**Розділ 1. Теоретичні основи вивчення психічних травм війни.**

* 1. Поняття та класифікація психічних травм. Ключові концепції та підходи.

Психічні травми, спричинені війною, є важливим предметом дослідження у психології та психіатрії.

За даними Національної служби здоровʼя України (НСЗУ), у 2021 році діагноз ПТСР був поставлений 3 167 пацієнтам, у 2022 році – 7 051 особі, у 2023 році кількість українців з ПТСР зросла до 12 494, а лише за два місяці 2024-го (станом на 6.03.2024 р.) вже діагностовано 3 292 випадки.

ПТСР- це порушення психічного стану, що може розвинутися після травматичного стресу. В часи Першої світової війни цей стан називали "воєнним неврозом" або "шоковою травмою". Після Другої світової війни його почали називати "бойовим стресом". Офіційно термін **ПТСР** був введений у 1980 році, коли Американська психіатрична асоціація включила його до **DSM-III** (Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів). Відтоді ПТСР визнано наслідком не лише бойових дій, але й інших травматичних подій, таких як катастрофи, насильство чи серйозні аварії. ПТСР характеризується тривалими симптомами тривоги, флешбеків, нічних кошмарів та уникання ситуацій, які нагадують про травматичну подію.

Теоретичні основи вивчення таких травм включають кілька ключових концепцій та підходів.

Найбільш відомі ключові підходи до вивчення психічних травм це:

*Теорія когнітивної обробки інформації*: Цей підхід пояснює, як людина обробляє травматичний досвід. Травма може порушити нормальні когнітивні процеси, спричиняючи зміни в мисленні, що призводять до патологічних симптомів. Теорія підкреслює активний характер когнітивних процесів, як-от увага, пам'ять, мислення та вирішення проблем.

*Теорія прив'язаності:* Це психологічна концепція, розроблена британським психоаналітиком **Джоном Боулбі**, яка пояснює важливість ранніх емоційних зв'язків між дитиною та її опікуном (зазвичай матір'ю) для розвитку здорової психіки. Вивчає, як війна може впливати на міжособистісні стосунки та розвиток прив'язаності. Втрата близьких, розрив соціальних зв'язків та ізоляція можуть погіршувати психічний стан.

*Нейробіологічний підхід*: Досліджує, як травма змінює функціонування мозку. Підвищена активність мигдалини, зниження функцій гіпокампа та порушення роботи префронтальної кори є типовими для людей з ПТСР. Нейробіологічний підхід при травмі дає змогу краще розуміти, як травматичні події впливають на мозок і психіку, а також розробляти ефективні методи лікування для відновлення нормальної діяльності нервової системи та зниження психологічних симптомів.

*Психоаналітичний підхід:* базується на теоріях психоаналізу, зокрема на роботах **Зигмунда Фройда** та його послідовників. Цей підхід фокусується на несвідомих психічних процесах, які виникають у відповідь на травматичні події, та їхньому впливі на поведінку, емоції та психічне здоров'я. Вважається, що травматичний досвід може залишити глибокий слід у підсвідомості, і цей вплив може проявлятися через різні психічні симптоми. Війна може спричинити глибокі внутрішні конфлікти, що проявляються через симптоми травми.

*Ресурсно-орієнтований підхід:* Вважає, що травмовані особи можуть використовувати внутрішні та зовнішні ресурси для подолання наслідків травми. Це може включати соціальну підтримку, позитивні переконання та навички саморегуляції.

Ці теоретичні основи допомагають зрозуміти, як війна впливає на психіку та які методи терапії можуть бути ефективними для подолання наслідків психічних травм.

Історія поняття **«травми»** випливає з ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що надає патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не в зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні **Его**, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях. Поняття **“травма”** у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла.

За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й **психічна травма**. Психіка, так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, і все, що порушує цю стабільність, витісняється за термінологією З. Фройда. На відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, **психічна травма** може мати інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти. Друга істотна відмінність психічної травми від фізичної полягає в тому, що вона невидима та об’єктивується за непрямими ознаками, головною з яких є душевний біль.

Рефлекторна реакція організму на будь-який біль - це відсторонення, уникнення, позбавлення. Але основна функція болю- інформаційна, вона повідомляє про наявність ушкодження та запускає механізм на зцілення й виживання організму.

Психічний біль так само інформує про психологічне неблагополуччя та запускає механізм зцілення психіки - роботу захисних механізмів, зокрема механізмів витіснення та придушення або відповідну реакцію. Відповідна реакція на травматичний вплив присутня завжди, і чим інтенсивніша травма, тим сильніша зовнішня дія або внутрішнє переживання. Відповідною реакцією може бути удар, сварка, почуття безсилля та плач, якщо людину вдарили або принизили. Відповідна реакція дає змогу здійснити розрядження надмірного психічного збудження, що виникає під час травматизації. У випадку коли психічне збудження, яке зросло, не може бути відреаговано (зокрема, вербально, як відомо, слова можуть замінювати не тільки дії, а й переживання), починають працювати захисні механізми психіки. Вони трансформують енергію травматичного збудження у тілесні симптоми, отже, розрядження відбувається в соматичної сфері. Відбувається те, що в психоаналізі називають конверсією.

Зигмунд Фройд вказував, що оскільки соматизація сприяє розрядженню психічного напруження, у психіці формується специфічне “ментальне ядро” або “пункт перемикання”, асоціативно пов’язаний з усією “атрибутикою” отриманої психічної травми. Це “ментальне ядро” почне активізуватися щоразу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування. Вчений називав цей процес феноменом “нав’язливого повторення”. Таким чином, психічна травма має надзвичайно “хорошу пам’ять”, а її жертви страждають переважно від спогадів та патологічних патернів реагування, реалізованих несвідомо. З точки зору

З. Фройда, вирішальним моментом для наслідків травми є не її сила, а підготовленість або непідготовленість організму, яка виражається в його потенціалі. Специфічно, що травма не завжди проявляється у чистому вигляді, як хворобливий спогад або переживання. Вона стає нібито “збудником хвороби” та викликає різні симптоми (фобії, обсесії, заїкання тощо).

У пізніших працях **поняття психічної травми** розглядалося у контексті **теорії стресу** в якості особливої форми загальної стресової реакції (Г. Сельє, 1979; О. Черепанова, 1997). Відповідно до цього підходу травматичний стрес настає в тому випадку, якщо стресогенний фактор досить сильний, продовжується впродовж тривалого часу, перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного “ламання” в організмі. Якщо переживання стресової ситуації в нормі мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню людини до мінливих умов, то травматичний стрес виснажує його адаптаційні можливості.

**Психічна травма** – це перш за все психічне переживання, в центрі якого знаходяться певні емоційні стани. Центральне місце емоцій в структурі психотравмуючого переживання закономірно, воно обумовлено як важливим місцем емоцій в організації і інтеграції психічних процесів, так і їх роллю у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості.

Заслуговує на увагу, визначення І.А. Погодіна «**Психічна травма- будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини, психологічно важко стерпна і здібна, при недостатності захисних психологічних механізмів, призвести до психічних розладів»**. Автор дає визначення «психічній травмі» а не «психотравмі» при цьому, що цікаво, змістовні складові визначення цілком відповідають інтересам психологічного підходу до визначення сутності поняття «психотравма». Погодін І.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб. Пособие/И.а. Погодин.-М.: Флинта: МПСИ, 2008.

За останні років десять в науці зріс інтерес до вивчення психотравми як соціально-психологічного феномену. Збільшується кількість робіт вітчизняних дослідників: П. Горностая, В. Климчука, О. Кочубейник, О. Романчука, Т. Титаренко, Л. Царенко, ін. Обговорюється розуміння поняття «психотравма» через уточнення відмінностей між конструктами «психічна травма і «психологічна травма». На підставі теоретичного аналізу наукових джерел, **психологічна травма** – це шкода, завдана душевному здоров'ю людини несприятливими обставинами чи діями людей без серйозних порушень її психіки та можливістю успішної адаптації до середовища.

**Психічна травма** – це пошкодження психіки людини, що призводить до помітних змін її нормального функціонування, яке виявляється у розладах мислення, порушенні мовлення, неадекватності поведінки, втраті орієнтації в просторі, наростанні тривожних станів тощо.

Українські психологи досліджують психічні травми, зокрема ті, що виникають внаслідок війни та інших екстремальних ситуацій. Вони розробили різні підходи до класифікації психічних травм, які допомагають зрозуміти їхню природу та визначити ефективні методи лікування. Основні класифікації включають:

1. За часом впливу – гострі та хронічні травми.

**Гострі(шокові)травми**: Психічні травми, які виникають внаслідок короткочасного, але інтенсивного травматичного досвіду, наприклад, переживання одного сильного шокуючого епізоду (обстріл, поранення, напад). Вони часто призводять до негайних реакцій, таких як паніка або гостра стресова реакція.

Д.Калшед у своєй книзі «Внутрішній мир травми» при описі гострої психічної травми вказував на те, що відбувається перехід звичайних захистів цивілізованої людини до примітивного рівня «архаїчних» захистів, які визначаються високим рівнем опору до змін( оскільки рівень організації психіки в цілому глибоко регресує).

Саме через зазначені особливості, звернення до раціональної частини психіки буде ускладненим і навіть беззмістовним до того часу, допоки не буде встановлена мінімальна довіра. Тобто, при терапії гострої психічної травми найважливішим стає розуміння та співпереживання. Травма стає несумісною з життям цивілізованої людини, в результаті чого психічне життя переходить до мінімальних та стереотипних реакцій, що найбільш виражені у втраті смислів.

Основні характеристики гострої психічної травми:

***- Швидкий початок***, коли травма виникає раптово після переживання події, яка має загрозливий або шоковий характер.

***- Інтенсивність***, коли емоційні реакції є дуже сильними, включаючи страх, жах, розгубленість або відчуття безпорадності.

***Фізіологічні симптоми***, коли є прискорене серцебиття (тахікардія), підвищений кров'яний тиск, труднощі з диханням, тремтіння, пітливість та інші ознаки тривоги.

***Психологічні симптоми***, коли є дезорієнтація, сплутаність свідомості, шок, тривога, порушення сну, флешбеки (повторне переживання травматичних подій) або дисоціація (відчуття відчуження від реальності).

Симптоми гострої травми можуть бути короткочасними, тривати від кількох днів до кількох тижнів після події.

Причини гострої психічної травми**:**

1) Військові дії, бойові дії або спостереження за насиллям.

2)Природні катастрофи (землетруси, повені) або техногенні аварії (авіакатастрофи, вибухи).

Як наслідки-порушення сну, емоційна нестабільність, сильний стрес.

Якщо не надати належну психологічну допомогу, гостра психічна травма може перерости у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію або тривожні розлади.Негайна психологічна допомога після травми допомагає зменшити інтенсивність симптомів та запобігти хронічним розладам. Використовуються когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), техніки релаксації, десенсибілізація і переробка травматичних спогадів (EMDR), а також індивідуальна та групова терапія. У разі сильних симптомів можуть використовуватися антидепресанти або транквілізатори для стабілізації стану.

Гостра психічна травма потребує своєчасного втручання для запобігання хронічним психічним розладам та покращення психічного здоров'я людини.

**Хронічні травми**: Це травми, що розвиваються внаслідок тривалого перебування в стресових умовах, як-от постійне життя в зоні бойових дій або тривале перебування у полоні. Хронічний стрес може призводити до глибоких і стійких змін у психіці.

Основні характеристики хронічної психічної травми:

***Тривала дія***, коли травматичні переживання впливають на людину протягом тривалого часу, навіть після завершення безпосередньої загрози.

***Кумулятивний ефект***, коли симптоми можуть наростати поступово, особливо якщо людина постійно піддається стресовим або травматичним ситуаціям.

***Постійні психологічні наслідки***, коли людина може постійно відчувати тривогу, депресію, розлади сну, відчуження від суспільства та загострення емоційних реакцій на будь-які стресові події.

Причини хронічної психічної травми:

1) Тривалі військові конфлікти або перебування в зоні бойових дій.

2) Домашнє або сексуальне насильство, яке продовжується протягом тривалого періоду.

3) Тривалі катастрофи або повторювані стресові події (природні катастрофи, життя в умовах соціальної нестабільності).

4) Постійні травмуючі події на роботі, наприклад, робота в екстремальних умовах або пов'язана з постійною загрозою життю (військові, рятувальники, лікарі).

Симптоми хронічної психічної травми:

**Психічні симптоми**, коли є постійне відчуття тривоги та страху, депресія, почуття безвиході або емоційна виснаженість. Флешбеки (повторне переживання травматичних подій) або нічні кошмари. Людина втрачає інтерес до життя, має відчуття відстороненості від світу.

