

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психологічні особливості цивільних осіб, що перебували в
зоні бойових дій**

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 201
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Горелова Аліна Михайлівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К.ПСИХОЛ.Н.
(наукова ступінь, вчене звання)

Пономарьова Вікторія Костянтинівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по
батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ	5
1.1. Феномен психічної травматизації.....	5
1.2. Зона бойових дій як травмуюче середовище.....	10
1.3. Особливості психічного реагування у відповідь на травму.....	17
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ.....	24
2.1. Підходи до дослідження психічної травматизації.....	24
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	30
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	34
Висновки до розділу 2.....	60
РОЗДІЛ 3: РОБОТА ПСИХОЛОГА З ЦИВІЛЬНИМИ ОСОБАМИ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ	
3.1. Підходи до психологічної роботи з цивільними особами, що перебували в зоні бойових дій.....	63
3.2. Опис програми інтервенції.....	67
Висновки до розділу 3.....	73
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82

ВСТУП

Актуальність обраної теми обумовлена специфікою сучасного історичного періоду, який відрізняється підвищеною ризикогенністю факторів, сприяючих травматизації особистості та зниженням якості життя людини. До таких факторів відносяться: відносно нестабільна політична ситуація в країні та в світі, соціально-економічна невизначеність та тривога, екстремальні життєві ситуації (пандемія, війна, міграція). Так, екстремальні події на території України ставлять перед людьми тяжкі важковіришувальні задачі, пов'язанні з реалізацією своїх можливостей, розуміння самих себе та своїх місця та ролі у житті, ускладнюють їх соціально-психологічну адаптацію. Ці події піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки.

Проблемам екстремальної психології присвячено чимало наукових досліджень закордонних вчених, серед яких Бек Ульріх, Курт Левін, Бруно Беттельгейм, Пітер Зуедфельд та інші. Серед вітчизняних дослідників питанням екстремології присвятили свої дослідження О. В. Тімченко, О. П. Євсюков, А.С. Куфлієвський, Д.В. Лебедев, В.П. Садковий, О. О. Назаров, Л.А. Перелигіна, В.Є. Христенко та інші.

Вирішення цих проблем неможливо без дослідження та розуміння того, що трапляється з особистістю внаслідок впливу екстремальних подій, які в свою чергу можуть руйнувати особистість, вести до розвитку посттравматичного стресового розладу, а іноді і до стійких змін особистості. Крім того, зростає потреба у вдосконаленні поглядів на природу психотравми, а також специфіку психотерапевтичної роботи та профілактики психотравматизації з особами, які опинились в складній життєвій ситуації.

Саме тому обрана проблематика дослідження є вельми актуальною на теперішній момент.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості особистості

Предмет дослідження: психологічні особливості цивільних осіб, що перебували в зоні бойових дій

Мета дослідження: дослідити психологічні особливості цивільних осіб, що перебували в зоні бойових дій

Завдання:

1. провести аналіз наукової літератури з обраної теми;
2. організувати та провести емпіричне дослідження;
3. проаналізувати та проінтерпретувати отримані дані;
4. розробити та запропонувати програму психологічної інтервенції.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз літератури з обраної теми.
Емпіричні: Шкала оцінки впливу травматичної події, Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу та Шкала депресії Бека;
статистичні: метод математичної статистики (Jamovi).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Феномен психічної травматизації

Травматичні події, що є джерелом екстремального психологічного стресу, у суспільній свідомості поступово стають звичними фактами. Найбільш травмуючими психіку факторами прийнято вважати участь у військових діях, фізичне та сексуальне насильство, техногенні та природні катастрофи, тяжкі захворювання [1].

Поняття психічної травми вперше з'явилося у науковій літературі наприкінці XIX століття, а саме: теорія травми з'являється в 1893 році в «Попередженні» до «Дослідження істерії» Фрейда. Фрейд вказує, що у психіатрії термін «травматичний» передбачає, що «синдром» викликаний саме нещасним випадком», особливо якщо (при повторних атаках страждання) пацієнтом згадується «одне й те ж подія, яка спровокувала перший напад»; і в цьому випадку «причинно-наслідковий зв'язок цілком очевидний» [2].

До цієї ж теми у 1900 році звертається і Еміль Крепелін. Він розглядає проблематику психічної травми з тих самих позицій, як і Фрейд, у своїй роботі "Введення в психіатричну клініку" [25]. У цьому дослідженні Крепелін каже про існування двох категорій травми: "невроз переляку" і власне "травматичний невроз", хоча відмінності між ними невеликі.

Дональд Калшед, в свою чергу, констатує, що психічна травма викликається зовнішніми подіями [27]. Але потім починається внутрішня робота психіки, і цей процес має дуже специфічну динаміку: а) психіка трансформує зовнішню травму у внутрішню «самотравмуючу силу»; б) одночасно відбувається малігнізація, тобто «озлояківаність» захисту,

система самозбереження психіки перетворюються на систему її самознищення [42].

На тлі неухильного збільшення кількості досліджень, присвячених психічній травмі, зростаючій кількості технічних засобів для вивчення та обробки даних, дана проблематика залишається складною і недостатньо систематизованою [3]. Численність підходів і термінів ускладнює діалог представників різних напрямів психологічних і медичних наук, незважаючи на зростаючу актуальність психотравматології як практичної діяльності в усіх країнах. Психотравматизацію часто ототожнюють із такими поняттями, як стрес, психогенія, невроз. Для опису психотравматичних процесів у психологічній і психіатричній літературі використовується безліч понять, що призводить до того, що різні автори позначають одне й те саме явище в різних термінах і під тією самою концепцією часто маються на увазі різні значення [4].

Розглядаючи процеси психічної травматизації у межах поняття «стрес», психологи та психіатри використовують біологічну концепцію стресу, запропоновану Г. Сельє у середині ХХ століття. На його думку, стрес є неспецифічною відповіддю організму на будь-які пред'явлені йому вимоги довкілля. Кожна вимога у певному сенсі своєрідна та специфічна. Сутність стресу полягає у відповіді на неспецифічну вимогу, що пред'являється впливом як таким [5]. У свою чергу, сучасники Г. Сельє - психологи Р. Лазарус і С. Фолкман визначають стрес як реакцію людини на вимоги, які вона сприймає як обтяжливі або такі, що перевершують її особисті здібності. Таким чином, у сучасній психології важко знайти точне визначення психологічного стресу. Більшість досліджень ставлять знак рівності між стресом та психічною травмою [6].

Психіатр В. М. Кровяков поділяє патогенні фактори середовища на психічні травми та психогенії. Автор розуміє під психічною травмою гострі, раптові, травматичні дії з тяжкими наслідками (смерть чи догляд батька,

розлучення батьків, зґвалтування, інцест). Тривалий систематичний травмуючий психогенний вплив, що складається із серії потужних повсякденних дій у вигляді приниження, загроз, психічного тиску, які важливі для конкретної людини та викликають хронічні розлади, у дослідженнях В. М. Кровякова визначаються терміном «психогенія». Як психогенії автор розглядає страх дитини за життя батьків і його власне життя, обмеження контактів з однолітками, вимоги бездоганної поведінки, систематичні покарання за провини, конфліктні відносини між батьками, серйозну хворобу в батьківському будинку, пияцтво батька, нерозділене кохання, руйнування життєвих планів [7].

Г.К. Ушаков визначає психічну травму як внутрішній психічний конфлікт, який з'являється на соматично ослабленому (зміненому) ґрунті насамперед у преморбідно розташованих до психогеній осіб [16].

В.М. Мясіщев ділить психічні травми на об'єктивно-значущі та умовно-патогенні, підкреслюючи цим семантичну роль події. Під об'єктивно-значущими розуміються травматичні події, значущість яких можна вважати високою для переважної більшості людей (смерть лизького, розлучення, звільнення). Під умовнопатогенними розуміються травматичні події, викликають переживання з особливостей ієрархії цінностей людини [17].

Німецькі психологи Готфрід Фішер та Пітер Рідессер визначають травму як переживання невідповідності між загрозливими обставинами та індивідуальними можливостями впоратися з ними. Почуття безпорадності і незахищеності, що виникають при цьому, стають джерелом краху уявлень про себе і світ [50].

Ряд дослідників розглядають психотравму як незавершену дію. Наприклад, Пітер Левін пропонує інтерпретувати психічну травму як незавершену захисну реакцію, яка має інстинктивну основу у вигляді реакцій втечі або боротьби, яка виявляється на рівні тілесного реагування.

Травматичне заціпеніння потребує завершення незавершених соматичних реакцій, спричинених стресом [9].

Майже всі дослідники звертаються до розгляду причин та наслідків психотравми. Конкретні психологічні психотравми можна звести до відомої класифікації чинників розладу, запропонованої класиком американської психології З. Розенцвейгом. Це такі універсальні психотравматичні фактори, описані радянським ученим Н. Д. Левітовим [10]:

1. Позбавлення: зовнішні матеріальні, соціальні; внутрішні, пов'язані із психологічним самообмеженням, комплексами неповноцінності.

2. Втрата зовнішніх об'єктів чи внутрішніх ресурсів.

3. Конфлікти, які також можуть бути зовнішніми та внутрішніми.

М. Я. Тадевосян та С. Г. Сукіасян вважають, що загальні закономірності виникнення та розвитку посттравматичних розладів не залежать від того, які специфічні травматичні події викликали психологічні, психосоматичні та психопатологічні розлади. Згідно М. Я. Тадевосяну і С. Г. Сукіасяну, для виникнення та розвитку посттравматичних розладів у пацієнта події мають носити екстремальний характер, виходити за рамки звичайного людського досвіду та викликати сильний страх за життя, жах та почуття безпорадності [11].

Роботи сучасних дослідників, присвячені травмам, отриманим у ранньому дитинстві, ґрунтуються на теорії прихильності Дж. Боулбі. На сьогоднішній день налічуються десятки робіт, присвячених травмам, отриманим у дитинстві. Відповідно до концепції Р. Янофф-Бульман, базисні переконання про доброзичливість чи ворожість світу, його справедливість, а також про власне «Я», сформовані в перші роки життя людини, змінюються через травматичні події [12].

Спільною ж для всіх цих підходів є думка про те, що травматичне вплив може мати будь-яку зовнішню подію, яка виходить за рамки

звичайного людського досвіду і що травма виникає під впливом глибоко приголомшливих подій. Стресогенний фактор набуває травматичний характер, якщо його дія надзвичайно сильна, тривала або часто повторюється, перевищуючи адаптаційні можливості людини.

1.2. Зона бойових дій як травмуюче середовище

За даними UNICEF (1986), якщо в період Першої світової війни 5% всіх жертв склали цивільні особи, то вже під час Другої світової війни частку мирного населення припадало 50 % усіх жертв війни. За період в'єтнамської війни цивільні особи склали 80% всіх жертв, а наступних війнах вже понад 90 % всіх жертв становить мирне населення. Побоюючись за своє життя, громадянське населення змушене спішно покидати місця постійного проживання, що також викликає психотравмуючі переживання. Екстремальність ситуації породжує різні реакції на стрес, які при певних умовах можуть стати патологічними

Бойова ситуація в умовах війни та збройних конфліктів є однією із найважчих серед травмуючих факторів для людини. Дані потрясіння вимагають від людини вести себе за правилами воєнного часу, занурюючи її в життєву ситуацію з особливою ціннісно-смісловою системою та життєвими пріоритетами, коли такі поняття, як життя та смерть, набувають особливо важливого значення.

Участь у війні, знаходження людини у зоні бойових дій, у полоні чи на окупованій території – це постійна загроза смерті та смерті близьких людей, найважчі фізичні пошкодження та поранення, загроза втрати та втрата волі, моральні та фізичні приниження, матеріальні позбавлення, зустріч із зрадою, насильством, порушенням законності, справедливості, знищення поваги до людської гідності.

Особливо руйнівні наслідки для психіки людей має перебування у полоні, концтаборах. З 85 людей, що вижили, зі 100 страждають хронічною стомлюваністю, агресивністю, депресією, ослабленням пам'яті, гіперактивністю, ослабленням здатності до концентрації уваги, алкоголізмом, нічними кошмарами, фобіями, підозрілістю, схильністю до суїцидів [23].

За даними різних авторів, клінічно оформленими ПТСР страждають від 12,5 до 44,0 % учасників бойових дій, тоді як часткові його ознаки у віддаленому період виявляються в 63,0-91,5% випадків, супроводжуючись нерідко відхиляється формами поведінки. Так, до початку 1990-х років. близько 100 тис. в'єтнамських ветеранів скоїли самогубство, при цьому близько 40 тис. вели «замкнутий» спосіб життя. Серед даної категорії ветеранів було відзначено високий рівень актів насильства, неблагополуччя сфері сімейних відносин та соціальних контактів. Було також показано, що відсоток ПТСР серед поранених та інвалідів значно вищий (до 42 %), ніж серед фізично здорових комбатантів (від 10 до 20%).

Сучасні методи ведення бойових дій ведуть до утворення стресового стану у учасників цих конфліктів. Передбачається, що ведення бою в сучасних умовах - це не тільки узгоджені за метою, місцем та часом дії та маневри, але перш за все, жорстоке протистояння цілеспрямованих людей: мислячих, які відчують, мотивованих особистими переконаннями, що володіють волею, вміннями та навичками.

Слід наголосити, що серед різних воєнних факторів найбільший вплив на психіку людини мають соціальні та психофізіологічні підстави змін особистості. Тяжкі психологічні порушення найчастіше відбуваються у осіб із низьким рівнем врівноваженості нервової системи, у яких відсутня стресостійкість. Такі учасники подій найчастіше стикаються з психологічним та емоційним вигоранням [13].

Виходячи з того, що перебування в зоні бойових дій є наслідком переживання індивідом екстремальної ситуації, важливо розглянуто, що саме входить до поняття «екстремальна ситуація» та який вплив вона має психоемоційну сферу особистості.

Екстремальними найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю та життю людини. Більш точно екстремальні ситуації можна визначати як несприятливий, складний стан умов людської

життєдіяльності, які отримали для окремої особи або групи осіб особливе значення; це об'єктивно складні умови діяльності, сприймаються та оцінюються як напружені та небезпечні. Це зовнішній об'єктивний бік проблеми.

Суб'єктивні екстремальні ситуації набувають форми екстремальності—особливого стану людської психіки викликаного незвичайними або екстраординарними умовами, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість [14]. У психології екстремальними називають ситуації небезпечні для життя здоров'я та благополуччя значних груп населення, зумовлені стихійними лихами катастрофами аваріями або застосуванням противником у разі війни різних видів зброї, що викликає реакція організму та особистості, що знаходяться на межі патологічних порушень. М. А. Кремень, порівнюючи екстремальні ситуації з нормальними, відзначили відмінність перших у відсутності планування та включення в інформаційний потік стрес-фактора невизначеності інформації, що призводить до двох негативних наслідків. Перший фактор полягає в тяжкості привиду та управління подіями, які виникли, оскільки особистість залишається поза ситуацією, яка керує нею, отже, їй потрібен час для включення оперативного мислення, щоб вибрати правильне рішення. Другий фактор-помилковість у використанні відпрацьованих операцій, які є ефективними умовами стереотипних дій, оскільки спочатку необхідно звертати увагу на визначення причин виникнення екстремальної ситуації [13].

Екстремальна ситуація може мати різні форми прояви: зниження організованості поведінки., гальмування процесів і руху. Екстремальна ситуація може бути швидкоплинною або тривалою.

Проблема екстремальних ситуацій, в яких особистість повинна діяти нестандартно, з урахуванням дефіциту часу інформації, підвищеної

напруженості розглядається в психології в рамках стресу, психологічних захистів, емоційних перевантажень осіб, що потрапив в екстремальну ситуацію. Індивід намагається придушити її вплив, і він змушений розділяти дійсність на дві різні, але внутрішні пов'язані категорії - звичайну та екстремальну. Це два життєві світи, в яких змушена існувати особистість. Виникає питання у чому ж відмінність цих двох світів для особистості [15].

Як зазначає Куфлієвський А.С.: «Основною проблемою емоційної стійкості є адаптація. Психічна переадаптація в екстремальних умовах, дезадаптація і реадаптація до звичайних умов життя підпорядковуються закономірному чергуванню цих етапів.

Однією з умов переадаптації в обставинах, пов'язаних із загрозою для життя, є високий ступінь готовності до моментальної дії при виникненні несподіваної ситуації. На рубежі психологічного бар'єра, що долається, людина перебуває у стані психологічного напруження, яке обумовлюється необхідністю вольовим зусиллям придушити підкоркові емоції. Емоції регулюють діяльність людини і впливають на неї в залежності від характеру та інтенсивності емоційних переживань» [40].

В. І. Медведєв вважає, що відправною характеристикою екстремальної ситуації є модель «життя - смерть», що знаходиться в її основі, тобто поняття смерті перетворюється з філософської категорії в життєву реальність, вона постає перед особистістю як реальний внутрішній світ її життєдіяльності, з'їдаючи сформоване почуття безсмертя, не вразливості, те, що людину супроводжує у звичайному житті. У звичайному житті людина визнаючи факт смерті не думає про неї постійно і намагається витіснити її, визнаючи себе безсмертним [18].

