Нормально	Так
12	7	Низький	Нормально	Ні
13	25	Низький	Погіршився	Так

14	41	Середній	Погіршився	Так
15	40	Середній	Погіршився	Так
16	6	Низький	Добре	Ні
17	46	Середній	Погіршився	Ні
18	23	Низький	Нормально	Ні
19	5	Низький	Нормально	Ні
20	17	Низький	Нормально	Ні
21	34	Середній	Нормально	Ні
22	44	Середній	Погіршився	Так
23	28	Низький	Погіршився	Так
24	15	Низький	Нормально	Так
25	20	Низький	Нормально	Ні
26	42	Середній	Погіршився	Так
27	53	Високий	Погіршився	Так
28	22	Низький	Добре	Ні
29	25	Низький	Нормально	Ні
30	37	Середній	Погіршився	Ні
31	53	Високий	Погіршився	Так
32	39	Середній	Погіршився	Ні
33	36	Середній	Погіршився	Так

В ході дослідження виявили кореляцію між кількістю балів, отриманих за методикою PCL-5, та суб'єктивною оцінкою власного психологічного стану. Середній та високий результат отримали 15 опитаних, з яких п'ятеро не перебували в зоні активних бойових дій на момент початку повномасштабного вторгнення. Виходячи з рекомендацій даної методики, середнім показником вважається результат в межах 31-33 бали. Межа в 50, балів є умовним індикатором, який може свідчити про наявність посттравматичного стресового розладу.

Тож бачимо, опитувані з середніми та високими показниками тесту, незалежно від місця їх перебування, відмітили погіршення власного психологічного благополуччя. Лише два респонденти під №2 та №21, при середніх показниках стверджували, що їхній стан є суб'єктивно нормальним.

Загалом за результатами методики PCL-5 у 45, 5% опитаних було виявлено симптоматику середнього та високого рівня тяжкості, а також вони відчували, що їхній стан погіршився з початком війни. 36,6 % респондентів оцінили свій стан як нормальний та лише 12,1 відсоток змогли сказати, що зараз почувають себе добре. (Рис. 6)

Як ви оцінюєте свій психологічний стан зараз?
33 відповіді



Рис. 6

Особливо показовим є те, що особи, які не знаходились в зоні активних бойових дій демонструють досить високі показники за результатами методики. Більше того вказали на суб'єктивне відчуття погіршення свого психологічного стану. Таких осіб виявилось 5, або 15, 1 % від загальної кількості опитаних. На наш погляд такі результати є не випадковими і співвідносяться з такими поняттями як синдром вцілілого, травма свідка та медіатравма.

Показово, що учасник дослідження №2, який повідомив, що брав безпосередню участь у бойових діях, набрав відносно невисоку кількість балів (32) та оцінив свій стан як нормальний. Це може бути пов'язано з його характерологічними особливостями, а також психологічною резильєнтністю.

Було виокремлено двоє опитаних, які набрали найбільшу кількість балів за методикою PCL-5 (учасники під номерами 27 та 31, по 53 бали відповідно кожен). Згідно з інтерпретацією даних методики PCL-5 виділяють умовну межу від 50 балів і вище - як оптимальний показник для того, щоб говорити про можливе встановлення діагнозу ПТСР. Обидва учасники засвідчили, що перебували в зоні активних бойових дій, а значить мали експозицію до Т-великої травматичної події, що є першим діагностичним критерієм діагностики ПТСР на основі Міжнародної класифікації хвороб (ICD-10, World Health Organization, 1992) та Діагностичного і статистичного посібника про психічні розлади (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).

За результатами відповідей учасника № 27, найбільшу кількість балів 3 («Часто») та 4 («Дуже часто») набрали питання з категорій: негативні зміни в психічних станах та настроях та симптоми гіперзбудження. Групи питань про інтрузивні спогади та уникнення набрали від 1 до 2 балів, що не говорить про відхилення від норми по цим категоріям.

За вимогами для постановки діагнозу ПТСР, за DSM-5, мають бути дотримані критерії груп симптомів В, С, D, Е, тобто – інтрузивні спогади, уникнення, негативні зміни в психічних станах та настроях, гіперзбудження тривалістю понад 1 місяць. Ми маємо інформацію лише про наявність симптомів з категорій А, D, Е. На жаль, цієї інформації замало, щоб стверджувати про наявність такого комплексного розладу як ПТСР. Проте за результатами тесту, ми можемо побачити відхилення від норми.

Учасник дослідження № 31 показав подібний результат, набравши перевищену кількість балів, а саме 53. Однак, його картина симптомів дещо відрізняється. Окрім, високих показників по вищезгаданих симптомах гіперзбудження та негативних змінах в психоемоційних станах, додатково з'являються високі ознаки перепроживання. На запитання про повторювані думки і спогади, нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого, негативні реакції на згадку про травматичну ситуацію, учасник відмітив

пункти («Часто»). Тобто, у учасника № 31 маємо ускладнений перебіг та наявність додаткових симптомів з категорії «В». Загалом у даного учасника присутня симптоматика по чотирьох групах А, В, D та Е. Враховуючи всі чинники та обставини, з більшою ймовірністю, ніж в попередньому випадку, можна говорити про вірогідність розвитку ПТСР у даного учасника.