**Фізичні симптоми**, коли є хронічна втома, порушення сну (безсоння або постійне відчуття сонливості). Також можуть бути соматичні симптоми, такі як біль, головні болі або проблеми з травленням, пов'язані зі стресом.

**Поведінкові симптоми** проявляються в ізоляції від суспільства, уникненні соціальних контактів, агресивністі, роздратуванні або неконтрольованих емоційних спалахах. У стосунках з близькими та друзями відбуваються негативні зміни,а зловживання алкоголем або наркотиками проявляєься як спосіб уникнути емоційного болю.

Наслідки хронічної психічної травми:

***Посттравматичний стресовий розлад* (ПТСР)**: найбільш поширений наслідок хронічних психічних травм, що характеризується тривалим переживанням травми через флешбеки, кошмари, підвищену тривожність.

***Депресія***: психічна травма може призводити до тривалих епізодів депресії, що ускладнює нормальне функціонування в повсякденному житті.

***Погіршення фізичного здоров’я***: хронічні травми можуть негативно впливати на загальний стан організму, зокрема призводити до серцево-судинних захворювань, ослаблення імунітету та порушень у роботі шлунково-кишкового тракту.

Лікування хронічних психічних травм передбачає психотерапію, а саме:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)- яка допомагає змінити негативні думки і поведінкові моделі, пов’язані з травмою.

EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка травматичних спогадів), яка спрямована на обробку і нейтралізацію травматичних спогадів.

Для людей, які мають спільні травматичні переживання, наприклад ветерани війни або жертви насильства може бути ефективною групова терапія.

Медикаментозна терапія включає антидепресанти та заспокійливі препарати, які можуть використовуватися для зменшення симптомів депресії та тривоги.

Соціальна підтримка: дуже важливо забезпечити сильну мережу підтримки з боку сім’ї, друзів або колег. Реабілітаційні програми та допомога громадських організацій можуть допомогти у поверненні до нормального життя.

2. За ступенем впливу

**Мікротравми**: Психічні травми, що виникають через накопичення невеликих, але постійних стресових факторів. Вони можуть не мати виражених симптомів одразу, але з часом накопичуються і призводять до значних психічних порушень.

**Макротравми**: Це великі, очевидні травми, які викликають серйозні психічні розлади, такі як ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). Вони часто є результатом надзвичайно травматичних подій, таких як війна, катастрофи або серйозні нещасні випадки.

3. За типом впливу

**Психологічні травми**: Включають зміни в емоційному стані, когнітивних процесах та поведінці, що виникають внаслідок пережитої травми. Це можуть бути такі стани, як тривога, депресія, страх, порушення сну.

Лікування психологічних травм передбачає психотерапію, а саме:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ**)**, яка допомагає змінювати негативні моделі мислення, пов'язані з травмою.

EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей)- використовується для переробки травматичних спогадів.

Підтримка людей зі схожими травматичними досвідами дає гарні результати в груповой терапії. Використовуються релаксаційні техніки (дихальні вправи, медитація) для зниження стресу. Із медикоментозної терапії - антидепресанти та анксиолітики для зниження симптомів депресії та тривоги.

**Психосоматичні травми**: це вид травм, що виникають у результаті глибокого емоційного або психологічного стресу, який проявляється через фізичні симптоми. У таких випадках психологічні проблеми чи травматичні переживання знаходять вираження у вигляді соматичних (тілесних) захворювань або фізичних порушень. Психосоматичні травми є результатом тісного взаємозв'язку між психічним станом і фізіологією людини.

Основні характеристики психосоматичних травм це:

Психічний стрес як причина фізичних симптомів- психосоматичні травми виникають, коли невирішені емоційні або психологічні конфлікти перетворюються на фізичні симптоми.

Фізичні симптоми без органічної причини- людина може мати реальні фізичні симптоми (наприклад, біль, головний біль, проблеми з травленням), але медичне обстеження не виявляє жодних фізичних захворювань, які могли б пояснити ці симптоми.

Симптоми можуть бути тривалими або повторюватися після стресових подій.

Причини психосоматичних травм може бути тривалий або інтенсивний стрес: постійний вплив стресових ситуацій (робота, війна, сімейні конфлікти) може призвести до того, що організм починає "відповідати" фізичними симптомами.

Невирішені психологічні конфлікти- психоемоційні травми, пов'язані з глибокими переживаннями або травматичними подіями, можуть проявлятися через тіло.

Постійне пригнічення емоцій- люди, які не дають виходу своїм емоціям (зокрема, гніву, страху, суму), можуть відчувати фізичні наслідки, такі як підвищений тиск або хвороби шлунка.

Поведінкові симптоми таки як:

- уникання соціальних контактів або емоційної взаємодії.

- надмірна турбота про своє здоров'я (гіпохондрія).

- зловживання шкідливими звичками (алкоголь, наркотики) для зменшення стресу.

Як психосоматичні травми впливають на організм?

Постійне відчуття стресу може активізувати симпатичну нервову систему, що призводить до збільшення частоти серцевих скорочень, підвищення тиску, порушення травлення.

Тривалий стрес і травма можуть ослабити імунну систему, що робить організм більш вразливим до інфекцій і хронічних хвороб. Хронічний стрес впливає на рівень гормонів стресу, таких як кортизол, що може призвести до порушення обміну речовин, накопичення жиру та інших фізіологічних порушень.

При лікування психосоматичних травмзастовують:

Когнітивно-поведінкова терапію (КПТ), яка допомагає змінювати негативні мисленнєві та поведінкові патерни, що призводять до психосоматичних симптомів.

Психоаналіз, як виявлення глибинних емоційних конфліктів, які викликають фізичні симптоми.

Гештальт-терапію, як допомога усвідомлювати свої емоції і їх вплив на тіло.

При психосоматичних травмах могут призначати лікі для зменшення симптомів тривоги та депресії (антидепресанти, транквілізатори). Знеболювальні, та спазмолітики при лікуванні фізичних симптомів.

Йога, медитація, дихальні техніки для зменшення стресу та покращення самопочуття. Фізична активність для зняття напруги і покращення настрою.

Дуже важливапідтримка з боку сім'ї, друзів або груп самодопомоги , вона зменшує вплив травматичних подій та покращує психосоматичний стан.

Психосоматичні травми вказують на тісний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Терапевтична робота, спрямована на опрацювання емоцій, може значно покращити як психічне, так і фізичне здоров'я.

4. За рівнем впливу на особистість

**Індивідуальні травми**: Залежать від особистого досвіду та сприйняття подій. Різні люди можуть по-різному реагувати на однакові травматичні ситуації, що залежить від їхніх індивідуальних особливостей, життєвого досвіду та психологічних ресурсів.

**Колективні травми**: Травми, які впливають на великі групи людей, такі як спільнота, нація або етнічна група. Вони виникають, коли велика кількість людей переживає схожі травматичні події, наприклад, війна або геноцид.

5. Екзистенційні травми

Це травми, що пов'язані з втратою сенсу життя, порушенням віри в справедливість або розумінням смертності. Вони можуть призводити до тривалих криз ідентичності, депресії та внутрішнього конфлікту.

Ці класифікації допомагають українським психологам і психотерапевтам не лише краще розуміти психічні травми, а й ефективніше розробляти індивідуальні та групові підходи до лікування та реабілітації постраждалих від травматичних подій.

1.2. Основні причини виникнення психічних травм під час війни.

Психічні травми війни можуть виникати з різних причин і мають серйозні наслідки як для індивідуума, так і для суспільства в цілому. Давайте розглянемо основні причини та наслідки таких травм.

*1.Безпосередній досвід бойових дій*. Військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, зазнають великих стресових навантажень, включаючи загрозу життю, поранення, смерть товаришів по службі, а також участь у насильницьких актах.

*2. Втрати та свідчення насильства*. Втрата близьких людей, товаришів, цивільного населення, а також свідчення насильства і руйнувань можуть спричинити глибокі психічні травми.

*3. Фізичні поранення*. Фізичні травми, отримані під час війни, часто супроводжуються психічними розладами, особливо якщо поранення призводять до інвалідності або значних змін у способі життя.

*4. Тривала напруга і невизначеність*: Перебування в умовах постійної загрози, невизначеності майбутнього, а також відсутність нормальних умов життя можуть спричинити хронічний стрес і виснаження.

*5. Переміщення і втрати домівок*: Вимушені переселення, втрата дому, роботи та соціальних зв’язків також є вагомими чинниками, що спричиняють психічні травми.

1.3. Основні психологічні механізми.

В умовах бойових дій, катастроф і стихійних лих нервово-психічні порушення проявляються в широкому діапазоні:від стану дезадаптаціі і невротичних рекцій до реактивних психотичних станів.

Тяжкість порушень залежить від багатьох факторів: віку,статі, рівня попередньої соціальної адаптаціі; індівідульних особливостей, додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, але й опосередкованої, пов’язаної з її очікуванням. Психічні реакції при екстремальних обставинах не мають якогось специфічного характеру. Скорішь, це універсальні реакції на небезпеку. А їхні частота і глибина визначаються раптовістю та інтенсивністю екстремальної ситуації.

Війна має серйозний вплив на психічне здоров’я людей, викликаючи широкий спектр психологічних проблем. Основні психологічні механізми, які активуються внаслідок воєнних дій:

1. **Активація інстинкту самозбереження.** Боротьба або втеча (Fight or Flight): Під час бойових дій тіло активує природні механізми для виживання, такі як викид адреналіну. Це призводить до підвищеної пильності, прискореного серцебиття, швидкої реакції на загрози. Люди можуть діяти імпульсивно, вибираючи між агресивними діями або спробами втекти.

Фізіологічні реакції:

* Підвищення рівня адреналіну та кортизолу.
* Прискорене серцебиття, підвищений тиск.
* Напруження м'язів, готовність до дій (реакція "бій або втеча").
* Загострення відчуттів, що допомагає швидше реагувати на зовнішні стимули.

Психологічні реакції:

* Підвищена пильність, концентрація на загрозі.
* Прийняття швидких рішень, іноді навіть інстинктивних, для уникнення небезпеки.
* Страх і тривога, які сигналізують про необхідність дій для захисту.

**2. Дисоціація.** Відчуження від реальності. Дисоціація дозволяє людині тимчасово «відключитися» від травматичних подій, відокремити себе від емоційного болю або стресу.

Це може проявлятися як почуття нереальності того, що відбувається, або навіть відчуження від власного тіла і почуттів. Це психологічний механізм захисту, при якому людина відокремлює свої думки, почуття чи спогади від реального досвіду, що дозволяє їй уникати психологічної травми або надмірного стресу. Вона виникає у відповідь на травматичні або стресові події, і може бути як короткочасною, так і хронічною.

**3. Психологічна адаптація**

*- анаестезія емоцій*- під час тривалого перебування в умовах війни люди можуть навчитися приглушати свої емоції, щоб знизити їхній руйнівний вплив. Це допомагає їм зберігати здатність функціонувати, але може призводити до емоційної оніміння і труднощів у вираженні почуттів.

*- зниження чутливості до насильства*- після постійного контакту з насильством і смертю, люди можуть втратити почуття шоку або жаху, що призводить до зміни моральних норм і цінностей.

**4. Рефлексія та інтеграція досвіду** включає в себе:

*-переоцінку життєвих цінностей:* військовий досвід часто змушує людей переоцінити свої пріоритети і цінності. Вони можуть ставити під сумнів сенс життя, ставлення до оточуючих, а також своє місце у світі.

*-зміна самоідентифікації*: зміни у своєму самосприйнятті. Люди можуть сприймати себе як воїнів, захисників, або навпаки, як жертв, залежно від їхнього досвіду.

**5. Соціальна ізоляція.** Порушення соціальних зв’язків, що посилює відчуття самотності. Люди можуть відчувати труднощі у спілкуванні з іншими, що посилює ізоляцію і депресію.

Основні причини:

**Вимушене переміщення** – багато людей були змушені залишити свої домівки через бойові дії, що призвело до втрати соціальних зв’язків, розлуки з родиною та друзями.

**Фізична небезпека** – через обстріли або бойові дії люди змушені перебувати в укриттях або наодинці, уникаючи контактів з іншими.

**Психологічні бар'єри** – стрес, тривога і депресія можуть призвести до емоційного віддалення від інших, навіть якщо фізична ізоляція відсутня.

1.4. Історичний та сучасний контекст дослідження психічних травм, пов’язаних з війною.

Дослідження психічних травм, пов'язаних з війною, має довгу історію, що розпочинається з перших документованих конфліктів, але найбільший розвиток ця галузь отримала в ХХ столітті.