Б. С. Братусь, вивчаючи особливості особистості в екстремальних ситуаціях, висловив таку думку що якщо вважати єдність психіки, то патологія відбувається не через те, що поряд із нормальними, починаю діяти суто екстремальні механізми, а через те, що, загальні психологічні

механізми починають перекручуватися, функціонуючи в особливих екстремальних умовах, згубних умовах [26].

Такі зміни часто вказують люди, які бувають в екстремальних ситуаціях. Особистість визначає зв'язок між травматичними подіями і психічною поведінкою, а особистісні особливості починають змінюватися чи деформуватися. Формуванням екстремального досвіду залежить від самої ситуації, від її глобальності, від жертвовності, передбачуваності чи навпаки [16].

Екстремальна ситуація часто супроводжується наявністю ціннісних протиріч. Ці суперечності виявляються в тому, що в звичайній ситуації у особи є стійкі життєві цінності, які необхідно змінити в екстремальній ситуації [19]. Найчастіше така швидка зміна цінностей невіддільна особистості, в результаті виникає всередині особистісний конфлікт.

Е. Еріксон у своїх дослідженнях зазначає, що особистість, яка зазнала на собі екстремального впливу, піддається кризі ідентичності він вважає що особистість втрачає саму себе, самоцінність у звичайному житті, «немає відчуття життя». Це проявляється у порушенні здатності особистості брати участь у складних соціальних взаємодіях, у яких відбувається реалізація людської особистості та підтвердження ідентичності. Важливу роль у втраті ідентичності відіграє соціум, у якому відсутня процедури повернення особистості з екстремальних ситуацій та процедури з входження до них [20]. В результаті виникає прірва між «входом» і «виходом», «розлукою» і «зустрічню».

Здобувши досвід екстремальної ситуації людина, стоїть перед вибором прогрес чи регрес особистості. При прогресивних намірах особистість рухається далі, відбувається її сама актуалізація, а при регресії формується комплекс жертви, розвивається посттравматичний стресовий розлад і комплекс неефективних для особистості психологічних захистів.

Тривале та часте перебування в екстремальній ситуації обов'язково супроводжується змінами структурної організації особистості. По-перше, відбувається посилення інтенсифікації властивостей, що сприяє успішному здійсненню діяльності, по-друге, відбувається руйнування структур, що не беруть участь у цьому процесі, якщо ці зміни порушують цілісність особистості – це адаптивність і стійкість, то їх слід розглядати як деформації ідентичності. Деформація особистості в екстремальній ситуації може виявлятися на рівнях:

1. Глобальна деформація, що характеризує однотипний комплекс змін особистості у всіх осіб, що займаються даною діяльністю.

2. Типова деформація, що відбувається при об'єднанні особистісних характеристик із взаємовідповідними структурами діяльності у поведінкові комплекси.

3. Специфічна деформація, що утворюється під час виконання специфічної задачі.

4. Індивідуально особистісна деформація, яка зачіпає особистісну цілісність та характеристики, зовні пов'язані з діяльністю [21].

У будь-якій постекстремальній ситуації існують і ті, хто успішно подолав негативні наслідки переживання стресу навіть після участі в травматичній події зумів здобути позитивний особистий досвід. У літературі вказується, що травматичний досвід сприяє особистісному зростанню та підвищує самоповагу, активізуючи процес переоцінки цінностей та формування нових корисних форм поведінки [22].

Таким чином, екстремальна ситуація — це несподівана незапланована позаштатна ситуація, яка різко порушує та ускладнює виконання професійних завдань та загрожує життю чи успішному виконанню діяльності; екстремальна ситуація може мати різні форми прояву: зниження організованості поведінки; гальмування дій та руху;

підвищення ефективності діяльності. Екстремальна ситуація часто супроводжується наявністю ціннісних протиріч.

Війна як психічна травма впливає не лише на її учасників чи мирне населення, що відправляють своїх близьких на смерть, переживають війну на окупованій території. Війна як психічна травма передається наступним поколінням шляхом трансгенерації. Люди, які зіткнулися з війною, змушені захисно відключати свої почуття, і вони можуть дати дітям повноцінний психологічний контакт.

1.3. Особливості психічного реагування у відповідь на травму

Психічна травма визначається як екстремальна критична подія у житті людини, як ситуація загрози фізичної чи психічної цілісності її самої чи осіб її найближчого оточення, яка має потужний негативний вплив на психіку і вимагає від неї екстраординарних зусиль для подолання наслідків такого дії [24].

В даний час наслідки психологічної травми вивчаються та описуються багатьма дослідниками протягом століть, протягом яких вплив психологічної травми - звичайна справа. Крім того, важко переоцінити її наслідки для постраждалих людей та спільнот. Очевидно, що люди, які зазнали різних видів нападів, бойових дій, стихійних лих і автомобільних аварій, особливо схильні до ризику емоційного дисбалансу, що зберігається. Характеристика травми, яка була відповідальна за дистрес, та відносний внесок травми порівняно з існуючими особистісними особливостями людей досі є предметом суперечок серед дослідників та клініцистів. Попередні дослідження фокусувалися на тому, як впливають великомасштабної військової дії або катастрофи, такі як повені, пожежі та ін. на формування травми. Більш ранні діагностичні інструменти створювали фікцію, що підвищений рівень психологічного впливу може бути результатом травми, які зазвичай не є частиною рутинного життя більшості людей. Сучасні дослідження значною мірою відмовилися від цього. [41]

Більш ранні дослідження також вказували на те, що у кожної людини, яка зазнала ситуації, що травмує, будуть розвиватися серйозні проблеми з психічним здоров'ям. Нещодавнє дослідження, проведене серед населення Шрі-Ланки, продемонструвало відносний вплив травматичного досвіду та щоденних стресових факторів на психічне здоров'я [42].

У ході великої дослідницької роботи було доведено, що багато людей спочатку відчувають сильний стрес після травми. Однак лише у небагатьох з них розвиваються тривалі розлади психічного здоров'я.

Наприклад, сексуальне насильство у дитинстві дуже часто розглядається як найсильніший травматичний стресовий фактор, який зазвичай добре вивчений. Очевидно для більшості людей, які пережили сексуальне насильство в дитинстві, сама подія є психологічним дистресом у дорослому житті [19]. Отже, у більшості жертв психологічний дистрес, пов'язаний з травматичним стресом, проходить відносно швидко.

Також на підтвердження того що у більшості людей, які зазнали впливу серйозних подій, не розвивається розлад необхідно навести результати, отримані внаслідок великих епідеміологічних досліджень жертв стихійного лиха.

У 2000 році Нідерланди зіткнулися з катастрофічним вибухом контейнера для феєрверків у центрі району. Серед мешканців було проведено комплексне поздовжнє дослідження. У ході дослідження реакцій після катастрофи [46] було встановлено, що більшість жителів страждали від різних серйозних симптомів (особливо депресії, страхів, повторних переживань, фізичних симптомів) у перші 2-3 тижні після вибуху. Щонайменше 87% постраждалих мешканців зазнавали сильних переживань у перші тижні після катастрофи.

Ці реакції можна вважати функціональними та нормальними, як це було ясно показано в теорії емоцій. Люди бояться, що це станеться знову. Вони більше не почуваються у безпеці і постійно побоюються небезпеки. Вони зляться через нехтування з боку відповідальних органів або відчувають гнів у бік злочинця. Вони легко дратуються на зауваження інших людей. Вони звинувачують себе за те, що опинилися поруч у момент катастрофи або не зробили нічого, щоб запобігти ситуації. Вони відчувають розпач через смерть близьких та втрату матеріальних благ. Їм здається, що

інші люди не розуміють їх біди та горя, і вони почуваються відчуженими від оточуючих. Тим не менш, інтенсивність і частота цих болісних та хворобливих реакцій не досягає рівня розладу.

Однак це не означає, що вони не страждатимуть від симптомів та труднощів. Більшість людей будуть відчувати такі реакції, як нав'язливі думки, кошмари, реакції переляку та заціпеніння (14). Дослідники все ще намагаються з'ясувати, які фактори відповідають за стійкість чи вразливість після травми.

Хоча DSM-5 визнає можливість виникнення гострого стресового розладу у перші дні після події, діагноз, який перетинається з ПТСР, він рідко використовується у клінічній практиці, а також у дослідженнях. Пацієнти з гострим стресовим розладом (ГСС) зазвичай повідомляють про оніміння, проблеми з пам'яттю, сном і концентрацією уваги, дратівливість, страхи або тривогу, а також про часті повторні переживання події. Корисність класифікації гострого стресового розладу як класифікації викликає суперечки у літературі (17). Різниця між нормальною реакцією на важливу життєву подію та ПТСР, крім тимчасового критерію (ГСС може використовуватися лише для порушень у перші 4 тижні після пережитої події), ще не підтверджена належним чином.

Якщо казати про посттравматичний стресовий розлад, то емоційна реакція людини у момент травми є найкращим предиктором посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Galatzer-Levy та ін. спробували продемонструвати це за допомогою використання технологій машинного навчання для прогнозування фактора посттравматичного стресу та повторного дослідження кортизолу у прогнозуванні та визначенні шляхів розвитку ПТСР, що не ремітує [43]. Кращим предиктором ПТСР є попередня історія тривожних розладів або депресії, у той час як третім предиктором можна вважати стрес після травми, пов'язаний з фінансовими проблемами, низьким рівнем соціально-економічної підтримки, хронічного

болю і т.д., матеріальні збитки внаслідок травми, наприклад, як пошкодження власного автомобіля, зазвичай займають далеке четверте місце у передбаченні того, у кого може розвинути ПТСР. Більшість людей, які страждають від ПТСР, також схильні до депресії та інших тривожних розладів, таких як генералізований тривожний розлад, панічні розлади [44]. Вживання алкоголю та зловживання наркотиками також часто зустрічається після психологічної травми. Нещодавні дослідження показали, що психологічна травма, ПТСР та депресія значно впливають на загальний стан здоров'я, фізичне самопочуття та використання медичної допомоги. Справедливо буде сказати про те, що психологічна травма може зробити людину фізично хворою. Психологічна травма не тільки відповідальна за розвиток різних типів психічних розладів, а й може бути наслідком таких проблем [45].

Травматична подія може знову відчуватися у різних формах. В основному, це відбувається у формі повторюваного і тривожного спогаду або лякаючого сну, що повторюється протягом декількох секунд, годин або навіть днів. Протягом цього періоду травматичне подія переживається наново. Жертва поводитиметься так, як у той момент, коли подія сталася. Вона страждає від сильного дистресу, при якому присутня надмірна реакція фізіологічних функцій, якщо жертва зазнає впливу події, що спричинила травму, або аналогічного стану, або навіть речі, що нагадує їй пережиту подію.

Після травматичного досвіду світ перестає мати сенс. Уже в 1940-х роках психіатр і людина, яка пережила концтабір, Віктор Франкл заявив, що пошук сенсу грає вирішальну роль в адаптації до загрозливих подій [47]. Когнітивні підходи до травми стверджують, що успішне оброблення травматичного досвіду відбувається, коли нова інформація (наприклад, наслідки травматичного досвіду) осмислюється в існуючі структури або моделі. Неуспішна переробка відбувається, коли пов'язана з травмою

інформація не інтегрується в існуючі переконання щодо самосприйняття та світогляду . У ситуаціях з низьким рівнем контролю, які не піддаються прямому відновленню або вирішенню проблем, таких як травма, втрата та серйозна хвороба, створення сенсу часто є найбільш адаптивною стратегією. Сенс може бути створений шляхом відповіді на питання, чому сталася подія і чому вона сталася з людиною. Його також можна операціоналізувати як розгляд того, як змінилося життя людини в результаті події, та оцінка того, наскільки вона "осмислила" цей досвід. Результати досліджень показали, що ці два процеси – пошук причини екстремальної події та пошук особистої користі у травматичному досвіді – відіграють незалежну роль в адаптації після травм. Тому спроба знайти сенс проявляється двояко: у пошуку відповіді питання, чому це сталося, і навіть у переосмисленні своїх установок і пріоритетів, щоб перебудувати своє життя більш задовільні рейки [48].

Висновки до розділу 1

Провівши аналіз літератури з обраної тематики, можна прийти до наступних висновків. Психологічна травма – це шкода, яку завдано психічному здоров'ю індивіда після посиленого впливу стресових, гостроемоційних впливів або несприятливих факторів на психіку.

Найбільш травмуючою та серйозною подією для психіки та душевної рівноваги завжди є загроза смерті, для кого б ця загроза не призначалася: комусь із близьких особи чи їй самій. Іноді травмуючою подією для психіки стає загроза смерті навіть незнайомим особистостям. Не меншу шкоду завдає почуття сильного страху, безпорадності та безсилля. Особливість багатьох подій, що травмують, виявляється в тому, що їх вкрай складно і часто неможливо передбачити і взяти їх під контроль.

Найчастіше до емоційних симптомів, які можуть з'явитися після травмуючої події включають: шок, втрату віри, лють, стрибки настрою, роздратування, самозвинувачення, переживання провини, відчуття кинутості і сорому, відчуття безвиході і туги, порушення концентрації, розгубленість, тривогу, страх, замкнутість.

До фізичних симптомів, якими може страждати особа відносять: похливість, безсоння та нічні кошмари, серцебиття, хронічні та гострі болі, підвищену стомлюваність, порушення уваги, метушливість, м'язову напругу.

Перебування в зоні бойових дій є досвідом перебування у екстремальній ситуації. Так, здобувши досвід екстремальної ситуації перед цивільними особами стоїть вибір прогрес чи регрес особистості. При прогресивних намірах особистість рухається далі, відбувається її сама актуалізація, а при регресії формується комплекс жертви, розвивається посттравматичний стресовий розлад і комплекс неефективних для особистості психологічних захистів.

У ході аналізу літератури було з'ясовано, що більшості осіб спочатку відчувають сильний стрес після травми. Однак лише у небагатьох з них розвиваються тривалі розлади психічного здоров'я.

Війна як психічна травма впливає не лише на її учасників чи мирне населення, що відправляють своїх близьких на смерть, переживають війну на окупованій території. Війна як психічна травма передається наступним поколінням шляхом трансгенерації. Люди, які зіткнулися з війною, змушені захисно відключати свої почуття.

РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Підходи до дослідження психічної травматизації

Діагностика ПТСР, який може мати наслідки для психічного здоров'я, проводиться за допомогою комплексу клініко-психологічних методик, травмована особа, зазвичай, не розуміє взаємозв'язок наявних у неї симптомів з травматичним впливом. У багатьох випадках, наслідки психічної травматизації проявляються декількома шляхами: це думки, переживання, які є нав'язливими та нагадують подію, що травмувала особистість та всіляке уникання цих нав'язливих. Виходячи з цього і з'являється мета психологічної діагностики і корекції - допомогти травмованій особі зрозуміти зв'язок причин і симптомів, які є наслідком травматичного досвіду.

Під час проведенні диференційної діагностики необхідно мати на увазі, що у травмованого індивіда поряд із клінічною картиною ПТСР досить часто мають місце порушення, що можуть бути віднесені до інших психічних розладів. В таких випадках мова йде про коморбідну патологію. Доволі часто спостерігається поєднання ПТСР із депресіями, різними формами хімічної залежності, панічними, obsесивно-компульсивними та тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою і т.д. Тому слід пам'ятати, що такі обставини повинні враховуватися не тільки при постановці діагнозу і проведенні диференційної діагностики, але й при призначенні медикаментозного і психотерапевтичного лікування [28].

Першим етапом діагностики ПТСР має бути встановлення в анамнезі факту переживання психотравмуючої події. Згодом проводяться клініко-психопатологічні і психодіагностичне дослідження.

При діагностиці ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних

методик. Так, для діагностики посттравматичного стресового розладу може бути використаний приведений нижче інструментарій, а саме:

- Шкала для самооцінки ПТСР (PCL). PCL – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів – ознак ПТСР.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця.

Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL –M - це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL- S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL є достатньо гарним діагностичним інструментом.

- Пенсільванський опитувальник посттравматичного стресу Пенсільванський опитувальник (Penn Inventory for Posttraumatic Stress) був розроблений Хеммербергом і містить 26 пунктів. Психометричні характеристики перевірялися на людях, які пережили множинні травми, і його специфічність порівнянна зі специфічністю Миссисипської шкали, а сензитивність трохи нижче.

Формат відповіді, передбачає вибір однієї позиції з чотирьох, яка найкращим чином характеризує ступінь, частоту або інтенсивність прояву своїх почуттів протягом останнього тижня. Опитувальник не оцінює всі 17 DSM симптомів ПТСР і включає в себе елементи, які безпосередньо не пов'язані з критеріями DSM. Даний опитувальник показує загальний бал (в межах від 0 до 78), що відображає тяжкість ПТСР.