Слід відмітити ще декілька показових моментів. Відповіді учасників дослідження на поставлені питання, були різними відповідно до їхнього досвіду, переживань та психоемоційних станів, характерологічних особливостей. Однак загальна картина відповідей на деякі питання була досить рівнозначною.

Більшість респондентів в тій чи іншій мірі відмітили проблеми з концентрацією уваги, відчуття постійної напруги та проблеми зі сном.

Лише 6,1 відсоток опитаних заперечували подібні труднощі. Натомість 93,9 відсотків учасників в тій чи іншій мірі стикнулися проблемами з концентрацією уваги (Рис. 7). Таке співвідношення є закономірним, оскільки постійний стрес призводить до підвищення рівня гормону кортизолу. Кортизол у свою чергу може викликати порушення ряду психічних процесів, до яких відноситься увага. Також стрес може викликати занепокоєння і тривогу, що можуть забирати увагу від поточної ситуації та завдань.

Труднощі з концентрацією уваги?
33 відповіді

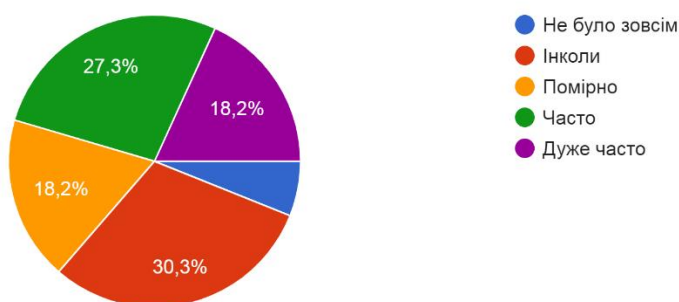


Рис. 7

З відчуттям постійної напруги також стикнулися більшість опитаних, а саме 87,9 %. Це також корелює з перманентним переживаннями стресу (Рис. 8).

Відчуття постійної напруги?
33 відповіді

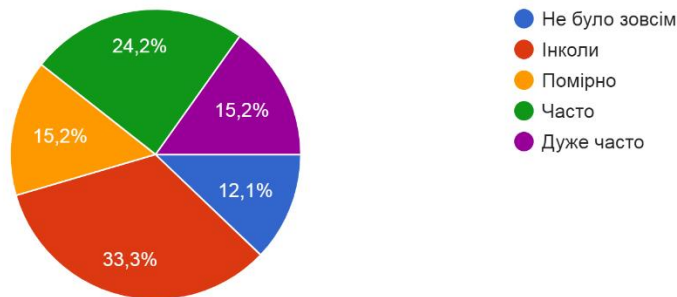


Рис. 8

Проблеми зі сном також засвідчила чимала кількість опитаних (84,8%). Така реакція є закономірною в умовах постійної небезпеки для життя та здоров'я, через постійну загрозу ракетних обстрілів та загалом втрату відчуття безпеки в умовах воєнного стану (Рис. 9).

Проблеми із засинанням або нічні прокидання?
33 відповіді

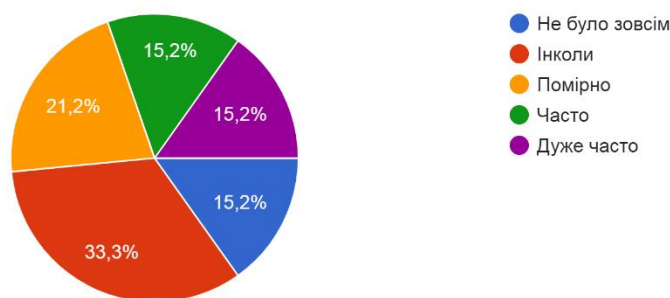


Рис. 9

Фінальний блок питань нашого дослідження був присвячений проблемі смислоутворення. Метою цього блоку було виявити або спростувати переживання кризових станів.

Отримані статистичні дані для зручності ми відобразили в Таблиці 2,.

Таблиця 2.

№	Змінилися життєві цінності та пріоритети	Зараз переживають втрату життєвих орієнтирів	Виникли питання про сенс життя на фоні війни	Показник PCL-5
1	Так	В процесі	Так	15
2	В процесі	Ні	Ні	32
3	Так	Ні	Ні	14
4	Так	В процесі	Так	11
5	Так	Так	Так	37
6	Так	Так	Так	32
7	Так	Було й до війни	Було й до війни	27
8	Ні	Ні	Ні	22
9	В процесі	В процесі	Так	44
10	Так	Так	Так	11
11	Так	В процесі	Так	29
12	Так	Так	Так	7
13	В процесі	В процесі	Так	25
14	Так	Так	Так	41
15	Так	В процесі	Ні	40
16	Так	Так	Так	6
17	Так	Так	Ні	46
18	Так	В процесі	Так	23
19	Ні	Ні	Ні	5
20	В процесі	В процесі	Ні	17
21	В процесі	В процесі	Так	34
22	В процесі	Так	Так	44
23	В процесі	В процесі	Так	28
24	В процесі	В процесі	Ні	15
25	Так	Так	Ні	20
26	Так	Так	Так	42