**Історичний контекст**

Уперше явище військових травм було описане після Першої світової війни, коли солдати, які поверталися з фронту, часто страждали від того, що тоді називали "шок від обстрілів" або "shell shock". Цей термін описував широкий спектр симптомів, включаючи тривогу, безсоння, депресію, і навіть фізичні порушення. Пізніше ці симптоми стали класифікувати як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Особливо соціальний вплив війни пов'язаний з світовими війнами та геноцидами. Історія людства наповнила цей період великою кількістю війн, починаючи від Першої (1914-1918) та Другої (1939-1945) світових війн та завершуючи війнами в В’єтнамі (1959- 1975), Афганістані (1979-1989), Перській Затоці (1990-1991), Чечні (1999-2009) та російсько-Українською війною, яка триває з 2014 року по теперішній час. Що стосується переживання геноциду, то за останні сто років, ми маємо приклади жорстокого вбивства вірмен турецькими військами (1915-1923), Голодомор в Україні (1932-1933, 1946-1947), Голокост єврейського народу (1933-1945), табори смерті нацистської Німеччини (1939-1945) та ін.

Як показує історія війн, то добре простежується закономірність, що з кожною війною нова зброя приносила нові види поранень, а відповідно це впливало на зміст надання медичних послуг як військовим, так й цивільним особам, які страждали однаковою мірою. Також кожна війна залишала на своєму шляху й ветеранів, які прагнули відновити життя, зруйноване травмами та втратами. Тобто кожна війна залишає після себе воєнну травматизацію, як-от: під час Першої світової війни зафіксований так званий «снарядний шок» (контузія).

З самого початку симптоми пов’язували із фізичними симптомами, тільки британський психіатр **Чарльз Маєрс** пояснив низку симптомів через призму загальних уражень через вибухи боєприпасів, та дав назву цьому нервовому розладу «контузія». що добре пов’язується з раніше виявленими синдромами неврастенії та істерії. Його теорія підтвердилась не повністю, через що, згодом військові психіатри визнали, що симптоми контузії виявлені і у військовослужбовців, котрі не були травмовані фізично, отже мають психологічний характер.

Розповсюдженою психологічною конструкцією під час Другої світової війни став «бойовий невроз», який вміщує в себе як вегетативні, так і психологічні симптоми; війна у В’єтнамі призвела до введення діагнозу посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в усій палітрі проявів його відкладених симптомів, пов’язаних із жахами війни («в’єтнамський синдром»); «афганський Psychological Prospects Journal, Вип. 41, 2023, 55–73 60 синдром» проявляється як нестійкість психіки, при якій навіть незначні втрати і труднощі штовхають людину до агресивних дій, самогубства чи то переживання провини, що залишився живим тощо; «синдром війни в Перській Затоці» визначається комплексом медично незрозумілих соматичних симптомів, які пов’язані з травматичним досвідом (Brown, 2001; Shephard, 2001; Zavestoski, 2004; Почути, 2017; Psychological, 2019).

**Сучасний контекст**

Сьогодні дослідження психічних травм пов'язаних з війною, охоплює різні аспекти, зокрема вплив війни на цивільне населення, військовослужбовців, ветеранів і їхні сім'ї. Особливу увагу приділяють діагностиці та лікуванню ПТСР, депресії, тривожних розладів, а також складного горя. Зростає розуміння того, що психічна травма може мати тривалий вплив на індивідуумів та спільноти, що вимагає комплексного підходу до реабілітації та підтримки.

Важливою темою в сучасному українському контексті є психічне здоров'я військових, що брали участь у бойових діях на сході України та нині триваючій війні з Росією. Також увага зосереджена на проблемах внутрішньо переміщених осіб (ВПО), дітей, що стали свідками насильства, та сімей, які втратили близьких. В Україні розвиваються програми психологічної допомоги, створюються центри реабілітації, а фахівці шукають шляхи інтеграції сучасних методів лікування травм в системі охорони здоров’я.

Ці дослідження та практичні заходи є ключовими для підтримки стійкості українського суспільства та відновлення після війни.

**Розділ 2. Емперічне дослідження особливостєй вияву психічних травм у людини під час війни.**

2.1. Особливості психічних травм, спричинених військовими діями.

Психічні травми, спричинені військовими діями, мають низку особливостей, що відрізняють їх від інших видів психічних травм. Ці особливості пов'язані з інтенсивністю та характером впливу, а також з унікальними умовами, в яких людина перебуває під час війни. Ось основні особливості таких травм:

**- *інтенсивність та тривалість стресу*** тому що військові дії зазвичай супроводжуються високим рівнем постійного стресу, коли людина може перебувати під загрозою життя тривалий час, що призводить до хронічного стресу та виснаження психічних ресурсів.

**- *непередбачуваність та невизначеність коли мають місце*** непередбачувані події, такі як раптові напади, обстріли, втрати близьких. Це створює постійне відчуття небезпеки і невизначеності, що посилює тривожність і може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

***- множинність травматичних подій-*** поранення, загибель товаришів, зруйновані домівки, насильство, що збільшує загальне психологічне навантаження і ускладнює процес відновлення.

***- вплив на колективну свідомість-*** зачіпає не лише окремих людей, а й цілі громади або нації, створюючи колективну травму і це може впливати на суспільну свідомість, формувати спільне почуття втрати, горя та загрози.

***- порушення базових почуттів безпеки і стабільністі***, коли люди втрачають відчуття захищеності, що може призвести до хронічної тривожності, страху та відчуття безнадійності.

***- соціальна ізоляція та розрив зв'язків*** через переміщення, біженство, загибель близьких. Це може посилювати відчуття самотності, ізоляції та поглиблювати психологічні проблеми.

***- екзистенційні кризи*** коли людина починає сумніватися в сенсі життя, справедливості світу, власній ролі у цьому світі, що може призводити до глибокої депресії, апатії та суїцидальних думок.

***- фізичні та психосоматичні прояви*** - хронічний біль, порушення сну, втрата апетиту, психосоматичні розлади.

***- адаптації до мирного життя*** може бути складним через збереження відчуття небезпеки, втрату соціальних зв'язків та тривалі психічні розлади.

Ці особливості підкреслюють складність та серйозність психічних травм, спричинених військовими діями. Для ефективного лікування та реабілітації постраждалих важливо враховувати ці фактори та забезпечити комплексну підтримку на різних рівнях, включаючи психологічну, соціальну та медичну допомогу.

2.2. Психологічний портрет осіб, які пережили військові дії.

Особи, які пережили бойові дії, часто стикаються з серйозними психологічними випробуваннями, що формують їхній емоційний і поведінковий стан.

**Характерні риси психологічного портрету таких осіб**:

- переживання нав'язливих спогадів, кошмарів, відчуття тривожністі і напруги, а також уникання ситуацій або місць, що нагадують про травматичні події.

**-** підвищена готовність до небезпеки, надмірна настороженість і відчуття постійної загрози є типовими для людей, які пройшли через бойові дії.

- схильність до несподіваних спалахів гніву або дратівливості.

**-** емоційне оніміння**-** зниження здатності радіти, виявляти любов або відчувати зв'язок з іншими. Це може супроводжуватися відчуттям ізольованості та самотності.

**-** проблеми з концентрацією уваги, труднощі з прийняттям рішень, сплутаність думок, а також порушення пам'яті.

- відчуття провини за те, що вижили, особливо якщо інші не змогли цього зробити. Це може призводити до самозвинувачень та депресивних станів.

**-** труднощі у спілкуванні з іншими, втрату довіри, відчуженість або навіть ворожість.

- схильність до залежностей - алкоголю, наркотиків або інших форм залежності як способу самозаспокоєння.

Підтримка та розуміння з боку оточення, професійна психологічна допомога, а також доступ до терапевтичних методів є важливими елементами у процесі реабілітації цих осіб.

2.3. Методи та методики емперічного дослідження.

**Емпіричне дослідження** - це наукове дослідження, яке ґрунтується на безпосередньому зборі та аналізі даних із реального світу за допомогою спостережень, експериментів, опитувань або інших методів. Метою емпіричного дослідження є отримання нової інформації чи перевірка певних гіпотез на основі практичних даних, які можна об’єктивно виміряти, описати або проаналізувати.

Існує низка методів і методик, що дозволяють психологам та психотерапевтам оцінити стан людини та визначити наявність психічної травми. Ось основні підходи:

1. **Шкала впливу травматичних подій (Impact of Event Scale — IES)**

Цей інструмент допомагає оцінити, наскільки сильно травматична подія впливає на людину. Він містить запитання, які стосуються інтенсивності флешбеків, емоційної відстороненості та інших реакцій на травму.

Самозвіт, пацієнт сам оцінює свої відчуття та переживання.

Використовується для первинного скринінгу психічних травм, зокрема ПТСР.

1. **Шкала посттравматичного стресового розладу (Posttraumatic Stress Disorder Checklist — PCL)**

PCL використовується для діагностики ПТСР і є стандартизованим опитувальником, який оцінює інтенсивність симптомів посттравматичного стресу.

Опитувальник, заповнюваний пацієнтом.

Підходить для виявлення ПТСР у ветеранів війни, біженців та інших категорій, які зазнали важких травматичних подій.

**3. Методика Малера — Проективний малюнок**

Цей метод дозволяє досліджувати несвідомі процеси через аналіз малюнків, створених пацієнтом. Малюнки можуть відображати емоційні конфлікти, страхи та внутрішні переживання, що виникли внаслідок психічної травми.

Із переваг: корисний для роботи з дітьми та підлітками, які не завжди здатні вербалізувати свій стан.

Із недолік: потребує високого рівня кваліфікації спеціаліста для інтерпретації результатів.

**4. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory — BDI)**

Цей інструмент використовується для виявлення симптомів депресії, які часто супроводжують психічні травми. Пацієнти відповідають на запитання, що оцінюють рівень депресії та суїцидальні думки.

Самозвіт, стандартизований опитувальник. Підходит для скринінгу тривожних і депресивних станів, що виникають після травми.

**5. Методика SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)**

Ця методика є багатофакторним опитувальником, що оцінює психологічний стан за різними шкалами, включаючи тривогу, депресію, соматичні скарги та інші. Використовується для загального огляду психічного здоров'я.

90 питань, самозаповнюваний опитувальник. Підходить для визначення широкого спектру психічних розладів і є корисним для комплексної оцінки стану**.**

**6. Психодіагностичний метод "Інтерв'ю про травматичні події"**

Це спеціалізоване інтерв'ю, яке використовується для детального опрацювання спогадів про травматичні події. Метою методу є розпізнавання тих аспектів травми, які можуть впливати на психічне здоров'я пацієнта.

Зосереджується на конкретних спогадах та реакціях на травму. Допомагає фокусуватися на важливих для пацієнта моментах пережитого досвіду.

**7. Когнітивно-поведінковий підхід**

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) часто застосовується не лише для лікування, але й для виявлення травматичних переживань через аналіз думок, переконань та реакцій пацієнта. В рамках КПТ використовуються спеціальні діагностичні інструменти, що дозволяють зрозуміти, як людина обробляє та реагує на травму.

Підходить для виявлення когнітивних викривлень та емоційних реакцій на травму.

**8. Тестування на рівень тривожності Спілбергера (STAI)**

Ця методика оцінює рівень тривожності у різних ситуаціях, зокрема при спогадах про травму. Вона може бути використана для виявлення хронічної тривожності, яка є частим симптомом посттравматичного розладу.

Використовується для оцінки загального рівня тривожності, що може бути результатом травми.

Емпіричне дослідження може включати вивчення психологічних та психічних травм у військових, або інших осіб, в умовах війни через проведення **опитувань** або **клінічних інтерв'ю** з подальшим аналізом отриманих даних.

**Клінічне інтерв'ю**

Клінічне інтерв'ю є одним з найпоширеніших методів діагностики психічних травм. Воно включає бесіду з пацієнтом, під час якої спеціаліст ставить питання, що дозволяють з'ясувати емоційний стан, симптоми тривоги, депресії, флешбеки, страхи та інші ознаки психічної травми.

Із переваг: дозволяє отримати глибоке розуміння суб'єктивного досвіду людини.

Із недоліків: може бути суб'єктивним і залежати від майстерності спеціаліста.

* 1. Емпіричне дослідження методом клінічного інтерв'ю . Опитування

за опросником "Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)".

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – віддалена і затяжна реакція на стресову подію, виключно загрозливого та катастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожної людини. Ця тема набуває надзвичайної актуальності оскільки кількість хворих із ПТСР із кожним днем збільшується і надалі буде зростати в геометричній прогресії. Не завжди цей діагноз береться до уваги, а отже, хворі позбавлені адекватної допомоги, що значно знижує якість їх життя (Додаток 4).

Вибір **метода Клінічного інтерв’ю** був обумовлений, як більш доступний для моєї професійністі на даному етапі.

**Тема дослідження:** Дослідження впливу бойових дій на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій.

**Мета дослідження:** Вивчити особистий досвід переживання травматичних подій військовослужбовцями, а також виявити наявність та прояви симптомів ПТСР за допомогою методу клінічного інтерв'ю.

