МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор
Асєєва Ю.О.

_____
(підпис)

«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності_____053 Психологія_____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою_____«Практична психологія»_____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ВПЛИВ ВІЙНИ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ»**

Виконавець:
здобувач 2 курсу 6зф12 групи
факультету ЦЗФН
_____Непомняща Дарина Володимирівна
/підпис/

Науковий керівник
доктор психологічних наук, доцент.
_____ Рябенко Михайло Іванович
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ.....8
1.1. Емоційний стан та ментальне здоров'я: підходи до пояснення понять в психологічній науці.....8
1.2. Війна та її вплив на психіку: травми, стрес, ПТСР та колективна травма…….....……..13
1.3. Особливості впливу війни на населення в історичному контексті…….....…..23
Висновки до першого розділу……..26
РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНІ СТАНИ, ВИКЛИКАНІ ВІЙНОЮ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА…….…..30
2.1. Емоційні та психологічні порушення викликані війною…….....30
2.2. Психічні розлади: депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічні атаки, психологічне вигорання…….....….34
2.3. Когнітивні та поведінкові зміни: порушення концентрації, пам'яті, агресивність, соціальна апатія, самоізоляція…….....…37
2.4. Психологічна підтримка та терапевтичні заходи: перша допомога, психотерапія, державні та громадські ініціативи…….....…….40
Висновки до другого розділу…….....44
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ…….....…48
3.1. Дизайн дослідження…….....48
3.2. Обробка, аналіз отриманих даних і їх інтерпретація у контексті впливу війни на психіку…….....…52
Висновки до третього розділу…….....…..69
ВИСНОВКИ…….....71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….....73
ДОДАТКИ…….....83

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження впливу війни на психічне здоров'я українського населення зумовлена безпрецедентною інтенсивністю та масштабами воєнного конфлікту, що триває з 2014 року і різко посилився з початком повномасштабного вторгнення в 2022 році. Цей конфлікт спричинив глибокі соціальні, економічні та психологічні потрясіння, які істотно впливають на психоемоційний стан різних верств суспільства. Війна виступає потужним стресогенним фактором, що порушує звичний спосіб життя і значно погіршує психічне здоров'я громадян.

Особливо важливо, що негативні психічні наслідки війни не стосуються лише безпосередніх військових учасників, а також охоплюють мирне населення, внутрішньо переміщених осіб, дітей, літніх людей і інші вразливі групи, які відчувають постійний страх, втрати і нестабільність. Збільшення кількості випадків психічних розладів, серед яких тривога, депресія і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), підкреслює необхідність глибокого наукового аналізу цих процесів та розробки ефективних методів психологічної підтримки та реабілітації.

Актуальність дослідження також підтверджується недостатністю інформації про масштаби і глибину психологічних травм серед українського населення. Незважаючи на гостроту проблеми, багато постраждалих уникають звернення за допомогою через існуючі соціальні табу та низький рівень обізнаності, що ставить під загрозу їх подальше психологічне благополуччя і сприяє соціальній дезадаптації.

Здійснення наукової оцінки впливу війни на психічне здоров'я дозволяє виявити ключові фактори ризику та захисні механізми, що формують індивідуальні і колективні реакції на стрес і бойові дії. Це створює надійну базу для розробки прогностичних моделей та цілеспрямованих психологічних втручань, які сприяють зміцненню психоемоційної стійкості населення в умовах кризи.

Подальше дослідження цієї теми є важливим кроком для вдосконалення комплексної системи медико-психологічної допомоги, особливо для найуразливіших груп – військовослужбовців, ВПО, дітей, осіб з хронічними захворюваннями. Покращення психічного здоров'я в цих категоріях сприяє не тільки індивідуальному благополуччю, а й загальній соціальній стабільності та безпеці країни.

Соціально-психологічний контекст цієї проблеми включає втручання війни у суспільні процеси, передачу травматичного досвіду між поколіннями, а також трансформацію культурних і сімейних цінностей. Розуміння цих аспектів важливе для розробки довготривалих стратегій відновлення та підтримки психічного здоров'я населення.

Наукова значимість полягає і в тому, що дослідження допомагає подолати мовчання та стигму, пов'язану з психічними розладами, підвищуючи рівень обізнаності про психологічні наслідки війни, що є критично важливим для мобілізації ресурсів та підтримки на різних рівнях – від державного до локального.

Вивчення наслідків війни для психічного здоров'я сприяє створенню і впровадженню сучасних психокорекційних програм і тренінгів, які можна застосовувати не лише в Україні, а й у країнах, що стикаються з подібними кризами, підкреслюючи міжнародну важливість цього напряму досліджень.

Також актуальність обумовлена нагальною потребою у науково обґрунтованих даних для урядових органів, громадських ініціатив і медико-психологічних служб, що дозволяє адекватно оцінити стан психічного здоров'я населення та організувати ефективні заходи підтримки в період війни і після неї.

Отже, дослідження впливу війни на психічне здоров'я українців є невід'ємною частиною сучасної гуманітарної науки, що відповідає на виклики сьогодення і спрямована на підвищення якості життя громадян у складних соціально-політичних умовах через психологічну підтримку та профілактику психічних захворювань.

Метою дослідження є вивчення особливостей впливу війни на психічне здоров'я населення України, визначення основних психічних проблем, що виникають через військові дії, та оцінка потреб у психологічній підтримці.

Об'єкт дослідження – психіка цивільного населення під час війни

Предмет дослідження – вплив війни на емоційний стан та ментальне здоров'я цивільного населення.

Завдання дослідження:

1. Вивчення, узагальнення та систематизація наукової літератури з теми дослідження.
2. Виявлення та аналіз характерних психічних розладів та їх поширеність.
3. Аналіз особливостей впливу війни на різні групи населення.
4. Визначення факторів, що сприяють або ускладнюють психічне відновлення
5. Емпіричне дослідження впливу війни на психологічне здоров'я українців.

Методологічна основа дослідження спирається на широкий спектр наукових підходів, які охоплюють як вітчизняний, так і зарубіжний досвід. Теоретичну основу становлять фундаментальні праці українських та зарубіжних авторів, присвячені вивченню стресу, психічних станів і колективних травм (1, 2017; Горностай, 2023; Гоцуляк, 2015; Коцан, Ложкін, Мушкевич, 2011). Важливе значення мали дослідження, спрямовані на аналіз впливу війни на нервову систему та психічне здоров'я населення (Габітус, 2023; Титаренко, 2023; Марута, Панько, Каленська, 2022).

У роботі використано біопсихосоціальний підхід, який дозволяє інтегрувати медичні, психологічні та соціальні фактори у вивченні ментального здоров'я людини (MH4U, 2025). Цей підхід розглядає психічні розлади не лише як клінічні феномени, а й як результат взаємодії особистісних, сімейних і суспільних чинників.

Методологічним підґрунтям слугували концепції посттравматичного стресового розладу та психологічної травми, що розроблені у працях вітчизняних і міжнародних дослідників (Корольчук, 2016; Оніщенко, 2015; Гейтс, Холовка, 2012; Блевінс та ін., 2015; Везерс та ін., 2013). Особливе місце відведено вивченню феномену колективної травми, яка змінює психологічний клімат у суспільстві (Фролова, 2023).

Для емпіричної частини було обрано стандартизовані діагностичні методики, що зарекомендували себе у світовій практиці: шкала тривожності Бека (Бек, Епштейн, Браун, Стір, 1988; Кріммер, Белл, Файла, 1995), шкала депресії Бека (Бек, Стір, Браун, 1996), опитувальник PCL-5 для діагностики ПТСР (Блевінс та ін., 2015), а також опитувальник якості життя SF-36 (МакХорні, Веар, Лу, Шербурн, 1994). Це дозволило забезпечити надійність та валідність отриманих результатів.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури з теми дослідження; емпіричні – тестування за методиками: шкала тривожності Бека, Шкала депресії Бека, Шкала ПТСР та Опитувальник якості життя; використання лінійного коефіцієнту кореляції К. Пірсона для виявлення кореляційних зв’язків.

Вибірку дослідження склали: у дослідженні взяли участь 50 осіб, з яких 26 – жінки, 24 – чоловіки, віком від 21 до 55 років.

Теоретична значимість дослідження полягає у тому, що воно поглиблює наукове розуміння комплексного впливу війни на психічне здоров’я особистості та суспільства в цілому. У роботі систематизовано сучасні наукові підходи до аналізу воєнної травми, посттравматичних розладів та їх соціально-психологічних наслідків. Узагальнено досвід українських та зарубіжних учених, що дозволяє інтегрувати різні теоретичні моделі (біопсихосоціальну, соціально-психологічну, культурно-історичну) для пояснення особливостей психоемоційних станів у час війни.

Практична значущість дослідження виражається в тому, що отримані результати можуть бути використані для у можливості використання його

результатів для удосконалення системи надання психологічної допомоги населенню України під час війни та у післявоєнний період. Отримані висновки можуть бути враховані при формуванні державних і регіональних програм з охорони психічного здоров'я, розробці стратегій психосоціальної підтримки, а також у роботі освітніх і медичних установ.

Результати дослідження мають значення і для практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та освітян, адже вони надають науково обґрунтовану базу для розробки нових підходів до психологічного супроводу та відновлення психоемоційної рівноваги. Крім того, емпіричні дані можуть бути використані у підготовці навчальних курсів із кризової психології, психіатрії та соціальної роботи.

Структура роботи. Магістерська робота складається з трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Список використаних джерел налічує 80 найменувань. Робота розміщена на 102 сторінках.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ

1.1. Емоційний стан та ментальне здоров'я: підходи до пояснення понять в психологічній науці

Емоційний стан і ментальне здоров'я є ключовими категоріями у сучасній психологічній науці, що відіграють важливу роль у розумінні особистості та її поведінки. Аналіз цих понять дозволяє глибше осягнути внутрішні психологічні процеси, які впливають на загальне функціонування індивіда в різних соціальних контекстах. Враховуючи складність і багатогранність цих явищ, їх трактування потребує комплексного підходу, що включає різні теоретичні та емпіричні перспективи.

Історично формування понять «емоційний стан» і «ментальне здоров'я» пов'язане з багатовіковими дослідженнями людської психіки, що проходили етапи від філософських роздумів до сучасних наукових досліджень із застосуванням методик експериментальної психології. Емоції розглядаються як складні психофізіологічні реакції, що відображають ставлення людини до навколишніх подій, водночас ментальне здоров'я – як інтегральний показник психологічного благополуччя та адаптивності особистості.

Слід зазначити, що в сучасній науковій літературі існують різні підходи до визначення цих категорій, які залежать від теоретичних засад конкретної психологічної школи. Одні дослідники наголошують на когнітивних і поведінкових аспектах емоційних станів, інші – на їхній біологічній основі, а ще інші – на соціокультурних факторах. Аналогічно, ментальне здоров'я інтерпретується як відсутність психічних розладів, так і як стан гармонійного розвитку психічних процесів і особистісних якостей.

Врахування всіх цих підходів дає змогу створити цілісну картину аналізу емоційного стану та ментального здоров'я, що є необхідним для розробки ефективних методів психологічної підтримки і корекції. У цьому контексті

наукове осмислення фундаментальних понять сприяє не лише теоретичному удосконаленню галузі, а й практичній реалізації психологічних інтервенцій у різноманітних сферах життєдіяльності людини.

Отже, комплексне і науково обґрунтоване визначення емоційного стану та ментального здоров'я становить важливу базу для подальших досліджень і практичних застосувань у психології, що робить цей пункт актуальним та необхідним для розгляду в рамках сучасної психологічної науки.

Спочатку, детальніше розглянемо підходи до пояснення поняття «емоційний стан».

У сучасних дослідженнях психічних станів особлива увага приділяється вивченню саме негативних психологічних станів, оскільки вони виступають як дестабілізуючі фактори, що ускладнюють самоконтроль особистості над емоціями та регуляцію поведінки. Аналіз концепцій Семиченка В.А., який здійснила Корнілова В. [25] підкреслює, що опис психічного стану не може бути повним без врахування його емоційних аспектів. Таким чином, психічний стан розглядається як феномен, що характеризується певною стабільністю проявів у психічному житті індивіда, їхньою повторюваністю та однорідністю протягом визначеного часового інтервалу.

Класифікація психічних станів, запропонована М.Й. Варій, яку розглядає Титович А., базується на розподілі психічних явищ за функціональними ознаками, що дозволяє більш детально описати їхню природу та специфіку проявів. Основними категоріями психічних станів є емоційні, вольові та пізнавальні стани, кожна з яких має свої характерні риси та відмінності [58].

До емоційних станів належать такі явища, як настрій, афект і тривога. Ці стани відображають емоційне забарвлення переживань людини та формують її психоемоційний фон. Настрій, на відміну від афекту, характеризується меншою інтенсивністю та більш тривалим існуванням, тоді як афект – це яскрава, короткочасна емоційна реакція. Тривога є специфічним емоційним станом, що виникає у передчутті можливих загроз і часто супроводжується

напругою та неспокоєм. Таким чином, емоційні стани відзначаються різною глибиною і тривалістю, що визначає їхній вплив на психіку індивіда.

Вольові стани включають такі форми психічної активності, як рішучість і розгубленість. Вони пов’язані з процесами прийняття рішень, контролю та регуляції поведінки. Рішучість проявляється у здатності діяти цілеспрямовано та впевнено, тоді як розгубленість характеризує тимчасову втрату орієнтації у виборі дій. Ці стани часто є динамічними і можуть змінюватися залежно від внутрішніх і зовнішніх факторів, що впливають на особистість.

Пізнавальні стани охоплюють такі явища, як зосередженість і замисленість. Вони пов’язані з активністю мислення, уваги та сприйняття. Зосередженість передбачає спрямованість психічних процесів на конкретний об’єкт або задачу, що сприяє ефективному засвоєнню інформації та прийняттю рішень. Замисленість, у свою чергу, характеризує стан внутрішнього рефлексивного аналізу та розмірковування. Пізнавальні стани, як правило, мають тенденцію до тривалої підтримки уваги та глибокого осмислення.

Щодо часових характеристик психічних станів, вони поділяються на оперативні, поточні та перманентні. Оперативні стани є нестійкими, короткотривалими і часто виникають як реакція на конкретні стимули або ситуації. Поточні стани відзначаються більш тривалим існуванням, що може впливати на поведінкові і психічні реакції людини протягом певного проміжку часу. Перманентні, або хронічні, стани характеризуються стійкістю та тривалістю, що формує тривалий фон психічного функціонування особистості та можуть відображати глибинні психологічні тенденції.