27	В процесі	В процесі	Так	53
28	Ні	В процесі	Так	22
29	Так	Так	Так	25
30	В процесі	В процесі	Так	37
31	В процесі	В процесі	Так	53
32	В процесі	Ні	Ні	39
33	В процесі	В процесі	Ні	36

51, 5 % учасників відмітили, що вони переглянули своє ставлення до життя з початку подій воєнного стану. Ще 42,4 % учасників зазначили, що знаходяться в процесі змін своїх життєвих цінностей та пріоритетів. Лише 6,1% зазначили, що з настанням воєнного стану нічого не змінилося в їх перцепції життя (Рис. 10).

Чи змінилися ваші життєві цінності та пріоритети після початку повномасштабного вторгнення?
33 відповіді

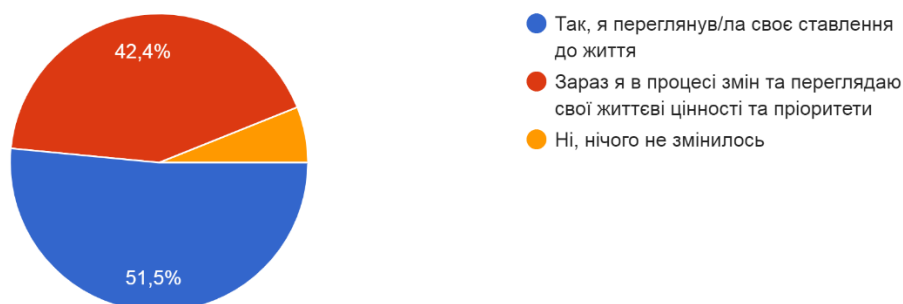


Рис. 10

Виходячи з відповідей на питання про втрату життєвих орієнтирів та сенсу життя, ми отримали показники, що вказують на ідентичну тенденцію. 30,3 % опитаних відповіли ствердно, 48,5 %, що знаходяться в процесі втрати життєвих сенсів, та лише 12,1 % зазначили, що не задумуються над питаннями про сенс життя. Також ми отримали три розгорнутих пояснення щодо цього питання від учасників дослідження. Вони зазначили, що або задумувалися над

цим питанням і до повномасштабного вторгнення, або що були й так свідомі своїх орієнтирів, і війна не завадила втіленню їхніх планів на життя (Рис. 11).

Чи переживаєте ви зараз втрату життєвих орієнтирів та сенсоутворення на фоні переживання досвіду воєнних дій на території України?

33 відповіді



Рис. 11

Наостанок ми поцікавилися у учасників дослідження, чи виникали у них питання про зміст життя людини на тлі подій воєнного часу. Більшість опитаних, а саме 63,6 % відповіли, що почали задаватися питанням про сенс існування у світі, в якому досі можуть відбуватися такі страшні речі як війна. Двоє осіб надали більш розгорнуту інформацію, а 30,3 % відповіли, що вони такими питаннями не задаються (Рис. 12).

Чи виникали у вас питання щодо змісту життя та вашого місця у світі на фоні воєнних дій?

33 відповіді



Рис. 12

Прямої кореляції між відповідями з фінального блоку питань про сенсоутворення та балами за методикою PCL-5 не виявлено. Відповіді дуже

різномірні, тому прямого взаємозв'язку не встановлено. Проте за результатами опитування можна стверджувати, що тенденцію до переосмислення свого ставлення до життя та зміни життєвих орієнтирів є властивою переважній більшості учасників дослідження на фоні воєнного стану.

Таким чином 51,1 % учасників дослідження засвідчили, що у них змінилися життєві цінності, а 30,3 % пережили втрату життєвих цілей та переосмислили сенс свого життя на фоні подій воєнного стану в Україні. Ще близько 45% знаходяться на етапі переосмислення своїх життєвих орієнтирів і цілей.

Висновки до другого розділу

На основі проведеного емпіричного дослідження встановлено психологічні особливості травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні.

В учасників дослідження виявлено симптоматику середнього та високого рівня тяжкості посттравматичного стресового розладу, суб'єктивне погіршення самопочуття. 36,6 % учасників оцінили свій стан як нормальний та 12,1 зазначили, що відчувають себе добре.

Особи, які не знаходились в зоні активних бойових дій, проявляють симптоматику посттравматичного стресового розладу та вказують на суб'єктивне погіршення психологічного стану.

Учасники дослідження відмітили з початком воєнного стану проблеми з концентрацією уваги (93,9 %), проблеми зі сном (84,8 %), виникнення відчуття постійної напруги (87,9 %).