**Гіпотеза дослідження:** Передбачається, що військовослужбовці, які пережили інтенсивні бойові дії, мають більший ризик розвитку ПТСР у порівнянні з тими, хто не брав участі в таких подіях.

**Вибірка:**

Дослідження охоплює 20 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях протягом останніх 6 місяців і повернулися до мирного життя. Вибірка формується за добровільною участю.

**Метод збору даних:**

**Клінічне інтерв'ю**: Проведено психологом (психотерапевтом) і мною, як помічником психолога. Інтерв'ю структуроване та охоплює низку запитань, спрямованих на виявлення симптомів ПТСР, емоційного стану респондентів, їх сприйняття бойових дій, та адаптацію до мирного життя. (Додаток 1)

**Ключові питання клінічного інтерв'ю:**

1. **Досвід травматичної події:**

* Чи брали ви участь у бойових діях або стали свідком травматичних подій (наприклад, обстрілів, втрати товаришів)?
* Як ви сприймали ці події на момент їх виникнення?
* Які ваші найяскравіші спогади про ці події?

1. **Симптоми повторного переживання:**

* Чи виникають у вас повторювані, нав’язливі спогади про бойові дії?
* Чи бачите ви сни або кошмари, пов’язані з війною?

1. **Емоційна реакція та уникання:**

* Чи відчуваєте ви емоційну відстороненість або труднощі у вираженні почуттів?
* Чи уникаєте ви людей, місць або розмов, які нагадують вам про бойові дії?

1. **Гіпервізивність та тривожність:**

* Чи стали ви більш настороженими або дратівливими після повернення?
* Чи часто відчуваєте страх або тривогу без явної причини?

1. **Соціальна адаптація:**

* Як ви адаптувалися до мирного життя після повернення з фронту?
* Чи помітили зміни у взаєминах із близькими або колегами?

1. **Фізичні та емоційні реакції:**

* Чи маєте ви часті головні болі, підвищений пульс або інші фізичні реакції на стрес?
* Чи відчуваєте ви пригніченість, апатію або втрату інтересу до звичайних занять?

**Процес проведення інтерв’ю:**

Кожне інтерв'ю триває 45–60 хвилин. Під час інтерв'ю психолог підтримує відкрите спілкування, уважно слухає відповіді респондентів і фіксує всі важливі деталі щодо симптомів ПТСР. Інтерв'ю проводиться в приватній обстановці, щоб створити атмосферу довіри.

**Аналіз даних:**

Після проведення інтерв’ю психологи кодують відповіді на основі основних симптомів ПТСР (наприклад, флешбеки, уникання, гіпервізивність) і оцінюють їх за шкалою інтенсивності. Дані про частоту симптомів аналізуються статистично, щоб визначити, які симптоми найчастіше виявляються в учасників.

**Результати:**

Дослідження показали, що 75% респондентів демонструють ознаки ПТСР: 60% мають нав’язливі спогади, 55% - симптоми уникання, 50% -гіпервізивність (стан підвищеної настороженості, який часто проявляється після переживання травматичних подій).

Водночас, серед тих військових, хто отримав психологічну допомогу після повернення, показники симптомів значно нижчі.

**Висновки:**

Дослідження показує, що участь у бойових діях, безпосередньо, значно підвищує ризик розвитку ПТСР, і без належної психологічної підтримки адаптація до мирного життя є складною. Також виявляється, що психологічна допомога може суттєво зменшити прояви травматичних симптомів.

**Рекомендації:**

На основі результатів дослідження рекомендується запровадити обов'язкові програми психологічної підтримки для військовослужбовців після повернення із зони бойових дій, зокрема через організацію клінічних інтерв’ю та інших методів діагностики.

**Приклад емпіричного дослідження серед військових за опитувальником "Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)"**(Додаток 2).

Вибір **опитування за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії ( HADS**) був обумовлений, як більш доступний для моєї професійністі на даному етапі.

**Тема дослідження:** Оцінка рівня тривоги та депресії у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS).

**Мета дослідження:** Виявити рівень тривожних і депресивних симптомів у військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій, використовуючи опитувальник HADS, та визначити, які фактори впливають на рівень тривоги та депресії.

**Гіпотеза дослідження:** Передбачається, що військовослужбовці, які пережили бойові дії, мають вищі рівні тривоги та депресії порівняно з військовими, які не брали участі в активних бойових діях.

**Вибірка:**

Дослідження охоплює 30 військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій протягом останніх 6 місяців. Учасники розділені на дві групи:

* **Група А**: військові, які безпосередньо брали участь у бойових діях (15 осіб).
* **Група Б**: військові, які виконували підтримувальні функції (15 осіб).

**Метод збору даних:**

Застосовується **госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)**. Ця шкала складається з 14 пунктів, які оцінюють рівень тривоги та депресії. Кожен пункт оцінюється за шкалою від 0 до 3. Підсумкові бали для кожної підшкали (тривога і депресія) варіюються від 0 до 21, де:

* 0–7 — нормальний рівень,
* 8–10 — прикордонний рівень,
* 11 і вище — клінічно значуща тривога або депресія.

**Процедура проведення:**

1. Військовослужбовцям надається опитувальник HADS для самозаповнення.
2. Кожен учасник заповнює опитувальник конфіденційно, без вказування імен.
3. Дані збираються і фіксуються дослідниками для подальшого аналізу.

**Приклад питань із шкали HADS:**

* "Я відчуваю себе напруженим або схвильованим."
* "У мене часто виникає відчуття занепокоєння без явної причини."
* "Я втратив інтерес до того, що раніше приносило мені задоволення."
* "Я почуваюся пригніченим або нещасним."

**Аналіз даних:**

1. **Підрахунок балів**: підсумкові бали для кожного учасника обчислюються окремо за шкалою тривоги і шкалою депресії.
2. **Кількісний аналіз**: проводиться порівняння середніх балів між групами А і Б для виявлення різниць у рівнях тривоги і депресії.
3. **Кореляційний аналіз**: дослідники аналізують зв'язок між рівнем тривоги/депресії і факторами, такими як тривалість перебування в зоні бойових дій, вік, раніше надана психологічна допомога тощо.

**Результати:**

1. **Група А (учасники бойових дій)**: середній бал за шкалою тривоги — 12, за шкалою депресії — 10. Це вказує на клінічно значущу тривогу і прикордонну депресію у більшості учасників групи.
2. **Група Б (підтримувальні функції)**: середній бал за шкалою тривоги — 8, за шкалою депресії - 6. Це вказує на прикордонний рівень тривоги та нормальний рівень депресії.
3. **Кореляційний аналіз**: показав, що тривалість перебування в зоні бойових дій (понад 6 місяців) має сильний зв'язок із вищими рівнями тривоги і депресії. Також виявлено, що військові, які отримували психологічну підтримку під час перебування в зоні конфлікту, мали нижчі рівні тривоги.

**Висновки:**

1. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, мають значно вищі рівні тривожних і депресивних симптомів, ніж ті, хто не брав участі у безпосередніх бойових діях.
2. Тривала участь у бойових діях корелює з більш серйозними психологічними наслідками, особливо високим рівнем тривоги.
3. Психологічна підтримка під час служби допомагає знизити рівень тривоги та депресії.

**Рекомендації:**

1. Впровадити обов’язкові програми скринінгу на тривогу і депресію для військовослужбовців після повернення з бойових зон, використовуючи шкалу HADS.
2. Організувати програми психологічної допомоги для військових як під час служби, так і після повернення, щоб запобігти розвитку клінічно значущих тривожних і депресивних розладів.
3. Підтримувати довгострокову психологічну реабілітацію для тих, хто зазнав тривалого впливу стресових факторів під час бойових дій.

2.5. Довгострокові соціально-психологічні наслідки війни.

Сьогодні Україна займає дев’яте місце у світі за кількістю внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Масштабні вимушені внутрішні міграції останніх років не могли не відобразитися на стані здоров’я як певної соціальної групи, так і на стані здоров’я населення у цілому.

Кількість офіційно зареєстрованих ВПО у країні станом на 01.08.2023 досягла 4,9 млн осіб, за кордоном на кінець червня 2023 року проживало понад 8 млн українців (це 20% загального населення ­України до війни). У цих групах, як відомо, поши­реність РА (розлад адаптації) коливається від 6 до 40%. РА мають схожість із кількома психіч­ними розладами, зокрема посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), ­депресією та тривогою. Як і ПТСР, РА вважаються стресовими розладами, що пере­бувають на континуумі реакції на стрес.

Дослідження проводили на підставі оцінювання клініко-психопато­логічних особ­ливостей РА, ­доповнених «Анкетою для визначення соціально-психо­логічних характеристик пацієнта», яку  ­розробили для збору відомостей про ВПО, зокрема анамнес­тичних даних, сту­пеня задоволеності різними аспектами ­життя, впливу ­зміни місця проживання на життєдіяльність. Це дало змогу ­зібрати додаткову інформацію про адаптаційні можливості ВПО за психометричними ­шкалами: шкала Гамільтона для ­оцінювання депресії (HDRS), шкала Гамільтона щодо ­визначення рівня тривоги (HАRS).

За допомогою аналізу самооцінки психічних станів визначали виразність таких психічних станів, як: тривожність, фруст­рація, агресивність, ригідність. В обстежених ВПО з РА у 76,47% встановлено низьку, у 21,57% – ​середню та у 1,96% – ​високу опірність стресовим чинникам. (Додаток А).

Сучасні програми психологічної допомоги та реабілітації, а також підтримка з боку громади, є важливими кроками до відновлення.

Культурна травма в історичному контексті буде мати далекосяжні наслідки. Історична пам’ять на віки закарбує той факт, що проти нас була здійснена військова агресія, незалежно від того якими намірами і хто керувався. За гучними заявами про спільність історичного шляху, «братським» спільним корінням, спільним ворогом, чітко проглядається егоїстичне бажання присвоїти чуже. Соціокультурна сфера дуже консервативна та інерційна, але військова агресія стрімко прискорила різке розмежування. Образ сусіда і партнера з початком військових дій трансформувався в образ ворога. Відбулося стрімке розмежування інформаційних, церковних, культурноосвітніх і мистецьких ресурсів по принципу «свій» - «чужий». Розвінчуються міфи, переосмислюються історичні подій, міняється сама парадигма міждержавних стосунків.

Наслідки військової агресії будуть мати далекосяжні наслідки і в політиці і в масовій свідомості. Проблема соціально-психологічної травматизації є надзвичайно важливою в контексті військової агресії і наслідків військових дій, варварських бомбардувань цивільної інфраструктури і руйнувань звичного способу життя. Індивід і суспільство знаходяться у важкому соціальнопсихологічному стані. З однієї сторони для боротьби з ворогом необхідна мобілізація усіх ресурсів, максимальних зусиль і напруги, з іншої сторони війна спричиняє важкі психологічні травми, порушує базові поняття безпеки, руйнує базові засади світогляду особистості, спричиняє зростання психічних захворювань і розладів, провокує конфліктні ситуації і стресові стани.

Війна стала тією психотравмуючою ситуацією, що загрожує життю і здоров’ю людини, супроводжується відчуттям небезпеки, безсилля, страху, безпорадності, невизначеності. Війна і агресія руйнують колективні уявлення, моральні засади, ідеологічні і культурні принципи на рівні історичної пам’яті і переходять з індивідуального рівня на колективний, суспільний. Такі події як війна, військова агресія, геноцид, голодомор зазвичай спричиняють трансгенераційні травми. Трансгенераційна травма передбачає передачу наслідків травмування від покоління людей, що їх отримали і пережили до наступних поколінь.

«Найпоширенішими психологічними наслідками трансгенераційних травм є зміни в світогляді, цінностях, установках, ставленні до себе і навколишніх. Трансгенераційні травми можуть передаватися як через систему міжособистісного спілкування, так і через родинні комунікації, рольові моделі поведінки в 177 сім’ї учасників бойових дій, через пам’ятні заходи в родинах загиблих і травмованих. Як свідчить історичний досвід, рани війни, якщо їх не лікувати повністю, не загоюються самі, а нерідко мають віддалені рецидивні наслідки в наступних поколіннях.

Уже сьогодні значна частина населення має велику потребу в психологічній підтримці, допомозі і реабілітації». (Петро Сівчук Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя, Україна Психологічна травма війни та її соціокультурні наслідки).

**Які виклики з психологічним станом українців ми зараз маємо:**

1. Масовість.

2. Зростання травматичного досвіда.

3. Дитячі травми.

Дитячі травми війни - це серйозна проблема, яка виникає внаслідок участі дітей у воєнних конфліктах. Ці травми можуть бути фізичними, психологічними та емоційними. Діти, які пережили війну, можуть страждати від посттравматичного стресового розладу, депресії, тривоги та інших психічних проблем.