Таким чином, класифікація психічних станів за Варій М.Й. дозволяє комплексно охопити різні аспекти психічної діяльності, виділяючи специфічні групи станів, що відрізняються за своєю функціональною спрямованістю та часовими параметрами. Це сприяє більш глибокому розумінню механізмів психічної регуляції та адаптації індивіда до навколишніх умов.

Емоційний стан розглядається як спосіб психічного відображення, що проявляється через активацію центрального відділу аналізатора та

підкоркових структур мозку, які мають самостійну значущість залежно від того, чи отримана інформація є корисною або небезпечною для організму. За своєю природою емоційні стани носять суб'єктивний характер і суттєво впливають на функціонування організму, водночас безпосередньо залежать від його загального фізіологічного стану.

В. Джемс і Г. Ланг, спираючись на еволюційні ідеї Чарльза Дарвіна, незалежно один від одного запропонували «периферичну» теорію емоцій, яка підкреслює взаємозв'язок між фізіологічними реакціями організму та виникненням емоційних станів. Ця теорія наголошує на тому, що саме тілесні зміни є основою переживання емоцій [38].

У подальшому, у дослідженнях В. Кеннона та П. Барда було доведено, що сенсорне сприйняття стимулює таламус – центральний мозковий утвір, який водночас запускає як емоційну, так і фізіологічну відповідь організму. На відміну від «периферичної» теорії, ці реакції виникають майже одночасно, демонструючи складний взаємозв'язок між психічними і фізіологічними процесами в формуванні емоційних станів [59].

Емоційні стани є тривалими та стабільними. Вони характеризуються змінами в нервово-психічному тонусі, а також відображають процеси узгодження актуальних потреб особистості з її можливостями та доступними ресурсами у конкретний момент часу. У межах цієї категорії виділяють різні форми емоційних станів, зокрема афект, настрій, стрес, фрустрацію та пристрасть [42].

Далі розглянемо не менш важливе для нашої роботи поняття – ментальне здоров'я.

Ментальне здоров'я є однією з фундаментальних категорій психологічної науки, що охоплює комплекс психічних, емоційних і соціальних аспектів функціонування особистості. Визначення цього поняття тісно пов'язане із загальним розумінням здоров'я як цілісної системи, де психічний компонент виступає не менш значущим за фізичний. Сучасні наукові підходи до ментального здоров'я намагаються відобразити його багатовимірний і

динамічний характер, враховуючи індивідуальні, соціальні та культурні чинники [20].

Одним із найбільш поширених підходів до пояснення ментального здоров'я є концепція, що розглядає його як стан благополуччя, у якому індивід усвідомлює власні можливості, здатен справлятися з життєвими стресами, продуктивно працювати та ефективно взаємодіяти з оточуючим середовищем. Відповідно до цього підходу, ментальне здоров'я не є просто відсутністю психопатології, а позиціонується як позитивний ресурс, що підсилює життєздатність особистості [24].

Інша важлива точка зору пов'язана із системним підходом, який акцентує увагу на взаємодії численних компонентів психіки, що утворюють базу ментального здоров'я. З огляду на це, воно розглядається як баланс між різними психічними процесами – когнітивними, емоційними, мотиваційними та поведінковими, які забезпечують адаптацію до змінних умов середовища [27].

Психоаналіз і гуманістична психологія внесли значний вклад у формування розуміння ментального здоров'я як результату внутрішньої гармонії між свідомим і несвідомим «Я». В цих теоріях підкреслюється роль самореалізації, особистісного розвитку та творчого потенціалу як ключових чинників підтримки здорової психіки.

Сучасні біопсихосоціальні моделі ментального здоров'я інтегрують у своїй основі не лише психологічні, а й біологічні та соціальні аспекти. Вони враховують вплив генетичних факторів, особливостей мозкової діяльності, а також соціально-культурного контексту, що дозволяє більш комплексно оцінювати стан психічного здоров'я [3].

Велику увагу у психологічній науці приділяють концепції стрес-резистентності, яка пов'язана із здатністю особистості протистояти негативним впливам, швидко відновлюватись після труднощів і зберігати психологічну рівновагу. Ця властивість є одним із індикаторів високого рівня ментального здоров'я [55].

Окремий напрямок досліджень присвячений вивченню факторів ризику, що можуть знижувати рівень ментального здоров'я, зокрема хронічного стресу, травматичних подій, соціальної ізоляції та психофізіологічних порушень. Розуміння цих факторів дозволяє розробляти превентивні заходи і програми підтримки психічного благополуччя [55].

У практичній психології значна увага зосереджена на методах оцінки ментального здоров'я, що включають психологічні тести, опитувальники та клінічні інтерв'ю. Комплексний аналіз результатів дає змогу визначити рівень психічного благополуччя та визначити потребу у психологічній допомозі.

Підсумовуючи, поняття ментального здоров'я в психологічній науці є багатокомпонентним і багатогранним феноменом, що відображає взаємодію різних психічних процесів і адаптивних механізмів. Його розуміння постійно розвивається, що сприяє удосконаленню теоретичних моделей та практичних підходів для підтримки та зміцнення психічного благополуччя особистості.

Отже, актуальність дослідження ментального здоров'я зумовлена необхідністю формування цілісної системи знань, яка б дозволяла не лише виявляти і коригувати психічні розлади, а й створювати умови для розвитку і підтримки оптимального рівня психічного благополуччя в суспільстві.

1.2. Війна та її вплив на психіку: травми, стрес, ПТСР та колективна травма

Війна – це одна з найтяжчих людських катастроф, яка залишає не лише фізичні руйнування, а й глибокі сліди на психіці як окремих людей, так і цілих спільнот. Військові конфлікти породжують широкий спектр психологічних наслідків, починаючи від гострого стресу і закінчуючи хронічними психічними розладами. Людський розум в умовах постійної небезпеки та втрат перебуває у стані постійного напруження, що призводить до порушень емоційної рівноваги та адаптації.

Серед найбільш поширених психічних реакцій на війну є травми, які можуть мати як фізичний, так і емоційний характер. Травматичні події, такі як знищення житла, смерть близьких, жорстокість та насилля, формують глибокі психологічні рани, що важко гояться навіть після завершення бойових дій. Особливо гостро постає проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється нападами тривоги, флешбеками та емоційним відчуженням.

ПТСР є складним психічним станом, що виникає внаслідок тривалої або надзвичайно інтенсивної травматизації. Військові, біженці, цивільні, які опинилися в зонах бойових дій, часто стають його жертвами. Вплив цього розладу може тривати роками, заважаючи поверненню до нормального життя і повноцінному функціонуванню в суспільстві. Він вимагає спеціалізованої психологічної допомоги і підтримки.

Окрім індивідуальних наслідків, війна залишає глибокі психологічні шрами на рівні цілих спільнот, так звану колективну травму. Вона проявляється у втраті довіри, зростанні соціальної напруженості, зміні культурних ідентичностей та порушенні звичних життєвих структур. Відновлення після таких травм потребує значних зусиль не лише від окремих постраждалих, а й від суспільства в цілому, оскільки колективна пам’ять про війну формує майбутні покоління.

Розглянемо вплив війни на психіку людини поступово, почнемо зі стресу, адже кожен громадянин нашої держави переживає стрес – хронічний, оскільки війна йде вже 11 років, з яких майже 4 роки – повномасштабна. Тривалий стрес залишає по собі низку психологічних проблем, а також сприяє психологічній травматизації та розвитку ПТСР в подальшому.

Насамперед варто розглянути ключові теоретичні підходи до вивчення стресу в психологічній науці. У праці «Психологія стресу» Л. Наугольник окреслює психодинамічну концепцію З. Фрейда, який вважав стрес «поведінковою реакцією на соціально-психологічні подразники» та визначав його як «психопатію повсякденного життя». З. Фрейд пояснював виникнення

стресу як наслідок стримування сексуальних та агресивних імпульсів, що є джерелом внутрішнього конфлікту [36].

Окрему увагу заслуговує фізіологічна концепція стресу, розроблена Г. Сельє та доповнена Б. Доренвендом. Вони розглядають стрес як стан організму, що базується на адаптивних і дезадаптивних реакціях, які виникають у відповідь на різні зовнішні і внутрішні чинники. В їхньому розумінні стресогенними факторами є соціальні умови, зокрема економічні або сімейні труднощі, які виступають об'єктивними подіями, що порушують або загрожують нормальному функціонуванню індивіда.

Важливим доповненням до теорій стресу є когнітивний підхід Р. Лазаруса, згідно з яким ключову роль відіграє суб'єктивна пізнавальна оцінка загрози і власних ресурсів для подолання стресової ситуації. Лазарус підкреслював, що адаптація до навколишнього середовища значною мірою визначається емоційним станом індивіда, при цьому когнітивні процеси впливають на характер і силу емоційних реакцій. Оцінка потенційних несприятливих наслідків ситуації, яку здійснює людина, виступає визначальним фактором формування стресового досвіду.

Існує кілька наукових підходів до визначення сутності поняття «стрес». За словами О. Баєвої, сучасна наука розглядає стрес у трьох основних вимірах: по-перше, як зовнішні чинники або події, що здатні спричинити у людини стан напруги або збудження, тобто як стресори. По-друге, стрес розглядається як суб'єктивна реакція, що відображає внутрішній психічний стан напруженості і збудження, включаючи емоційні реакції, захисні механізми і процеси подолання труднощів. По-третє, стрес трактується як фізіологічна відповідь організму на зовнішні або внутрішні подразники, які можуть мати шкідливий вплив на його функціонування [1].

Л. Наугольник зазначає, що стрес сприяє мобілізації організму для протидії загрозам або уникнення небезпеки. Під впливом стресу у людини можуть проявлятись емоційні реакції, зокрема найчастіше виникає тривожність. Підвищення рівня тривоги стимулює активність двох

взаємопов’язаних адаптивних механізмів. Окрім того, стрес може проявлятися через різноманітні стресогенні ситуації і емоції, серед яких домінують страх і гнів. До страху належать такі емоційні стани, як тривожність, неспокій, почуття провини, самообвинувачення та відчуття безвихідності. У свою чергу, гнів характеризується такими проявами, як дратівливість, образа, заздрість, злість, помста і ненависть [36].

Л. Наугольник пропонує класифікацію стресів за видами та формами, що включає: емоційно позитивні та емоційно негативні стреси; короткочасні (гострі) та тривалі (хронічні) стреси; фізіологічні (соматичні, середовищні) та психоемоційні стреси. Фізіологічні стреси поділяються на механічні, фізичні, хімічні та біологічні, у той час як психоемоційні поділяють на інформаційні та емоційні (позитивні й негативні) [36].

Також автор виділяє класифікації за якістю впливу, що розрізняють позитивний (еустрес) і негативний (дистрес) стреси, а за характером впливу – психологічний (нервово-психічний) та фізіологічний (тепловий, світловий, звуковий). Особливу увагу підкреслює роль війни як чинника, що спричиняє стресові розлади, пов’язані з такими факторами, як пошкодження організму, захворювання, травми, тривалий біль, а також довготривалі негативні емоції, зокрема страх, гнів і злість [36].

Тепер розглянемо такі поняття, як психологічна травма та ПТСР, які є одними із наслідків переживання хронічного стресу, який, зокрема, обумовлений повномасштабною війною.

О. Туриніна наголошує, що виникнення поняття травми бере свій початок у ранніх дослідженнях З. Фрейда, які заклали основи психоаналітичної теорії травми. За її визначенням, психологічна травма є глибоко укоріненою в несвідомому афективною реакцією, яка може чинити патогенний вплив на психіку та спричиняти розвиток нервових розладів. Згідно з поглядами З. Фрейда, джерелом психологічної травми є не сама зовнішня подія, а процес розщеплення психіки. Цю позицію підтримує американський дослідник Д. Калшед, який стверджував, що травмована

психіка є причиною виникнення психологічної травми. Він наголошував, що травмована психіка здатна самозатягуватися, продукуючи синдром нав'язливого повторення, який посилює травматичний досвід [60].

Аналізуючи позиції сучасних дослідників щодо визначення поняття «психологічна травма» можна відокремити погляди Н. Гоцуляк, який характеризує психологічну травму як подію або ситуацію, що впливає на важливі аспекти життя індивіда, викликаючи глибокі психологічні переживання. Вона пояснює виникнення травми як наслідок переривання інстинктивної реакції організму на травматичний вплив [14, с. 378]. А. Терещук акцентує увагу на тому, що психологічна травма є результатом переживання беззахисності людини перед загрозою. Дослідник підкреслює, що фіксація психологічних травм має твердий психофізіологічний фундамент, що спричиняє труднощі у формуванні адаптивних поведінкових стратегій через емоційну пам'ять [56].

О. Христук визначає психологічну травму (психотравму) як стійкі афективні переживання, що виникають під впливом зовнішніх подразників, спричиняють психічний дискомфорт і мають патогенний ефект на особистість. У метафоричному сенсі психотравма розглядається як психічне потрясіння, яке суттєво впливає на функціонування й подальший розвиток індивіда. Автор підкреслює фундаментальну протиріччя психологічної травми: конфлікт між бажанням витіснити травматичну подію зі свідомості та потребою вербалізувати її [63, с. 183].

О. Туриніна виокремлює ознаки психологічної травми, що відрізняють її від фізичної: по-перше, вона має зовнішній чинник та інтрапсихічну природу, адже психіка здатна сама себе травмувати, продукуючи певні думки, спогади й афективні стани; по-друге, травма є невидимою і виявляється лише за непрямими ознаками, такими як душевний біль. Рефлекторна реакція на біль зазвичай проявляється у вигляді відсторонення та уникнення, при цьому головна функція болю – інформувати про пошкодження та активувати механізми зцілення й виживання організму [60].

Психологічна травма виникає як наслідок психоемоційно складної ситуації для людини. Існує декілька основних етапів переживання психологічної травми. О. Туриніна виокремлює такі стадії: шокова реакція, стабілізація стану, процес відновлення та інтеграція на рівні особистості і соціуму [60]. Н. Оніщенко співвідносить етапи переживання психологічної травми з фазами горювання, які включають: шок і оцепеніння (приблизно 9 днів), період страждань і дезорганізації (6-7 тижнів), фазу реорганізації (до року) та заключний етап [40].

Перебування у зонах воєнних дій формує особливі етапи психотравматичного досвіду. О. Лентянчик виділяє такі стадії травматичного переживання під час війни: 1) очікування загрози, коли виникає напруга і паніка, але людина зберігає надію на уникнення небезпеки; 2) момент удару, безпосередній початок руйнівної події, що може викликати як ступор, так і активну поведінку; 3) стан дії, коли емоції пригнічуються, домінує адреналін і організм перебуває у режимі мобілізації; 4) «медовий місяць» – певне стабілізоване відчуття рівноваги, хоча можливі емоційні коливання; 5) усвідомлення втрат різного характеру на особистісному та соціальному рівнях, що супроводжується різними психологічними реакціями; 6) етап відновлення, який містить фізичне й матеріальне відновлення, а також тривале духовне зцілення, пов’язане з переосмисленням і прийняттям нової реальності [29].