- Опитувальник симптомів ПТСР був розроблений дослідниками Національного Центру ПТСР в Бостоні, він існує в двох версіях: одна для цивільних осіб, інша для військових. Шкала містить 17 пунктів, що містять діагностичні критерії по DSM, які оцінюються за 5-бальною шкалою Ренсіса Лікерта [43].

- Шкала дисоціації. Опитувальник призначений для надійної, валідної і зручною кількісної оцінки диссоціативних переживань. Шкала являє собою опитувальник самозвіту для вимірювання дисоціації як постійної риси. В інструкції респондента просять оцінити частоту переживання того чи іншого диссоціативного феномена. У тому випадку, коли респонденту з тих чи інших причин важко читати, допускається читання інструкції дослідником, який потім допомагає респонденту зробити відповідну оцінку в бланку. Методика може бути використана для оцінки диссоціативних феноменів на неклінічну популяцію. Вік респондента не повинен бути менше 18 років [29].

- Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS). Застосовується для клінічної діагностики рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти її проявів. CAPS дає можливість оцінити тяжкість ПТСР не тільки протягом останнього місяця, а й протягом усього посттравматичного періоду в цілому.

Слід пам'ятати, що час розгляду кожного симптому - 1 місяць. За допомогою шкали визначається частота виникнення досліджуваного симптому протягом попереднього місяця, а потім оцінюється інтенсивність його прояву. Ключові моменти можуть бути зачитані консультантом, це дозволить отримати коректні оцінки. Оцінка частоти > 1 і оцінка інтенсивності > 2 , можуть говорити про наявність симптому [29].

- Шкала оцінки впливу травматичної події. Дозволяє оцінити реакцію на надзвичайну, психотравмуючу подію, виявляє вираженість тенденцій «уникнення», «вторгнення» і «фізіологічної збудливості» при переживанні

травматичної події. «Вторгнення» - включає нічні кошмари, нав'язливі відчуття, образи чи думки. «Уникнення» - це спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з подією, зниження реактивності. Шкала «фізіологічна збудливість» відображає такі симптоми гіперзбудження, як злість, дратівливість, проблеми з концентрацією, безсоння [29].

- Метод структурованого клінічного інтерв'ю включає низку діагностичних модулів. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального опитування комбатанта на першому етапі дослідження. Існують різні модифікації, в тому числі і неклінічні. Одна з них це інтерв'ю для діагностики ПТСР у ветеранів війни – SCID-NP-V [30].

- Опитувальник травматичного стресу застосовується для оцінки вираженості симптомів пост стресових розладів у комбатантів на основі критеріїв DSM-4.

Опитувальник складається з інструкції та 110 тверджень. Комбатанту пропонується за допомогою 5-бальної шкали оцінити кожне твердження в залежності від його відповідності власному стану. 56 тверджень являються ключовими для оцінки прояву симптомів ПТСР, 15 – входять в додаткову шкалу депресії, 9 – складають оціночні шкали «брехні», «агравачії», «дисимуляції», які дозволяють контролювати ступінь щирості досліджуваного [30].

- Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події. Методика дозволяє встановити наявність у комбатанта ПТСР за проявом однієї з двох тенденцій: вторгнення чи уникнення. Шкала містить 22 твердження, які дозволяють встановити ступінь прояву зазначених тенденцій протягом останніх семи днів. Оцінка проводиться самим досліджуваним і передбачає варіанти «зовсім ні», «дуже рідко», «іноді», «часто» [30].

- Додаткова шкала PTSDMMPI. Шкала була емпірично валідізована на групах з клінічно підтвердженим діагнозом ПТСР та «норми».

ПТСР встановлюється при значеннях шкали > 30 стандартне відхилення. Також характерно підвищення основних шкал $F > 60$, $D > 78$, $Sc > 79$ [4].

- Міссісіпська шкала має необхідні психометричні властивості, гарні диференціально-діагностичні можливості, високий підсумковий бал за шкалою, добре корелюється з діагнозом ПТСР [30].

- Опитувальник депресивності Бека використовується для оцінки депресивних симптомів. Сьогодні опитувальник широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях та в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії. Чисельні дослідження поведінки комбатантів у В'єтнамі та Кореї показали, що рівень депресивності за методикою у ветеранів з ПТСР був значно вищим, ніж у здорових респондентів [30].

- Методика діагностики суб'єктивного контролю Дж. Роттера, використовується для діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК). РСК є характеристикою, що визначає ступінь незалежності людини, її самостійності, відповідальності й активності в досягненні цілей [30].

- Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова дозволяє визначити ступінь вираженості (глибини, тяжкості) депресивного стану комбатанта, головним чином тужливої або меланхолійної депресії, на момент обстеження. Методика передбачає кілька варіантів стану в залежності від кількості набраних балів: а) депресія відсутня; б) депресія мінімальна; в) легка депресія; г) помірна депресія; д) виражена депресія; е) глибока депресія [31].

- Клінічна шкала тривоги та депресії розроблена для оцінки характеру та глибини емоційних розладів у осіб, які не страждають психічними захворюваннями, та є методом експрес-діагностики станів тривоги та

депресії. Шкала дозволяє виокремити три рівні розладів: «норма», «граничні стани», «хвороба». Позитивними сторонами методики є простота, інформативність та позитивне сприйняття пунктів опитувальника більшістю досліджуваних. Шкала може неодноразово використовуватися, що дозволяє оцінювати динаміку стану при проведенні психокорекційної роботи [45].

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Для отримання емпіричних даних було проведено інтернет по трьом методикам: Шкала оцінки впливу травматичної події (скор. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R), Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory).

Шкала оцінки впливу травматичної події – клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх виразності.

Психометрична перевірка та результати проведених досліджень дозволяють стверджувати, що модифікована шкала IES-R є надійним та валідним інструментом для виявлення у випробуваних несприятливих емоційно-особистісних особливостей, що розвинулися як наслідок суб'єктивного сприйняття загрози.

Опитувальник призначений для вивчення наявності, ступеня виразності та симптоматичної структури посттравматичного стресового розладу. Шкала зарекомендувала себе як надійний, валідний інструмент, що пройшов крос-культурну апробацію. Шкала може бути включена в батарею психодіагностичних методик для роботи з особами, які мають або підозрюють ПТСР.

ШОВТС складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічна збудливість». Кожен пункт оцінюється як "ніколи" (0 балів), "рідко" (1 бал), "іноді" (3 бали) або "часто" (5 балів). Усі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів.

Шкала депресії Бека — це методика запропонована А.Т. Беком в 1961 р. і розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та скарг, що найбільш часто пред'являються пацієнтами. Після співвіднесення

цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, що відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжировані зі збільшенням питомого вкладу симптому у загальну міру тяжкості депресії. Шкала депресії Бека має дві субшкали: когнітивно-афективну субшкалу (С-А) та субшкалу соматичних проявів депресії (S-P).

Для виявлення впливу стресу на людину та рівня її адаптації/дезадаптації до нього застосовується Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій. Шкала існує в двох формах – цивільний та військовий варіанти. Цивільний варіант складається із 39 тверджень, кожне із яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Р. Лікерта. Оцінка результатів здійснюється за сумою балів усіх тверджень. Цей підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу травмивного досвіду (розлад адаптації), перенесеного індивідом. Пункти опитувальника 1,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,20,21,23,25,26,28,29,31,32, 33, 35 мають пряму шкалу оцінювання, а пункти 2,6,11,17,19,22,24,27,30,34 –зворотну. Питання, що містяться в опитувальнику, діляться на 4 групи (кластери), три з яких співвідносяться з критеріями DSM. А саме: 11 питань спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 15 – визначають симптоми уникнення і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості (гіперактивації). Останні п'ять питань слугують для виявлення відчуття провини і суїцидальності. Як показали дослідження, Міссісіпська шкала посідає необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом "посттравматичний стресовий розлад" (2; 3; 4; 5; 7) та досить точно виявляє рівень адаптації/дезадаптації до травмивної події. При цьому слід підкреслити, що термін «розлад адаптації» не є медичним діагнозом, а лише специфічною дефініцією для оцінки

ступеню виявлення посттравматичних реакцій, прийнятою для інтерпретації результатів, отриманих за допомогою «Міссісіпської шкали».

Вибірку для опитування склали дві групи, кожна по 30 осіб. Перша група – це особи, що перебували в зоні бойових дій на початку 2014 року та згодом переїхали на безпечну територію. В цю групу входять 17 жінок та 13 чоловіків, віком від 22 до 33 років, що перебували на території зони бойових дій (зони АТО) різний проміжок часу (від 1 до 4 років) та зараз проживають на безпечній території.

Відповіді стосовно освіти були такими: дев'ятнадцять осіб мають повну вищу освіту (63%), у восьми досліджуваних незакінчена вища освіта (26,7%), п'ять осіб мають середню спеціальну освіту (16,7%), одна особа має середню освіту (1,33%) та одна особа з двома повними вищими освітами (1,33%).

Що стосується сімейного стану першої групи: чотирнадцять досліджуваних перебувають у шлюбі (47%), шість досліджуваних не мають відносин (20%), шість осіб перебувають у цивільному шлюбі (20%), три особи мають стосунки, але не проживають разом (10%), одна особа у розлученні (3%) та одна особа вибрала серед пропонованих варіантів «інше» (3%).

Друга група – це особи, що перебували на території України 23.02.2022 року, тобто під час початку війни Росії проти України. В цю групу входять 19 жінок та 11 чоловіків віком від 22 до 33 років.

Характеристики сімейного стану другої групи досліджуваних наступні: 11 осіб перебувають у цивільному шлюбі (36%), 6 осіб перебувають в офіційному шлюбі (20%), 7 осіб мають відносини, але не проживають разом (23%), 4 особи не мають відносин (13%), та 2 особи у відповідь на запитання про сімейний стан обрали пункт «інше» (2%).

Що стосується освіти другої групи: 21 особа має вищу освіту (70%), 5 осіб мають незакінчену вищу освіту (17%) та 4 особи мають декілька вищих освіт (13%).

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Перш ніж ми перейдемо до більш детального аналізу, слід провести аналіз надійності трьох методик, які ми використовували в дослідженні. В даному випадку це необхідно для того, щоб перевірити, що однакові питання викликають однакову реакцію тобто: випробувані правильно розуміли питання, випробувані відповідали осмислено, а не автоматично, чи не було тих хто відповідав не замислюючись. Вся робота по аналізу даних буде проходити за допомогою програми статистичної обробки «Jamovi».

Для початку перевіряємо надійність та узгодженість методик, які ми використовували для першої групи досліджуваних (переселенців з зони АТО). Для методки «Шкала оцінки впливу травматичної події» в ході проведення аналізу було отримано наступні показники: α -Кронбаха = 0.935 та ω -Макдональдса = 0.938. Для методики «Шкала депресії Бека» було отримано такий результат: Кронбаха = 0.929 та ω -Макдональдса = 0.932. Робимо висновок, що шкали по двом методикам, які були використані для першої групи досліджуваних є достатньо узгодженими, досліджувані відповідали свідомо, однакові запитання викликали однакову реакцію.

Переконавшись, що шкали узгоджені, вважаємо за необхідне перейти до описової статистики.

Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події» (максимальний можливий показник 110 балів) має три пов'язанні між собою субшкали: субшкала «вторгнення» (максимальний можливий показник 35 балів), субшкала «уникнення» (максимальний можливий показник 40 балів) та субшкала «фізіологічна збудливість» (максимальний можливий показник 35 балів).

Середні показники отримані внаслідок опитування першої групи (переселенці з зони АТО) за інтегральною шкалою методики «Шкала

оцінки впливу травматичної події» та для її субшкал мають наступні показники:

- 1) для субшкали «вторгнення» середнім показником є 12,5 балів;
- 2) для субшкали «уникнення» середнім показником є 12,6 балів
- 3) для субшкали «фізіологічна збудливість» середнім є показник 10,6 балів;
- 4) Середнім показником для всієї методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» є 35 балів.

Отже можна зробити висновок про те, що середні показники по субшкалах показують низький рівень впливу травматичної події, в даному випадку перебування в зоні бойових дій, а показник по інтегральній шкалі оцінки травматичної події має більш високий рівень.

Стандартним відхиленням:

- 1) для субшкали «вторгнення» є відхилення у 8,69 бали;
- 2) для субшкали «уникнення» є відхилення у 9,62 бали;
- 3) для субшкали «фізіологічна збудливість» є відхилення у 8,21 бали;
- 4) для інтегральної шкали методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» є відхилення у 22,5 бали.

Виходячи з цього можна зробити висновок про те, що досліджуванні, що склали вибірку різняться між собою у проявах посттравматичного стресового розладу та ступені їх виразності в наслідок перебування в зоні бойових дій. Так, у нашій вибірці одні досліджуванні можуть мати мінімальний негативний вплив травматичної події, а інші навпаки можуть мати більш виразні наслідки перебування в зоні АТО. Ці відмінності можна прослідкувати проаналізувавши мінімальні та максимальні показники по інтегральній шкалі методики та по її субшкалам.

Так, максимальний бал по субшкалі «вторгнення» — 35 балів, а мінімальний — 0 балів. Максимальний бал для субшкали «уникнення» складає 38, а мінімальний — 1 бал. Максимальний бал для субшкали

«фізіологічна збудливість» — 33, а мінімальний — 0. Для всієї шкали ШОВТС максимальний бал складає 101, мінімальний — 5.

Таблиця 2.1.

«Описова статистка методики «Шкала оцінки впливу травматичної події для досліджуваної групи №1 (переселенці з зони АТО)»

	Субшкала «вторгнення»	Субшкала «уникнення»	Субшкала «фізіологічна збудливість»	Інтегральна шкала методики ШОВТС
Кількість учасників	30	30	30	30
Середнє значення	12.5 балів	12.6 балів	10.6 балів	35 балів
Стандартне відхилення	8.69 балів	9.62 балів	8.21 балів	22.5 балів
Мінімум	0 балів	1 бал	0 балів	5 балів
Максимум	35 балів	38 балів	33 балів	101 бал

Далі перейдемо до детального опису отриманих результатів впливу травматичної події за методикою ШОВТС.

За допомогою ключів визначається сумарна виразність кожної із трьох досліджуваних шкал. Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20. Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. »: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21. Потім визначається рівень впливу події, що травмує [38].

Таблиця 2.2.

Показники рівня впливу травматичної події по субшкалам за методикою ШОВТС

Рівень впливу, події, що травмує	Субшкала «Вторгнення»	Субшкала «Уникнення»	Субшкала «Фізіологічна збудливість»
Високий	29-35 балів	33-40 балів	29-35 балів
Підвищений	23-28 балів	25-32 балів	23-28 балів
Середній	14-22 балів	17-24 балів	14-22 балів
Низький	10-13 низький	12-16 балів	10-13 балів
Дуже низький	12 і менше балів	11 і менше	12 і менше

У досліджуваній групі №1 (переселенці з зони АТО) показники за субшкалами є наступними.

Для субшкали «Вторгнення»: з тридцяти осіб дві людини мають високий рівень впливу, одна людина має підвищений рівень впливу, сім мають середній рівень впливу, сім людини мають низький рівень впливу та тринадцять осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

Рівень впливу травматичної події за субшкалою "Вторгнення"

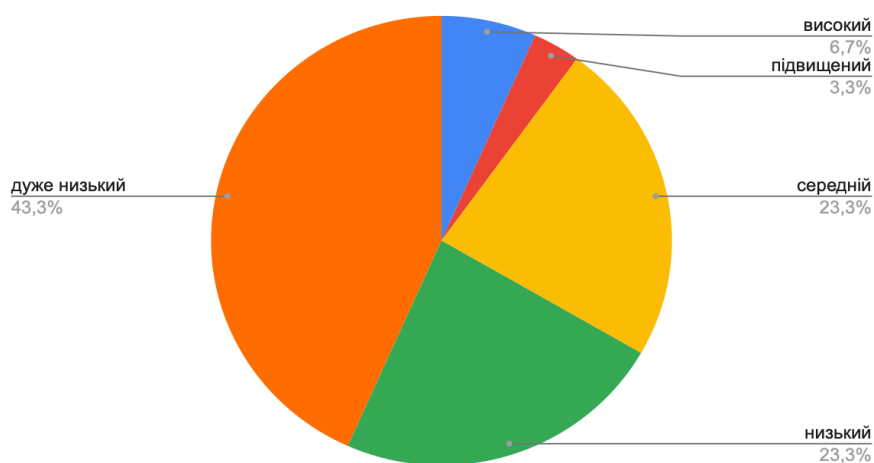


Рис. 2.1. Рівень впливу травматичної події за субшкалою «Вторгнення» для досліджуваних з групи №1 (переселенці з зони АТО)

Для субшкали «Уникнення»: з тридцяти осіб дві людини мають високий рівень впливу, одна людина має підвищений рівень впливу, вісім осіб мають середній рівень впливу, чотири людини мають низький рівень впливу та 15 осіб має дуже низький рівень впливу травматичної події.