4. Низький рівень психологічної культури серед населення.

Низький рівень психологічної культури серед населення є суттєвою проблемою, яка впливає на здатність людей ефективно справлятися зі стресом та іншими викликами. Багато людей не сприймають психічне здоров’я як важливий аспект життя, вважаючи, що звернення до психолога чи психотерапевта є ознакою слабкості або сорому. В суспільстві досі поширені стигми щодо психічних захворювань. Люди з психічними розладами часто стикаються з дискримінацією, що перешкоджає відкритому зверненню за допомогою

5. Брак професійних психотерапевтів, які вміють працювати з воєнною травмою. Нестача підготовки таких фахівців.

Недостатнє число кваліфікованих психотерапевтів може призвести до того, що багато людей не отримають необхідну підтримку для подолання посттравматичного стресу та інших психологічних проблем, пов'язаних з війною. Важливо розвивати систему психологічної допомоги та надавати підтримку психотерапевтам, які працюють з ветеранами та цивільними особами, щоб забезпечити всебічну підтримку для тих, хто постраждав внаслідок війни.

6. Брак тривалих програм відновлення для людей з травматичним досвідом.

 Наприклад, щоб одна людина одужала від ПТСР, потрібно 15 сесій протягом 3 місяців системної роботи. А це в Україні, орієнтовно, – від 6% до 33% населення (військові та цивільні). Остаточні цифри ми зможемо визначити тільки у післявоєнний період, коли почуватимемось у повній безпеці. Якщо вчасно психологічно не допомагати людям з ознаками ПТСР, він може розвинутись до розладів особистості, депресій, суїцидальних станів.

Дуже важлива реч, що підтримка в цей складний час необхідна не тільки пацієнтам, а й лікарям. 2 вересня 2022 р. в онлайн-форматі відбулася Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматичні стани під час війни», в ході якої відомі експерти галузі поділилися своїми думками і напрацюваннями щодо цієї вкрай актуальної теми ( Додаток 3).

Були висвітлині сучасні напрямки й можливості профілактики синдрому емоційного вигорання **(СЕВ)** у медичних працівників — проблеми, яка була актуальною і в мирний час, а у зв’язку з воєнною агресією ще більше загострилася. СЕВ відмічають у 30–90% медичних працівників, поширеність серед жінок-лікарів вища в більшості спеціальностей (45% порівняно з 33% у чоловіків). За статистикою, у 26% лікарів періодично, а у 8% — часто з’являються суїцидальні думки.

7. Брак якісного обладнання та підходів до психодіагностики українців.

8. Неготовність суспільства, психологічної, медичної служби до повернення військових.

Хоч українці єдині, як ніколи, в боротьбі проти ворога, разом із тим – зараз є й ознаки поляризації на фоні «свій/чужий» за релігійною, мовною ознаками, між переселенцями та корінними мешканцями, людьми, що лишились в Україні, й тими, що поїхали за кордон, тими, хто воює, і тими, хто ні, тощо.

9. Завищені очікування – життя після перемоги.

«Чимало людей відкладають життя на потім, очікуючи перемоги. Чуда не буде – війна не завершиться в один день. Після війни відкриється багато нової інформації, а “змобілізований” стан українців мине і ми матимемо ще одну психологічну кризу – післявоєнну і скоріш за все – більш тривалу. Проявляться як психологічні хвороби, так і ті, що є наслідком хронічного стресу. Тому ми з перших днів повномасштабної війни докладаємо максимум зусиль, щоб мінімізувати наслідки воєнного періоду».

***Олександра Гліжинська*** сертифікована тренерка та сертифікований коуч Національного демократичного інституту (NDI) Інститут «Республика»***.*** *(За матеріалами виступу на міжнародній конференції у Брюсселі 30.05.2023).*

**Розділ 3. Соціально-психологічна корекція та підтримка постраждалих від психічних травм війни.**

3.1. Огляд сучасних методів психотерапії та реабілітації.

Дослідження проблематики постраждалих від війни, головним чином, проводиться в руслі вивчення феномену ПТСР, бойової психічної травми, порушень психо-соматичного здоров’я, їх подальшої адаптації та реабілітації при виході з бойових дій, труднощів їх інтеграції в мирне життя тощо. Як і будь-який збройний конфлікт, що відбувається у сучасному світі і зараз в Україні, не обходяться без соціально-психологічних проблем та психосоматичних ускладнень для здоров’я, як мирних мешканців, так і безпосередніх їх учасників і не закінчуються з припиненням конфлікту або виходом з нього. Ці ускладнення продовж тривалого часу будуть супроводжувати соціум і особистість вже в умовах безконфліктного, мирного життя, які неможливо проігнорувати або вирішити однобічно.

*Соціально-психологічний супровід* - є одним із видів соціальної роботи, що базується на класичній моделі соціальної роботи з клієнтом з військовими, або членами їх родин, членами родин загиблих воїнів, оточенням, внутрішньо-переміщеними особами та іншими вразливими верствами населення , за допомогою різних методів та форм соціальної роботи залежно від індивідуальних потреб і проблем клієнта з урахуванням наявних у нього психологічних ресурсів та сильних сторін, з акцентуванням уваги на посттравматичному зростанні та залученні до соціальної активності реципієнта, одержувача цих послуг. Соціально-психологічний супровід є своєрідним синтезом тривалої і цілеспрямованої соціальної підтримки та адресної психологічної допомоги. Це основний ресурс збереження цілісності особистості, відновлення її психологічного здоров’я та працездатності, який сприяє подоланню депресії і тривоги, допомагає покращити якість життя. Соціальне супроводження є однією з форм підтримки та передбачає надання конкретній особі, групі осіб, сім’ї як правило комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг впродовж певного (часто тривалого) часу.

Підтримка психічного здоров’я передбачає залучення різних спеціалістів на кожному з етапів втручання. При цьому освіта, методи і способи роботи цих спеціалістів – різні. Нині кожен українець може отримати як психологічну, так і психіатричну допомогу безоплатно за Програмою медичних гарантій. Яка різниця між цими напрямами?

**Психологія**вивчає розум, емоції та поведінку, когнітивні та соціальні фактори, які впливають на дії та реакції людини. Психологи застосовують різноманітні доказові методи і підходи, щоби допомогти людині пережити травматичні події, адаптуватися до змін, змінити відносини з близькими і покращити психічне здоров'я.

Натомість **психіатрія**- це галузь медицини, що займається діагностикою та лікуванням психічних розладів. Психіатри розуміють, як біологічні чинники впливають на психічне здоровʼя людини, і можуть лікувати психічні захворювання за допомогою медикаментів, скеровувати на подальше лікування, приймати рішення про госпіталізацію. Турбота про психічне здоров’я так само важлива, як і турбота про здоров’я тіла.

Необхідно звертатися по психологічну допомогу, якщо ви:

- схильні до тривожних думок;

- маєте проблеми у спілкуванні з людьми.

- переживаєте травматичні події та зміни в житті;

- втратили близьку людину

Психіатрична допомога потрібна, якщо ви:

- маєте емоційні порушення (у т. ч. після пережитого травматичного досвіду);

- відчуваєте розлади настрою (наприклад, апатію);

- потерпаєте від панічних атак, фобій, навʼязливих думок;

- маєте тривалі розлади сну, розлади харчової поведінки;

- помітили слухові або зорові галюцинації;

- фіксуєте суїцидальні думки або думки про завдання ушкоджень собі чи іншим;

- маєте залежності.

Сучасні методи психотерапії та реабілітації розвиваються та адаптуються для ефективної допомоги людям, які пережили травматичні події, зокрема, воєнні дії. Основні підходи, що використовуються сьогодні:

**1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)**

***Когнітивна реструктуризація*:** Цей метод допомагає змінювати негативні, ірраціональні думки, які можуть поглиблювати тривогу та депресію. Пацієнти навчаються ідентифікувати ці думки та замінювати їх більш реалістичними і позитивними.

***Експозиційна терапія*:** Ефективна для роботи з ПТСР, експозиційна терапія передбачає контрольоване і поступове зіткнення з травматичними спогадами, щоб зменшити їх вплив на психіку.

**2. EMDR (Десенсибілізація і переробка рухами очей)**

***Сенсорна інтеграція*:** EMDR включає направлені рухи очей під керівництвом терапевта, що допомагає переробити травматичні спогади і знизити їх емоційний заряд. Метод дозволяє зменшити симптоми ПТСР, тривоги і депресії.

**Основна ідея методу:**

EMDR базується на тому, що під час травматичного досвіду мозок не встигає повністю обробити інформацію. Ці спогади залишаються «замороженими» і викликають постійний стрес, негативні емоції або флешбеки. Метод допомагає "розблокувати" ці спогади й обробити їх за допомогою серії керованих рухів очей або інших видів стимуляції.

**Як працює EMDR:**

1. **Виявлення травматичного спогаду** – клієнт і терапевт визначають травматичну подію або спогад, який викликає стрес і потребує опрацювання.
2. **Фокус на спогаді** – пацієнт згадує травматичну подію, одночасно концентруючись на негативних відчуттях, які вона викликає (наприклад, страх, тривога).
3. **Двостороння стимуляція** – терапевт просить пацієнта стежити за рухами його пальців або використовує іншу двосторонню стимуляцію (стимуляція рухом очей, звуком або дотиком). Це допомагає мозку обробити травматичні спогади більш ефективно, знижуючи емоційне навантаження.
4. **Переробка спогадів** – поступово емоційний вплив травматичних спогадів зменшується, і пацієнт починає асоціювати ці спогади з новими, менш болючими емоціями або думками.
5. **Інтеграція** – наприкінці сеансів пацієнт може переглянути травматичний досвід і сприймати його як минулу подію, що більше не викликає гострих негативних емоцій.

**Для чого використовується EMDR:**

**ПТСР** – найпоширеніша сфера застосування методу, особливо серед військових, жертв насильства чи катастроф.

**Тривожні розлади** – фобії, панічні атаки.

**Депресія** – пов'язана з травматичними подіями.

**Психосоматичні розлади** – фізичні проблеми, які можуть бути викликані психологічними факторами.

**Негативні переконання** – допомагає знизити вплив негативних думок і самокритики.

**Ефективність:**

Дослідження показали, що EMDR є ефективним у зниженні симптомів ПТСР, а також сприяє загальному покращенню психічного здоров'я. Метод часто використовується як частина комплексної терапії разом із когнітивно-поведінковою терапією або медикаментозним лікуванням.

**3. Діалектична поведінкова терапія (ДПТ)**

***Розвиток навичок регулювання емоцій*:** ДПТ поєднує когнітивно-поведінковий підхід із навичками усвідомленості (mindfulness). Це допомагає людям керувати сильними емоціями, зменшувати саморуйнівну поведінку і покращувати міжособистісні відносини.

**Основні принципи ДПТ:**

1. **Діалектичний підхід** – полягає у пошуку балансу між двома протилежними аспектами: прийняттям реальності такою, як вона є, і прагненням до змін. Це допомагає пацієнту зрозуміти свої емоції, одночасно приймаючи їх та працюючи над їхньою зміною.
2. **Поєднання когнітивної та поведінкової терапії** – ДПТ використовує методи когнітивної терапії для зміни негативних думок і переконань, а також поведінкові техніки для розвитку навичок управління емоціями і поведінкою.

**Основні компоненти ДПТ:**

1. **Навички усвідомленості (майндфулнес)** – допомагають пацієнтам бути "тут і зараз", зосереджуватися на моменті та навчитися приймати свої емоції без осуду або уникнення. Це знижує рівень стресу і дозволяє краще контролювати імпульсивні реакції.
2. **Емоційна регуляція** – навчає пацієнтів, як розуміти, приймати та ефективно управляти своїми емоціями, знижуючи інтенсивність негативних почуттів і реакцій.
3. **Толерантність до стресу** – допомагає розвивати навички подолання стресових ситуацій без імпульсивних або деструктивних дій. Це важливо для пацієнтів, які схильні до самопошкоджень або суїцидальних думок.
4. **Міжособистісна ефективність** – фокусується на розвитку навичок побудови здорових стосунків, комунікації, вирішення конфліктів і встановлення меж у стосунках.

**Як працює ДПТ:**

ДПТ зазвичай проводиться в декількох форматах:

**Індивідуальна терапія** – пацієнт працює один на один із терапевтом над своїми індивідуальними проблемами, вивчає навички, що допомагають справлятися з емоціями.

**Групові заняття** – пацієнти вивчають навички усвідомленості, емоційної регуляції та толерантності до стресу в груповій терапії під керівництвом терапевта.

**Телефонна підтримка** – пацієнти можуть звертатися до терапевта за допомогою поза сесіями, щоб отримати підтримку у важких ситуаціях.