Інша модель включає такі послідовні фази: заперечення, коли виникає неспроможність адекватно реагувати на події; агресія і гнів, що функціонують як захисні реакції; пошуки пояснень, спрямовані на осмислення подій і пошук справедливості; переживання горя, яке характеризується гострим емоційним болем; та остаточне прийняття ситуації і початок адаптації до неї [18].

С. Демчук поділяє травматичний досвід під час війни на стадії: шок, що виникає після втрат або травм і супроводжується порушеннями сну, пам’яті й апетиту; заперечення як захисний механізм психіки; повторне переживання травматичних подій у вигляді нав’язливих спогадів; та переосмислення, коли відбувається поступове прийняття та навчання жити в нових умовах [17].

Американський дослідник М. Гейтс зазначає, що посттравматичний синдром (ПТСР) є психічним розладом, який у певний період життя вражає близько 7–8% населення США, при цьому його поширеність значно вища у специфічних групах, таких як військові під час служби та ветерани . О. Люта розглядає ПТСР як відстрочену непсихотичну реакцію на травматичний стрес, що може викликати різноманітні психічні та поведінкові порушення. Для розвитку цього синдрому необхідна наявність стресора, який перевищує звичайний життєвий досвід і викликає дистрес. В. Цихоня визначає ПТСР як тяжкий психічний тривожний розлад, спричинений впливом психотравмуючих обставин [76; 30]. Л. Гуменюк трактує цей синдром як тривожний розлад, що виникає внаслідок події стресового характеру [15]. На думку О. Корольчука, післятравматичний синдром є підсиленням інстинкту самозбереження, яке супроводжується підвищеним рівнем психофізіологічного збудження [26]. Таким чином, ПТСР формується внаслідок психологічно травматичної події.

О. Люта підкреслює, що особливістю ПТСР є його відтерміноване виникнення – симптоми проявляються не під час самої травматичної події, а через два-шість місяців після виходу із стану надмірного стресу. Водночас синдром чинить вплив не лише на психіку, а й на фізичне здоров’я, сімейні стосунки, професійну діяльність і соціальне функціонування [30]. Емпіричне дослідження М. Флагерті, що присвячене військовому конфлікту в Україні, ідентифікувало обов’язковий раптовий переїзд як фактор ризику розвитку ПТСР: 32% переміщених осіб страждають від цього розладу, а 74% мають потребу в психіатричній допомозі [75].

О. Корольчук відзначає, що ПТСР супроводжується психічними розладами та психосоматичними симптомами. Вони підтримуються постійно активним механізмом фільтрації зовнішніх подразників, які співвідносяться з ознаками надзвичайної ситуації. Він виділяє три основні групи симптомів: 1) надмірне збудження, що проявляється у вегетативній нестабільності, розладах сну, тривозі, нав’язливих спогадах і уникненні тригерів;

2) періодичні депресивні стани, які характеризуються заглушенням емоцій, апатією, відчаєм і відчуттям безвиході; 3) істеричні реакції, що можуть включати паралічі, сліпоту, глухоту та нервове тремтіння [26].

Особливі стани, що асоціюються з ПТСР, це так зване «солдатське серце» – комплекс соматичних симптомів (болі в грудях, серцебиття, порушення дихання, підвищена пітливість); синдром вцілілого, який супроводжується хронічним почуттям провини через виживання; флешбек-синдром, що проявляється нав'язливими спогадами про травматичні події; «комбатантна» психопатія – агресивна та імпульсивна поведінка із спалахами насильства і зловживанням психоактивними речовинами; синдром прогресуючої астенії, що характеризується швидким старінням, втратою ваги і психічною слабкістю; а також посттравматичні рентні стани, що включають інвалідизацію з усвідомленою вигодою від пільг і переходом до пасивної життєвої позиції [26].

А. Козлова підкреслює, що війна є вагомим фактором розвитку післятравматичного синдрому у дітей. Вона виділяє такі характерні симптоми у цієї вікової групи: постійне повторне переживання травматичних подій у формі нав'язливих спогадів, які дитина може не обговорювати з дорослими, і одночасне уникання всього, що нагадує їй про травму; емоційне напруження, що проявляється через агресивні реакції або, навпаки, апатію, депресивність та емоційну відстороненість; порушення сну, в тому числі нічні кошмари, які викликають пробудження, іноді сльози у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку; підвищення тривожності та страх повторення травматичних подій; порушення когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага та навчання; постійне відтворення травми через гру (особливо характерне для дітей молодшого віку); а також прояви саморуйнівної поведінки, зокрема самоушкоджень, вживання алкоголю та наркотиків . Отже, можна стверджувати, що післятравматичний синдром у дітей має передусім психологічні та поведінкові наслідки [22].

В. Цихоня наголошує, що симптоматика післятравматичного синдрому може з’являтися як раптово, так і поступово. Нагадаження про травматичні обставини може активуватися як автоматично, так і зусиллями свідомості. Потенційними тригерами виступають різноманітні подразники, наприклад, шум, запахи або образи, пов’язані з місцем події [64].

Колективна травма є складним соціально-психологічним феноменом, який виникає у групах людей, що зазнають масштабних руйнівних подій, таких як війна, геноцид або природні катастрофи. Вона характеризується не лише індивідуальними психологічними стражданнями, а й породжує загальне почуття втрати, страху, безсилля та спільної тривоги, що об’єднує членів певної спільноти чи нації. Війна, як одна з найбільш травматичних подій, сприяє виникненню колективної травми, впливаючи на соціальну структуру, культурні цінності та систему особистісних ідентичностей [13].

Однією з основних рис колективної травми під час війни є розрив у колективній пам’яті, що може призводити до зміни соціальних наративів і спільних історичних уявлень. Такі зрушення часто супроводжуються почуттям невпевненості, дезорієнтації та розколу в суспільстві. Сприйняття травматичних подій змінюється, що впливає на формування нових норм взаємодії та соціальних ролей, а також на духовні та емоційні аспекти життєдіяльності спільноти [23].

Емоційний вплив колективної травми проявляється через масові стани тривоги, страху і розгубленості, які можуть призводити до виникнення колективних форм психопатології, таких як депресії, посттравматичний стресовий розлад, а також соціальна апатія чи агресія. У відповідь на такі виклики, колективні спільноти часто формують специфічні ритуали, традиції і символи, що допомагають відновити відчуття цілісності і стійкості, виступаючи механізмами психоемоційної регуляції.

Військові конфлікти також спричиняють порушення суспільних інституцій, що посилює почуття нестабільності і небезпеки. Колективна травма може призводити до втрати довіри до державних структур, розподілу

суспільства на протилежні групи та посилення поляризації. Це, в свою чергу, створює додаткові перешкоди для побудови довготривалої соціальної стабільності і миру [62].

Особливості прояву колективної травми залежать від багатьох факторів, включаючи історичний контекст, культурні особливості, ступінь підготовленості суспільства до війни, а також наявність або відсутність системи підтримки і соціальних ресурсів. Чим довше тривають конфлікти і чим масштабнішими є руйнування, тим глибше і триваліше можуть зберігатися наслідки колективної травми [62].

Колективна травма має не лише негативні наслідки, а й потенціал для трансформації, стимулюючи формування нових соціальних зв'язків, посилення громадської солідарності і спільної ідентичності. Проте цей процес вимагає цілеспрямованих зусиль з боку соціальних інститутів, психологів і лідерів громадянського суспільства для забезпечення ефективної підтримки і реабілітації постраждалих спільнот.

Під час війни колективна травма часто проявляється в різних соціальних феноменах, таких як масові протести, хвилі еміграції, соціальна дезадаптація та загострення міжетнічних чи міжрелігійних конфліктів. Вона може також призводити до зростання рівня злочинності, послаблення соціальних норм і поширення відчуття безнадійності серед населення.

Отже, колективна травма у воєнний період становить складне багаторівневе явище, яке охоплює індивідуальні, соціальні та культурні виміри. Розуміння її механізмів і наслідків є необхідною передумовою для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги, підтримки та відновлення як окремих осіб, так і суспільств у цілому.

1.3. Особливості впливу війни на населення в історичному контексті

Війна протягом історії була одним із найпотужніших факторів, що впливали на життя населення, формуючи соціальні, економічні та культурні

процеси в суспільствах. Вплив війни на населення має комплексний характер і включає зміни в демографічній ситуації, соціальній структурі, психологічному стані людей, а також у формуванні нових суспільних норм і цінностей. Історичні дослідження свідчать, що війни призводили до масових людських втрат, сприяли міграціям та змінам в складі населення, що в свою чергу впливало на подальший розвиток регіонів і країн.

Однією з найпомітніших особливостей впливу війни на населення є знищення великої кількості людей. При цьому слід враховувати не лише пряму втрату життів унаслідок бойових дій, а й зростання смертності через голод, хвороби, погіршення медичного обслуговування і загальні соціально-економічні умови під час війни. В епоху, коли медицина ще не була розвинена, такі фактори часто перевищували втрати в боях, що свідчить про багатовимірність впливу війни на здоров'я населення [43].

Психологічний вплив війни на населення мав глибокі наслідки. Свідченням цього є зміни в поведінці, травми, а також колективна пам'ять, яка часто формувалася на основі болючих спогадів про конфлікти. Травматичний досвід війни відображався у фольклорі, літературі, мистецтві, а також у формуванні різних соціальних рухів. Вважається, що пережитий стрес і втрати стимулювали зростання солідарності, але водночас могли провокувати соціальні конфлікти всередині суспільств [19].

Історично війна також стала каталізатором серйозних соціальних трансформацій. Наприклад, зміни у ролі жінок в суспільстві, які виникли у зв'язку з їх масовим залученням до трудової діяльності в роки воєнних конфліктів, мали далекосяжні наслідки. Жінки брали участь у промисловості, сільському господарстві, охороні громадського порядку, що сприяло поступовому переосмисленню їхнього соціального статусу, і в багатьох випадках лягло в основу подальших правових реформ [7].

Війна призводила до масових міграцій і зміщень населення, що супроводжувалося виникненням проблем інтеграції, адаптації та соціальної напруги. Біженці, вимушені покинути свої домівки, часто втрачали соціальні

зв’язки і засоби до існування, що впливало на демографічний та економічний потенціал територій. Одночасно, рухи населення могли спричиняти етнічні або конфесійні суперечності, посилюючи внутрішні суспільні кризи.

Економічний вплив війни на населення виявлявся через руйнування виробничих потужностей, знищення інфраструктури, порушення торгівлі і постачання. Це нерідко призводило до зниження рівня життя, бідності, дефіциту продовольства і товарів першої необхідності. Водночас війна стимулювала розвиток нових технологій і методів організації виробництва, що в деяких випадках позитивно позначалося на економічному відновленні постконфліктних суспільств [7; 19].

Соціальна стратифікація під час війни зазнавала значних зрушень. Зміни влади, реорганізація ресурсів і мобілізація населення під час конфліктів сприяли появі нових еліт та послабленню традиційних соціальних структур. Війна часто відкривала можливості для соціального прориву окремих верств населення, які раніше були соціально маргіналізованими, що мало довготривалі наслідки для формування соціальних гармоній або напружень.

Культурні наслідки війни виявлялися у зміні системи цінностей і ідеологій. Війна часто ставала ґрунтом для виникнення національної самосвідомості, патріотизму, а також радикальних політичних ідей. Образ ворога формувався і трансформувався під впливом воєнної пропаганди, що впливало на міжетнічні та міждержавні відносини навіть довго після завершення конфлікту [19].

Значна частина населення під час війни зазнавала також фізичних та моральних страждань, які залишали довготривалі наслідки. Поранення, інвалідність, втрата близьких створювали серйозні перепони для повернення до нормального життя. Ще більш складним стало питання реабілітації ветеранів, а також забезпечення соціальної підтримки сім’ям загиблих.

Війна стимулювала розвиток міжнародного гуманітарного права та установ, покликаних захищати населення під час конфліктів. Історія знає багато прикладів масових порушень прав людини в умовах війни, що

викликало потребу у встановленні норм і механізмів контролю за дотриманням цих прав. Таким чином, війна стала фактором не лише руйнування, а й поступового утвердження принципів гуманізму на глобальному рівні [8].

Особливу роль відігравали технологічні й тактичні зміни у веденні війн, які впливали на масштаби і характер наслідків для населення. З появою новітніх видів зброї, хімічних, біологічних засобів ураження та масового бомбардування цивільних територій руйнування і смертність зросли в рази, що змінювало уявлення про війну як виключно військову кампанію.

Війна суттєво впливала на демографічні показники, зокрема рівень народжуваності і смертності. У багатьох історичних періодах після тривалих конфліктів спостерігалося тимчасове зниження народжуваності, пов’язане з відсутністю чоловіків, психологічним перенапруженням та економічними труднощами. Утім, у деяких випадках після завершення війни наставав бебі-бум, що свідчило про прагнення населення відновити втрачений потенціал [8].

Війни також впливали на структуру сім’ї і ролі в ній. Часто під час конфліктів зміщувалися традиційні ролі чоловіків і жінок, а сімейні зв’язки зазнавали випробувань через тривалу розлуку, втрати та психологічні травми. Це призводило до трансформації родинних моделей і нових форм соціальної організації.

Релігійні уявлення і практики в умовах війни зазнавали змін. Війна могла посилювати релігійний фанатизм, а іноді навпаки сприяти пошуку нових форм духовності, які б допомагали людям долати страждання. Релігія ставала одним із чинників консолідації або поділу суспільств у періоди воєнних лих.

Отже, вплив війни на населення слід розглядати як багатогранний процес, що охоплює фізичну, соціальну, психологічну та культурну сфери життя. З історичної перспективи ці зміни мають комплексний характер і визначають подальший поступ або занепад суспільств, формуючи умови для нових циклів розвитку і трансформацій.

Висновки до першого розділу

Поняття «емоційний стан» та «ментальне здоров'я» займають центральне місце у психологічній науці, оскільки вони відображають ключові аспекти внутрішнього функціонування особистості. Емоційний стан виступає як динамічний процес, що характеризує психічний фон людини на основі взаємодії біологічних, когнітивних і соціокультурних факторів. Ментальне здоров'я, у свою чергу, розглядається як цілісний і багатовимірний феномен, що включає не лише відсутність психічних розладів, а й позитивний стан психологічного благополуччя, здатність адаптуватись до стресових умов, ефективно функціонувати в суспільстві та реалізовувати свій потенціал.