Рівень впливу травматичної події за субшкалою "Уникнення"

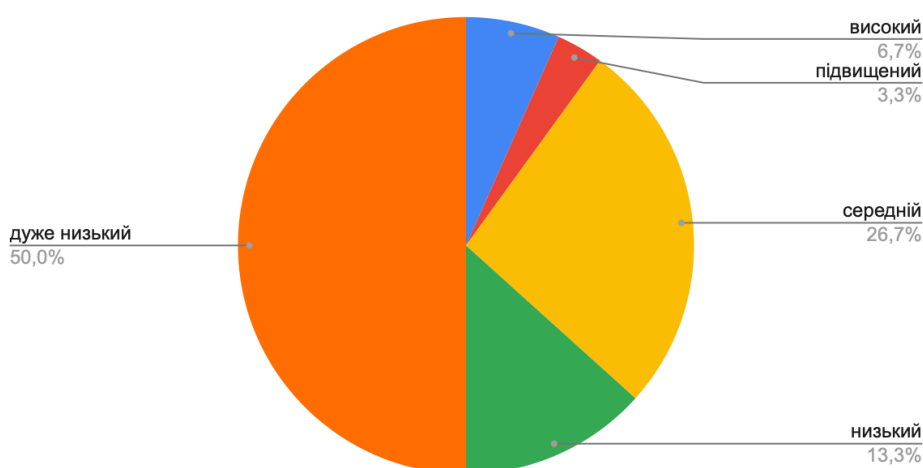


Рис. 2.2. Рівень впливу травматичної події за субшкалою «Уникнення» для досліджуваних з групи №1 (переселенці з зони АТО)

Для субшкали «Фізіологічна збудливість»: дві людини мають високий рівень впливу травматичної події, сім осіб мають середній рівень впливу травматичної події, чотири мають низький рівень впливу та сімнадцять мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

Рівень впливу травматичної події за субшкалою
"Фізіологічна збудливість"

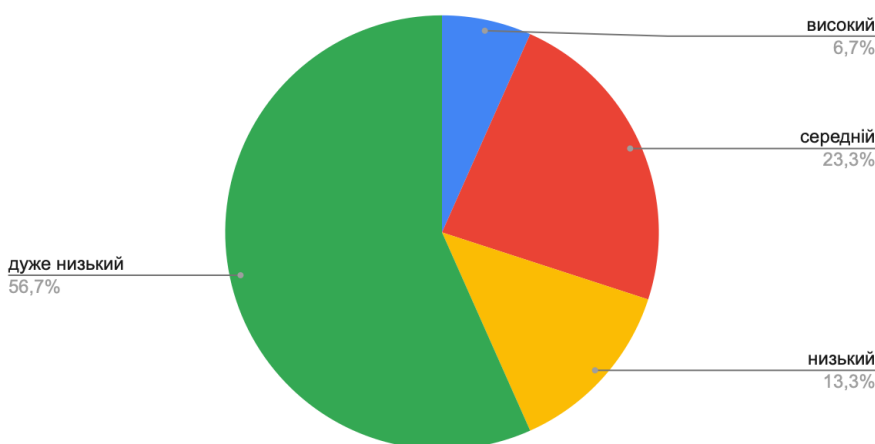


Рис. 2.3. Рівень впливу травматичної події за субшкалою «Фізіологічна збудливість» для досліджуваних з групи №1 (переселенці з зони АТО)

Субшкала «Вторгнення» – дозволяє виявляти у випробуваного нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи чи думки.

Показники за субшкалою «Уникнення» дозволяють виявляти у випробуваного симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з можливим впливом травматичної події, зниження реактивності.

Субшкала «Фізіологічна збудливість» – дозволяє виявляти у випробуваного агресивність і дратівливість; гіпертрофовану реакцію переляку; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, безсоння.

Звідси ми бачимо, що у 63-70% досліджуваних з групи №1 показники по трьом субшкалам («Вторгнення», «Уникнення» «Фізіологічна збудливість») методики ШОВСТ мають низький рівень впливу травматичної події.

Отже, тільки 30% досліджуваної групи №1 (переселенці з зони АТО) можуть мати такі симптоми: нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи чи думки уникнення переживань, пов'язаних з можливим впливом травматичної події, зниження реактивності, агресивність і дратівливість;

гіпертрофовану реакцію переляку; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, безсоння. Наявність та частота таких симптомів скоріш за все буде залежати від рівня впливу травматичної події (середній, підвищений або високий рівень).

Наступний крок проведення детального описово-статистичного аналізу по методиці «Шкала депресії Бека» для групи №1 (переселенці з зони АТО).

Методика «Шкала депресії Бека» (максимальний можливий показник складає 63 бали) має дві субшкали: «когнітивно-афективну» субшкалу (максимальний можливий бал 39) та субшкалу «соматичних проявів депресії» (максимальний можливий 24 бал).

Середні показники досліджуваної групи №1 методики «Шкала депресії Бека» та її субшкал такі:

- 1) для «когнітивно-афективної» субшкали середній показник — 8.3
- 2) для субшкали «соматичних проявів депресії» середній показник складає 4.2
- 3) Для всієї методики «Шкала депресії Бека» середній показник складає – 11.15

Опишемо також мінімальні та максимальні показники для методики «Шкала депресії Бека» та її субшкал: для когнітивно-афективної субшкали мінімальним є показник у 0 балів, максимальним — 30; для субшкали соматичних проявів депресії мінімальний показник — 0, максимальний — 11; для всієї методики «Шкала депресії Бека» максимальним є показник у 37 балів, а мінімальний — 0 балів.

Таблиця 2.3.

Описова статистка по показникам методики «Шкала депресії Бека» для групи №1

	Когнітивно-афективна субшкала	Субшкала соматичних проявів депресії	Інтегральна шкала методики «Шкала депресії Бека»
Кількість учасників	30	30	30
Середнє значення	8,3 балів	4,2 бали	11,18 бали
Мінімум	0 балів	0 балів	0 балів
Максимум	30 балів	11 балів	37 балів

Згідно з ключем методики кількість балів отриманих, в результаті проходження методики означає наступне:

- 0-9 – відсутність депресивних симптомів;
- 10-15 – легка депресія (субдепресія);
- 16-19 – помірна депресія;
- 20-29 – виражена депресія (середня тяжкість);
- 30-63 – важка депресія.

Отже, виходячи з отриманих даних можна говорити про те що у досліджуваних може бути як повністю відсутні прояви депресивної симптоматики, так і можуть бути присутні прояви депресивної симптоматики різної важкості.

Так, у 33% опитуваних відсутня депресія, у 33% опитуваних може бути легка форма депресії, у 20% опитуваних може бути помірна депресія, 10% можливо мають виражену депресію і у 3% опитаних можлива важка депресія.

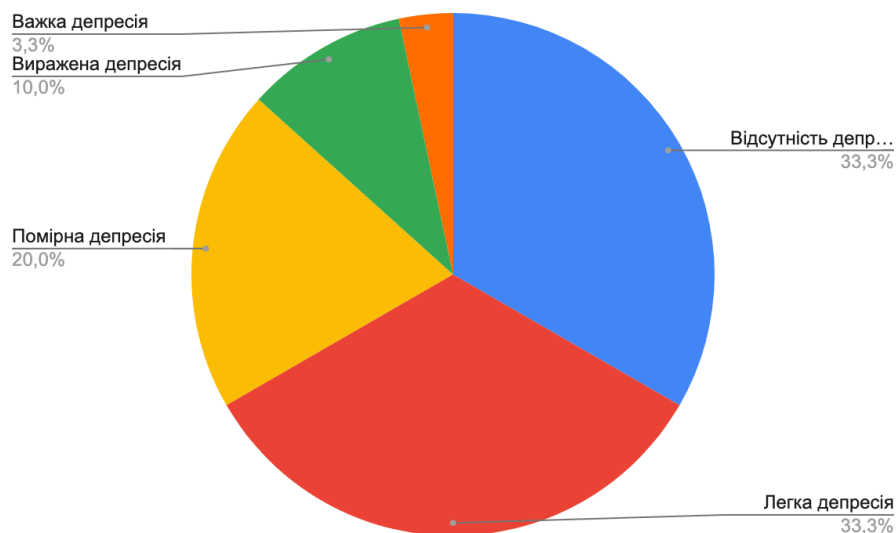


Рис 2.4. Ступінь виразності депресії за результатами методики «Шкала депресії Бека» для групи №1

Для подальшого аналізу необхідно провести перевірку на нормальність розподілу двох використаних методик.

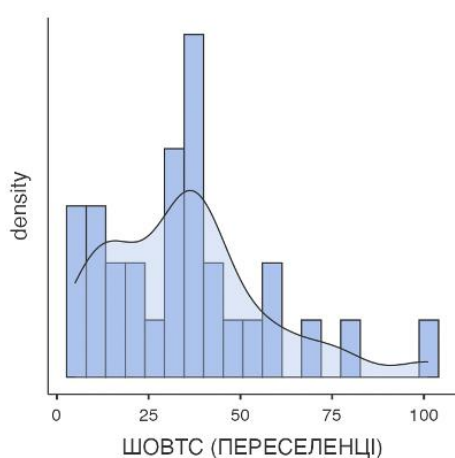
Таблиця 2.4

Перевірка нормальності розподілу методики «Шкала оцінки впливу травматичної події»

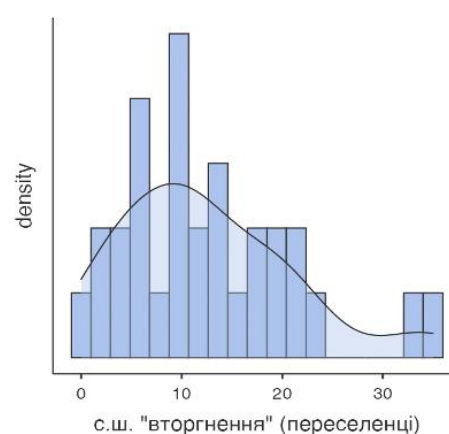
	Інтегральна шкала методики ШОВСТ	Субшкала «вторгнення»	Субшкала «уникнення»	Субшкала «фізіологічної збудливості»
w-Шапіро-Вілکا	0.927 балів	0.936 балів	0.890 балів	0.922 балів
p-Шапіро-Вілکا	0.041 балів	0.070 балів	0.005 балів	0.029 балів
Нормальність розподілу	ні	так	Ні	ні

Після перевірки на нормальність розподілу результатів отриманих від групи №1 за методикою ШОВТС з'ясувалося, що серед субшкал ШОВСТ нормально розподіляються тільки субшкала «вторгнення» (Shapiro-Wilk $p = 0.070$) інші субшкали та інтегральна шкала методики ШОВСТ не мають нормального розподілу (інтегральна шкала Shapiro-Wilk $p=0,041$, субшкала «уникнення» Shapiro-Wilk $p=0.005$, субшкала «фізіологічна збудливість» Shapiro-Wilk $p = 0.029$)

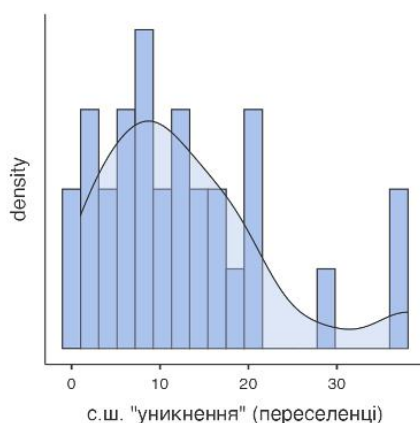
ШОВТС (ПЕРЕСЕЛЕНЦІ)



с.ш. "вторгнення" (переселенці)



с.ш. "уникнення" (переселенці)



с.ш. "фізіологічна збудливість" (переселенці)

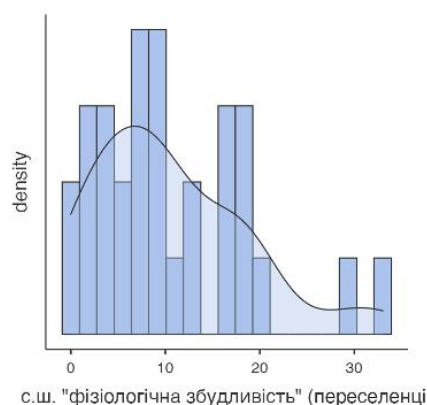


Рис. 2.5. Гістограми з нормальності розподілу методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» та її субшкал.

Після перевірки на нормальність розподілу показників методики «Шкала депресії Бека» було отримано такі результати.

Таблиця 2.5

Перевірка показників нормальності розподілу методики «Шкала депресії Бека»»

	Інтегральна шкала методики «Шкала депресії Бека»	«Когнітивно-афективна» субшкала	Субшкала «соматичних проявів депресії»
w-Шапіро-Вілка	0.937 балів	0.856 балів	0.947 балів
p-Шапіро-Вілка	0.077 балів	< .001 балів	0.140 балів
Нормальність розподілу	так	ні	так

Показники по інтегральній шкалі методики «Шкала депресії Бека» (Shapiro-Wilk $p = 0,077$) та по субшкалі «соматичних проявів депресії» (Shapiro-Wilk $p = 0.140$) розподілені нормально, а показники по «когнітивно-афективній» субшкалі (Shapiro-Wilk $p = < .001$) не мають нормального розподілу.

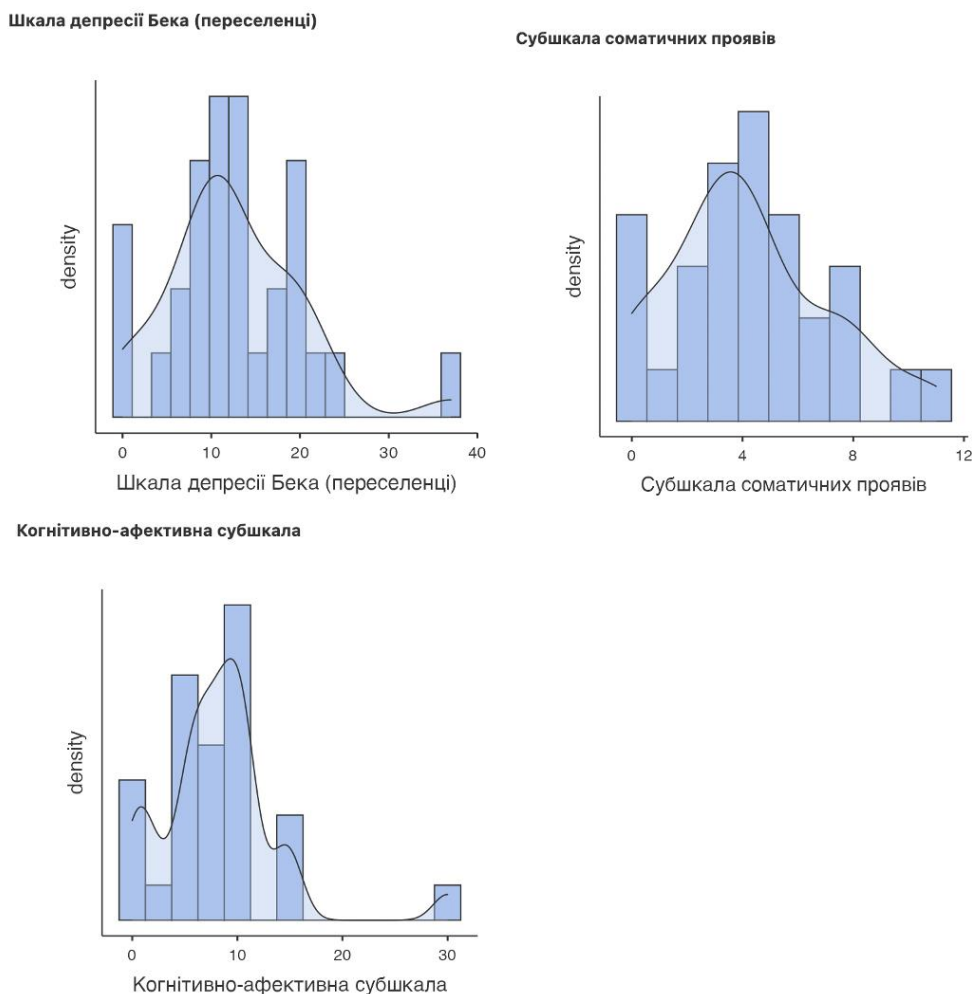


Рис. 2.6. Гістограми з показниками нормальності розподілу методики «Шкала депресії Бека»»

В ході дослідження нами було висунуто припущення про зв'язок впливу травматичної події на рівень депресії. Отже, наступний крок це проведення кореляційного аналізу для між показниками методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» та методики «Шкала депресії Бека». Оскільки в методиці «ШОВТС» нормально розподілена тільки субшкала «вторгнення» ми вважаємо за необхідне використовувати коефіцієнт кореляції Спірмена.

Таблиця 2.6.