Учасники дослідження пройшли через зміну життєвих цінностей (51,1 %) та втрату сенсу життя (30,3 %); 45% знаходяться на етапі переосмислення своїх життєвих орієнтирів та цілей.

Таким чином, отримані результати емпіричного дослідження свідчать про серйозні наслідки травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні (погіршення психологічного здоров'я та благополуччя).

Отже, гіпотеза дослідження підтверджена: існує залежність між переживанням травматичного досвіду війни та зниженням рівня психологічного благополуччя, кризовими переживаннями та порушеннями смислоутворення.

Результати дослідження свідчать про важливість розуміння психологічних наслідків воєнного стану та актуальність розробки ефективних програм психологічної підтримки та адаптації для молодих людей, які переживають драматичне сьогодення в Україні.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ МОЛОДІ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1 Принципи програми психологічної підтримки

Психологічна допомога молодим людям, які переживають наслідки травматичного досвіду воєнного стану, має відбуватися основі системного, інтегрованого підходу.

Методи програми спрямовані на розв'язання наступних завдань: відновлення почуття безпеки і контролю над ситуацією, зниження рівня емоційного напруження і тривоги, інтеграцію травматичних спогадів в автобіографічну пам'ять, корекцію дезадаптивних переконань, прийняття та знаходження нових сенсів у кожному моменті власного досвіду.

В програмі поєднані методи таких підходів: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), EMDR-терапія, наративна терапія, майндфулнес, арт-терапія, психосоціальна підтримка. На етапі стабілізації емоційного стану доцільним є використання методів релаксації, візуалізації, дихальних вправ.

Програму доповнюють травмофокусовані психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR), відповідні протоколам допомоги при ПТСР як методи допомоги першого вибору (Протокол Національного інституту клінічної майстерності Великобританії [NICE], 2004, с. 4) [34].

Оскільки ПТСР за своєю природою є розладом інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять, то методи, що безпосередньо структуровано працюють з цими спогадами, можуть сприяти їх інтеграції і, відповідно, вести до зменшення симптомів розладу. Щоб допомогти людям, які страждають на ПТСР, необхідно розвивати і зробити доступними травмофокусовані методи терапії ТФ-КПТ та EMDR. Це особливо актуально

в Україні, де ці методи психотерапії ще дуже малопоширені (Романчук О. І.) [19]

Відновленню сенсу існування та реабілітації після травматичного досвіду війни можуть сприяти наступні механізми:

1. Визначення нових цілей та намірів, які відповідають зміненим умовам життя.
2. Надання соціальної підтримки, спілкування з однолітками та рідними, які можуть допомогти зрозуміти та опрацювати переживання.
3. Застосування психотерапевтичних технік (когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес, арт-терапії, тощо).

Майндфулнес (Mindfulness) метод для відновлення самопочуття та подолання кризових переживань та втрати сенсоутворення.

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

На базі майндфулнес підходу виділяють наступні терапевтичні техніки: майндфулнес базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнес базована когнітивна терапія (МВСТ), терапія прийняття та відповідальності (АСТ), діалектична поведінкова терапія (DBT), деактивація внутрішньої напруги (MDT), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнес релаксація, модель внутрішньосімейних систем [5].

В контексті нашого дослідження найактуальнішим ж застосування наступних підходів майндфулнес:

1. Майндфулнес базоване зниження стресу (MBSR) – програма зниження стресу на основі усвідомлення, являє собою поєднання майндфулнес медитацій, усвідомлення власного тіла та йоги. Програма призначена для

будь-яких осіб, які страждають від наслідків стресів, але, насамперед, створювалася для пацієнтів із різними хронічними захворюваннями.

2. Майндфулнес базована когнітивна терапія (МВСТ) – психотерапія, призначена для надання допомоги у запобіганні рецидивів депресії. У практиці МВСТ використовуються як традиційні для когнітивно-поведінкової терапії техніки, так і майндфулнес медитації. Когнітивні техніки полягають насамперед у **психоедукації** пацієнтів щодо їх стану, фізичних і психологічних наслідків, натомість **медитація** дозволяє зосередитися на усвідомленні всіх вхідних думок та почуттів, приймати, але не реагувати на них. Цей процес отримав назву **децентрації**, спрямованої на *звільнення людини від самокритики, румінації і дисфоричного настрою*, що виникають як реакція на негативні моделі мислення.

3. Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) – емпірично базована психологічна інтервенція, форма когнітивно-поведінкової психотерапії і клінічного біхевіорального аналізу (СВА), спрямована на зміну стратегій поведінки шляхом підвищення психологічної гнучкості. **Мета терапії** – *навчити людину здатності прийняття, відпускання і готовності відчувати сильні почуття для досягнення важливих для неї цілей* [7].

Методологічною базою сформованої нами програми є методи когнітивно-поведінкової терапії, наративної терапії, тілесно-орієнтованої терапії, майндфулнес та арт-терапії.

Серед методів реалізації програми виділимо такі:

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

7. Арт-терапія.