Різні психологічні школи пропонують власні підходи до визначення цих категорій. Одні наголошують на когнітивно-поведінкових процесах, інші концентруються на біологічних основах, а ще інші приділяють увагу соціокультурному контексту. Застосування комплексного підходу до вивчення емоційних станів і ментального здоров'я є необхідним для ефективної діагностики та розробки психокорекційних заходів.

Психічні стани класифікують за функціональними ознаками на емоційні, вольові та пізнавальні, кожна з яких має свої особливості. Емоційні стани, зокрема настрій, афект і тривога, відображають емоційне забарвлення досвіду людини і формують основний фон психічної активності. Вольові стани пов'язані з регуляцією поведінки та прийняттям рішень, а пізнавальні – з процесами мислення й уваги. Часові характеристики психічних станів варіюють від короткочасних реакцій до тривалих, хронічних форм, що безпосередньо впливає на адаптаційні можливості особистості.

У формуванні емоційних станів важливу роль відіграють нейрофізіологічні механізми, що включають активацію центральних відділів мозку. «Периферична» теорія Джеймса та Ланга наголошує на впливі тілесних реакцій на переживання емоцій, тоді як сучасні дослідження Кеннона і Барда

свідчать про одночасне виникнення фізіологічних і психічних компонентів емоції, демонструючи їхню взаємозалежність.

Ментальне здоров'я розглядається як інтегральна характеристика психічного благополуччя, яке передбачає баланс когнітивних, емоційних, мотиваційних і поведінкових процесів. Відповідно до біопсихосоціальної моделі, стан психологічного здоров'я формується під впливом генетичних, фізіологічних, психологічних та соціальних факторів. Особливу увагу приділяють стресорезистентності – здатності особистості ефективно протистояти стресам і відновлюватись після психотравматичних подій.

Війна є надзвичайно потужним стресогенним фактором, що викликає широкий спектр тривожних, депресивних і посттравматичних реакцій. Тривалий хронічний стрес, пов'язаний із військовим конфліктом, погіршує психоемоційний стан, що часто призводить до розвитку психологічної травми та ПТСР. Стресові реакції включають емоції страху, гніву, тривоги, що впливають на поведінкову регуляцію і загальний психічний стан людини.

Психологічна травма, за різними авторами, розглядається як глибока афективна реакція, що має інтрпсихічний характер і проявляється у порушеннях адаптації та функціонуванні особистості. Вона проходить стадії шоку, стабілізації, відновлення та інтеграції, що особливо актуально у випадках переживання травм на війні. В дослідженнях виокремлюють також колективну травму — соціально-психологічний феномен, який відображає не лише індивідуальний, а й масовий емоційний дискомфорт і соціальну дезорганізацію.

ПТСР є поширеним розладом серед осіб, які пережили військові конфлікти, з типовою симптоматикою надмірного збудження, депресивних станів, уникаючих та істеричних реакцій. Особливості ПТСР враховують як фізіологічний, так і психоемоційний вплив на постраждалих, що підкреслює необхідність комплексної діагностики і терапії. Ризик розвитку ПТСР є значним серед біженців, військових, а також дітей, які демонструють особливі

клінічні симптоми, включно з повторним переживанням травм, порушеннями сну і когнітивними розладами.

Колективна травма проявляється через соціальні феномени, такі як втрата довіри, підвищення соціальної напруги, посилення поляризації і зміна соціокультурних норм. Вона формує довготривалі наслідки для суспільства, впливає на колективну пам'ять, соціальну ідентичність, а іноді і на політичні процеси. Водночас усвідомлення та подолання колективної травми може сприяти посиленню громадської солідарності і стимулювати соціальну трансформацію.

Історичний контекст війни демонструє її багатовимірний вплив на населення, що стосується не лише демографічних втрат, але й трансформації соціальної структури, економіки, культурних норм і гендерних ролей. Війна стимулювала зміни в ролі жінок, породжувала міграційні хвилі та посилювала соціальні конфлікти, що мало складні і тривалі наслідки для суспільств.

Під час конфліктів спостерігаються не лише руйнування і смертність, а й процеси соціального переосмислення і формування нових норм та ідентичностей. Війна може прискорювати технічний і соціальний розвиток, але одночасно приносить значні втрати і порушення систем життєзабезпечення.

Особливу увагу слід приділяти питанням відновлення та реабілітації, які включають медичну, психосоціальну і культурну підтримку, що сприяє поступовому зниженню травматичних наслідків і відновленню життєвої активності населення. Роль міжнародного гуманітарного права та соціальних інститутів у цьому процесі є надзвичайно важливою.

Отже, розуміння емоційних станів і ментального здоров'я у контексті війни є критично важливим для розробки ефективних науково-обґрунтованих підходів до психологічної допомоги постраждалим верствам населення та побудови системи профілактики і реабілітації на національному рівні. Ці знання мають базуватися на міждисциплінарних дослідженнях, що

враховують індивідуальні, соціальні та історичні особливості впливу війни на психіку.

РОЗДІЛ 2.
ПСИХІЧНІ СТАНИ, ВИКЛИКАНІ ВІЙНОЮ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА

2.1. Емоційні та психологічні порушення викликані війною

Емоційні та психологічні порушення, такі як тривожність, страх, злість, безнадійність та хронічний стрес, є типовими психічними станами, що виникають у військових та цивільних під час війни. Ці стани мають складну природу і суттєво впливають на психічне здоров'я та функціонування особистості.

Тривожність у воєнний час проявляється як стан підвищеного психоемоційного напруження, що характеризується постійним неспокоєм, страхом перед невизначеністю майбутнього, порушеннями концентрації та сну. Вона виникає через реальну або потенційну загрозу життю та безпеці (). Тривожні стани ускладнюють адаптацію, сприяють порушенню когнітивних функцій та соціальної взаємодії.

Страх є інстинктивною реакцією на безпосередню небезпеку, пов'язаною з війною, наприклад, бойовими діями, втратами або загрозою життю. Якщо цей стан загострюється або залишається хронічним, він перетворюється у патологічний страх, який може провокувати панічні атаки, посттравматичні стресові розлади або фобії [48; 28]. Відмінною рисою страху є його прив’язка до конкретної загрози, тоді як тривожність має більш розпливчастий характер.

Злість виникає як емоційна реакція на несправедливість, втрати, безпорадність та травмуючі обставини війни. Вона посилює внутрішнє напруження і може проявлятися у вигляді агресивної поведінки, дратівливості та конфліктності. Неадекватне опрацювання злісних почуттів призводить до емоційного вигорання та погіршення психічного стану [37; 48].

Відчуття безнадійності є переживанням втрати сенсу, перспектив і можливостей для змін. Це характерно для тих, хто зазнав травматичних втрат,

руйнування життєвих планів, а також відчуває соціальну ізоляцію. Безнадійність пов’язана зі зростанням ризику депресивних станів, суїцидальної поведінки та апатії [39; 48].

Хронічний стрес формується під тривалою дією психотравмуючих факторів війни – небезпеки, втрат, невизначеності. Він є причиною фізичного виснаження, порушень сну, зниження імунітету і значного погіршення психоемоційного стану [57]. Хронічний стрес суттєво знижує здатність особистості до саморегуляції та адаптації.

Взаємодія перелічених психічних станів створює дестабілізуючу атмосферу для психічного здоров’я, сприяє утворенню складних психопатологічних синдромів, таких як посттравматичний стресовий розлад, тривожно-депресивні стани, емоційне вигорання [12]. Психотравма війни має багатогранний вплив на особистість, змінюючи її ціннісні орієнтири, поведінкові стратегії та якість життя.

Наслідки цих емоційних порушень виявляються у зниженні працездатності, соціальної активності, збільшенні конфліктності та складнощах у повсякденному функціонуванні. Водночас важливим є те, що певна емоційна реакція є природною адаптивною відповіддю на стресові умови війни і може служити каталізатором для мобілізації внутрішніх ресурсів особистості [45].

Розуміння природи, характеру та взаємозв’язків між тривожністю, страхом, злюттю, безнадійністю та хронічним стресом відкриває можливості для розробки ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на підтримку психічного здоров’я в умовах воєнних дій [28]. Зокрема, це стосується застосування методик емоційної саморегуляції, психотерапевтичної допомоги та соціальної підтримки.

Таким чином, психічні стани, викликані війною, є складним комплексом емоційних та психологічних порушень, які потребують системного дослідження і комплексного підходу для їх подолання, що бо важливо для стабілізації психічного здоров’я населення у кризових умовах.

Емоційні і психологічні порушення у контексті війни є одними з найбільш поширених психічних станів, що супроводжують тривожність, страх, злість, безнадійність та хронічний стрес. Ці стани не лише відображають безпосередні реакції особистості на травматичні події, а й формують тривалі патерни психічного функціонування, що вимагають особливої уваги з боку психологів і психотерапевтів. Війна створює надзвичайно складні умови, які порушують звичні механізми регуляції емоційної рівноваги, що призводить до посилення негативних переживань і психоемоційного дисбалансу

Тривожність виступає як одна з основних реакцій в умовах невизначеності і постійної загрози. Вона характеризується підвищеним рівнем неспокою, нервозності, тяжкістю концентрації уваги та порушенням сну. Причина тривожності полягає у переживанні майбутніх негативних сценаріїв, які є типовими для воєнних обставин. Тривожні розлади виникають, коли ця станова реакція стає надмірною і хронічною, утруднюючи адаптацію до поточних умов та вимагаючи медичної чи психологічної допомоги [57]

Страх за своєю природою виступає як реакція на безпосередню загрозу життю. У період війни він посилюється через безперервне відчуття небезпеки, що викликає активізацію захисних реакцій організму. Коли страх стає постійним і неконтрольованим, він трансформується у патологічні стани, серед яких – панічні атаки та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Здатність адекватно управляти цим емоційним станом є ключовою для збереження психічного здоров’я [12].

Злість є комплексною емоцією, що виникає як реакція на нерівність, втрату, несправедливість та порушення базових потреб. В умовах війни вона може бути як адаптивною, мобілізуючою, так і деструктивною, погіршуючи міжособистісні стосунки і посилюючи конфліктність. Накопичена злість без відповідного опрацювання призводить до емоційного вигоряння та внутрішнього дискомфорту [54].

Безнадійність формується під впливом кризових життєвих ситуацій, що супроводжуються втратою близьких, соціальною ізоляцією і руйнуванням життєвих планів. Вона характеризується станом втрачених перспектив, депресивними мислими та зниженням мотивації до активних дій. Цей стан підвищує ризик розвитку суїцидальної поведінки і вимагає специфічних втручань.

Хронічний стрес – це стан, який викликаний тривалим і безперервним впливом стресорів, характерних для воєнного часу. Він проявляється у вигляді фізичного виснаження, порушення сну, зниження імунної відповіді, а також емоційної нестабільності. Хронічний стрес суттєво знижує адаптивні ресурси особистості і погіршує якість життя [39; 48].

Війна має тенденцію формувати стійкі психоемоційні порушення, що проходять у вигляді циклів і взаємодіють між собою. Так, тривожність посилює страх, злість може переходити у безнадійність, а хронічний стрес підтримує весь цей комплекс патологічних станів. Розуміння цих взаємозв’язків необхідне для побудови ефективних систем підтримки та реабілітації постраждалих.

Системна робота з емоційними порушеннями вимагає комплексного підходу, що включає психотерапевтичне консультування, медикаментозне лікування, соціальну підтримку та розвиток навичок емоційної саморегуляції. Особливо важливо мобілізувати внутрішні ресурси особистості та створювати умови для соціальної інтеграції.

Психологічні порушення, що викликані війною, мають глибокий вплив на особистість, змінюють систему цінностей, порушують соціальні зв’язки і ведуть до змін у поведінкових патернах. Зважаючи на це, подолання наслідків війни для психіки є однією з ключових задач сучасної психології та психіатрії [37; 48].

Таким чином, емоційні та психологічні порушення під час війни – це не лише симптоми стресу і травми, а й комплексні зміни психічних процесів, що вимагають адекватної науково обґрунтованої реакції суспільства і фахівців.

Саме цим зумовлена актуальність подальших досліджень і розробок у сфері психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту.

2.2. Психічні розлади: депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічні атаки, психологічне вигорання.

Психічні розлади, спричинені війною, набувають різноманітних клінічних форм, серед яких слід виокремити депресію, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічні атаки і психологічне вигорання. Ці стані мають глибокий вплив на психічний стан особистості, змінюють поведінку та суттєво погіршують якість життя постраждалих, обмежуючи їх соціальні функції.

Депресія є однією з найпоширеніших реакцій на воєнні дії як у військовослужбовців, так і у цивільного населення. Вона характеризується тривалим пригніченням настрою, втратою інтересу до повсякденних справ, емоційним та фізичним виснаженням, а також сприйняттям світу крізь призму безнадійності. Постійний стрес, загроза життю і втрата близьких створюють сприятливий фон для формування депресивних розладів [65].

Ключові симптоми депресії включають глибокий сум, апатію, порушення сну (як безсоння, так і надмірну сонливість), зміни апетиту, зниження концентрації уваги, а також думки про смерть чи самогубство. Ці симптоми часто ускладнюють адаптацію людини до повсякденного життя та знижують її здатність до соціальної взаємодії.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає у відповідь на інтенсивний травматичний досвід, який пов'язаний із загрозою життю або серйозними втратами. Основними проявами ПТСР є нав'язливі спогади травматичних подій, флешбеки, повторні кошмари, а також уникання будь-яких ситуацій або об'єктів, що асоціюються з травмою. Людина відчуває підвищений рівень тривожності, гіпервозбудження та постійну настороженість [66; 8].

Важливо відзначити, що ПТСР може розвиватися із затримкою, коли симптоми з’являються лише через кілька тижнів або місяців після травматичної події. Без адекватного лікування ПТСР часто переходить у хронічну форму, що призводить до значного погіршення психічного та фізичного здоров’я.

Панічні атаки, які є гострими приступами інтенсивної тривоги, супроводжуються переважно фізіологічними симптомами: прискореним серцебиттям, задишкою, запамороченням, відчуттям нестачі повітря. Вони можуть виникати раптово і без видимого провокуючого фактора. Часто панічні атаки трансформуються у хронічний панічний розлад, що значно ускладнює адаптацію до стресових умов.

Психологічне вигорання є наслідком тривалого емоційного навантаження і характеризується емоційним виснаженням, втраченою мотивацією, цинізмом і деперсоналізацією – станом відчуження від оточуючих. Цей синдром часто зустрічається серед військових, гуманітарних працівників і цивільних, які перебувають під постійним тиском війни [7].