Таблиця кореляційного зв'язку методик «Шкала депресії Бека» та «ШОВТС» для групи №1 (переселенці)

	Інтегральна шкала методики «Шкала депресії Бека»	Когнітивно-афективна субшкала	Шкала соматичних проявів
Інтегральна шкала методики «ШОВТС» коefficient кореляції Спірмена	0,412 балів р-значення 0.024 балів	0,383 р-значення- 0,037	0.354 р-значення-0,055 —
коefficient кореляції Спірмена Субшкала «вторгнення»	0.326 балів р-значення 0,079 балів	0,315 балів р-значення- 0.090 балів	0.196 балів р-значення 0,299 —
коefficient кореляції Спірмена Субшкала «уникнення»	0,288 балів р-значення 0.123 балів	0,247 р-значення 0.189	0,356 балів р-значення 0.054
коefficient кореляції Спірмена Субшкала «фізіологічна збудливість»	0.551 р-значення 0.002 балів	0.486 р-значення 0,007 балів	0,506 балів р-значення 0,004 балів

Таким чином, в ході аналізу було встановлено кореляцію між показниками цих методик. Тобто, можна говорити про те що чим більший вплив травматичної події, тим більш виразною є депресія у досліджуваної групи №1. Крім того значний кореляційний зв'язок було виявлено між субшкалою «фізіологічна збудливість» і показниками інтегральної шкали методики «Шкала депресії Бека» та субшкалою «соматичних проявів депресії» і субшкалою «фізіологічна збудливість». Між іншими субшкалами також було встановлено кореляційний зв'язок, але він не є таким значним.



Рис. 2.7. Матриці кореляційного зв'язку для групи №1

Примітка: IN - субшкала "вторгнення", AV - субшкала "уникнення", AR - субшкала "фізіологічна збудливість", IES-R - інтегральна шкала методики ШОВТС; DB – інтегральна шкала методики «Шкала депресії Бека»;

В ході кореляційного аналізу було встановлено позитивний зв'язок між часом перебування на території бойових дій та рівнем депресивних проявів (коефіцієнт кореляції Спірмена = 0.157, р-значення = 0,407) та часом перебування в зоні АТО та рівнем впливу травматичної події (коефіцієнт кореляції Спірмена = 0.371, р-значення = 0,043). Тобто, ми припускаємо, що чим більше цивільні особи досліджуваної вибірки

знаходилися в зоні бойових дій, тим більший віражений вплив травматичної події та рівень депресії.

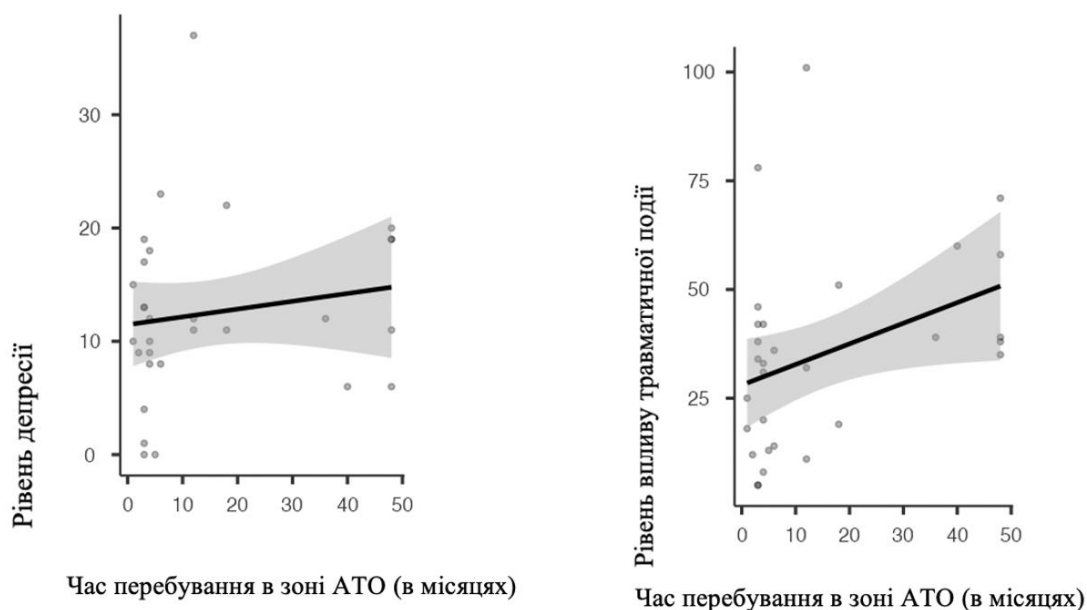


Рис. 2.8 Матриці кореляційного зв'язку часу та впливу травматичної події, та часу і рівня депресії для групи №1 (переселенці з зони АТО)

Також в ході дослідження було висунуто припущення про зв'язок часу та впливу травматичної події. Однак, в ході кореляційного аналізу зв'язку між часом перебування в зоні бойових дій та впливом травматичної події не було встановлено.

Наступним кроком є перевірка гіпотези про середні для методики «Шкала депресії Бека» для того щоб дізнатися чи відрізняється середній рівень депресії у чоловіків та жінок досліджуваної групи №1. Виходячи з того що показники інтегральної шкали методики «Шкала депресії Бека» розподілені нормально використовуємо т-критерій Стьюдента.

Таблиця 2.7.

Перевірка гіпотези про середні. Методика «Шкала депресії Бека»

Стать	Кількість осіб	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
Чоловіча	13	12.7 балів	11 балів	8.39 балів
Жіночка	17	12.4 балів	12 балів	6.43 балів

Так, було з'ясовано, що середній рівень депресії у жінок є нижчим ніж рівень депресії у чоловіків (т-критерій Стьюдента = 0.117, р-значення 0.907).

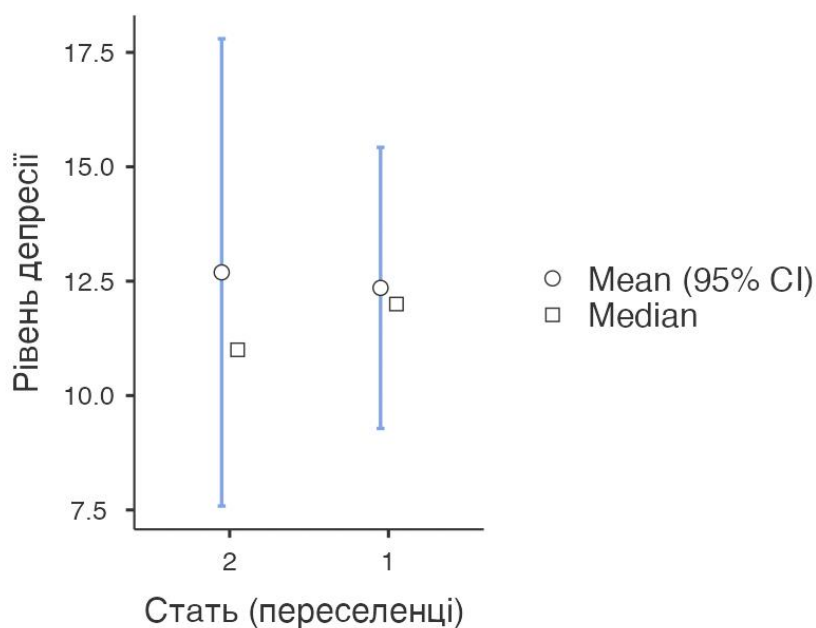


Рис. 2.9. Показники рівня депресії у чоловіків та жінок групи №1.
Примітка: 2 – чоловіки, 1 – жінки.

Також варто перевірити гіпотезу про середні для показників методики «ШОВТС» для того щоб встановити чи відрізняється рівень впливу травматичної події для жінок та чоловіків. Оскільки інтегральна шкала методики ШОВТС не має нормального розподілу доречно використовувати U-критерій Манна-Уїтні.

Таблиця 2.8.

Перевірка гіпотези про середні. Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події»

Стать	Кількість осіб	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
Чоловіча	13	27.3 балів	19 балів	26.8 балів
Жіночка	17	41.1 балів	39 балів	17.0 балів

У ході перевірки гіпотези про середні було встановлено, що травматична подія має більш істотний вплив на жінок ніж на чоловіків з досліджуваної вибірки (U-критерій Манна-Уїтні =52.0, р-значення = 0.015).

Рівень впливу травматичної події

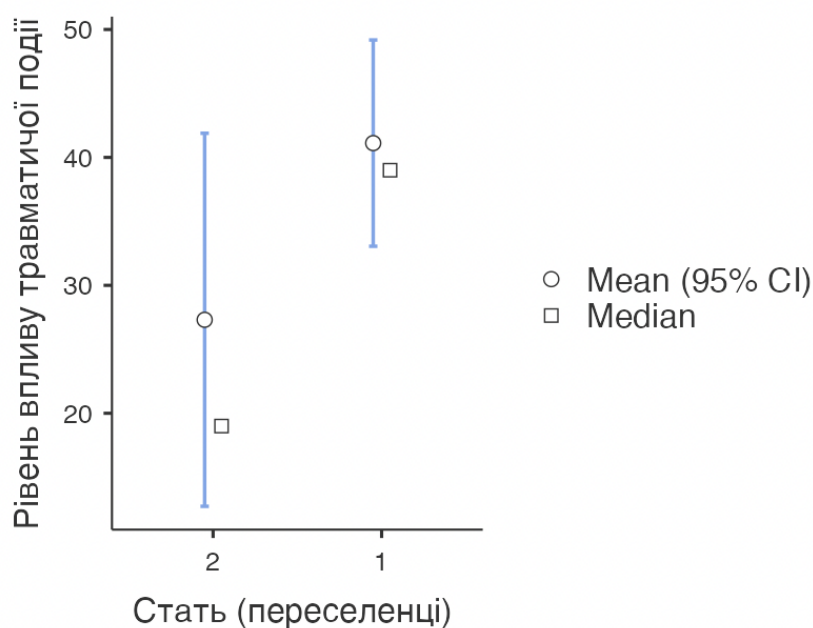


Рис. 2.10 Показники рівня впливу травматичної у чоловіків та жінок групи №1.

Примітка: 2—чоловіки, 1—жінки.

Далі перейдемо до детального розгляду результатів отриманих внаслідок проходження використаних методик групою №2 (особи, що

перебували на території України 23.02.2022 року, тобто під час початку війни Росії проти України).

Перевіряємо надійність та узгодженість методик, для групи досліджуваних № 2. Для методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» в ході проведення аналізу було отримано наступні показники: α -Кронбаха = 0.890 та ω -Макдональдса = 0.895. Для методики «Шкала депресії Бека» було отримано такий результат: α -Кронбаха = 0.926 та ω -Макдональдса = 0.930, для методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» α -Кронбаха = 0,898 та ω -Макдональдса = 0,908. Робимо висновок, що шкали трьох методик, які були використані для другої групи досліджуваних є достатньо узгодженими, досліджувані відповідали свідомо, однакові запитання викликали однакову реакцію.

Опишемо результати отримані за методикою «ШОВТС». Так, максимальний бал по субшкалі «вторгнення» — 27 балів, а мінімальний — 3 бали. Максимальний бал для субшкали «уникнення» складає 32, а мінімальний — 1 бал. Максимальний бал для субшкали «фізіологічна збудливість» — 21, а мінімальний — 1. Для всієї шкали ШОВТС максимальний бал складає 85, мінімальний — 8.

Таблиця 2.9.

«Описова статистика методики «Шкала оцінки впливу травматичної події для досліджуваної групи №2»

	Субшкала «вторгнення»	Субшкала «уникнення»	Субшкала «фізіологічна збудливість»	Інтегральна шкала методики ШОВТС
Кількість учасників	30	30	30	30
Середнє значення	14.4 балів	16.6 балів	11.3 балів	48.2 балів
Стандартне відхилення	6.8 балів	7.89 балів	6.05 балів	21.8 балів
Мінімум	3 балів	1 бал	1 балів	8 балів
Максимум	27 балів	32 балів	21 балів	85 бал

У досліджуваної групи №2 показники за субшкалами є наступними.

Для субшкали «Вторгнення»: з тридцяти осіб три людини мають підвищений рівень впливу, чотирнадцять мають середній рівень впливу, п'ять осіб мають низький рівень впливу та вісім осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

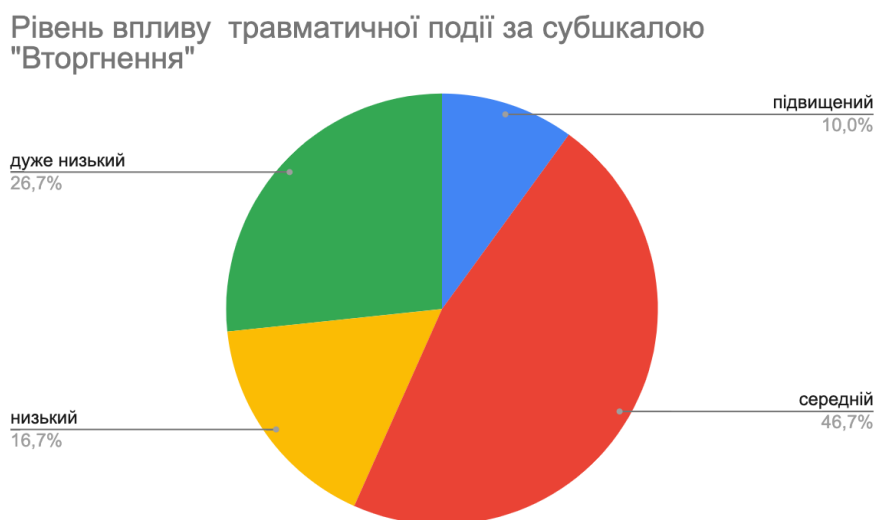


Рис. 2.11. Рівень впливу травматичної події за субшкалою «Вторгнення» для досліджуваних з групи №2

Для субшкали «Уникнення»: з тридцяти осіб одна людини має високий рівень впливу, три людини мають підвищений рівень впливу, тринадцять осіб мають середній рівень впливу, сім людини мають низький рівень впливу та шість осіб має дуже низький рівень впливу травматичної події.

Рівень впливу травматичної події за субшкалою
«Уникнення»

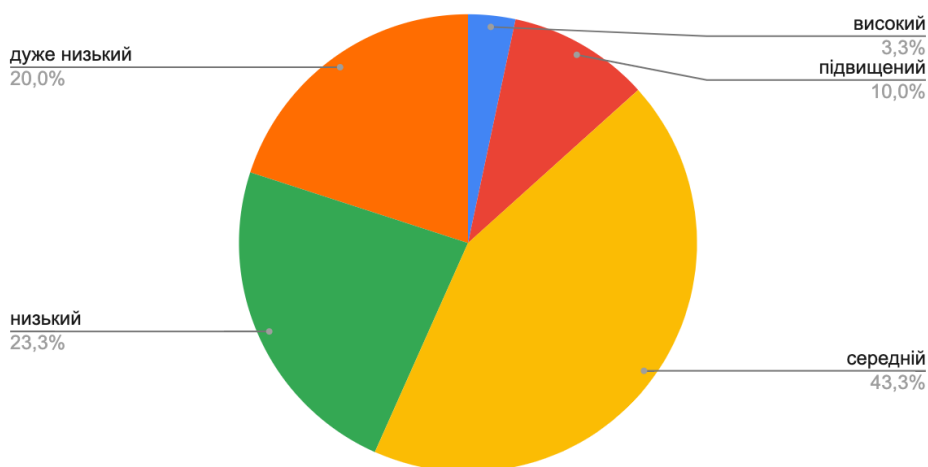


Рис. 2.12. Рівень впливу травматичної події за субшкалою «Уникнення» для досліджуваних з групи №2

Для субшкали «Фізіологічна збудливість»: тринадцять осіб мають середній рівень впливу травматичної події, п'ять мають низький рівень впливу та дванадцять осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

Рівень впливу травматичної події за субшкалою
«Фізіологічна збудливість»

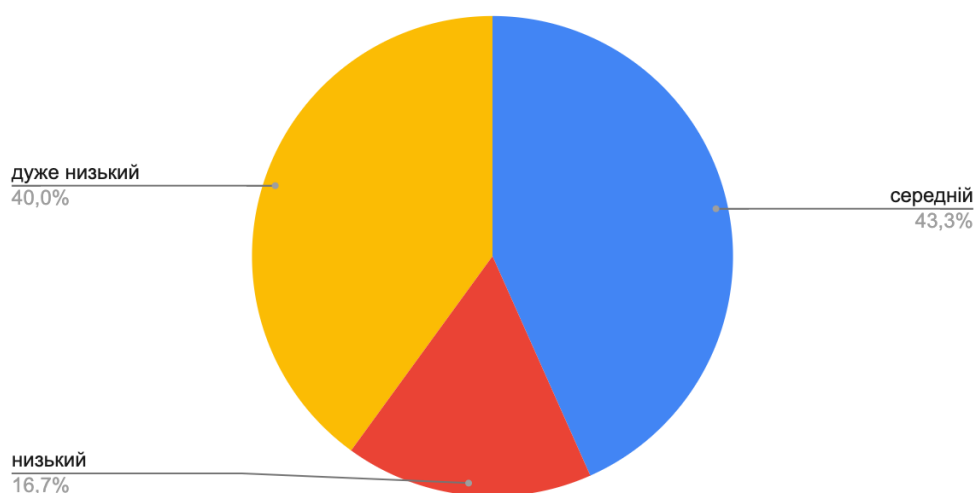


Рис. 2.13. Рівень впливу травматичної події за субшкалою «Фізіологічна збудливість» для досліджуваних з групи №2

Вважаємо за необхідне описати мінімальні та максимальні показники для методики «Шкала депресії Бека» та її субшкал для групи № 2. Отже, для когнітивно-афективної субшкали мінімальним є показник у 1 балів, максимальним — 38; для субшкали соматичних проявів депресії мінімальний показник — 0, максимальний — 18; для всієї методики «Шкала депресії Бека» максимальним є показник у 56 балів, а мінімальний — 0 балів.