Отже, психологічна підтримки молоді, що має травматичний досвід воєнного стану має спиратися на системний комплексний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані методи та соціальну підтримку. Запропоноване поєднання дозволить досягти максимальної ефективності у зниженні рівня травматизації та відновленні адаптивного функціонування.

3.2 Зміст та етапи програми психологічної підтримки

Мета програми: зниження рівня емоційного напруження, навчання навичкам роботи зі складними емоціями, зміна ставлення до травматичних спогадів, розвиток навичок емоційної саморегуляції та допомога у активізації смислоутворення та формування нових смислів.

Методи: ТФ-КПТ (*перебудова неадаптивних переконань, вивчення емоцій та активне прийняття травматичного досвіду*), тілесно-орієнтована терапія (*техніки релаксації, дихання, рухові вправи*), МВСТ/MBSR (*підвищення гнучкості психічних процесів, ціннісна орієнтація*), АСТ (*розвиток навичок усвідомлення та прийняття*), арт-терапія (*малювання, колаж*).

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

Заняття 1. Вступ.

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

2. Психоедукація. Інформація про травматичний стрес та ПТСР. Прояви, наслідки, статистика. Надання інформації про особливості травматичного стресу, його прояви та наслідки. Пояснення механізмів виникнення посттравматичного стресового розладу (Згідно з дослідженнями Ozer E.J., et al (2003) [54].

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

4. Обговорення вражень та досвіду.

Заняття 2-3. Тілесно-орієнтована терапія. Навчання технікам дихання та релаксації.

1. Дихальні вправи. Техніка глибокого діафрагмального дихання, яке сприяє релаксації та може бути ефективним механізмом самопомогі у будь-якій стресовій ситуації. Пропонується практикувати зосередження уваги на процесі дихання, спостереження за рухом черевної стінки та грудної клітки. Ця техніка допомагає перемістити ракурс уваги з негативних думок на процес дихання і таким чином знизити тривогу та заспокоїтися.

2. Сканування тіла. Сфокусована увага послідовно переноситься на різні частини тіла, учасники концентруються на відчуттях у тілі.

3. Використання м'язової релаксації за Джекобсоном, з метою зниження рівня тривоги та психоемоційного напруження (Hölzel, B. K.,) [42].

4. Вправи MBSR на розвиток усвідомлення на базі майндфулнес. Сканування тіла (Вправа «Сканер»). При уявному скануванні тіла людина, лежачи, зосереджується на відчуттях в кожній його частині.

Формальна сидяча медитація (усвідомлення дихання; усвідомлення і спостереження за звуками; усвідомлене спостереження за думками, емоціями).

Заняття 4-5. Когнітивно-поведінкова терапія

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія травматичного досвіду є досить складною і об'ємною. Доцільніше розділити цей етап роботи на декілька блоків для зручності виконання. Таким чином, подана інформація буде більш структурованою та краще сприйматиметься.

1. *Визначення цінностей.* Пропонується визначити власні життєві цінності та пріоритети та обговорити ситуації, які викликають складні емоції. Тест сенсожиттєвих орієнтирів (СЖО) Леонтьєва.

2. *ТФ-КПТ. Виявлення ірраціональних переконань, пов'язаних з травмою.* Потрібно згадати травматичну подію і описати автоматичні думки, що виникають при цьому. Наприклад, «Я слабкий», «Світ небезпечний», «Я не можу нікому довіряти».

3. *Робота з переконаннями.* Потрібно записати свої переконання, пов'язані з травмою, які викликають негативні емоції та проаналізувати свої автоматичні думки: чи підтверджені вони фактами, чи завищені, як впливають на самопочуття. Наприклад, думка «Я слабкий» не враховує моїх сильних сторін і досягнень, отже, неправильна (Буценко, В.В.) [2].

Заняття 6-7. Когнітивно-поведінкова терапія - продовження

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

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

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

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

Заняття 8-9. Наративна терапія.

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

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

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

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

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

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

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

Заняття 10. Майндфулнес, АСТ-терапія

В основі методу лежить ідея прийняття переживань, що описуються як «важкі» або «негативні» і уважного спостереження за ними з метою створення

дистанції по відношенню до таких переживань. Мета – навчити людину здатності прийняття, відпускання і готовності відчувати сильні почуття для досягнення важливих для неї цілей.

Дослідження показали, що певні практики, такі як медитація та практика зосередження уваги на диханні, можуть впливати на структуру мозку та знижувати рівень стресу. Наприклад, Hölzel та колеги (2011) [42] виявили, що після 8-ти тижневого курсу медитації майже всі області мозку, пов'язані зі здатністю до уваги та емоційного регулювання, стабілізуються.