У контексті війни психічні розлади зазвичай мають мультисимптомний характер, коли одночасно присутні тривога, страх, депресія, когнітивні та соматичні порушення. Це ускладнює клінічну діагностику, вимагаючи застосування комплексного підходу в лікуванні.

Клінічна картина депресії, спровокованої війною, має свої особливості. Знижений настрій супроводжується стійкими негативними мислями про майбутнє, втратою життєвих сил, порушенням режимів сну та харчування, почуттям провини або безнадії. Часто пацієнти уникають спілкування, ізолюючись від соціального оточення, що поглиблює їхню дезадаптацію.

Лікування депресії включає когнітивно-біхевіоральну терапію, групові та сімейні методи психотерапії. Медикаментозна терапія зазвичай передбачає призначення селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та при необхідності – анксиолітиків для зниження тривожності.

Своєчасна діагностика і комплексне лікування депресії, ПТСР, панічних атак і вигорання дозволяють не лише покращити якість життя постраждалих, а й знизити ризик переходу у хронічну патологію. Значну роль відіграють також профілактичні заходи та системи психосоціальної підтримки.

Висока тривожність та невизначеність, характерні для умов війни, часто призводять до формування генералізованого тривожного розладу. Такий стан є чинником, що підвищує ризик виникнення панічних атак і стійких тривожних розладів, особливо серед молодих людей і тих, хто має попередній психічний анамнез.

Панічні атаки, у свою чергу, підсилюють розвиток депресії і ПТСР, створюючи порочне коло, у якому страх повторної травматизації підтримує тривогу та психологічний дистрес.

Психологічне вигорання, що характерне для військових і гуманітарних працівників, розвивається через хронічне емоційне навантаження без достатньої підтримки, що порушує здатність до ефективної саморегуляції й соціальної взаємодії, знижуючи працездатність і рівень соціальної інтеграції.

Війна впливає не тільки на дорослих, а й на дітей, у яких можуть спостерігатися порушення поведінки, розвиток тривожних і депресивних розладів. Дітям потрібна особлива психотерапевтична допомога, що враховує їхній віковий та психологічний розвиток [8].

Стресові стани, пов’язані з війною, зазвичай характеризуються коморбідністю, коли в однієї особи одночасно діагностується декілька психічних порушень. Це значно ускладнює лікування та погіршує прогноз.

Оптимальна допомога вимагає мультидисциплінарного підходу, що включає координацію дій психіатрів, психологів, соціальних працівників і сімейної підтримки. Такий підхід сприяє не тільки полегшенню психічного стану, а й соціальній реінтеграції постраждалих.

Негативні наслідки війни для психічного здоров’я мають тривалий характер: підвищений ризик суїцидів, порушення соціальних зв’язків і

зниження загальної якості життя. Саме тому профілактика й раннє лікування мають ключове значення для збереження психічного здоров’я населення.

У суспільстві важливо формувати культуру розуміння та толерантності до осіб із психічними розладами, спричиненими війною. Це є складовою частиною комплексної системи підтримки, що допомагає ветеранам і цивільним відновлюватися і адаптуватися у мирному житті.

2.3. Когнітивні та поведінкові зміни: порушення концентрації, пам’яті, агресивність, соціальна апатія, самоізоляція.

Війна як масштабне травматичне явище чинить значний вплив на психічне здоров'я населення, що проявляється в різноманітних когнітивних і поведінкових змінах. Особливо гостро це відчувають українці, які переживають безперервний стрес та нестабільність через військові дії, втрату близьких, домівок і почуття безпеки. За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, понад чверть населення України зазнає психічних розладів, що виникли внаслідок війни, серед яких домінують депресія, тривожні розлади та посттравматичний стресовий синдром (ПТСР) [67]. Когнітивні зміни при тривалому стресі воєнного часу характеризуються порушеннями концентрації уваги, пам’яті, а також зниженою здатністю до прийняття рішення. Такі порушення негативно впливають на щоденну діяльність та здатність адаптуватися до нових умов. Зокрема, серед постраждалих все частіше фіксуються труднощі з утриманням уваги, феномени «розпорошення» або «затуманеності» свідомості, що є проявом функціональних порушень кори головного мозку, викликаних хронічним стресом [67].

Поведінкові зміни можуть проявлятись у вигляді підвищеної агресивності, соціальної апатії, а також самоізоляції. Агресія часто виступає як захисна реакція на відчуття небезпеки або безсилля, а соціальна апатія – як наслідок перевантаженості емоційним стресом та виснаження ресурсів. Самоізоляція, у свою чергу, створює додаткові бар’єри для отримання

соціальної підтримки, що погіршує психологічний стан постраждалих [Як війна].

Важливо наголосити, що ці когнітивні й поведінкові розлади мають тенденцію до кумулятивного наростання, посилюють один одного, формуючи замкнене коло, що загрожує хронізацією психічних проблем і розвитку важких психічних розладів, у тому числі ПТСР. Так, дослідження серед внутрішньо переміщених осіб та військових підтверджують високу поширеність стійких психологічних симптомів, що вимагають комплексного лікування та реабілітації[10].

Значна частина українського населення, яке переживає вплив війни, стикається з феноменом когнітивного перевантаження – надмірною кількістю стресових стимулів, що ускладнює опрацювання інформації та зберігання пам'яті. Зниження когнітивних функцій веде до проблем у навчанні, трудовій діяльності та комунікації, що позначається на якості життя і психічному здоров’ї [67].

Порушення концентрації та уваги спостерігаються не тільки у дорослих, а й у дітей та підлітків, що перебувають у районах бойових дій або вимушено переселених. Це призводить до порушень навчальних процесів, емоційної нестабільності та загострення поведінкових проблем [8].

Психологічна агресивність може виявлятися як на рівні міжособистісних конфліктів, так і в формі внутрішньої агресії, що підвищує ризик суїцидальних дій, злочинності та інших соціально несприятливих наслідків. Своєчасне виявлення цих симптомів і підтримка мають критичне значення для профілактики важких наслідків [66].

Соціальна апатія та самоізоляція частково формуються під дією постійної тривоги, страху та відчуття безсилля. Вони ускладнюють процес соціалізації, знижують рівень соціальної підтримки та призводять до пригніченого настрою, що у свою чергу збільшує ризик депресії.

Одним із факторів, що суттєво впливають на психічне здоров’я постраждалих осіб, є порушення сну, які супроводжують як когнітивні, так і

емоційні зміни. Хронічне безсоння веде до підвищення втомлюваності, погіршення пам’яті та концентрації, а також до посилення тривожних і депресивних симптомів [32].

Економічна нестабільність, втрати житла та робочих місць є важливими детермінантами психічного здоров’я під час війни. Відсутність матеріальної безпеки послаблює психологічну стійкість, сприяє появі почуття безнадійності, що поглиблює когнітивні і поведінкові порушення [46].

Форми психічної адаптації до воєнних умов різняться. Деякі особи демонструють високу стійкість і здатність до самоорганізації, що сприяє збереженню когнітивної функціональності. Проте інші опиняються у групі ризику, де домінують симптоми психічних розладів, в тому числі негативні поведінкові зміни [6].

До основних когнітивних симптомів у цій категорії належать порушення уваги, поверхневе мислення, утруднене формування та відтворення спогадів, а також підвищена стомлюваність мозку. Це обмежує можливість ефективного навчання, роботи і соціальної взаємодії в цілому [11].

Поведінкові зміни також включають звуження кола спілкування, зниження активності у громадському житті, уникнення контактів, що призводить до побутової ізоляції. Це, у свою чергу, блокує можливість отримання необхідної соціальної підтримки для подолання стресу [67].

Виявляються випадки підвищеної агресивності не лише у чоловіків, а й серед жінок та підлітків, що говорить про широкий спектр впливу війни на психоемоційний стан різних соціальних групп [66].

Серед внутрішньо переміщених осіб відзначається висока поширеність симптомів ПТСР, що включають нав'язливі спогади, тривожність, почуття відчуженості, які формують психічні бар'єри для соціальної реінтеграції [10].

Потрібним є поширення інформації про можливості психологічної допомоги та реабілітації, бо більшість постраждалих ігнорують свій стан або не мають доступу до фахівців через страх чи відсутність ресурсів. Згідно з

даними USAID, лише 10% тих, хто потребує допомоги, звертаються до лікарів [Як війна].

Для зниження негативного впливу війни на психічне здоров'я необхідне впровадження комплексних програм підтримки, що включають не тільки медикаментозне лікування, але й психотерапію, соціальну реабілітацію, зокрема для дітей і підлітків, які пережили військові дії [9].

Перспективним напрямком є також зниження соціальної ізоляції постраждалих шляхом залучення їх до соціального життя через громадські ініціативи і волонтерські рухи, що підвищує відчуття соціальної спільності та емоційної підтримки [67].

Отже, війна спричиняє складні когнітивні і поведінкові зміни, що потребують системного вивчення, моніторингу і втручання на державному та громадському рівнях для мінімізації наслідків на психічне здоров'я українців.

2.4. Психологічна підтримка та терапевтичні заходи: перша допомога, психотерапія, державні та громадські ініціативи.

Вплив війни на психічне здоров'я українців є однією з найактуальніших проблем сьогодення, що потребує ґрунтовного наукового осмислення та ефективної практичної відповіді. Військові дії спричиняють серйозні психоемоційні травми, які призводять до підвищення рівня тривожності, депресії, посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та інших психічних розладів серед населення. За даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), близько 60% українців потребують психотерапевтичної підтримки, пов'язаної з війною, а її наслідки можуть зберігатися протягом 7-10 років після завершення активних бойових дій[Міністерство].

Психологічна підтримка в умовах війни має багатокомпонентний характер і містить у собі надання першої психологічної допомоги (ППД), комплексну психотерапію, а також розробку державних і

громадських ініціатив для системної допомоги постраждалим. Перша психологічна допомога, що є невід'ємною складовою кризового втручання, спрямована на стабілізацію емоційного стану постраждалих і попередження розвитку хронічних психічних розладів.

Першу допомогу можуть надавати не лише спеціалісти-психологи, а й фахівці медичної сфери, волонтери та навчений у цій сфері персонал, що робить цей вид допомоги доступним для широких верств населення. Процес першої психологічної допомоги полягає у підтримці, слуханні, заспокоєнні і спрямуванні особи до подальшої кваліфікованої допомоги за необхідності[49; 52].

Психотерапевтичні заходи під час війни включають когнітивно-поведінкову терапію, сімейну терапію, групову терапію, а також фармакологічне лікування при тяжких психічних розладах. Важливим принципом терапії є комплексний підхід із фокусованим впливом на специфічні симптоми травматизації, виділення пріоритетних мішеней лікування та етапність -активна, стабілізувальна і підтримувальна фази лікування[9].

Однією з особливостей війни є значне підвищення рівня психологічної травматизації ветеранів, поранених, пережили полон і тортури, а також цивільного населення. Для підтримки цих категорій діють спеціалізовані державні й громадські центри, такі як Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», рухи на кшталт Veteran Hub, а також кризові гарячі лінії, які пропонують цілодобову психологічну та юридичну підтримку[34].

Громадські організації відіграють ключову роль у наданні допомоги, зокрема у психологічній реабілітації населення, яке пережило сексуальне насильство і наслідки бойових дій. Вони організовують групи підтримки, тренінги з розвитку навичок психологічної самодопомоги та сприяють підвищенню психічної стійкості через різні освітні проєкти[21].

Для масового населення важливим є створення умов для психологічної самодопомоги. Психологи рекомендують впровадження у щоденну рутину певних ритуалів, таких як ведення щоденників, регулярні прогулянки, читання, спілкування в безпечному середовищі, що значно знижує рівень стресу та покращує емоційний стан[51].

Державна політика у сфері психічного здоров'я в умовах війни включає розробку та впровадження програм підтримки населення, створення доступних сервісів психологічної допомоги на базі медичних закладів, мобільних застосунків і гарячих ліній. З 2025 року українці можуть безоплатно звертатись за психологічною підтримкою через сімейних лікарів, терапевтів, а також через спеціалізовані онлайн-сервіси[35]

Системна робота щодо психологічної допомоги у воєнний час потребує поетапної стратегії — від невідкладної підтримки до довготривалої реабілітації. Акцент в терапевтичних підходах робиться на поверненні відчуття безпеки, стабілізації емоційного фону, активізації соціальних контактів і відновленні повсякденної активності[51].

Крім того, важливим напрямом є профілактика психічних розладів через інформаційно-просвітницьку діяльність, яка допомагає населенню розпізнавати ознаки дистресу, правильно реагувати на стресові ситуації та звертатися за допомогою вчасно[16].

Окрему увагу слід приділити підтримці дітей та підлітків, які є однією з найбільш уразливих груп у контексті війни. Військові дії суттєво впливають на їх психологічний розвиток, адаптацію у навчальному середовищі та соціалізацію, що вимагає спеціальних програм дитячої психотерапії і кризової інтервенції.

Методами підтримки дітей є арт-терапія, ігрова терапія, робота з сім'єю та шкільними психологами. Такі втручання допомагають дітям виразити свої емоції, опанувати стрес і підтримують формування психологічної стійкості.

Психологічна підтримка військовослужбовців повинна бути системною і враховувати складність психологічних травм, пов'язаних із бойовими діями

та військовим стресом. Для цього створюються спеціалізовані програми та центри реабілітації, які включають психотерапію, медикаментозне лікування та соціальну адаптацію ветеранів[21].

Успішність терапевтичних заходів багато в чому залежить від кваліфікації фахівців, що надають допомогу. В Україні тривають програми навчання та підвищення кваліфікації психологів, психотерапевтів і соціальних працівників для роботи в кризових умовах[51].

Соціальні ініціативи та волонтерські рухи допомагають зменшити наслідки війни на психіку українців, особливо у віддалених регіонах і серед вразливих груп населення, де доступ до професійної допомоги обмежений[34].

Психологічна допомога включає не лише роботу з пацієнтом, але й активну участь у формуванні спільнот підтримки, що зміцнює соціальний капітал та допомагає подолати ізоляцію і відчуття покинутості, що часто супроводжують воєнні події[49].

У сучасних умовах широкого використання цифрових технологій особливе значення набувають онлайн-платформи, мобільні додатки та гарячі лінії, які забезпечують швидкий і конфіденційний доступ до психологічної допомоги, що критично у кризові моменти[21].

Для збереження психічного здоров’я у війни важливо також враховувати індивідуальні стратегії подолання стресу, включаючи розвиток гнучкості, оптимізму, компетентностей з емоційної регуляції, що можуть підтримуватись як професійною допомогою, так і громадськими ініціативами[2].