Таблиця 2.10.

Описова статистика по показникам методики «Шкала депресії Бека» для групи №2

	Когнітивно-афективна субшкала	Субшкала соматичних проявів депресії	Інтегральна шкала методики «Шкала депресії Бека»
Кількість учасників	30	30	30
Середнє значення	8,67балів	3,97 бали	12,6 бали
Мінімум	1 балів	0 балів	0 балів
Максимум	38 балів	18 балів	56 балів

Виходячи з отриманих даних можна говорити про те що у досліджуваних може бути як повністю відсутні прояви депресивної симптоматики, так і можуть бути присутні прояви депресивної симптоматики різної важкості.

Так, у 43% опитуваних відсутня депресія, у 33% опитуваних може бути легка форма депресії, у 10% опитуваних може бути помірна депресія, 8% можливо мають виражену депресію і у 8% опитаних можлива важка депресія.



Рис. 2.14 Ступінь виразності депресії за результатами методики «Шкала депресії бека» для групи №2

Далі опишемо результати отримані за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» для досліджуваної групи №2. Слід відмітити, що виникли певні ускладнення при аналізі результаті тестування за допомогою Міссісіпської шкали. Українські медики дають наступні рівні розладу адаптації (р.а.):

- низький рівень р.а. – 40 балів;
- знижений рівень р.а. – 40 – 78 балів;
- середній рівень р.а. – 79 –117 балів;
- підвищений рівень р.а. – 118 - 156 балів;
- високий рівень р.а. – 156 балів [39].

Саме ці рівні розладу адаптації ми будемо використовувати для аналізу отриманих даних для групи №2.

Отже, провівши аналіз було встановлено що з тридцяти осіб з групи № 2: п'ятнадцять осіб мають занижений рівень розладу адаптації, чотирнадцять осіб мають середній рівень розладу адаптації та одна людина має підвищений рівень розладу адаптації (стандартне відхилення –19.1 балів, мінімум – 57, максимум –145 балів).

Рівень розладу адаптації за Міссісіпською шкалою

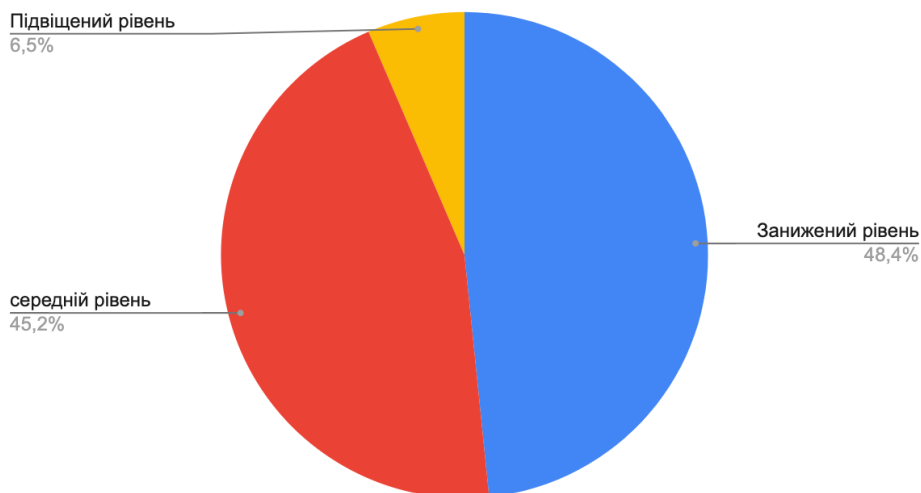


Рис. 2.14 Рівень розладу адаптації за результатами Міссісіпської шкали для групи №2

Зробивши аналіз отриманих результатів методик «ШОВТС» та «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» для групи №2 бачимо майже ідентичні показники впливу травматичної події.

Далі перейдемо до кореляційного аналізу. Оскільки результати отримані за методикою «Шкала депресії Бека» не мають нормального розподілу (p -Шапіро-Вілка < 001) ми будемо використовувати коефіцієнт кореляції Спірмена.

Після проведення кореляційного аналізу ми встановили, що існує кореляційний зв'язок між рівнем впливу травматичної події та рівнем депресії у досліджуваної групи №2. Так, можна говорити про те що, чим більшим є рівень впливу травматичної події, тим більш виразними є прояви депресії. Крім того, було встановлено значний кореляційний зв'язок між інтегральною шкалою методики «ШОВТС» та субшкалою методики «Шкала депресії Бека» - шкала «соматичних проявів депресії». Тобто чим вище показник рівня впливу травматичної події у групи №2, тим більше вірогідність появи соматичних проявів депресії (безсоння, головного болю, болю в спині та шиї, шлунково-кишкових розладів, зміни апетиту, астенії)

Таблиця 2.11.

Таблиця кореляційного зв'язку методик «Шкала депресії Бека» та «ШОВТС» для групи №1 (група №2)

	Інтегральна шкала методики «Шкала депресії Бека»	Когнітивно-афективна субшкала	Шкала соматичних проявів депресії
Інтегральна шкала методики «ШОВТС» коефіцієнт кореляції Спірмена	0,392 балів р-значення 0.032 балів	0,292 балів р-значення- 0,117 балів	0.492 балів р-значення 0,006 балів
коефіцієнт кореляції Спірмена Субшкала «вторгнення»	0.375 балів р-значення 0,041 балів	0,227 балів р-значення- 0.227 балів	0.520 балів р-значення 0,003
коефіцієнт кореляції Спірмена Субшкала «уникнення»	0,296 балів р-значення 0.151 балів	0,241 р-значення 0.199	0,261 балів р-значення 0.163
коефіцієнт кореляції Спірмена Субшкала «фізіологічна збудливість»	0.312 р-значення 0.093 балів	0.170 р-значення 0,368 балів	0,479 балів р-значення 0,007 балів

Далі перевіримо гіпотези про середні групи №2 для методики «Шкала депресії Бека» для того щоб дізнатися чи відрізняється середній рівень депресії у чоловіків та жінок досліджуваної групи №1. Виходячи з того що показники інтегральної шкали методики «Шкала депресії Бека» розподілені ненормально (р-Шапіро-Вілка $<.001$) використовуємо U-критерій Манна-Уїтні.

Таблиця 2.12.

Перевірка гіпотези про середні для групи №2. Методика «Шкала депресії Бека»

Стать	Кількість осіб	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
Чоловіча	11	9,55 балів	7 балів	2.71 балів
Жіночка	19	14.4 балів	12 балів	11.8 балів

Після перевірки гіпотези про середні було встановлено, що рівень депресії у жінок з досліджуваної групи №2 є вищим ніж рівень депресії у чоловіків з групи №2.

Рівень депресії (група №2)

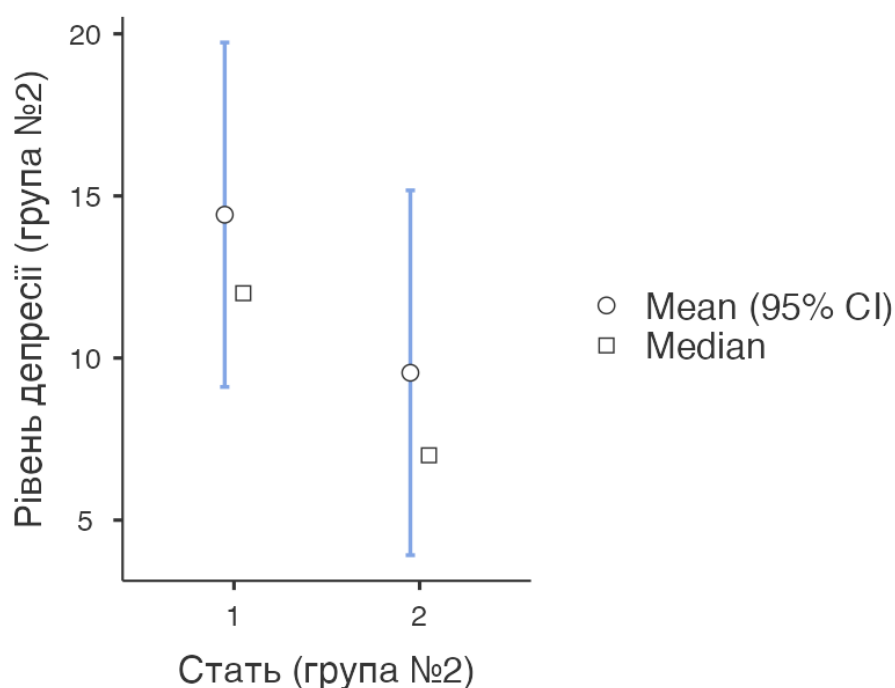


Рис. 2.15. Показники рівня депресії у чоловіків та жінок групи №2.
Примітка: 2—чоловіки, 1—жінки.

Зробимо таку саму перевірку гіпотези про середні для методики «ШОВТС» для того щоб дізнатися чи є різниця між рівнем впливу

травматичної події у жінок і чоловіків з групи №2. Оскільки показники розподілені нормально ((р-Шапіро-Вілка = 0,227) використовуємо т-критерій Стьюдента.

Таблиця 2.13.

Перевірка гіпотези про середні для групи №2 . Методика «ШОВТС»

Стать	Кількість осіб	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
Чоловіча	11	58.2 бали	21.8 балів	21.8 балів
Жіночка	19	31 бал	14.6 балів	14.6 балів

Після перевірки можемо бачити, що у жінок з досліджуваної групи №2 середнє значення рівня впливу травматичної події є вищим ніж середнє значення у чоловіків.

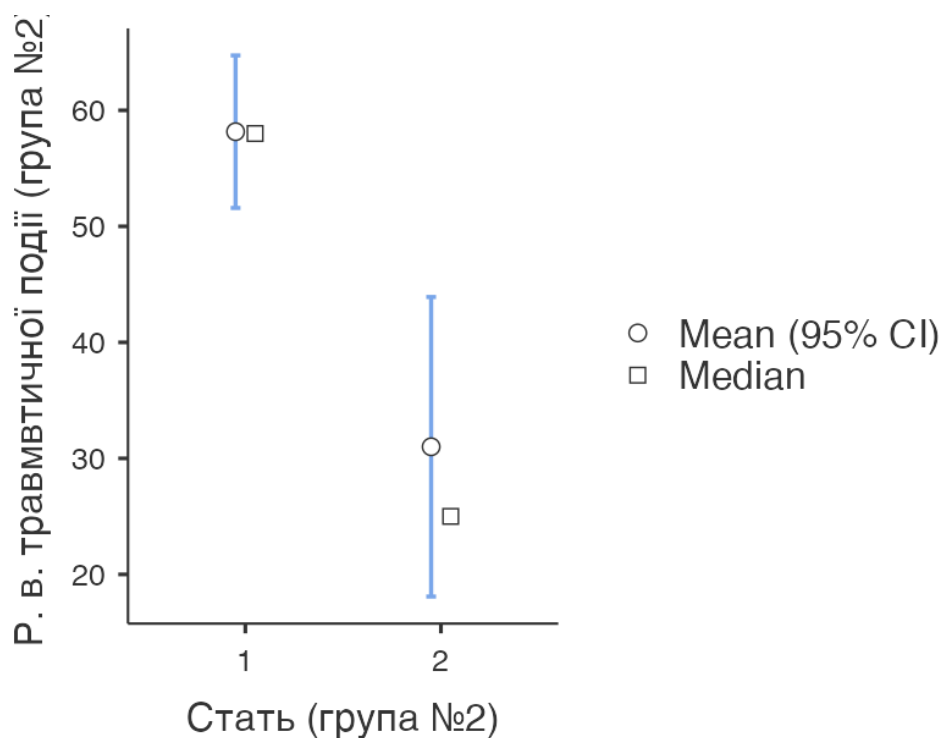


Рис. 2.16. Показники рівня впливу травматичної події у чоловіків та жінок групи №2.

Примітка: 2—чоловіки, 1—жінки.

Висновки до розділу 2

Для отримання емпіричних даних було проведено інтернет по трьом методикам: Шкала оцінки впливу травматичної події (скор. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R), Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory). Вибірку для опитування склали дві групи, кожна по 30 осіб. Перша група – це особи, що перебували в зоні бойових дій на початку 2014 року та згодом переїхали на безпечну територію. В цю групу входять 17 жінок та 13 чоловіків, віком від 22 до 33 років, що перебували на території зони бойових дій (зони АТО) різний проміжок часу (від 1 до 4 років) та зараз проживають на безпечній території. Друга група – це особи, що перебували на території України 23.02.2022 року, тобто під час початку війни Росії проти України. В цю групу входять 19 жінок та 11 чоловіків віком від 22 до 33 років.

В ході проходження інтернет опитування досліджувані відповідали свідомо, однакові запитання викликали однакову реакцію.

У досліджуваної групи № 1 (переселнці) в ході статистичного аналізу було встановлено наступне. У 33% опитуваних відсутня депресія, у 33% опитуваних може бути легка форма депресії, у 20% опитуваних може бути помірна депресія, 10% можливо мають виражену депресію і у 3% опитаних можлива важка депресія. Що стосується впливу травматичної події то показники за трьома субшкалами наступні:

- 1) для субшкали «Вторгнення»: з тридцяти осіб дві людини мають високий рівень впливу, одна людина має підвищений рівень впливу, сім мають середній рівень впливу, сім людини мають низький рівень впливу та тринадцять осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події
- 2) Для субшкали «Уникнення»: з тридцяти осіб дві людини мають високий рівень впливу, одна людина має підвищений рівень

впливу, вісім осіб мають середній рівень впливу, чотири людини мають низький рівень впливу та 15 осіб має дуже низький рівень впливу травматичної події.

- 3) Для субшкали «Фізіологічна збудливість»: дві людини мають високий рівень впливу травматичної події, сім осіб мають середній рівень впливу травматичної події, чотири мають низький рівень впливу та сімнадцять мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

Під час проведення дослідження нами було висунуто припущення про вплив рівня травматичної події на рівень депресії у досліджуваній вибірці. Так, було виявлено позитивний кореляційний зв'язок рівня впливу травматичної події рівень на рівень депресії у групи №1. Також було виявлено кореляційний зв'язок між часом перебування в зоні АТО та рівнем впливу травматичної події. Для досліджуваної групи № 1 під час перевірки гіпотези про середні було встановлено, що рівень середній впливу травматичної події та середній рівень депресії є вищим у жінок ніж у чоловіків.

У досліджуваної групи № 2 за методикою «ШОВТС» було отримано наступні результати:

- 1) Для субшкали «Вторгнення»: з тридцяти осіб три людини мають підвищений рівень впливу, чотирнадцять мають середній рівень впливу, п'ять осіб мають низький рівень впливу та вісім осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.
- 2) Для субшкали «Уникнення»: з тридцяти осіб одна людини має високий рівень впливу, три людини мають підвищений рівень впливу, тринадцять осіб мають середній рівень впливу, сім людини мають низький рівень впливу та шість осіб має дуже низький рівень впливу травматичної події.

3) Для субшкали «Фізіологічна збудливість»: тринадцять осіб мають середній рівень впливу травматичної події, п'ять мають низький рівень впливу та дванадцять осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

Крім того, за результатами проходження методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» групою №2 було встановлено що з тридцяти осіб: п'ятнадцять осіб мають занижений рівень розладу адаптації, чотирнадцять осіб мають середній рівень розладу адаптації та одна людина має підвищений рівень розладу адаптації.

Також, у групи №2 було встановлено, що у 43% опитуваних відсутня депресія, у 33% опитуваних може бути легка форма депресії, у 10% опитуваних може бути помірна депресія, 8% можливо мають виражену депресію і у 8% опитаних можлива важка депресія. В ході кореляційного аналізу було встановлено, що існує кореляційний зв'язок між рівнем впливу травматичної події та рівнем депресії у досліджуваній групі № 2 і також було встановлено значний кореляційний зв'язок між інтегральною шкалою методики «ШОВТС» та субшкалою методики «Шкала депресії Бека» - шкала «соматичних проявів депресії».

Для досліджуваної групи № 2 під час перевірки гіпотези про середні було встановлено, що рівень середній впливу травматичної події та середній рівень депресії є вищим у жінок ніж у чоловіків.