В програмі запропоновано наступні методи в межах АСТ-терапії:

1. *Когнітивна дифузія* – навчання методам зниження тенденції матеріалізувати думки, образи, емоції і спогади.
2. *Прийняття* – розвиток навичок прийняття своїх думок без боротьби із ними.
3. *Зв'язок із даним моментом* – усвідомлення того, що відбувається тут і зараз, розвиток відкритості, допитливості та сприйнятливості.
4. *Спостереження за собою* – розвиток трансцендентного відчуття себе, безперервності свідомості, яке є незмінною.
5. *Цінності* – виявлення того, що є найважливішим для істинного Я.
6. *Вчинені дії* – постановка цілей відповідно до цінностей та відповідального їх досягнення.

Заняття 11. Арт-терапія

Творчо-дослідницькі методи сприяють емоційному відреагуванню та покращенню психоемоційного стану (Арт-терапевтичні техніки у роботі з посттравматичними стресовими розладами)

1. *Малювання «травматичної картини» та «картини майбутнього без травми»*. Клієнт малює образи, пов'язані з переживанням травматичного досвіду.
2. *Обговорення малюнків. Ритуал «прощання з травмою»*.
3. *Малювання. Колаж. Створення колажу на задану тему з журналів та газет*.

Заняття 12. Підбиття підсумків.

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

Висновки до третього розділу

На основі результатів емпіричного дослідження розроблена програма психологічної підтримки молоді з травматичним досвідом воєнного стану в Україні.

В програмі використані науково обґрунтовані та емпірично підтверджені методи роботи з травматичним досвідом.

В програмі пропонуються в поєднанні техніки на базі

ТФ-КПТ: перебудова неадаптивних переконань, вивчення емоцій та активне прийняття травматичного досвіду;

тілесно-орієнтованої терапії: техніки релаксації, дихання, рухові вправи,

МВСТ/МBSR: підвищення гнучкості психічних процесів, ціннісна орієнтація,

АСТ: розвиток навичок усвідомлення та прийняття;

арт-терапії: малювання, колаж.

Розроблена програма роботи з травматичним досвідом спрямована на допомогу в зниженні рівня психоемоційної напруги, розвиток навичок емоційної саморегуляції, опрацювання складних емоцій, зміну ставлення до травмуючих спогадів та допомогу в процесах особистісного сенсоутворення.

За своєю структурою програма складається з декількох етапів:

Освітній етап (учасників знайомлять з психологічними особливостями травматичного досвіду, його проявами та наслідками).

Практичний етап (учасники знайомляться з техніками фізичної та емоційної релаксації; навчаються самостійно використовувати техніки для самодопомоги та зменшення негативних симптомів).

Етап формування адаптивних раціональних переконань (відбувається робота з ірраціональними думками, що пов'язані з травмою, та на протипагу формування більш адаптивних раціональних переконань).

Етап арт-терапії та творчої роботи (робота з техніками на базі майндфулнес, робота на основі методів арт-терапії).

Завершальний етап. Оцінка проведеної програми, обмін враженнями та зворотнім зв'язком з метою аналізу досягнутих результатів та ефективності програми.

В цілому програма допомагає подолати негативні наслідки травматичного досвіду та розвивати ефективні копінг-стратегії поведінки в майбутньому. Для психологічної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід воєнного стану, необхідно створювати ресурси для ефективного управління стресом. Оскільки реакція на травму завжди є індивідуальною, в реалізації програми необхідно застосовувати індивідуальний підхід.

На основі результатів емпіричного дослідження розроблена програма психологічної підтримки молоді з травматичним досвідом воєнного стану в Україні.

В програмі використані науково обґрунтовані та емпірично підтверджені методи роботи з травматичним досвідом.

В програмі пропонуються в поєднанні техніки на базі

ТФ-КПТ: перебудова неадаптивних переконань, вивчення емоцій та активне прийняття травматичного досвіду;

тілесно-орієнтованої терапії: техніки релаксації, дихання, рухові вправи,

МВСТ/МBSR: підвищення гнучкості психічних процесів, ціннісна орієнтація,

АСТ: розвиток навичок усвідомлення та прийняття;

арт-терапії: малювання, колаж.

Розроблена програма роботи з травматичним досвідом спрямована на допомогу в зниженні рівня психоемоційної напруги, розвиток навичок емоційної саморегуляції, опрацювання складних емоцій, зміну ставлення до травмуючих спогадів та допомогу в процесах особистісного сенсоутворення.

За своєю структурою програма складається з декількох етапів:

Освітній етап (учасників знайомлять з психологічними особливостями травматичного досвіду, його проявами та наслідками).

Практичний етап (учасники знайомляться з техніками фізичної та емоційної релаксації; навчаються самостійно використовувати техніки для самодопомоги та зменшення негативних симптомів).

Етап формування адаптивних раціональних переконань (відбувається робота з ірраціональними думками, що пов'язані з травмою, та на противагу формування більш адаптивних раціональних переконань).

Етап арт-терапії та творчої роботи (робота з техніками на базі майндфулнес, робота на основі методів арт-терапії).

Завершальний етап. Оцінка проведеної програми, обмін враженнями та зворотнім зв'язком з метою аналізу досягнутих результатів та ефективності програми.