Загалом, вплив війни на психічне здоров’я українців вимагає системного підходу, що включає багаторівневу психологічну підтримку, поєднання першої допомоги, психотерапевтичного лікування, державної підтримки та активного залучення громадських організацій. Такий підхід є запорукою ефективної реабілітації та стабілізації психічного здоров’я населення у складних воєнних умовах.

Висновки до другого розділу

Емоційні та психологічні порушення, викликані війною, є складним комплексом психічних станів, що включають тривожність, страх, злість, безнадійність і хронічний стрес. Ці стани суттєво впливають на психічне здоров'я особистості, порушуючи її функціонування та адаптацію до змінних умов воєнного середовища. Тривожність виникає як реакція на невизначеність і загрозу, проявляючись у постійному неспокої, проблемах із сном і концентрацією уваги, що ускладнює повсякденну діяльність. Страх у військових і цивільних часто пов'язаний із конкретними загрозами, проте, при хронічності, він трансформується в патологічні стани, що потребують кваліфікованої допомоги.

Злість є реакцією на травматичні обставини, негативні зміни та втрати, вона посилює внутрішнє напруження і може спричиняти конфлікти та агресивну поведінку. Накопичення негативних емоцій здатне призвести до вигорання, що ще більше погіршує психічний стан. Безнадійність, що формується внаслідок втрати перспектив та життєвих ресурсів, є фактором розвитку депресивних розладів і суїцидальної поведінки, негативно впливаючи на мотивацію й соціалізацію.

Хронічний стрес, як наслідок тривалого впливу стресорів війни, призводить до фізичного й психологічного виснаження, порушень сну, імунної недостатності, що значно знижує здатність особистості до саморегуляції. Взаємодія цих станів створює психопатологічні синдроми, серед яких найбільш розповсюдженими є посттравматичний стресовий розлад, тривожно-депресивні стани та емоційне вигорання, які мають багатоаспектний деструктивний вплив.

Психічні розлади, спричинені війною, зазвичай мають коморбідний характер, що ускладнює їх клінічне виявлення та лікування. Депресія характеризується тривалим пригніченням настрою, втратою інтересу до повсякденного життя, соматичними симптомами і суїцидальними думками.

Особливості депресії в умовах війни створюють значну перешкоду для соціального функціонування постраждалих і вимагають своєчасної медикаментозної і психотерапевтичної підтримки.

ПТСР є надзвичайно поширеним розладом серед військових і цивільних, що пережили травматичний досвід. Його симптоми включають нав'язливі спогади, флешбеки, уникання тригерів, гіпервозбудливість, що суттєво порушує якість життя і соціальну адаптацію. Важливо відзначити затримане проявлення симптоматики, що вимагає тривалого моніторингу і комплексного підходу до лікування.

Панічні атаки виступають окремими гострими станами інтенсивної тривоги з яскравими фізичними симптомами, які можуть призводити до розвитку панічного розладу, що суттєво ускладнює адаптацію до воєнних стресів. Психологічне вигорання, поширене серед військових, гуманітарних працівників і цивільних, характеризується емоційним виснаженням, цинізмом і деперсоналізацією, що підсилює соціальну дезадаптацію та зниження працездатності.

Когнітивні порушення війни проявляються у вигляді зниження концентрації уваги, пам'яті, порушення прийняття рішень, що є наслідком хронічного стресу та психотравматизації. Постійнодіючі стресори призводять до «затуманеності свідомості», розпорошення уваги, що негативно впливає на навчання, роботу, соціальну взаємодію та якість життя загалом.

Поведінкові зміни включають підвищену агресивність, соціальну апатію і самоізоляцію, які формують додаткові бар'єри в отриманні психологічної підтримки і посилюють відчуття безсилля. Ці зміни кумулюють, посилюючи ризик хронізації психічних розладів, що підтверджують дослідження серед внутрішньо переміщених осіб і військових.

Порушення сну є ще одним важливим фактором, що ускладнює клінічну картину, підсилюючи втому, пам'ять і концентрацію, а також прояви тривожності й депресії. Втрата матеріальної безпеки через економічну

нестабільність додатково послаблює психоемоційний стан, сприяючи формуванню безнадійності.

Різна стійкість до психотравми спостерігається у групах населення: деякі демонструють адекватну адаптацію, інші – перебувають у зоні високого ризику психічних розладів. Визначення таких груп потребує точного психодіагностичного моніторингу та цільових інтервенцій.

Ефективна психологічна допомога у воєнних умовах потребує мультидисциплінарного підходу, що поєднує психотерапію, медикаментозне лікування, соціальні програми, сімейну підтримку і громадські ініціативи. Особливу увагу слід приділяти дітям і підліткам, які найбільш вразливі до психотравматичних впливів війни.

Перша психологічна допомога, доступна широкому колу фахівців і волонтерів, спрямована на стабілізацію гострих психоемоційних реакцій та попередження хронізації патологій. Важливою є поетапна стратегію надання психологічної підтримки – від кризової допомоги до тривалої реабілітації.

Державні і громадські ініціативи відіграють ключову роль у наданні допомоги, організації груп підтримки, психоедукації та підвищенні загальної психічної стійкості населення. Широке впровадження онлайн-сервісів і гарячих ліній забезпечує конфіденційний та оперативний доступ до психологічної підтримки, особливо в умовах обмеженого фізичного доступу.

Загалом, вплив війни на психічне здоров’я населення є глобальною проблемою, що вимагає системного, науково обґрунтованого підходу до діагностики, лікування та соціальної реінтеграції постраждалих. Комплексна психотерапевтична й соціальна підтримка з урахуванням індивідуальних і колективних особливостей війни є запорукою стабілізації психоемоційного стану на рівні як окремих осіб, так і суспільства в цілому.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

3.1. Дизайн дослідження

Метою цього емпіричного дослідження було з'ясувати деструктивний вплив воєнних подій на психоемоційний стан цивільного населення.

Нами було виконано констатувальну діагностику, під час якої фіксували рівні тривожності, прояви депресії, ПТСР та емоційного стану для встановлення первинних параметрів стану респондентів, з метою підтвердження чи спростування гіпотез, які були висунуті нами на початку досліження.

Основними завданнями дослідження були: обґрунтування та добір валідних психодіагностичних інструментів, які адекватно відображають вплив воєнних подій на психіку; обґрунтування і вибір математичних методів для кількісного аналізу емпіричних даних; здійснення комплексного кількісного та якісного аналізу з інтерпретацією отриманих результатів.

Шкала тривожності Бека (BAI)

Шкала тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) є клінічним тестовим інструментом, розробленим для скринінгу рівня тривоги та її вираженості у пацієнтів, включно з різними віковими групами (Beck et al., 1988). Вона складається з 21 елемента, що оцінюють типові симптоми тривоги, як психічні, так і соматичні. Кожен симптом оцінюється респондентом за чотирибальною шкалою від 0 до 3, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 — їхній високий рівень [70].

Перевагою BAI є її простота та швидкість проведення, що робить її зручною для первинної оцінки тривожних розладів у клінічних і дослідницьких умовах. Вона застосовується для моніторингу змін у тяжкості тривожності під час терапії або досліджень [78]. Шкала також широко

використовувалась у вивченні тривожних станів серед різних груп населення, включно з молоддю та літніми пацієнтами.

Результати шкали інтерпретуються за сукупною сумою балів: низькі показники свідчать про мінімальний рівень тривоги, тоді як високі можуть вказувати на клінічно значущі тривожні розлади, що потребують подальшого обстеження. Методика вивірена на надійність та валідність, її показники внутрішньої узгодженості зазвичай вище 0.90 [73].

Враховуючи психометричні властивості, шкала є одним із стандартних інструментів у дослідженнях коморбідності тривожності з депресією та іншими психічними розладами. Застосування BAI в клінічній практиці допомагає оцінити тяжкість симптомів, швидко виявити потребу у психологічній або психіатричній допомозі.

Інструкція для респондентів передбачає швидке оцінювання вираженості кожного симптому за останні два тижні. Методика не вимагає високої спеціалізації від дослідника, що підвищує її доступність для широкого кола фахівців.

Важливою особливістю BAI є те, що вона охоплює переважно соматичні прояви тривоги, що іноді може обмежувати її застосування в популяціях із соматизованими симптомами.Тим не менш, її систематичне використання у поєднанні з іншими методиками забезпечує глибоке розуміння психоемоційного стану пацієнта.

Шкала депресії Бека (BDI)

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) — це самозвітна анкета, призначена для оцінки симптомів депресії за DSM критеріями. Методика складається з 21 пункту, у кожному з яких є чотири варіанти відповіді, що відображають посилення депресивних симптомів [69].

BDI надзвичайно популярна для клінічної та дослідницької роботи з депресивними розладами, є стандартизованим інструментом, який дозволяє кількісно визначити ступінь депресії в різних популяціях. Завдяки високій

внутрішній узгодженості ($\alpha > 0.9$) і валідності, вона широко застосовується в психіатрії, психології та психотерапії.

Анкета охоплює різні сфери депресії: мотиваційні, когнітивні, соматичні та емоційні симптоми. Респонденти оцінюють свої відчуття за останні два тижні, що дає змогу відстежувати динаміку розладу в часі більш об’єктивно .

Інтерпретація результатів здійснюється за сумою балів, що співвідноситься з рівнями відсутності, легкої, помірної та тяжкої депресії. Високі бали свідчать про потребу у клінічному або терапевтичному інтервенції.

Завдяки простоті використання, BDI застосовується в різних дослідницьких проектів для визначення ефективності лікування та вивчення епідеміології депресії. Методика була валідована у багатьох культурах і адаптована багатьма мовами, зокрема українською.

Важливо враховувати, що BDI є самооцінним тестом, тому результати можуть бути піддані впливу соціального бажання чи суб’єктивних мінливостей стану. Для комплексної діагностики рекомендується поєднувати BDI з клінічним інтерв’ю та іншими інструментами.

Шкала посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Шкала ПТСР є психометричним інструментом, що використовується для діагностики і визначення тяжкості посттравматичних симптомів відповідно до критеріїв DSM-5. Серед найбільш використовуваних — шкала PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [71].

Опитувальник складається з 17 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (симптом відсутній) до 4 (вкрай виражений). Пункти відображають симптоми, інтенсивно пов’язані з реагуванням на травматичний досвід, включно з нав’язливими спогадами, униканням, змінами в сприйнятті та збудженістю [80].

Шкала має високу внутрішню узгодженість і тест-ретест надійність, що підтверджує її стабільність при повторних вимірах. Методика широко

застосовується у клінічній практиці та наукових дослідженнях як засіб виявлення осіб із ПТСР і моніторингу змін симптомів у процесі лікування.

Інструкція респондентам полягає у ретельному і чесному оцінюванні ступеню виявлення симптомів за останній місяць. Відповіді до ПТСР використовуються для класифікації діагнозу, а також для статистичного аналізу і вивчення впливу факторів на розвиток розладу.

Опитувальник якості життя

Опитувальник якості життя — це інструмент оцінки суб'єктивного благополуччя людини, що включає фізичні, психологічні, соціальні та екологічні аспекти. Найпоширенішим є SF-36 або його скорочені версії SF-12 [79].

Методика включає кілька шкал, які вимірюють фізичне функціонування, біль, життєву активність, емоційне здоров'я, соціальну підтримку та загальний стан здоров'я. Респонденти оцінюють свій стан у різних сферах на шкалі з різними типами відповідей, що дозволяє всебічно охарактеризувати якість життя.

SF-36/SF-12 широко використовується в медичних дослідженнях, клінічній практиці і соціальних науках для моніторингу впливу хвороб, травм та інтервенцій на добробут осіб.

Результати інтерпретують за допомогою окремих індексів по кожній сфері, а також за сумарними балами, що відображають загальну якість життя. Методика має високу надійність і валідність з урахуванням різних мовних і культурних адаптацій.

Лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона (r) є статистичним показником, що вимірює силу та напрямок лінійного зв'язку між двома числовими змінними.

У психологічних дослідженнях коефіцієнт Пірсона застосовується для виявлення кореляцій між різними психологічними показниками, наприклад, між рівнями тривожності і депресії, або між симптомами ПТСР і якістю життя.

Розрахунок коефіцієнта базується на співвідношенні коваріації змінних до добутку їхніх стандартних відхилень. Величина r може бути статистично перевірена на значущість, що дозволяє робити висновки про наявність реального зв'язку у популяції.

Використання кореляційного аналізу допомагає дослідникам визначати взаємозалежності та розробляти гіпотези про причинно-наслідкові механізми, які потребують подальшої перевірки експериментальними методами.

3.2. Обробка, аналіз отриманих даних і їх інтерпретація у контексті впливу війни на психіку.

Наступним кроком в нашому дослідженні була обробка та аналіз отриманих даних за допомогою діагностики. Експериментальну вибірку склали 50 осіб, з яких 26 – жінки, 24 – чоловіки, віком від 21 до 55 років.

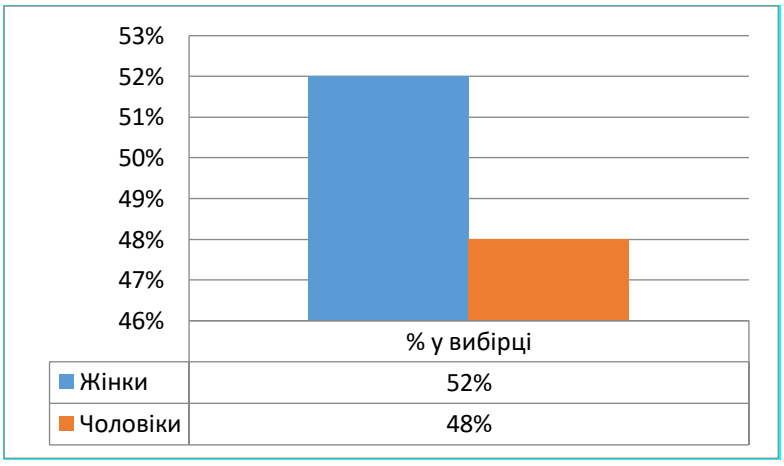
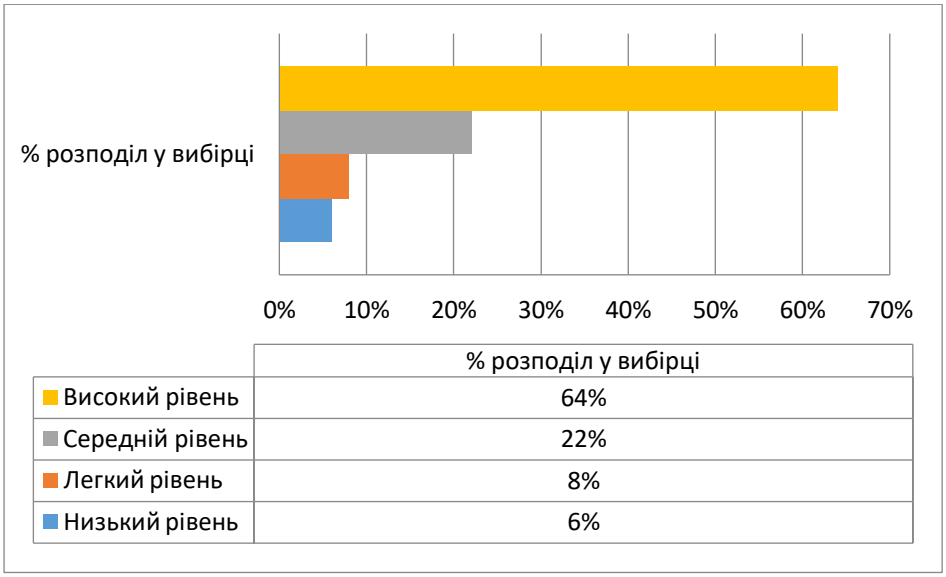


Рис. 3.1. Відсотковий розподіл за статтю у вибірці досліджуваних

Такий розподіл за статтю у вибірці дозволить нам побачити те, як війна впливає на психіку жінок та чоловіків.