РОЗДІЛ 3: РОБОТА ПСИХОЛОГА З ЦИВІЛЬНИМИ ОСОБАМИ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Підходи до психологічної роботи з цивільними особами, що перебували в зоні бойових дій.

В Україні поява вимушених переселенців та проблем, з якими вони стикаються стали актуальними ще з 2014 року і ці проблеми набрали ще більшої актуальності зараз. За даними Міністерства соціальної політики України понад 2 мільйонів людей зареєструвалися як внутрішньо переміщені особи після впровадження воєнного стану.

Порушення емоційної сфери у переселенців може мати різні прояви наприклад: поява агресивності, втрата інтересу до життя, апатія яке може перерости у депресію, байдужість, дратівливість та навіть неконтрольовані спалахи гніву. Крім того, екстремальні ситуації можуть слугувати підґрунтям для загострення акцентуацій. [32].

У своїй роботі Тишков В.А. наголошує на тому, що в момент вимушеної міграції поріг норми та патології стає більш невизначеним і розмитим. Те, що у звичайному житті можна трактувати як порушення психічного здоров'я, в момент екстремальної чи неоднозначної ситуації, в момент міграції представляє нормальну реакцію на ненормальні обставини [33].

Крім того, у вимушених переселенців страждає мотиваційна сфера, знижується самооцінка, вони важко переживають неможливість задовільнити свої життєві потреби.

Як зазначає Г.Г. Павловец повсякденні ситуації можуть мати значний вплив на психічне здоров'я мігрантів, які при звичних обставинах не несуть негативних наслідків. Вимушений від'їзд з звичного місця проживання також несе з собою низку проблем які викликають як психологічний так і фізіологічний стрес [34].

Однак, не завжди перешкоди, які виникають у зв'язку з вимушеною міграцією мають несуть погані наслідки. Так, вони можуть мати позитивний ефект, наприклад у вигляд нового досвіду, особистісного позитивного зростання.

Головна задача процесу одужання полягає у тому, щоб знову оволодіти власним тілом і розумом – своїм «Я». Тобто людина повинна не соромитися своїх знань та почуттів, при цьому не дозволяти їм оволодіти собою і не відчувати злості, сорому чи апатії [35].

Першим важливим кроком психологічної допомоги має бути з'ясування психологом характеру прижитого особою травматичного досвіду. Доволі часто переселенці затикаються з неоднозначною позицією суспільства, яке їх оточує. Деякі люди можуть щиро співчувати та надавати допомогу, а інші можуть ставитися байдуже та навіть вороже, звинувачувати та тим самим викликати вторинну травматизацію. Як правило особи, які отримали травматичний досвід залишаються один на один з цією проблемою. Ретравматизація, у свою чергу, може активувати попередній травматичний досвід, і тоді психологічна допомога стає край необхідною.

В роботі з такою категорією осіб може бути використана десенсибілізація за допомогою руху очей (EMDR). EMDR – спеціальна травматерапія, є комплексним методом психотерапії, що об'єднує багато успішних елементів цілого ряду терапевтичних підходів та комбінує їх з рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції таким чином, щоб стимулювати механізм обробки травматичної інформації мозком.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) має достатню доказову базу при роботі з травмою. Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді

співпрацюють над їх досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб зрештою змогти бути собі самому “психотерапевтом”.

Важливо враховувати психологічні особливості, побажання та потреби осіб, з якими працює психолог. Може бути проведена як індивідуальна так і групова робота. Загальні принципи допомоги вимушеним переселенцям розглядають через застосування правила: «Дивитися – Слухати – Спрямовувати». Кожна зона зосередження передбачає з’ясування фахівцем чи волонтером потреб, важливих для відновлення життєдіяльності особи.

Також може використовуватися сімейне консультування. Воно допоможе опрацювати травматичний досвід всієї родини, поставити цілі для майбутнього життя, допоможе особам, в яких є діти підтримати їх у складній ситуації.

Тренінги з розвитку життєвих навичок також можуть бути корисними для переселенців та їх подальшої адаптації. Тематики можуть бути поєднані загальною програмою або представлені окремо, з урахуванням потреб. Серед тем можуть бути: зайнятість/працевлаштування, ефективна комунікація, постановка життєвих цілей, захист прав, здоровий спосіб життя та профілактика соціально небезпечних хвороб, профілактика насильства, виховання та догляд за дітьми, формування сімейних стосунків, профілактика конфліктів тощо [37].

У роботі з травмою добре себе зарекомендували психокорекційні групи. Групові форми психологічної роботи за участю психолога не як експерта, а як модератора групового процесу будуть найбільш ефективними для забезпечення учасників реабілітаційного процесу обміном досвідом, обговорення проблем посттравматичних періодів та способів їх вирішення. Групова психотерапія та групи підтримки дозволять більш досвідченим учасникам відчувати цінність свого досвіду, яким вони можуть ділитися з

тими, хто перебувати на ранніх етапах травми. Як результат учасники отримують підтримку позитивного самовідношення, почуття цінності посттравматичного досвіду та гідності особистості, сприйняття цього досвіду як розвиваючого, можливість побачити подальший розвиток та розширити уявлення про життя після травми особи [36].

Крім того, внутрішньо переміщені особи, які успішно впоралися з ситуацією можуть бути залучені до програм допомоги. До таких програм можна залучати активних членів громади з числа внутрішньо переміщених осіб, тих, які мають певний досвід і готовність ним поділитися, тих, які готові вчитися і розвивати мережі підтримки. Ці програми є досить важливими, оскільки внутрішньо переміщені особи дуже добре розуміють проблеми і потреби тих, які пережили подібний досвід. Це можуть бути програми наставництва, допомоги на засадах «рівний – рівному», проведення занять для дітей і молоді, розробки інформаційних та довідкових матеріалів, залучення гуманітарної допомоги [37].

3.2. Опис програми інтервенції.

Програма психологічної інтервенції розроблена на основі когнітивної терапії ПТСР, яка базується на авторській моделі посттравматичного стресового розладу Ехлерс – Кларка [51], у межах якої виокремлюються дві базові когнітивні особливості людей, що пережили травматичну подію: специфічна природа травматичної пам'яті та негативні оцінки самої травми і її наслідків.

Перша: особи з хронічним ПТСР інтерпретують та оцінюють саму травматичну подію в досить специфічний негативний спосіб (надають особистісних значень), за якого травма та її наслідки призводять до виникнення стійкого почуття постійної загрози.

Друга: травматичні події викликають порушення автобіографічної пам'яті, а відтак послаблення контекстуалізації подій та посилення асоціативних зв'язків, що веде до розвитку симптомів повторного переживання.

Відповідно до протоколу [49] втручання розраховане на 10 послідовних 50-хвилинних сесій з кількома бустерними сесіями три місяці потому. Однак, слід зауважити, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

Сесія № 1.

Крок першій. Проведення психологічного інтерв'ю. Основною задачею психолога тут є структурування ситуації, визначення мети взаємодії з клієнтом, надання клієнту інформації про свої можливості. Не менш важливим на цій стадії є досягнення психологічного комфорту клієнта. Стадія завершується, коли досягнуто відповідність між психологом та клієнтом, що сформулюється приблизно так: "Я його

відчуваю, розумію" (психолог), "Мене слухають, я довіряю цій людині" (клієнт).

На основі результатів психологічного інтерв'ю формуються цілі та етапи терапії.

Сесія № 2.

Крок перший. Зниження рівня проявів ПТСР. Психолог пояснює клієнту, що симптоми є нормальною реакцією на ненормальні події. Так, психолог може розповісти, що іноді під час страшних подій наше тіло та розум можуть реагувати автоматично, ми можемо: завмерти (відчуття себе застиглими, не в змозі рухатися), заспокоїтися, намагатися втекти, намагатися боротися (стати агресивним), або втратити свідомість. Психолог ідентифікує основні інтрузивні спогади. Також, на цьому етапі психолог повинен провести первинну ідентифікацію факторів, що підтримують симптоми ПТСР, ці фактори можуть включати в себе: негативні оцінки, когнітивні стратегії, гіперпильність, захисну поведінку тощо. (Негативні оцінки можуть бути зовнішніми (наприклад, світ небезпечний) або внутрішніми (наприклад, я гідний вини). Вони можуть приймати різні форми, і робота з ними є важливою опорою когнітивного підходу до лікування ПТСР.)

Значна меншість клієнтів із посттравматичним стресовим розладом повідомляють про емоційні реакції без страху під час і після травми, включаючи почуття сорому, провини та гніву. У результаті відчуття поточної загрози у деяких клієнтів може бути пов'язане насамперед із вірою в те, що їх оцінили б негативно, якби люди знали, що з ними сталося (сором), а не з вірою в те, що вони зараз знаходяться у фізичній небезпеці (страх).

Завдання консультанта/терапевта в цьому процесі – не просто дати знання: розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її

проблему (розлад, хворобу, кризу), а й навчити, яким чином поводитись з отриманою інформацією.

Тобто не лише повідомити інформацію, а й задіяти процеси, які сприятимуть розвитку адаптивної поведінки

Так, аби допомогти клієнту з розумінням того що з ним відбувається і нормалізацією симптомів ПТСР, йому бути запропонована таблиця зі стовбцями: «Що може відбуватися в вашій голові», «Як ви можете себе почувати», «Як ви можете поводитися».

Ця таблиця може застосовувати у разі появи складнощів у клієнта з описанням того, що з ним відбувається та що він може відчувати.

Таблиця 3.1

Наслідки ПТСР, що впливають на ваш розум (думки, образи та спогади), почуття та поведінку.

Що може відбуватися у вашій голові	Як ви можете себе почувати	Як ви можете поводитися
<ul style="list-style-type: none"> • Нав'язливі та небажані спогади про травматичний досвід. • У вашій свідомості з'являються образи того, що сталося або може статися. • Думки, що травма повторюється зараз. • Думки про те, що в тому, що сталося, винні ви або що ви могли цьому запобігти. • Думки, що ви божеволієте. 	<ul style="list-style-type: none"> • Будь-які емоції, які ви переживали в момент проживання травматичного досвіду, в тому числі: <ul style="list-style-type: none"> - страх; - злість; - огида; - приниження; - сором; - огида. • Відокремлено (відчуття відірваності або відсторонення від того, що відбувається) • Відчуття у тілі такі, які ви переживали під час переживання травматичного досвіду. 	<ul style="list-style-type: none"> • Уникати людей або місць, які нагадують вам про травматичний досвід. • Уникати розмов або думок про те, що сталося. • Намагатися відігнати спогади або забути про травматичні події. • Уникати сну, боючись жахів. • Вживати алкоголь або наркотики, щоб забутись. • Бути постійно зайнятим.

Крок другий. Уявне переживання травматичної події та ідентифікації гарячих точок, обговоренню особистісних значень у цих точках та пошук пояснень, більш релевантних реальності.

Під час спілкування з клієнтом психолог просить клієнта позначити те, що з ним сталося, але не досліджує занадто багато деталей про травму занадто рано, оскільки це може призвести до непотрібного дистресу або дисоціації. Клієнту можна нагадати, що на наступних етапах лікування травми буде можливість детально розповісти про травму.

Сесія № 3.

На третій сесії, за потреби, повторюється процедура уявного переживання та розгортається пошук нових значень травматичної події, провадиться оновлення травматичних спогадів.

Спогади про травми часто є особливо яскравими і можуть бути повторно пережиті в будь-якому з почуттів (зір, звук, дотик, нюх, смак, біль). Вони часто мимоволі знову переживаються як спогади, кошмари або небажані спогади, або як ніби події відбуваються в теперішній момент («теперішнє»). Так клієнтові можуть бути задані наступні питання:

1. Якими властивостями володіють ваші спогади про травму, яких не мають інші спогади? (тут психолог повинен розглянути: фрагментарність, яскравість і чуттєві якості, повторне переживання тут і зараз)
2. Чи трапляються спогади про травму просто так, коли ви цього не хочете?
3. Коли у вас з'являються небажані спогади про вашу травму, ви просто бачите це? Ви коли-небудь чуєте це, відчуваєте його запах чи відчуваєте? Ви відчуваєте фізичні відчуття у своєму тілі?
4. Що ви думаєте про себе через такі спогади (це питання спрямоване на оцінку спогадів про травму)?
5. Яких нагадувань про свою травму ви уникаєте?

6. Чи можете ви описати якісь види, звуки, запахи, смаки, типи дотиків, людей або місця, які можуть викликати небажані спогади про вашу травму?

Сесія № 4-5.

Четверта і п'ята сесії передбачають подальше обговорення значень та оновлення спогадів, а також роботу по дискримінації тригерів. Люди з ПТСР часто виявляють, що їхні спогади про травму переживають мимовільно. Тригерами часто є відповідні подразники, які були присутні під час травми. Клінічно може виявитися корисним дізнатися більше про тригери, оскільки їх можна використовувати як можливості для розрізнення стимулів або як цілі для обробки пам'яті.

Сесія № 6.

Шоста сесія спрямована на підтримку адаптивних стратегій: упроваджуються поведінкові експерименти, щоб продемонструвати, що немає необхідності контролювати загрози (наприклад, потреби в униканні та посиленій пильності); експерименти на зменшення румінації, усунення реакцій, які заважають засинанню, тощо.

Сесія № 7

На сьомій сесії відбувається перегляд місця події.

Сесія № 8

На восьмій продовжується робота, спрямована на оновлення спогадів, дискримінацію тригерів та зміну поведінки, яка є підтримувальною для симптоматики ПТСР.

Сесія № 9.

На дев'ятій має бути відмічено досягнутий прогрес у всіх напрямках: оновленні травматичних спогадів, дискримінації тригерів, зміні особистісних значень, усуненні підтримувальної поведінки та когнітивних стратегій, – а також здійснено фінальне оновлення спогадів і побудову

цілісного наративу травматичної події (також дається домашнє завдання з повторної наративізації травми).

Сесія № 10.

Фінальна сесія орієнтована на повернення та адаптацію до життя; на ній відмічається досягнений прогрес, фіксуються усі зміни та дається домашнє завдання на практикування нових способів сприймання і поведінки.

Бустерні сесії передбачають моніторинг поточного стану клієнта, аналіз досягнутого прогресу, нагадування про терапевтичні інструменти та стимулювання до практикування адаптивних стратегій.

Висновки до розділу 3

Порушення емоційної сфери у переселенців може мати різні прояви наприклад: поява агресивності, втрата інтересу до життя, апатія яке може перерости у депресію, байдужість, дратівливість та навіть неконтрольовані спалахи гніву. Крім того, екстремальні ситуації можуть слугувати підґрунтям для загострення акцентуацій. У вимушених переселенців страждає мотиваційна сфера, знижується самооцінка, вони важко переживають неможливість задовільнити свої життєві потреби.

Однак, не завжди перешкоди, які виникають у зв'язку з вимушеною міграцією мають несуть погані наслідки. Так, вони можуть мати позитивний ефект, наприклад у вигляд нового досвіду, особистісного позитивного зростання.

Першим важливим кроком психологічної допомоги має бути з'ясування психологом характеру прижитого особою травматичного досвіду . Доволі часто переселенці затикаються з неоднозначною позицією суспільства, яке їх оточує. Деякі люди можуть щиро співчувати та надавати допомогу, а інші можуть ставиться байдуже та навіть вороже, звинувачувати та тим самим викликати вторинну травматизацію. Як правило особи, які отримали травматичний досвід залишаються один на один з цією проблемою. Ретравматизація, у свою чергу, може активувати попередній травматичний досвід, і тоді психологічна допомога стає край необхідною.

Значна меншість клієнтів із посттравматичним стресовим розладом повідомляють про емоційні реакції без страху під час і після травми, включаючи почуття сорому, провини та гніву. У результаті відчуття поточної загрози у деяких клієнтів може бути пов'язане насамперед із вірою в те, що їх оцінили б негативно, якби люди знали, що з ними сталося (сором), а не з вірою в те, що вони зараз знаходяться у фізичній небезпеці (страх).

Завдання консультанта/терапевта в цьому процесі –не просто дати знання: розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її проблему (розлад, хворобу, кризу), а й навчити, яким чином поводитись з отриманою інформацією.

Для психологічної допомоги можуть бути використані наступні напрямки: когнітивно-поведінкова терапія, сімейне консультування, тренінги з розвитку життєвих навичок, десенсибілізація за допомогою руху очей, психокорекційні групи.

ВИСНОВКИ

Актуальність обраної теми обумовлена специфікою сучасного історичного періоду, який відрізняється підвищеною ризикогеністю факторів, сприяючих травматизації особистості та зниженням якості життя людини. До таких факторів відносяться: відносно нестабільна політична ситуація в країні та в світі, соціально-економічна невизначеність та тривога, екстремальні життєві ситуації (пандемія, війна, міграція). Так, екстремальні події на території України ставлять перед людьми важкі важковіришувальні задачі, пов'язанні з реалізацією своїх можливостей, розуміння самих себе та своїх місця та ролі у житті, ускладнюють їх соціально-психологічну адаптацію. Ці події піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки.