В цілому програма допомагає подолати негативні наслідки травматичного досвіду та розвивати ефективні копінг-стратегії поведінки в майбутньому. Для психологічної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід воєнного стану, необхідно створювати ресурси для ефективного управління стресом. Оскільки реакція на травму завжди є індивідуальною, в реалізації програми необхідно застосовувати індивідуальний підхід.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано основи дослідження травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні, емпірично досліджено травматичний досвід та розроблено програму психологічної підтримки для молоді з травматичним досвідом.

1. В процесі теоретичного аналізу розглянуто теоретичні та емпіричні підходи до травматичного досвіду, проаналізовані нейрофізіологічні механізми його формування та визначені наслідки травматичного досвіду у молодих людей в умовах воєнного стану.

За результатами теоретичного аналізу встановлено:

Одним з найпоширеніших наслідків травматичного досвіду є посттравматичний стресовий розлад, а також комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), який є більш складною формою розладу і розвивається внаслідок тривалого травматичного досвіду.

Травматичний досвід воєнного стану може мати серйозні наслідки для молодих людей, такі як ПТСР, гострий стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, травма свідка та синдром вцілілого. Наслідками травматичного досвіду є складні афективні порушення, розлади особистісного функціонування, порушення міжособистісних стосунків.

В умовах воєнного стану діють чинники ризику для розвитку ПТСР: висока експозиція до травми, історія попередніх психічних розладів або травматичних подій, відсутність соціальної підтримки. ПТСР проявляється у чоловіків частіше, ніж у жінок.

В умовах воєнного стану травматичний досвід зумовлює у молодих людей переживання криз та порушення смислоутворення, виникнення екзистенційного вакууму, відчуття втрати сенсу та цінності людського життя, втрати бажання визначати та будувати своє майбутнє.

2. В емпіричному дослідженні встановлені психологічні особливості травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні.

В учасників дослідження виявлено симптоматику середнього та високого рівня тяжкості посттравматичного стресового розладу, суб'єктивне погіршення самопочуття. 36,6 % учасників оцінили свій стан як нормальний та 12,1 зазначили, що почувають себе добре.

Особи, які не знаходились в зоні активних бойових дій, проявляють симптоматику посттравматичного стресового розладу та вказують на суб'єктивне погіршення психологічного стану.

Учасники дослідження відмітили з початком воєнного стану проблеми з концентрацією уваги (93,9 %), проблеми зі сном (84,8 %), виникнення відчуття постійної напруги (87,9 %).

Учасники дослідження пройшли через зміну життєвих цінностей (51,1 %) та втрату сенсу життя (30,3 %); 45% знаходяться на етапі переосмислення своїх життєвих орієнтирів та цілей.

Таким чином, отримані результати емпіричного дослідження свідчать про серйозні наслідки травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні (погіршення психологічного здоров'я та благополуччя).

Отже, гіпотеза дослідження підтверджена: існує залежність між переживанням травматичного досвіду війни та зниженням рівня психологічного благополуччя, кризовими переживаннями та порушеннями смислоутворення.

3. На основі теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження розроблено програму психологічної підтримки молоді з травматичним досвідом воєнного стану в Україні. В програмі використані науково обґрунтовані та емпірично підтверджені методи роботи з травматичним досвідом.

На основі проведеного дослідження отримано цілісне уявлення про наслідки травматичного досвіду воєнного стану. Підтверджено гіпотезу про те, що існує залежність між переживанням травматичного досвіду та утворенням психологічних розладів, формуванням криз та втрати сенсоутворення.

Результати дослідження свідчать про важливість розуміння психологічних наслідків воєнного стану та актуальність розробки ефективних програм психологічної підтримки та адаптації для молодих людей, які переживають драматичне сьогодення в Україні.

Здійснене наукове дослідження особливостей травматичного досвіду воєнного стану у молодих людей в Україні не вичерпує всіх аспектів зазначеної проблеми. Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення технік, які допомагають в роботі з травмою та втратою смислоутворення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко А. Ф. Психологія травми. Київ, 2016. - 288 с.
2. Буценко В. В. Травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі. / В. В. Буценко, І. Ю. Гончарук. // Український вісник психоневрології. – 2018. – №26. – С. 70–74.
3. Василюк Ф. Є. Психология переживания. / Ф. Є. Василюк. – Москва: Изд-во Московского университета, 1984. – 200 с.
4. Гільберг Є. О. Посттравматичний стресовий розлад: патогенез, клініка та терапія. Наукові праці: Психологія, – 2015. (9), 52-62.
5. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л.Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
6. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / А. В. Толстых (общ. ред. предисл.), А. Д. Андреева (пер.). - М.: «Прогресс», 1996. - 344 с.
7. Котигорошко, Н. М., Іванова, Г. Ю., & Максименко, С. Д. Особливості травматичного досвіду та стрес-реакцій у молоді в Україні. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – 2015, Серія 12: Психологічні науки, (42), 24-32.
8. Кузьменко О. В. Т-велика та Т-маленька травми: розрізнення понять та механізми розвитку. Клінічна та медична психологія, – 2017. (1), 21-26.
9. Кьюблер-Росс Е. О смерти и умирании: Вопросы, которых больше не избежать. – М.: Сфера, 2001.
10. Лазарус Р., Фолкман С. Стресс, оценка и совладание. М.: Педагогика, 1984.
11. Левітов, І. С., & Лазуренко, О. М. Травма як причина порушення ментального здоров'я в контексті терапевтичної практики. Український журнал клінічної та медичної психології, – 2019. 4(23), 126-135.