**Для кого підходить ДПТ:**

Люди з **прикордонним розладом особистості (ПРЛ)**.

Ті, хто страждає від **хронічної суїцидальності** або схильні до **самопошкодження**.

Пацієнти з **тривожними розладами**, **депресією**, **розладами харчової поведінки**.

Особи з **імпульсивними та деструктивними** формами поведінки.

**Ефективність ДПТ:**

Дослідження показали, що ДПТ значно знижує рівень суїцидальних намірів, частоту самопошкоджувальної поведінки, покращує здатність управляти емоціями та якість міжособистісних стосунків. Методика має високу ефективність у роботі з людьми, які зазвичай погано реагують на інші види терапії.

1. **Терапія, орієнтована на рішення (СБТ)**

СБТ-терапія (схема-фокусована терапія) - це психотерапевтичний підхід, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), теорії прив’язаності, психоаналізу та гештальт-терапії. Вона була розроблена Джеффрі Янгом у 1980-х роках і націлена на допомогу людям із хронічними психологічними проблемами, що виникають через негативні моделі мислення та поведінки, які називаються схемами.

Основні принципи СБТ:

1. **Фокус на рішеннях, а не на проблемах** – замість заглиблення в деталі проблеми, терапевт допомагає клієнту зосередитися на майбутньому та шукати можливі рішення.
2. **Короткостроковий підхід** – СБТ розроблена як метод короткострокової терапії, де зазвичай проводиться від кількох до десяти сесій. Вже на початкових етапах клієнт може побачити позитивні зміни.
3. **Позитивна зміна як мета** – основна мета терапії полягає у створенні позитивних змін у житті клієнта, навіть якщо ці зміни є невеликими.
4. **Акцент на ресурсах та сильних сторонах** – терапія зосереджується на тих аспектах життя клієнта, які вже працюють добре, та на тому, як можна використовувати їх для вирішення поточних проблем.

Основні техніки СБТ:

1. **Питання про винятки** – терапевт запитує клієнта, коли проблема була менш інтенсивною або взагалі відсутньою. Це допомагає знайти стратегії, які працюють, і використовувати їх у подальшому.
2. **Магічне питання** – терапевт може запитати: "Уявіть, що завтра всі ваші проблеми зникли. Як би це виглядало? Що було б по-іншому?" Це допомагає клієнту уявити бажане майбутнє і зрозуміти кроки для його досягнення.
3. **Питання про шкалу змін** – клієнта просять оцінити, на якій стадії вирішення проблеми він знаходиться за шкалою від 1 до 10. Це дозволяє оцінити прогрес і визначити наступні кроки для досягнення бажаного результату.
4. **Підкреслення успіхів** – терапевт звертає увагу на будь-які успішні дії клієнта і заохочує його зосередитися на позитивних змінах, навіть якщо вони здаються незначними.

Для кого підходить СБТ: Людей із **короткотривалими психологічними труднощами** (стрес, тривожність, проблеми в стосунках).

Осіб, які хочуть знайти швидкі рішення для конкретних життєвих ситуацій.

Ті, хто готові зосередитися на майбутньому та позитивних змінах.

Клієнтів, які вже володіють деякими навичками управління проблемами, але потребують допомоги у їх розвитку.

**Фокус на позитиві** – терапія допомагає клієнтам побачити свої сильні сторони та ресурси.

**Практичний підхід** – СБТ концентрується на практичних рішеннях, які можуть бути застосовані в повсякденному житті.

**Обмеження СБТ:** Людям із **глибокими психологічними травмами** або складними емоційними проблемами може бути необхідною довготривала терапія з аналізом причин проблем.

**5. Арт-терапія**

***Вираження через творчість*:** Арт-терапія дозволяє пацієнтам висловлювати свої емоції і травми через мистецтво (малювання, ліплення тощо). Це особливо корисно для тих, хто має труднощі у вербалізації своїх почуттів**.**

**Основні принципи арт-терапії:**

1. Творчий процес – використання малювання, живопису, ліплення, колажу та інших форм мистецтва для самовираження. Головне не створення мистецького шедевра, а сам процес.
2. Вираження емоцій – через творчість людина може виразити почуття або думки, які важко передати словами, зокрема страхи, тривогу або травми.
3. Підсвідомий діалог – арт-терапія дозволяє отримати доступ до підсвідомих емоцій та конфліктів, даючи людині можливість відкрити нові сторони своєї психіки.

**Основні техніки арт-терапії:**

1. Малювання – створення образів на вільну тему або з конкретними завданнями (наприклад, зобразити свої почуття чи переживання).
2. Ліплення – використовується для зниження стресу та покращення тактильного досвіду, допомагає в роботі з емоційною напругою.
3. Колажі – складання зображень, вирізаних із журналів або інших джерел, що може допомогти у виявленні бажань, страхів або майбутніх цілей.
4. Музична терапія – включає створення музики або її слухання для вираження емоцій через звуки та ритми.
5. Танцювальна терапія – використання руху та танцю для роботи з емоційними блоками, тілесним самовираженням і зниженням напруги.

**Кому підходить арт-терапія:**

По перше - людям, які мають труднощі з вираженням емоцій вербально.

По друге- дітям і підліткам, оскільки мистецькі методи допомагають їм легше виразити свої почуття.

По третє- тим, хто пережив травматичні події (війна, насильство, втрати), для м’якого опрацювання стресу та ПТСР, людям із психосоматичними розладами, депресією, тривогою.

**Переваги арт-терапії:**

1. Емоційна розрядка – творчість допомагає знизити внутрішнє напруження та дати вихід емоціям.
2. Пізнання себе – арт-терапія допомагає глибше зрозуміти свої почуття, конфлікти та внутрішні переживання.
3. Безпечне середовище – створення дозволяє відчувати безпеку, особливо для людей, які важко спілкуються про свої переживання.

**Арт-терапія в умовах війни:**

В Україні арт-терапія стала одним із популярних методів реабілітації для людей, які пережили травми війни. Вона використовується для допомоги військовим, дітям, переселенцям та всім, хто зазнав психологічних травм.

**6. Соматична експеріментальна терапія (СЕТ)**

***Суть методу*:** СЕТ фокусується на взаємодії між тілом і психікою, допомагаючи пацієнтам вивільняти фізичну напругу, пов'язану з травмою.

***Техніки*:** Включає роботу з диханням, тілесними рухами і сенсорними відчуттями, щоб знизити рівень стресу і тривоги.

**7. Медикаментозна терапія**

***Роль у лікуванні*:** Медикаменти, такі як антидепресанти, анксіолітики і стабілізатори настрою, часто використовуються як доповнення до психотерапії, особливо при важких розладах.

***Спільне використання*:** Важливо, щоб медикаментозна терапія супроводжувалася психотерапією для досягнення найкращих результатів.

**8. Групова терапія**

***Переваги:*** Групова терапія забезпечує підтримку з боку людей з подібним досвідом. Це створює відчуття спільності, що допомагає у відновленні.

***Типи:*** Групи можуть бути спрямовані на обговорення конкретних проблем (наприклад, підтримка ветеранів) або бути терапевтичними спільнотами для емоційної підтримки.

**9. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ**)- це вид когнітивно-поведінкової терапії, розроблений спеціально для роботи з людьми, які пережили психологічні травми, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ця терапія допомагає опрацювати травматичні спогади, змінити негативні думки і переконання, пов'язані з травмою, і навчити навичок управління стресом.

**Основні елементи ТФ-КПТ:**

1. Експозиція до травматичних спогадів – пацієнт поступово зіштовхується зі своїми травматичними спогадами через розповіді, спогади чи інші форми опрацювання, що допомагає знизити інтенсивність їхнього впливу.
2. Когнітивна реструктуризація – терапевт допомагає пацієнту змінити деструктивні або негативні думки та переконання, що виникли внаслідок травми. Наприклад, це може бути почуття провини або віра в те, що людина не може захистити себе.
3. Навички управління стресом – навчання пацієнта методам регуляції емоцій, зниження рівня стресу та тривоги через техніки релаксації, майндфулнес (усвідомленості) і саморегуляції.
4. Робота з емоціями – терапія спрямована на опрацювання важких емоцій, таких як страх, сором, гнів або провина, що часто супроводжують травматичні переживання.

**Процес терапії**:

1. Дається оцінка травми та симптомів - напочатку терапії визначаються специфічні травматичні події та симптоми, що впливають на пацієнта.
2. Визначається безпечне середовище - дуже важливо створити атмосферу безпеки та довіри, щоб пацієнт міг відкрито працювати з травматичними спогадами.
3. Починається Експозиційна терапія- пацієнт поступово зустрічається зі своїми травматичними спогадами через розмови або письмові завдання, що допомагає зменшити їхній вплив.
4. Пацієнт розвиває навички справлятися з негативними емоціями та думками, що виникають через травму.

**Для кого підходить ТФ-КПТ:**

Люди з ПТСР, які пережили насильство, війни, катастрофи, втрати близьких.

Діти і підлітки, які зазнали травматичних подій.

Особи, що страждають від тривожних розладів або депресії, пов’язаних із травмою.

**Переваги ТФ-КПТ:**

1. Цілеспрямованість на травму – терапія зосереджується безпосередньо на опрацюванні травматичних подій.
2. Довготривалий ефект – допомагає зменшити вплив травми на повсякденне життя.
3. Навички управління стресом – пацієнти набувають корисних технік контролю емоцій і поведінки у стресових ситуаціях.

**Важливість ТФ-КПТ у сучасних умовах:**

В умовах війни в Україні ТФ-КПТ стає особливо актуальною для військових, переселенців, жертв бойових дій, а також дітей і дорослих, які пережили травматичні події. Ця терапія допомагає людям подолати наслідки травми та адаптуватися до мирного життя.

**10. Гештальт-терапія** -це напрям психотерапії, розроблений Фріцем Перлзом у середині 20 століття, який фокусується на цілісному сприйнятті людини та на важливості усвідомленості "тут і зараз". Основна мета гештальт-терапії – допомогти людям стати більш обізнаними зі своїми емоціями, поведінкою та потребами, а також навчитися ефективно вирішувати внутрішні конфлікти.

**Основні принципи гештальт-терапії:**

1. Усвідомленість "тут і зараз" – терапія акцентує увагу на теперішньому моменті, допомагаючи клієнтам усвідомлювати свої почуття, думки та тілесні реакції в кожен конкретний момент. Це дозволяє людині більше розуміти себе та свої реакції на події.
2. Цілісність особистості – гештальт-терапія розглядає людину як єдину систему, що складається з тіла, емоцій, думок і соціальних взаємодій. Усі аспекти життя пов’язані між собою, і для досягнення психологічної гармонії потрібно працювати з усіма елементами.
3. Закриття "незавершених гештальтів" – терапія допомагає людям вирішувати "незавершені" ситуації чи конфлікти з минулого, які впливають на їхнє теперішнє життя. Це може бути невирішений біль, почуття провини, образа або інші емоції, які не дали завершення життєвим подіям.
4. Саморегуляція та відповідальність – клієнт бере на себе відповідальність за свої думки, почуття та поведінку, розуміючи, що лише він сам може керувати своїм життям і приймати рішення.

**Основні техніки гештальт-терапії:**

1. Діалог- у ході терапії використовуються діалогові техніки, щоб допомогти клієнту виразити свої почуття та думки. Наприклад, техніка "порожнього стільця" допомагає особі уявити розмову з кимось із минулого або самим собою, щоб вирішити внутрішній конфлікт.
2. Усвідомленість тілесних реакцій- клієнта навчають усвідомлювати сигнали власного тіла, щоб зрозуміти, як емоції впливають на фізичний стан, і як за допомогою тіла можна досягти емоційного балансу.
3. Експерименти- терапевт пропонує клієнтові виконати певні експерименти, щоб краще усвідомити свої реакції та емоції. Це може бути рольова гра, зміна поведінкових моделей або інші вправи, що допомагають експериментувати з новими способами поведінки.
4. Фокус на почуттях і потребах- у процесі терапії клієнт вчиться усвідомлювати свої справжні емоції, бажання та потреби, які можуть бути пригнічені або невизнані через попередні травми або соціальні очікування.

**Для кого підходить гештальт-терапія:**

Люди, які переживають труднощі у стосунках, соціальні або внутрішні конфлікти.

Ті, хто відчувають емоційні блоки або нездатність справлятися зі стресовими ситуаціями.

Особи з депресією, тривогою, низькою самооцінкою або внутрішньою незадоволеністю.

Люди, які хочуть покращити свою самоусвідомленість і навчитися краще розуміти свої емоції та потреби.

3.2. Роль соціальної підтримки в процесі корекції психічних травм.