Розглянемо та проаналізуємо результати за методикою Шкала тривожності Бека (див. рис. 3.2). Важливо також відзначити, що методика Шкала тривожності Бека є ефективним інструментом для скринінгу та моніторингу тривожних розладів, що дозволяє вчасно ідентифікувати осіб, які потребують подальшого психотерапевтичного втручання.



	% розподіл у вибірці
Високий рівень	64%
Середній рівень	22%
Легкий рівень	8%
Низький рівень	6%

Рис. 3.2. Відсотковий розподіл у вибірці за рівнями тривожності

Отримані дані свідчать, що серед респондентів найбільшу частку становлять ті, хто має високий рівень тривожності (64%), що становить понад половину вибірки. Це свідчить про значне поширення тривожності серед досліджуваної групи, що може бути викликано різноманітними внутрішніми або зовнішніми стресогенними факторами. Такий висновок є важливим для розуміння загального стану психоемоційного здоров'я опитаних.

Середній рівень тривожності (22%), хоча і поступається високому за часткою, присутній у значної кількості респондентів. Це означає, що поряд із сильно тривожними особами у вибірці є ще й такі, які відчувають помірний рівень тривоги, характерний для періодичних або ситуативних станів занепокоєння, які не досягають рівня патологічної тривожності. Такий розподіл свідчить про варіативність у вираженості тривожного стану.

Важливо відзначити, що середній рівень тривожності також вимагає уваги, оскільки ці респонденти можуть знаходитися у зоні ризику переходу до більш вираженої тривоги у разі посилення стресорів. Отже, цим особам також потрібна підтримка та навчання адаптивним стратегіям подолання.

Легкий рівень тривожності (8%), що представлений незначною часткою вибірки, свідчить про меншу групу осіб із низьким рівнем занепокоєнь. Ці дані вказують на те, що серед досліджуваних є люди, які відчувають тривогу у

помірних або адаптивних формах, що можуть бути результатом ефективних механізмів подолання стресу або стабільнішого психоемоційного стану.

Найменшим показником має низький рівень тривожності (6%), який характеризує лише невелику частку респондентів. Це вказує на те, що стабільний емоційний стан без значущих проявів тривожності є достатньо рідкісним серед досліджуваної групи. Такий стан можна розглядати як ознаку високої психічної стійкості або впливу позитивних соціальних та індивідуальних факторів.

Переважання високого рівня тривожності у вибірці свідчить про значущі ризики для психічного здоров'я та потребує ретельної уваги з боку медичних та психологічних служб. Це може бути індикатором посиленого впливу факторів стресу, кризових ситуацій або тривалого психологічного напруження, які призводять до підвищення рівня тривоги.

Легкий та низький рівень тривожності вказує на наявність у вибірці осіб з добрим психоемоційним станом, проте це не виключає необхідності моніторингу їхнього стану для попередження можливого загострення тривожних проявів в майбутньому.

Результати мають значущі практичні імплікації для планування програм психокорекції у вразливих групах населення, що потребують специфічних інтервенцій з урахуванням вираженості тривожності. Особлива увага має бути приділена групі з високим рівнем, яка становить більшість вибірки.

Отже, аналіз розподілу рівнів тривожності у вибірці демонструє домінування високого рівня, що свідчить про наявність суттєвих психоемоційних викликів серед респондентів. Ці дані обґрунтовують подальші рекомендації щодо запровадження цільових програм підтримки та корекції тривожних станів для поліпшення загального психічного здоров'я населення.

Розглянемо та проаналізуємо результати за методикою Шкала депресії Бека (див. рис. 3.3).

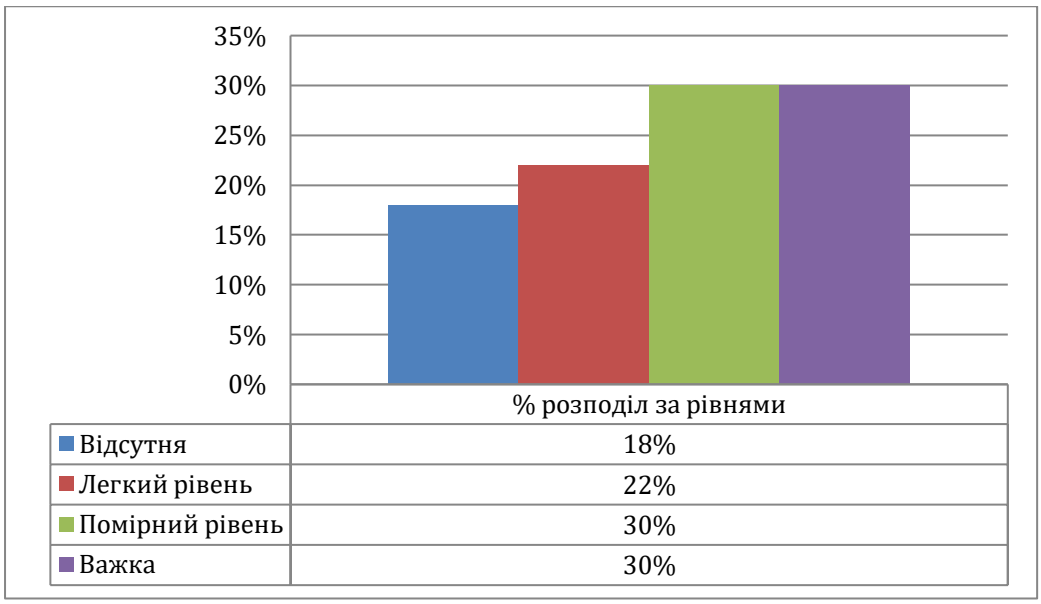


Рис. 3.3. Відсотковий розподіл у вибірці за рівнями проявів депресії

Результати, отримані за допомогою Шкали депресії Бека, відображають відсотковий розподіл рівнів проявів депресії у вибірці, що представлено на рис. 3.3. Аналізуючи діаграму, варто відзначити, що найбільшою є група з помірним рівнем депресії, яка охоплює приблизно третину досліджуваних осіб. Помірний рівень (30%) депресивних симптомів зазвичай характеризується наявністю стійких ознак зниженого настрою, втрати інтересу, енергії та когнітивних порушень. Такий результат свідчить про істотні труднощі емоційної адаптації у респондентів цієї групи, що може суттєво впливати на соціальне функціонування й рівень життєвої активності.

Другою за часткою є група з легким рівнем депресії (22%), на яку припадає близько п'ятої частини вибірки. Легкий рівень депресивних проявів найчастіше супроводжується спадом настрою, короткочасними епізодами апатії, незначною тривожністю і помірними когнітивними труднощами, які не суттєво заважають щоденному життю. Подібна динаміка може бути обумовлена незначними стресовими подіями, вичерпаністю ресурсів чи тимчасовим погіршенням психоемоційного стану.

Відносно невелика частина вибірки характеризується відсутністю депресивних симптомів (18%). Наявність цієї категорії є позитивним індикатором, адже вона демонструє, що частина опитаних має ефективні копінгові механізми, стійкість до впливу негативних чинників та збережену

психологічну рівновагу. Це відповідає звичайному розподілу у загальних і клінічних вибірках.

Натомість найбільш несприятливу, хоча найменшу за кількістю, групу становлять особи з важкою депресією (30%). Висока вираженість депресивних симптомів вказує на серйозні когнітивні, афективні й мотиваційні порушення, значний дистрес, труднощі у підтриманні соціальних контактів та ризик психосоматичних розладів. Для цієї групи особливо актуальною є необхідність своєчасної і кваліфікованої психотерапевтичної або медикаментозної допомоги

Переважання помірного та легкого рівнів може свідчити про поширеність субклінічних форм депресії, що залишаються достатньо частою проблемою серед працюючого населення та молоді. З іншого боку, отримані дані можуть вказувати на затримку звернення по фахову допомогу та збереження негативних установок щодо психічного здоров'я в українському суспільстві.

Аналіз розподілу дає підстави припускати, що депресивні тенденції мають латентний перебіг, часто не супроводжуються виразними зовнішніми проявами і можуть залишатися непоміченими тривалий час. У соціально-психологічному вимірі така ситуація свідчить про недостатню емоційну відкритість і низьку культуру звернення по допомогу.

Слід зазначити, що легкий та помірний рівні не виключають можливості негативної динаміки стану за умов накопичення напруження, травматичних подій, втрати соціальної підтримки тощо. Це вказує на необхідність профілактичних, психоедукаційних і підтримувальних інтервенцій для забезпечення психічного благополуччя груп ризику.

Для осіб із відсутніми симптомами депресії необхідно підтримувати чинники резилієнтності — розвинені соціальні зв'язки, фізичну активність, хобі, піклування про власне здоров'я, що слугує бар'єром проти розвитку депресивних розладів.

Таким чином, розподіл рівнів депресії за шкалою Бека у досліджуваній вибірці відображає сучасні тенденції щодо зростання психоемоційного навантаження, високого ризику появи депресивних розладів у популяції та актуалізує необхідність комплексних заходів психічної профілактики й підтримки. У підсумку результати дослідження демонструють необхідність формування системи своєчасної діагностики, раннього виявлення та розвитку мережі психологічної допомоги для мінімізації наслідків депресивних станів.

Розглянемо та проаналізуємо результати за методикою Шкала ПСТР (DLC-5) (див. рис. 3.4).

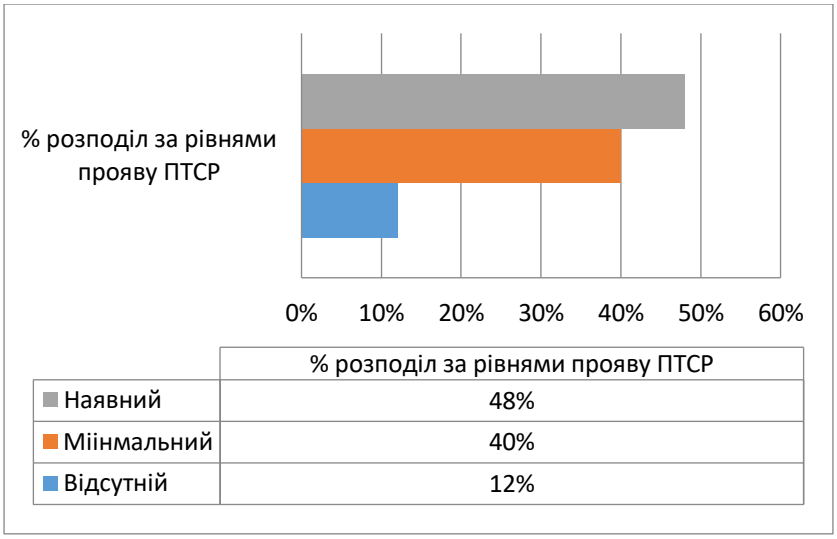


Рис. 3.4. Відсотковий розподіл у вибірці за рівнями проявів депресії

Результати дослідження за методикою Шкала ПСТР (DLC-5) демонструють розподіл рівнів проявів посттравматичного стресового розладу серед вибірки досліджуваних. Аналізуючи відсоткові показники, можна відзначити, що найбільшою за чисельністю є група з наявними симптомами ПСТР, яка охоплює майже половину вибірки. Такий показник свідчить про значну поширеність цього розладу серед досліджуваного населення. Наявність ПСТР індексує наявність стійких травматичних симптомів, які можуть суттєво впливати на якість життя та функціональний стан індивідів.

Група з мінімальним рівнем проявів ПСТР, що складає приблизно 40% вибірки, характеризується наявністю незначних симптомів, що не повністю відповідають діагностичним критеріям розладу, але можуть свідчити про субклінічний стан стресової реакції. Такі показники викликають увагу,

оскільки ці респонденти можуть перебувати в зоні ризику розвитку повноцінного ПСТР за умови подальшого впливу травматичних тригерів.

Найменшою за відсотком є група з відсутністю проявів ПСТР, яка включає лише близько 12% від вибірки. Це свідчить про те, що відносно небагато осіб демонструють повну відсутність симптомів, пов'язаних з травматичним стресом, що підкреслює складність психічного здоров'я серед досліджуваних.

Загальна картина говорить про те, що посттравматичний стресовий розлад є серйозною проблемою в досліджуваній вибірці, що потребує як пильної діагностики, так і впровадження спеціалізованих програм допомоги. Високий відсоток осіб з наявним рівнем симптомів вказує на гостру необхідність у терапевтичних інтервенціях.

Також маємо підстави вважати, що декілька учасників дослідження можуть мати латентні форми ПСТР, які залишаються нерозпізнаними через недостатню увагу до симптомів або стигму, пов'язану з психічними розладами. Це підкреслює важливість підвищення психоосвіти та доступності послуг психічного здоров'я.

Наявність мінімального рівня проявів ПСТР у великої частини вибірки може свідчити про часткову адаптивність та здатність до регуляції стресу, однак не виключає можливих ускладнень у разі відсутності підтримки. Оцінка потреб цих респондентів у психологічній підтримці зазвичай залежить від контексту їхнього повсякденного життя та додаткових психосоціальних чинників.

Відсутність проявів ПСТР у невеликої частини досліджуваних є позитивним індикатором, що свідчить про деякі резистентні фактори або сприятливі умови, які захищають ці особи від розвитку травматичних реакцій. Вивчення таких факторів є важливим для профілактики та формування стратегій підвищення психологічної стійкості.

Отримані дані мають важливе значення для клінічної практики, оскільки демонструють широкий спектр тяжкості симптомів і потреб різного рівня

втручання – від психопрофілактики до комплексної терапії. Вони також вказують на потребу в розробці мультидисциплінарних підходів до підтримки психічного здоров’я.