В ході теоретичного аналізу було встановлено, що психологічна травма – це шкода, яку завдано психічному здоров'ю індивіда після посиленого впливу стресових, гостроемоційних впливів або несприятливих факторів на психіку.

Найбільш травмуючою та серйозною подією для психіки та душевної рівноваги завжди є загроза смерті, для кого б ця загроза не призначалася: комусь із близьких особи чи їй самій. Іноді травмуючою подією для психіки стає загроза смерті навіть незнайомим особистостям. Не меншу шкоду завдає почуття сильного страху, беспорядності та безсилля. Особливість багатьох подій, що травмують, виявляється в тому, що їх вкрай складно і часто неможливо передбачити і взяти їх під контроль. Участь у війні, знаходження людини у зоні бойових дій, у полоні чи на окупованій території – це постійна загроза смерті та смерті близьких людей, найважчі фізичні пошкодження та поранення, загроза втрати та втрата волі, моральні та фізичні приниження, матеріальні позбавлення, зустріч із зрадою, насильством, порушенням законності, справедливості, знищення поваги до

людської гідності. Пережита травматична подія може знову відчуватися у різних формах. В основному, це відбувається у формі повторюваного і тривожного спогаду або лякаючого сну, що повторюється протягом декількох секунд, годин або навіть днів. Протягом цього періоду травматична подія переживається наново. Жертва поводитиметься так, як у той момент, коли подія сталася. Вона страждає від сильного дистресу, при якому присутня надмірна реакція фізіологічних функцій, якщо жертва зазнає впливу події, що спричинила травму, або аналогічного стану, або навіть речі, що нагадує їй пережиту подію. Після травматичного досвіду світ перестає мати сенс.

Перебування в зоні бойових дій є досвідом перебування у екстремальній ситуації. Екстремальна ситуація часто супроводжується наявністю ціннісних протиріч. Найчастіше така швидка зміна цінностей невіддільна особистості, в результаті всередині виникає особистісний конфлікт. Тривале та часте перебування в екстремальній ситуації обов'язково супроводжується змінами структурної організації особистості. Здобувши досвід екстремальної ситуації перед цивільними особами стоїть вибір: прогрес чи регрес особистості. При прогресивних намірах особистість рухається далі, відбувається її сама актуалізація, а при регресії формується комплекс жертви, розвивається посттравматичний стресовий розлад і комплекс неефективних для особистості психологічних захистів. Тяжкі психологічні порушення найчастіше відбуваються у осіб із низьким рівнем врівноваженості нервової системи, у яких відсутня стресостійкість. Такі учасники подій найчастіше стикаються з психологічним та емоційним вигорянням.

Однак, варто зазначити, що у ході аналізу літератури було з'ясовано, що більшості осіб спочатку відчувають сильний стрес після травми, але лише у небагатьох з них розвиваються тривалі розлади психічного здоров'я.

Війна як психічна травма впливає не лише на її учасників чи мирне населення, що відправляють своїх близьких на смерть, переживають війну на окупованій території. Війна як психічна травма передається наступним поколінням шляхом трансгенерації. Люди, які зіткнулися з війною, змушені захисно відключати свої почуття, і вони не можуть дати дітям повноцінний психологічний контакт. Пригнічуючи свої почуття, людина виживає, але у її дітей виникає серйозна проблема з почуттям своєї значимості, прийнятності, з відчуттям права бути.

Для отримання емпіричних даних було проведено інтернет по трьом методикам: Шкала оцінки впливу травматичної події (скор. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R), Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory).

Вибірку для опитування склали дві групи, кожна по 30 осіб. Перша група – це особи, що перебували в зоні бойових дій на початку 2014 року та згодом переїхали на безпечну територію. В цю групу входять 17 жінок та 13 чоловіків, віком від 22 до 33 років, що перебували на території зони бойових дій (зони АТО) різний проміжок часу (від 1 до 4 років) та зараз проживають на безпечній території. Відповіді стосовно освіти були такими: дев'ятнадцять осіб мають повну вищу освіту (63%), у восьми досліджуваних незакінчена вища освіта (26,7%), п'ять осіб мають середню спеціальну освіту (16,7%), одна особа має середню освіту (1,33%) та одна особа з двома повними вищими освітами (1,33%). Що стосується сімейного стану першої групи: чотирнадцять досліджуваних перебувають у шлюбі (47%), шість досліджуваних не мають відносин (20%), шість осіб перебувають у цивільному шлюбі (20%), три особи мають стосунки, але не проживають разом (10%), одна особа у розлученні (3%) та одна особа вибрала серед пропонованих варіантів «інше» (3%).

Друга група – це особи, що перебували на території України 23.02.2022 року, тобто під час початку війни Росії проти України. В цю групу входять 19 жінок та 11 чоловіків віком від 22 до 33 років. Характеристики сімейного стану другої групи досліджуваних наступні: 11 осіб перебувають у цивільному шлюбі (36%), 6 осіб перебувають в офіційному шлюбі (20%), 7 осіб мають відносини, але не проживають разом (23%), 4 особи не мають відносин (13%), та 2 особи у відповідь на запитання про сімейний стан обрали пункт «інше» (2%). Що стосується освіти другої групи: 21 особа має вищу освіту (70%), 5 осіб мають незакінчену вищу освіту (17%) та 4 особи мають декілька вищих освіт (13%).

В ході проходження інтернет опитування досліджувані обох груп відповідали свідомо, однакові запитання викликали однакову реакцію.

У досліджуваної групи № 1 (переселнці) в ході статистичного аналізу було встановлено наступне. У 33% опитуваних відсутня депресія, у 33% опитуваних може бути легка форма депресії, у 20% опитуваних може бути помірна депресія, 10% можливо мають виражену депресію і у 3% опитаних можлива важка депресія. Отже, виходячи з отриманих даних можна говорити про те що у досліджуваних може бути як повністю відсутні прояви депресивної симптоматики, так і можуть бути присутні прояви депресивної симптоматики різної важкості.

Дуже схожі показники про рівня депресії було отримано у групи №2. Так, було встановлено, що у 43% опитуваних відсутня депресія, у 33% опитуваних може бути легка форма депресії, у 10% опитуваних може бути помірна депресія, 8% можливо мають виражену депресію і у 8% опитаних можлива важка депресія.

Що стосується впливу травматичної події то показники за трьома субшкалами для групи №1 наступні:

- 1) для субшкали «Вторгнення»: з тридцяти осіб дві людини мають високій рівень впливу, одна людина має підвищений рівень

впливу, сім мають середній рівень впливу, сім людини мають низький рівень впливу та тринадцять осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події

- 2) Для субшкали «Уникнення»: з тридцяти осіб дві людини мають високий рівень впливу, одна людина має підвищений рівень впливу, вісім осіб мають середній рівень впливу, чотири людини мають низький рівень впливу та 15 осіб має дуже низький рівень впливу травматичної події.
- 3) Для субшкали «Фізіологічна збудливість»: дві людини мають високий рівень впливу травматичної події, сім осіб мають середній рівень впливу травматичної події, чотири мають низький рівень впливу та сімнадцять мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

У досліджуваній групі № 2 за методикою «ШОВТС» та її субшкалами було отримано наступні результати:

- 4) Для субшкали «Вторгнення»: з тридцяти осіб три людини мають підвищений рівень впливу, чотирнадцять мають середній рівень впливу, п'ять осіб мають низький рівень впливу та вісім осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.
- 5) Для субшкали «Уникнення»: з тридцяти осіб одна людина має високий рівень впливу, три людини мають підвищений рівень впливу, тринадцять осіб мають середній рівень впливу, сім людини мають низький рівень впливу та шість осіб має дуже низький рівень впливу травматичної події.
- 6) Для субшкали «Фізіологічна збудливість»: тринадцять осіб мають середній рівень впливу травматичної події, п'ять мають низький рівень впливу та дванадцять осіб мають дуже низький рівень впливу травматичної події.

За результатами проходження методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» групою №2 було встановлено що з тридцяти осіб: п'ятнадцять осіб мають занижений рівень розладу адаптації, чотирнадцять осіб мають середній рівень розладу адаптації та одна людина має підвищений рівень розладу адаптації.

Під час проведення емпіричного дослідження нами було висунуто припущення про вплив рівня травмуючої події на рівень депресії у досліджуваної вибірки. Так у групи №1 та групи №2 було виявлено позитивний кореляційний зв'язок рівня впливу травматичної події рівень на депресії. Тобто, можна припустити, що чим більший рівень впливу травматичної події тим більшим є рівень депресії. Також було для групи досліджуваних №1 було виявлено кореляційний зв'язок між часом перебування в зоні АТО та рівнем впливу травматичної події (чим довше досліджувані перебували в зоні АТО тим більший вплив травматичної події вони мають). Крім того, було встановлено значний кореляційний зв'язок між інтегральною шкалою методики «ШОВТС» та субшкалою методики «Шкала депресії Бека» - шкала «соматичних проявів депресії» для групи №2. Тобто тут ми можемо говорити про те, що чим вище показник рівня впливу травматичної події у групи №2, тим більша вірогідність появи соматичних проявів депресії (безсоння, головного болю, болю в спині та шийі, шлунково-кишкових розладів, зміни апетиту, астенії)

Для досліджуваних з обох груп під час перевірки гіпотези про середні було встановлено, що рівень середній впливу травматичної події та середній рівень депресії є вищим у жінок ніж у чоловіків.

Під час проведення емпіричного дослідження було висунуто припущення про те, що показники групи № 1 будуть набагато нижчими чим показники у групи № 2, у зв'язку з тим що у досліджуваних з групи № 1 психологічна травма є застарілою. Однак, це припущення не підтвердилося.

Для проведення психологічної інтервенції за основу було взято когнітивну терапію ПТСР, яка базується авторській моделі посттравматичного стресового розладу Ехлерс – Кларка.

Відповідно до протоколу втручання розраховане на 10 послідовних 50-хвилинних сесій з кількома бустерними сесіями три місяці потому. Однак, слід зауважити, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

Список використаних джерел:

1. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 4. С. 70–802.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
3. Петрова Е. А. Феномен психотравмы: теоретический аспект // Вестн. Новгородского гос. ун-та им. Ярослава Мудрого. 2013. Т. 2, № 74. С. 89–91.
4. Менделевич В. Д., Соловьёва С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: Городец, 2016. 600 с.
5. Селье Г. Стресс без дистресса / Пер. с англ. А. Н. Лука, И. С. Хорола. М.: Прогресс, 2005. 123 с.
6. Михеева А. В. Психическая травма в определениях и понятиях современных учёных // Вестник РУДН. Сер. «Вопросы образования: языки и специальность». 2009. № 2. С. 142–147
7. Кровяков В. М. Психотравматология: монография. М.: Наука, 2005. 315 с.
8. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика. М.: Институт психологии РАН, 2012. 208
9. Петрова Е. А. Феномен психотравмы: теоретический аспект // Вестн. Новгородского гос. ун-та им. Ярослава Мудрого. 2013. Т. 2, № 74. С. 89–91.
10. Защиринская, О. В. Современные представления о психической травме / О. В. Защиринская, Я. В. Куус // Актуальные вопросы изучения травматического стресса и психотравмы в социальной и образовательной среде: Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург 2020. – С. 9-21.
11. Тадевосян М. Я., Сукиасян С. Г. Психическая травма, её последствия и предрасполагающие факторы // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. Т. 111, № 11. С. 95–100.

12. Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. Руководство для спасателей и другого персонала служб быстрого реагирования. — М.: МЧС РФ, 1995. — 8.
13. Кремень М.А. Проблема экстремальности и безопасности личности / М. А. Кремень, А.П. Герасимчик // Вестник Московского университета. — серия 14. Психология. — 2011. — №4. — С. 40.
14. Колесов С.Г. Экстремальная ситуация и экстремальное поведение //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2014. — № 12. — С. 190.
15. Сущность и характеристики экстремальной ситуации а. с. Темчур, магистрант Институт сферы обслуживания и предпринимательства (филиал) ДГТУ в г. Шахты (Россия, г. Шахты) 2021.
16. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. М.: «Медицина», 1984. 272 с.
17. Мясищев В.Н. Избранные труды. М. Воронеж, 1995. 356 с.
18. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. — М.: Академ. проект, 1999. — С. 119.
19. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. — М.: «Филин», 2006. — С. 127.
20. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. — М.: ЭКСМО, 2005. — С. 122.
21. Шхагапсоева М. Х. О психологии выбора в условиях экстремальной ситуации // Пробелы в российском законодательстве. — 2017. — №4. — С. 256.
22. Холмогорова А. Б. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс / А. Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян. — М.: Юнеско. МГППУ, 2006. — С. 17.

23. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. СПб., 1997. 48 с.
24. Психиатрия войн и катастроф: учеб. пособие / ред. В. К. Шамрей. СПб : Спец. Лит, 2015. 431 с.
25. Фрейд З. Исследования истерии Санкт-Петербург, 2005 — 82 с.
26. Братусь Б.С. Аномалии личности .—— М.: Мысль, 1988.— 301 с.
27. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа /Пер. с англ. — М.: Академический Проект, 2001. — 368 с.
28. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: Методичні рекомендації / Укл. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І. - Харків: ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, 2014. - 67 с.
29. Попова Р.Р. Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие / Р.Р. Попова. – Казань: Издательство Казанского ун-та, 2013. – 135 с.
30. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Б. Фoa, Теренса М. Кина, Мэтью Дж. Фридмана. – М.: Когито-Центр, 2005. – 491 с.
31. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів: Навчально-методичний комплекс / Укл. Л.М. Москалюк. – К.: Вид-во Національної академії внутрішніх справ, Київ 2014 . – 38 с
32. Солдатова Г.У. Психология беженцев и вынужденных переселенцев. Москва Вид. Сене 2001
33. Вынужденные мигранты: интеграция и возвращение / Под ред. В.А. Тишкова. М., 1997. - 308 с.

34. Павловец Г.Г. Психологическая адаптация вынужденных мигрантов: Дисс..докт. психол. наук. СПб.- 1999
35. К. Бессел ван дер Тело помнит все: какую роль играет травма в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть/ под ред. Р. Фасхутдинова /2021.-226 с.
36. Караяни А. Г., Сыромятников И. В. «Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи» // Прикладная военная психология. — СПб. : "Питер", 2006. — С. 153-164.
37. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.
38. Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие. Материалы IV Международной научной конференции Кострома, 22–24 сентября 2016 г. Том 1 Кострома КГУ им. Н. А. Некрасова 2016
39. Линский И.В., Кузьминов В.Н., Позднякова Н.В., Онищук С.В., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Е.Г. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения/ И.В.Линский, В.Н.Кузьминов, Н.В.Позднякова, С.В.Онищук, Л.Ф.Шестопалова, Е.Г.Гриневич // Український вісник психоневрології. – Том 22, вип.3 (80) – 2014 .– С.5-12.
40. Куфлієвський А.С. Вплив екстремальних ситуацій на психологічну стійкість пожежних-рятувальників у процесі професійної діяльності //Проблеми екстремальної та кризової психології//в. 3. ч.1/-2007
41. Revisione del trauma psicologico: teoria, pratica, politica e ricercar Mohammad tahan1, Hamid Taheri, Tamkeen Saleem// Marzo-Aprile 2021//URL: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3594/articoli/35764/>

42. Ponnampereuma T, Nicolson NA. The relative impact of traumatic experiences and daily stressors on mental health outcomes in Sri Lankan adolescents. *J Trauma Stress* 2018; 31: 487-98.//URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jts.22311>
43. Galatzer-Levy IR, Ma S, Statnikov A, et al. Utilization of machine learning for prediction of post-traumatic stress: a re-examination of cortisol in the prediction and pathways to non-remitting PTSD. *Transl Psychiatry* 2017 //URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28323285/>
44. Falkenberg L, Zeckey C, Mommsen P, et al. Long-term outcome in 324 polytrauma patients: what factors are associated with post-traumatic stress disorder and depressive disorder symptoms? *Eur J Med Res* 2017; 22: 44.//URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663112/>
45. Borja SE, Callahan JL, Long PJ. Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *J Trauma Stress* 2006; 19: 905-14. //URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20169>
46. Van der Velden PG, Grievink L, Kleber RJ, Drogendijk AN, Roskam AJ, Marcelissen FGH, et al. Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study. *Adm Policy Ment Health* (2006) 33:279–88. doi: 10.1007/s10488-005-0027-x //URL:<https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-005-0027-x>
47. Kleber RJ. Epilogue: towards a broader perspective of traumatic stress. In: Kleber RJ, Figley Ch.R., Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: Cultural and societal dimensions*. New York: Plenum (1995). 299–306. doi: 10.1007/978-1-4757-9421-2//URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00451/full>
48. Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull* (2010)136:257–301.doi:10.1037/a0018301//URL: https://www.researchgate.net/publication/41654706_Making_Sense_of_the_Me

aning Literature An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events

49. Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study / Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J., McManus F. // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2010. – Vol. 38(04). – P. 383–398.
50. Fischer G., Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt, 1998. 194 p
51. Ehlers A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // Behaviour Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.