Соціальна підтримка відіграє ключову роль у процесі корекції психічних травм. Підтримка з боку родини, друзів, колег та спільнот допомагає людині відчути безпеку, зрозуміння та прийняття, що є важливими факторами для психічного відновлення. Ось кілька важливих аспектів соціальної підтримки в цьому контексті:

**1. Емоційна підтримка:** Співчуття, розуміння та готовність вислухати допомагають зменшити почуття ізоляції та самотності, які часто супроводжують психічні травми.

Дуже поширеним є таке явище, як **емоційні качелі під час війни**. Подібний стан не є чимось загрозливим, проте він погіршує якість життя та створює різноманітні проблеми у спілкування з близькими, тому варто дізнатись більше про те, що ж ховається за даним терміном та як розпізнати і коригувати таку патологію. Що таке емоційні качелі?

Емоційні качелі, відомі також як емоційні **гойдалки**- це стан різкої і частіше за все безпричинної зміни настрою. Щойно людина перебуває у чудовому гуморі, як щось виводить її із рівноваги, і вже кожна дрібниця починає дратувати. Під час війни такі різкі **перепади настрою** найчастіше супроводжуються очікуванням закінчення війни. Часто ми перебуваємо у надмірній ейфорії, наприклад, після певних позитивних новин, проте досить швидко вона перетворюється на відчай та песимізм, адже ми розуміємо, що бойові дії найімовірніше триватимуть ще довго. Безпосередніми причинами подібних коливань настрою є постійна тривога, стрес, страх, різкі зміни у житті людини. Ці перепади дуже виснажливі для нашої психіки, тому варто навчитись брати емоції під контроль.

Існують і деякі практичні поради відносно того, як покращити свій **ментальний стан** та позбутись коливань настрою або хоча звести їх до мінімуму.

*-приділяти багато уваги фізичній активності*. Спорт вивільняє гормони стресу та знімає напругу, тому він дуже корисний для тих, хто страждає від перепадів настрою.

*- використовувть дихальні практики для заспокоєння.* Зокрема, дуже ефективною є вправа, відома під назвою “Квадрат”. Виконуючи її, дихати потрібно на чотири рахунки: робимо глибокий вдих, затримуємо дихання на 4 секунди, видихуємо, знову затримуємо дихання на 4 секунди, і так по колу. Подібна техніка стабілізує стан та знімає зайвий стрес.

*- планувати свій день.* Звісно, війна робить наше життя досить непередбачуваним. І це додає стресу та напруги. Впоратись з ними буде легше, якщо ви зможете планувати принаймні ті моменти, які залежать конкретно від вас. Це допоможе відчути певну впорядкованість, що має виражений заспокійливий вплив.

- *контролювати час, який ви приділяєте новинам*. Цілком логічно, що під час війни люди намагаються стежити за ситуацією в країні. Але достатнього 15-20 хв увечері, щоб ознайомитись із головними новинами. А те, що ви будете кожні пів години скролити стрічку лише додасть вам зайвої тривожності.

*- приділяти достатньо уваги своїм рідним та близьким*. Спілкування потрібне усім, навіть інтровертам, які люблять проводити час наодинці. Тому у такий тривожний час варто заручитись підтримкою близьких людей. Так можно пережити складні моменти.

Варто памʼятати, що повністю позбутись **емоційних качель під час війни**практично неможливо. Тому потрібно бути готовим до того, що вони повертатимуться. Але, якщо людина будете знати, як контролювати свій емоційний стан, то буде набагато легше із ним впоратись.

**2. Інформаційна підтримка:** Поради та знання від тих, хто пережив подібні ситуації або має відповідну експертизу, допомагають людині краще розуміти свій стан і знайти ефективні способи його подолання.

**3. Практична допомога**: психологічна підтримка і супроводження – система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності та адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникнення психологічних кризових станів.

**4. Відчуття приналежності:** Соціальна підтримка сприяє відчуттю приналежності до групи, що підвищує самооцінку та зміцнює мотивацію до боротьби з наслідками травми.

МПК – Міжвідомчий постійний комітет, створений Генеральною Асамблеєю ООН (функціонує як міжвідомча платформа для координування роботи ключових гуманітарних організацій: ООН, Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та інших неурядових гуманітарних організацій) рекомендує організаціям, агентствам, загалом різним структурам, що надають психосоціальну підтримку в надзвичайних та екстремальних ситуаціях, насамперед організовувати заходи, спрямовані на мінімальне реагування (найперші кроки, пріоритетні першочергові заходи, які за умов надзвичайної ситуації потрібно реалізувати якомога швидше). Комплексне реагування – це заходи, спрямовані на збереження психічного здоров’я та психосоціальної підтримки, що проводяться на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної (екстремальної) ситуації чи в умовах такої ситуації. До комплексного втручання вдаються тільки після того, як більшість місцевого населення отримує визначену Керівництвом мінімальну допомогу на місцях.

**5. Зменшення стресу:** Підтримка допомагає знизити рівень стресу, що позитивно впливає на фізичне та психічне здоров’я, а також пришвидшує процес відновлення.

Психотерапевти також часто залучають сім'ю або близьке оточення пацієнта до терапевтичного процесу, щоб створити підтримуюче середовище для реабілітації.

Не забувайте, що кожен випадок індивідуальний, і те, що добре працює для однієї людини, може бути менш ефективним для іншої. Важливо, щоб соціальна підтримка була адаптована до потреб постраждалого.

3.3. Практичний досвід інших країн у соціально-психологічній допомозі постраждалим від війни.

Практичний досвід інших країн у наданні соціально-психологічної допомоги постраждалим від війни може бути корисним для України в сучасних умовах. Ось кілька прикладів таких підходів:

**1. Ізраїль**

**Модель Resilience Centers**: Ізраїль створив центри психологічної стійкості (Resilience Centers) у регіонах, що постраждали від військових дій. Ці центри пропонують комплексну допомогу, включаючи індивідуальну та групову терапію, підтримку сімей, освітні програми та програми для дітей. Важливим аспектом є швидке реагування на кризові ситуації.

**Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)**: Цей метод широко застосовується для роботи з дітьми, які пережили травматичні події, допомагаючи їм впоратися з емоційними та психологічними наслідками.

**2. Боснія та Герцеговина**

**Групи підтримки для ветеранів**: Після війни в Боснії та Герцеговині були створені спеціальні групи підтримки для ветеранів, де вони могли ділитися своїм досвідом та отримувати допомогу від фахівців. Ці групи стали важливою частиною реабілітації та реінтеграції ветеранів у суспільство.

**Міжнародні організації**: Після війни багато міжнародних організацій, таких як Червоний Хрест та ООН, залучилися до надання психологічної допомоги, створюючи програми реабілітації для постраждалих.

**3. США**

**Програма VA (Veterans Affairs)**: У США існує велика мережа медичних центрів для ветеранів (VA), де надається комплексна допомога, включаючи психотерапію, реабілітацію, групи підтримки та спеціалізовані програми для ветеранів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

**Програми "Mindfulness"**: Практики усвідомленості (mindfulness) активно використовуються в терапії для зменшення симптомів ПТСР серед ветеранів та інших постраждалих.

**4. Руанда**

**Community-based Sociotherapy**: Після геноциду в Руанді була розроблена модель соціотерапії на основі громад, яка включає групову роботу, де члени громади допомагають один одному у відновленні після травм. Це сприяло не тільки зменшенню симптомів психічних розладів, але й покращенню соціальної згуртованості.

**5. Колумбія**

**Програми мирного співіснування**: Після багаторічного конфлікту в Колумбії були впроваджені програми, спрямовані на підтримку соціальної інтеграції колишніх бойовиків та жертв конфлікту. Це включає психологічну допомогу, освіту та економічну реабілітацію.

**Застосування для України**

Україна може використовувати ці моделі, адаптуючи їх до власного контексту. Наприклад, створення центрів стійкості в регіонах, що постраждали від війни, розвиток програм підтримки ветеранів, а також залучення міжнародного досвіду та ресурсів можуть значно покращити процес соціально-психологічної реабілітації.

3.4. Рекомендації щодо вдосконалення системи соціально-психологічної допомоги в Україні.

Для вдосконалення системи соціально-психологічної допомоги в Україні, особливо в умовах війни, можна запропонувати такі рекомендації:

**1. Розширення мережі центрів психологічної допомоги**

**Центри стійкості**: Створення центрів психологічної стійкості в усіх регіонах України, зокрема в тих, що найбільше постраждали від військових дій. Ці центри повинні надавати комплексну допомогу – від кризової підтримки до довготривалої терапії.

**Мобільні бригади психологів**: Запровадження мобільних бригад психологів, які могли б надавати допомогу на місцях, особливо в сільських районах та прифронтових зонах.

**2. Підготовка та навчання фахівців**

**Спеціалізоване навчання для психологів**: Розробка та впровадження спеціалізованих програм підготовки психологів і соціальних працівників, що зосереджені на роботі з травмою війни, ПТСР, реабілітацією ветеранів та допомогою постраждалим родинам.

**Безперервна освіта та супервізія**: Забезпечення регулярної підготовки та супервізії для психологів і психотерапевтів, щоб вони могли ефективно працювати з новими викликами та підтримувати свою професійну компетенцію.

**3. Інтеграція послуг у системи охорони здоров'я та освіти**

**Інтеграція психологічної допомоги у первинну медицину**: Впровадження психологічної підтримки на рівні первинної медичної допомоги, що дозволить лікарям направляти пацієнтів на консультацію до фахівців, а також виявляти психічні розлади на ранніх стадіях.

**Психологічна підтримка в школах**: Запровадження програм психологічної допомоги в школах для дітей та підлітків, які можуть страждати від наслідків війни. Це включає навчання вчителів основам психологічної підтримки та організацію шкільних консультацій.

**4. Підтримка ветеранів та їхніх сімей**

**Програми реінтеграції**: Розробка та впровадження комплексних програм реінтеграції для ветеранів, які включають психологічну допомогу, професійну підготовку та підтримку у працевлаштуванні.

**Підтримка сімей військових**: Створення спеціальних програм для підтримки сімей військових, зокрема їх дітей, які можуть страждати від стресу та переживань, пов’язаних із військовими діями.

**5. Розвиток громадських ініціатив та волонтерства**

**Підтримка волонтерських ініціатив**: Сприяння розвитку волонтерських ініціатив, які можуть надавати психологічну допомогу та підтримку постраждалим. Це можуть бути групи взаємодопомоги, консультації, а також організація різних заходів для відновлення психічного здоров’я.

**Навчання волонтерів**: Організація тренінгів для волонтерів, які надають психологічну підтримку, щоб вони могли надавати якісну допомогу та вміли розпізнавати випадки, коли потрібне втручання професіонала.

**6. Залучення міжнародного досвіду**

**Співпраця з міжнародними організаціями**: Використання досвіду міжнародних організацій та залучення експертів для розробки програм підтримки. Це може включати навчання українських фахівців за кордоном, а також адаптацію успішних міжнародних практик для місцевих умов.

**Міжнародна фінансова та технічна допомога**: Активне залучення міжнародної допомоги для створення та розвитку інфраструктури соціально-психологічної підтримки.

**7. Забезпечення доступу до інформації та послуг**

**Гарячі лінії та онлайн-консультації**: Створення гарячих ліній та платформ для онлайн-консультацій, де люди зможуть отримати допомогу конфіденційно та швидко.

**Інформаційні кампанії**: Проведення інформаційних кампаній для підвищення обізнаності населення щодо доступних видів психологічної підтримки та зниження стигми, пов’язаної з зверненням до психологів.

Всі ці заходи разом сприятимуть побудові більш стійкої та ефективної системи соціально-психологічної допомоги в Україні, яка зможе належним чином відповідати на потреби громадян у складних умовах війни.

**Висновки.**

По статистичним показникам на 2024 рік понад 1,6 мільйонів українців перебувають під наглядом лікарів-психіатрів та лікарів-наркологів, і лише минулого року вперше діагноз психічного розладу встановлено 185 тисячам людей. Насправді проблеми з психічним здоров’ям значно розповсюдженіші, адже через суспільну стигму люди вкрай неохоче звертаються до фахівців за допомогою. За даними [досліджень](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/), близько чверті людей у світі мають психічні чи неврологічні розлади впродовж життя.

Високий рівень надання послуг, сучасні доказові підходи до лікування і реабілітації, ефективні програми профілактики допоможуть подолати спотворене ставлення до психічного здоров’я у суспільстві. Розказуємо, що уже зроблено і які зміни відбудуться найближчим часом (Додаток В).

* 1. Україна розширила права пацієнтів у психіатричних закладах.

10 червня 2018 року введено в дію Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги». Тепер пацієнти можуть самостійно звернутись до суда та отримати альтернативний висновок щодо стану свого психічного здоров’я, а раніше дозволену медичну стерилізацію без згоди пацієнта заборонено.