12. Лэнгле А. Травма и смысл. Против утраты человеческого достоинства // С собой и без себя. Практика экзистенциальноаналитической психотерапии: сб. статей. М.: Генезис, 2009. С. 163–187.
13. Маслоу А. Психология бытия. М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.
14. Мілютіна К.Л. Теорія та практика психологічного тренінгу: Навч. Посіб. – К.: МАУП, 2004. – 192 с. – С. 180-184.
15. Міщенко, Л. І. Порівняльна характеристика симптомів та особливостей течії посттравматичного стресового розладу при т-великій та т-маленькій травмі. Наукові праці: Психологія, – 2018, (15), 35-44.
16. Оцінка та ведення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом: Модуль посібника mhGAP з надання допомоги. – ВООЗ, 2016. – 17 с.
17. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2003.
18. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. М.: Прогресс, 1994. – 348 с.
19. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії – Львів: Колесо, 2011.
20. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь / М.Селигман. – М.: Альпина Паблишер, 2013. – 338 с.
21. Тедескі Е., Калхун Л. Посттравматичний ріст: сподівання на позитивні зміни після травми // Український вісник психоневрології. – 2004. – Т. 12, вип. 2 (41).
22. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу: Психолог у концтаборі. – Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2020. – 298 с.
23. Фромм Е. Мистецтво любові – Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2017. – 341 с.
24. Чепмен А. Х., Палмер Б. Кризи людського життя. Психосинтез і духовність. – Львів: Свічадо, 1999 – 398 с.
25. Ялом І. Екзистенційна психотерапія. - К.:Ніка-Центр, 2008. - 421 с.

26. Abdalla SM, Cohen GH, Tamrakar S, Koya SF, Galea S. (2021). Media Exposure and the Risk of Post-Traumatic Stress Disorder Following a Mass traumatic Event: An In-silico Experiment. *Front Psychiatry*.
27. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. (2013).— Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, — 992 p. — ISBN 978-0-89042-554-1. — ISBN 978-0-89042-555-8. — ISBN 0-89042-554-X. - doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
29. Beck A. (1997). The past and the future of cognitive therapy / A.Beck // *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. – Vol. 6. –P. 276–284.
30. Bremner, J. D. (2007). Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 30(6), 863-875.
31. Bremner, J. D., Narayan, M., Staib, L. H., Southwick, S. M., McGlashan, T., & Charney, D. S. (1999). Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156 (11), 1787-1795.
32. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
33. Brewin C.R., Andrews B. (2000). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), P.360–366
34. British Psychological Society. (2015). Viewing violent news on social media can cause trauma. *ScienceDaily*.
35. Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 301–328.

36. Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J., & Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 758-774.
37. Gavranidou M., Niemiec C.P. (2008). Survivor guilt: descriptions by survivors of a natural disaster // *Death Studies*. – Vol. 32. – P. 477-488.
38. Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature neuroscience*, 5(11), 1242-1247.
39. Haas M. (2015). *Bouncing Forward: Transforming Bad Breaks into Breakthroughs* /M.Haas. –Atria/Enliven Books. – 400 p.
40. Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
41. Hobfoll S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
42. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research: neuroimaging*, 191(1), 36-43.
43. Joseph, R. (1993). *The right brain and the unconscious: discovering the stranger within*. Plenum Publishing Group, New York, NY. - 418 p.
44. Koenen, K. C., Nugent, N. R., & Amstadter, A. B. (2009). Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: an update. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 416-426.
45. Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16 (17), 1893-1897.
46. Letica-Crepulja, M., Stevanović, A., Protuđer, M., Juretić, T., Rebić, J., & Frančišković, T. (2020). Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 12-15.

47. Linley P.A., Joseph S. (2004) Positive change following trauma and adversity: A review. – *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
48. McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3), 174-185.
49. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.
50. Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. W. W. Norton & Company, 567 p.
51. Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. W. W. Norton & Company, 357
52. Post-traumatic stress disorder. (2005). *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guidance* /National Institute for Clinical Excellence. – London.
53. Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research--past, present, and future. *Biological psychiatry*, 60(4), 376-382.
54. Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Göttingen: Hogrefe & Huber – *Journal of Traumatic Stress*.
55. Shalev A. (2011). *Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study* // *Arch Gen Psychiatry*.
56. Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press, 352 p.
57. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at ptsd.va.gov.

58. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD at ptsd.va.gov.
59. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
60. World Health Organization. (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress.
61. Van der Kolk, B. A. (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking. - 482 p.