Розпочався процес приведення діяльності психіатричних медзакладів у відповідність до міжнародних та національних нормативно-правових актів.

Реорганізація ДУ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» продовжується, а також з нею і переведення пацієнтів до лікарень, які розташовані ближче до місця їхнього проживання, як того вимагають оновлені норми Закону «Про психіатричну допомогу».

* 1. Затверджено “Концепцію розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року”.

Вперше в Україні розробка плану з впровадження «Концепції розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року» відбулася за участі міжнародних організацій і не за зачиненими дверима кабінетів, а разом з громадою. У розробці цих документів взяли участь сотні фахівців у сфері охорони психічного здоров’я, головні лікарі, психіатри, психологи, медсестри, представники громадських організацій, пацієнти та їх родичі, представники державних установ та соціальних служб.

Згідно з Планом, до 2030 року в Україні буде створено єдиний медичний простір у галузі психічного здоров’я завдяки координації діяльності всіх задіяних відомств. Тобто українці матимуть чітку карту послуг, сервісів, служб, що будуть підлаштовані під їх потреби. Головне, що пацієнти не залишатимуться наодинці зі своїми проблемами, а завжди знатимуть, куди звертатись по допомогу. Велика увага приділятиметься профілактиці розладів, руйнуванню табуйованого ставлення до проблем із психічним здоров’ям у суспільстві.

Важливим є безперервний процес навчання фахівців у сфері охорони психічного здоров’я. Йдеться як про професійний розвиток фахівців цієї галузі, так і про сучасні освітні програми для навчання лікарів, що надають первинну медичну допомогу (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів), а також медичних сестер, психологів, соціальних працівників, поліцейських, волонтерів, вчителів, працівників служби зайнятості та інших фахівців.

МОЗ України розпочне впровадження Плану реалізації Концепції після погодження його іншими центральними органами виконавчої влади.

* 1. Сімейних лікарів вчитимуть розпізновати поширені розлади психічного здоров’я, надавати базові послуги у галузі психічного здоров’я.

Сімейний лікар, терапевт чи педіатр, у тому числі, зможе пройти курс та навчитися розпізнавати розлади психічного здоров’я. За необхідності, він здійснюватиме базові втручання чи направлятиме пацієнта до вузького фахівця.

Щоб забезпечити якісну допомогу українцям, фахівці усіх ланок повинні вміти працювати із наслідками психічних травм та іншими поширеними психічними розладами (тривожними, депресивними тощо), а також пацієнтами із хронічними психічними розладами у стадії ремісії. Йдеться не лише про медикаментозне лікування, а й про освоєння психологічних методів. Разом із Всесвітньою організацією охорони здоров’я починаємо впроваджувати систему навчання фахівців, що надають первинну медичну допомогу.

Українських сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів навчатимуть за програмою mhGAP, розробленою ВООЗ та успішно апробованою у 90 країнах світу. Вже цього року відбудуться пілотні проєкти на Сході країни, і після цього досвід і систему буде поширено на всю країну.

Окрім медичних працівників, навчання проходитимуть і соціальні працівники, поліцейські, волонтери, вчителі та інші.

* 1. Система охорони психічного здоров’я ветеранів.

МОЗ України створює умови, щоби ветерани незалежно від місця проживання могли отримати якісну психологічну, психотерапевтичну, психосоціальну та психіатричну допомогу, що базується на засадах доказової медицини. Завдяки “Концеації розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року” ветеран матиме чітку карту послуг, сервісів, служб. Доступ до підтримки психічного здоров’я ветерани зможуть отримати вже на первинному рівні медичної допомоги – у терапевта чи сімейного лікаря. Діятимуть окремі центри, спеціалізовані відділення у поліклініках і лікарнях.

Буде створено “ПТСР Центр” в якому надаватиметься високоспеціалізована допомога ветеранам із важкими розладами психічного здоров’я і супутніми фізичними захворюваннями. Тут ветерани зможуть отримати якісну допомогу, а лікарі з регіонів – підвищити свою кваліфікацію.

* 1. Програми для профілактики вчинення самогубств.

По показникам смертность від самогубства в Україні – 15,3 на 100 тисяч населення ще у 2017 році – перевищувала аналогічні показники у більшості європейських країн. Україна все ще знаходиться в числі перших 25 країн світу за цим показником.

Міністерство охорони здоров’я України ініцювало створення Національної лінії життя – єдиного телефонного номеру, на який може зателефонувати кожен у моменти відчаю чи безнадії. Вона створюватиметься за одним із кращих прикладів у світі – лінії психологічної підтримки БО “Australia Lifeline”. Представники цієї організації поділились досвідом зі своїми українськими колегами та дали рекомендації щодо розвитку такої форми допомоги в Україні.

Будь-які якісні зміни неможливі без розуміння реального стану справ, надійного зворотного зв’язку щодо функціонування системи – її моніторингу і оцінки. Коректні статистичні дані дозволяють розвивати галузь у правильному напрямку, а управлінцям – приймати зважені рішення, своєчасно реагувати і запобігати виникненню критичних ситуацій, забезпечують раціональне використання ресурсів.

Психічне здоров'я людини є важливим аспектом загального благополуччя, особливо в умовах війни. Турбота про своє психічне здоров'я може допомогти впоратися з травмами, відновити емоційний баланс і покращити якість життя. Консультації з психологом або психотерапевтом можуть допомогти впоратися з травматичними переживаннями.

Важливо пам'ятати, що звернення за допомогою- це не ознака слабкості, а крок до відновлення та зміцнення власного здоров'я.

**Додаток 1**

**Питання для “Клінічного інтерв'ю”, яке може використовуватися для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).**

Питання спрямовані на вивчення ключових аспектів ПТСР, таких як повторне переживання травми, уникання, емоційна відстороненість і гіпервізивність.

**Повторне переживання травматичної події (флешбеки, нав'язливі спогади):**

1. Чи часто ви згадуєте травматичні події, які пережили (наприклад, бойові дії, обстріли, втрата близьких)? Як часто це відбувається?
2. Чи виникають у вас несподівані спогади про ці події? Як вони впливають на ваш настрій і самопочуття?
3. Чи виникають у вас нічні кошмари або тривожні сни, пов'язані з тими подіями?
4. Чи траплялися у вас флешбеки — коли ви раптово відчували, що переживаєте подію знову?

**Уникання та емоційна відстороненость**:

1. Чи намагаєтесь ви уникати місць, людей або ситуацій, які нагадують вам про травматичну подію?
2. Чи виникають у вас труднощі з розмовами про травматичні події? Чи є теми, яких ви уникаєте?
3. Чи помітили ви, що після події стало важко відчувати радість, любов або інші позитивні емоції?
4. Чи відчуваєте ви себе відстороненим від своїх друзів, родини або колег? Можливо, з'явилося відчуття, що вас ніхто не розуміє?

**Гіпервізивность та тривожность:**

1. Чи відчуваєте ви себе постійно настороженим, наче повинні бути готовими до небезпеки?
2. Чи стали ви більш дратівливими або агресивними після травматичної події? Як це проявляється у вашій повсякденній поведінці?
3. Чи маєте ви труднощі зі сном (проблеми із засинанням або часті пробудження)?
4. Чи помічаєте ви, що реагуєте занадто сильно на гучні звуки або раптові рухи (наприклад, відчуття паніки при неочікуваних шумах)?

**Когнітивні та емоційні зміни**:

1. Чи відчуваєте ви провину або відповідальність за події, які трапилися, навіть якщо це не ваша провина?
2. Чи з'явилися у вас негативні думки про себе або світ після події (наприклад, що ви нічого не варті або що світ небезпечний)?
3. Чи виникає у вас відчуття безнадії або втраченого сенсу життя?
4. Чи вірите ви, що події, які сталися, суттєво змінили ваше життя на гірше?

**Фізичні симптоми:**

1. Чи помітили ви, що ваше тіло часто знаходиться в напрузі (м'язові болі, тремтіння)?
2. Чи маєте ви часті головні болі, прискорене серцебиття або інші фізичні реакції, коли згадуєте про подію?

**Соціальне та професійне функціонування:**

1. Чи зазнаєте ви труднощів у спілкуванні з іншими після того, що сталося? Як це впливає на ваші стосунки з близькими?
2. Чи змінилися ваші робочі або навчальні звички після події? Чи стало важче зосереджуватися на завданнях?
3. Чи помічаєте ви, що відчуваєте більше відрази до того, що раніше приносило вам задоволення?

**Заключні питання:**

1. Як ви оцінюєте свій загальний емоційний стан після події?
2. Чи вважаєте ви, що потребуєте допомоги для подолання цих симптомів?

**Додаток 2**

**Госпітальна шкала тривоги і депресії шкала HADS** відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Вона стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта). Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

Реєстрійний бланк

І.О.Б. (повністю) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Спеціальність\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Воінське звання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Інструкція: “Не звертайте уваги на цифри та літери, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і візьміть у кружечок відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе минулого тижня. Не роздумуйте надто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першим спадає Вам на думку завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин”.

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

* Більшу частину часу
* Значну частину часу
* Час від часу, від випадку до випадку
* Ніколи

1. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

* Майже весь час
* Дуже часто
* Іноді
* Абсолютно ні

1. В мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

* Абсолютно немає
* Від випадку до випадку
* Досить часто
* Дуже часто

1. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

* Безумовно, в такому самому обсязі
* Так, але не настільки, як і раніше
* Лише трохи
* Лише трохи ні

1. В мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

* Так, є дуже виразне погане передчуття
* Так, але це відчуття не настільки важке
* Трохи, однак це не турбує мене
* Абсолютно немає

1. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

* Абсолютно так
* Стежу за собою не наскільки потрібно
* Дещо менше, ніж раніше
* Стежу за собою, як і раніше

1. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

* Дійсно, дуже сильно
* Вельми значно
* Не дуже сильно
* Абсолютно немає

1. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

* Такою ж мірою, як і завжди
* Тепер вже не такою мірою
* Безумовно вже не настільки
* Не можу абсолютно

1. У моїй голові крутяться неспокійні думки

* Переважну частину часу
* Значну частину часу
* Час від часу, але не дуже часто
* Лише зрідка

1. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

* Такою ж мірою, як і завжди
* Трохи менше, ніж зазвичай
* Набагато менше, ніж зазвичай
* Абсолютно ні

1. Мене охоплює раптове відчуття паніки

* Дійсно, дуже часто
* У цілому часто
* Нечасто
* Абсолютно ні

1. Я почуваюся бадьоро

* Абсолютно ніколи
* Нечасто
* Іноді
* Більшу частину часу

1. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

* Абсолютно так
* Зазвичай так
* Нечасто
* Не можу абсолютно

1. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

* Часто
* Скоріше часто
* Іноді
* Дуже рідко

**Додаток 3**

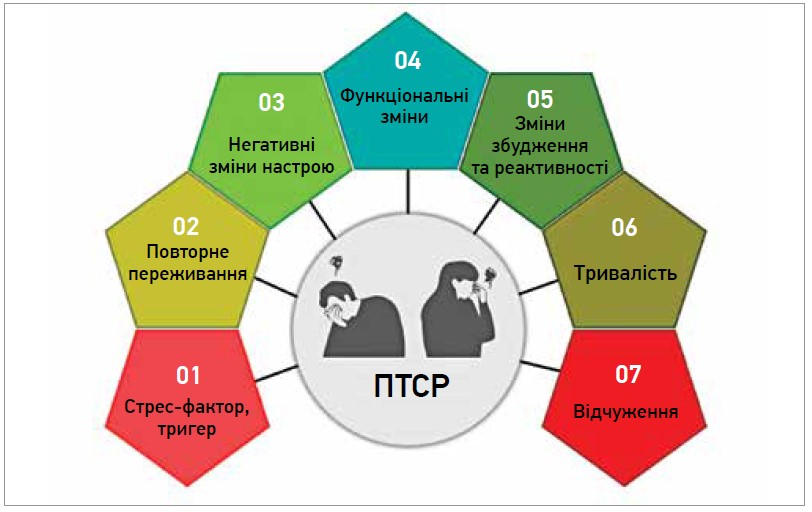


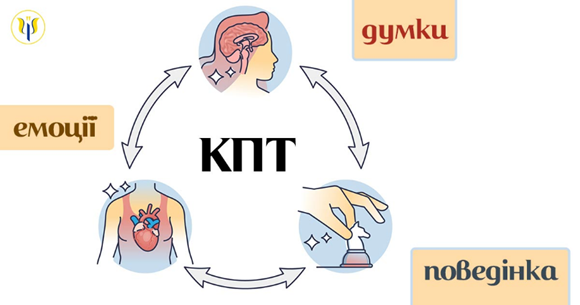


Психосоматичні маски тривоги

**Додаток 4**



****

****

**Додаток 5**

****