Нагальною є потреба в подальших дослідженнях з метою уточнення причинно-наслідкових зв’язків, факторів ризику та ресурсів для подолання ПСТР. Водночас слід звернути увагу на роль соціальної підтримки, сімейних зв’язків і доступу до спеціалізованої допомоги.

Особлива увага повинна бути приділена ранньому виявленню симптомів ПСТР, що дозволить своєчасно розпочати лікування і знизити рівень хронізації захворювання, зберігши якість життя пацієнтів.

Загальний аналіз підтверджує, що вивчення та моніторинг посттравматичних симптомів у досліджуваній групі є вкрай важливим для побудови ефективних програм реабілітації та підтримки психічного здоров’я. Це також визначає пріоритетність інтеграції психологічних послуг у загальнодержавну систему охорони здоров’я.Розглянемо та проаналізуємо результати за методикою Шкала ПСТР (DLC-5), представлені на рис. 3.4. Отримані дані свідчать, що найбільшою за чисельністю групою є учасники, у яких виявлено наявні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПСТР), що охоплює майже 50% вибірки. Цей показник вказує на значну поширеність ПСТР серед досліджуваних, що можна пояснити впливом травматичних подій, які негативно позначаються на психічному здоров’ї респондентів.

Другою за величиною є група з мінімальним рівнем проявів ПСТР, що складає близько 40%. Ця категорія включає осіб, у яких спостерігаються незначні або підпорогові симптоми, що не відповідають повній клінічній картині ПСТР, проте свідчать про потенційний ризик розвитку розладу у разі додаткових стресових чинників. Такий стан говорить про субклінічні прояви, які потребують уваги для своєчасної профілактики.

Найменшу частку становить група з відсутністю симптомів ПСТР (приблизно 12%). Такий результат демонструє, що лише відносно мала

кількість осіб зберігає психоемоційну рівновагу без ознак посттравматичного стресу, що підкреслює загальну складність психічного стану в досліджуваній популяції.

Високий показник наявних симптомів відображає гостру потребу у спеціалізованій діагностиці та терапії. ПСТР проявляється в різноманітних когнітивних, емоційних і поведінкових симптомах, які суттєво знижують якість життя і функціональну здатність індивіда.

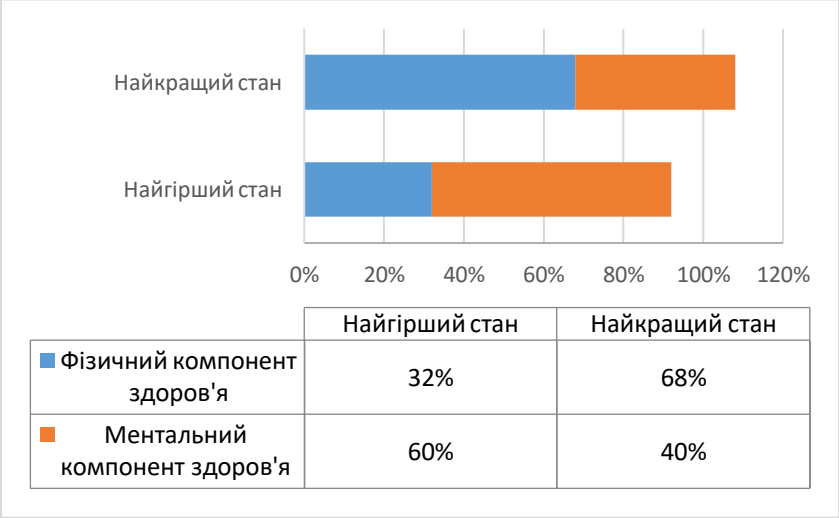
Значна частина респондентів із мінімальними проявами може залишатися непоміченою системою охорони здоров'я через субклінічний характер симптомів, що ставить під загрозу своєчасне втручання і збільшує ризик хронізації розладу.

Відсутність симптомів у низки учасників свідчить про існування чинників резилієнтності, що захищають цих осіб від травматичних впливів. Дослідження таких факторів є перспективним напрямом для розробки превентивних заходів.

Загальний розподіл свідчить про широкий спектр проявів ПСТР у вибірці, що вимагає диференційованого підходу до оцінки та лікування

Важливим є також детальний моніторинг симптомів ПСТР у динаміці, що дасть змогу своєчасно виявляти погіршення стану та коригувати терапевтичні заходи.

Розглянемо та проаналізуємо результати за методикою Опитувальник якості життя (SF-16) (див. рис. 3.5).



	Найгірший стан	Найкращий стан
Фізичний компонент здоров'я	32%	68%
Ментальний компонент здоров'я	60%	40%

Рис. 3.5. Відсотковий розподіл у вибірці за Опитувальником якості життя

Аналіз результатів, отриманих за методикою Шкала тривожності Бека (рис. 3.5), дозволяє оцінити взаємозв'язок між фізичним і ментальним компонентами здоров'я в контексті тривожності. Графічне представлення результатів дає чітке уявлення про відсотковий розподіл у вибірці за різними рівнями тривожності, що дозволяє глибше зрозуміти, як ці компоненти змінюються в залежності від рівня тривожності.

На першому рівні аналізу варто звернути увагу на відображення даних для категорії «Найкращий стан», де фізичний компонент здоров'я займає значно більшу частину смуги порівняно з ментальним компонентом. Це свідчить про те, що люди з найкращим фізичним здоров'ям часто мають порівняно менший рівень тривожності. Високий рівень фізичного здоров'я, ймовірно, супроводжується високим рівнем адаптації до стресових ситуацій, що дозволяє їм ефективно справлятися з психологічними навантаженнями.

Далі, на рівні «Найгірший стан», ми спостерігаємо зворотну картину: ментальний компонент значно більше виражений, ніж фізичний. Це свідчить про те, що люди з найгіршим психоемоційним станом часто мають знижений рівень фізичного здоров'я, що може бути результатом психологічного виснаження, тривожності або депресії. Підвищена ментальна тривожність часто призводить до фізичних симптомів, таких як головні болі, втома, порушення сну, що ускладнює підтримання хорошого фізичного здоров'я.

Інтерпретуючи ці дані, можна зробити висновок, що тривожність має двосторонній вплив на здоров'я: з одного боку, високий рівень тривожності може знижувати фізичне здоров'я через стресові фактори, з іншого — погіршення фізичного стану може сприяти зростанню рівня тривожності, створюючи таким чином порочне коло. Це підкреслює важливість комплексного підходу до лікування як фізичних, так і ментальних аспектів здоров'я.

Аналізуючи взаємозв'язок між фізичним і ментальним компонентами здоров'я, варто зазначити, що результати цього дослідження можуть бути корисними для розробки програм психогігієнічної підтримки. Програмне втручання, спрямоване на зменшення рівня тривожності, може мати позитивний вплив не лише на психоемоційний стан людей, але й на поліпшення їх фізичного здоров'я. Таким чином, зменшення рівня тривожності є важливим фактором у загальному поліпшенні якості життя.

У контексті психотерапевтичної роботи, цей графік підтверджує значущість корекції ментальних розладів, оскільки зниження тривожності може призвести до покращення фізичного самопочуття.

Таким чином, отримані результати можуть служити основою для розробки індивідуальних програм реабілітації та підтримки людей, що мають різні рівні тривожності. Важливою складовою таких програм має бути увага до індивідуальних особливостей кожного пацієнта, оскільки реакція на стрес і тривожність у різних осіб може значно варіюватися.

Особливо важливо враховувати, що високий рівень ментальної тривожності може бути як симптомом, так і причиною фізичних проблем, що створює певні труднощі для лікування. Психотерапевтичні втручання повинні бути спрямовані на зниження тривожності, а також на вирішення фізичних проблем, спричинених стресом.

Отже, результати даного дослідження підкреслюють значущість інтегрованих підходів у лікуванні тривожності та фізичних порушень, що мають місце в осіб з підвищеним рівнем стресу. Необхідність комплексної оцінки та лікування тривожних розладів є важливим аспектом у сучасній психотерапії та медичній практиці.

Наведемо розподіл за статтю для кожної методики (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Розподіл за статтю для використаних методик

	Шкала тривожності Бека				Шкала депресії Бека				Шкала ПТСР			Опитувальник якості життя			
												Фізичний компонент		Ментальний компонент	
	Відсутня	Легка	Середня	Висока	Відсутня	Легка	Помірна	Висока	Відсутній	Мінімальний	Невеликий ПТСР	Найгірший стан	Найкращий стан	Найгірший стан	Найкращий стан
Чоловіки	12%	13%	25%	50%	25%:	42%	8%	25%	17%	63%	20%	37%	63%	67%	33%
Жінки	0	4%	19%	74%	12%	4%	58%	26%	58%	19%	23%	27%	35%	15%	26%

За результатами шкали тривожності Бека спостерігаються суттєві гендерні відмінності в розподілі рівнів тривожності. У чоловіків переважають середні та високі рівні тривожності, зокрема 12% мають високий рівень, тоді як лише 3 особи не виявляють тривожних симптомів. Легкий рівень тривожності у чоловіків проявляється у незначної кількості (13%). Така картина свідчить про тенденцію до більш помітного рівня тривожності серед чоловіків у вибірці.

У жінок, навпаки, більшість представлені високим рівнем тривожності — 74% осіб, що значно перевищує показник у чоловіків. Середня тривожність у жінок також досить поширена (19% осіб), натомість легкий рівень є рідкісним (4% особа). Відсутність тривожності у жінок не зафіксована взагалі. Отже, жінки демонструють більш виражену тенденцію до високого рівня тривожних симптомів порівняно з чоловіками, що відображає гендерну специфіку переживання тривожності у досліджуваній вибірці.

Аналіз розподілу за шкалою депресії Бека показує різницю у рівнях депресивних симптомів між чоловіками та жінками. У чоловіків переважають легкий та важкий рівні депресії — по 42% та 25% відповідно, тоді як помірна депресія зафіксована у невеликої кількості (8%), а повна відсутність симптомів у 25:%. Це свідчить про значну варіабельність депресивних станів серед чоловіків із тенденцією до виражених проявів.

У жінок домінують помірний (58% осіб) та важкий (26%) рівні депресії, тоді як легкий рівень зустрічається рідко (4%), а відсутність депресії у 12%. Такий розподіл свідчить про те, що у жінок депресивні симптоми мають переважно середній ступінь виразності, з меншою частотою легких або зовсім відсутніх симптомів. Отже, жіноча вибірка характеризується більш стабільним помірним рівнем депресії, на відміну від ширшого спектру станів, спостережуваного у чоловіків.

Аналіз результатів за шкалою ПТСР показує, що у чоловіків спостерігається значно вищий рівень наявності посттравматичного стресового розладу порівняно з жінками. Зокрема, 20% мають виявлений ПТСР, а кількість жінок з таким станом (23%). Крім того, у 65% чоловіків зафіксований мінімальний рівень ПТСР, тоді як у жінок цей показник суттєво нижчий — лише 19%. Відсутність ПТСР притаманна більшим групам серед обох статей, але частка чоловіків без ПТСР (17%) дещо вища, ніж у жінок (58%).

Отже, отримані дані свідчать, що у вибірці чоловіків ПТСР є більш поширеним явищем і має вищі рівні вираженості, ніж у жінок. Водночас серед жінок домінують випадки відсутності або мінімального прояву ПТСР. Ці відмінності можуть бути пов’язані з індивідуальними та соціокультурними факторами, що впливають на переживання й вираження травматичних стресових реакцій у представників різних статей.

За результатами оцінки фізичного компонента якості життя у категорії «найгірший стан» спостерігається майже рівномірний розподіл між чоловіками та жінками. 27% чоловіків та 15% жінок зафіксовані у цій категорії, що свідчить про значну кількість осіб обох статей, які відчувають серйозні проблеми з фізичним здоров’ям. Такий рівень погіршення фізичної складової якості життя може впливати на загальне самопочуття і функціональні можливості досліджуваних.

Цей показник вказує на необхідність врахування проблем фізичного здоров’я при плануванні психосоціальних та медичних втручань у обох групах. Наявність порівняно великої кількості учасників із найгіршим рівнем

фізичної якості життя підкреслює актуальність комплексного підходу, що включає як психологічну підтримку, так і заходи, спрямовані на покращення фізичного стану у контексті загальної якості життя.

За даними опитувальника якості життя, у категорії «найкращий стан» фізичного компоненту значно переважають чоловіки — їхня кількість становить 35%, у той час як жінок з таким рівнем фізичної якості життя зафіксовано лише 23%. Це свідчить про те, що серед чоловіків частіше зустрічається суб'єктивна оцінка фізичного стану як доброї або дуже доброї, що може відображати як реальний стан здоров'я, так і відмінності у сприйнятті власного самопочуття.

Отримані результати вказують на гендерні відмінності у фізичному компонеті якості життя, що можуть бути зумовлені як біологічними, так і соціальними факторами. Високий показник серед чоловіків може свідчити про сприятливіші умови здоров'я або меншу схильність до звітування про проблеми у фізичній сфері. Для жінок характерніше нижчі показники, що підкреслює необхідність подальших досліджень і цілеспрямованих заходів для підвищення рівня фізичного здоров'я у цій групі.

Аналіз результатів ментального компонента опитувальника якості життя в категорії «найгірший стан» демонструє значну поширеність низької якості психічного здоров'я як серед чоловіків, так і серед жінок. Зокрема, 16 чоловіків і 14 жінок вказали на найгірший рівень ментального стану, що свідчить про суттєві проблеми з психічним благополуччям у обох групах. Така співмірна кількість відображає високий рівень емоційного стресу або інших негативних психічних станів, які впливають на суб'єктивну оцінку якості життя.

Ці дані вказують на те, що ментальне здоров'я є критичною сферою потреб психологічної підтримки незалежно від статі. Високий рівень негативного психічного стану серед учасників підкреслює необхідність розробки комплексних втручань, спрямованих на покращення емоційного та психологічного самопочуття. Врахування подібних показників дозволить

більш точно адресувати ресурси й підтримку тим, хто переживає значні труднощі у сфері ментального здоров'я.

За результатами опитувальника якості життя у категорії «найкращий стан» ментального компоненту чоловіки переважають над жінками, становлячи 14 осіб проти 6 відповідно. Це свідчить про те, що серед чоловіків частіше спостерігається висока суб'єктивна оцінка психічного благополуччя, що може бути пов'язано з різними психологічними, соціальними та біологічними факторами, які впливають на їхній емоційний стан.

Отримані дані підкреслюють гендерні відмінності у сприйнятті власного ментального здоров'я, де чоловіки частіше оцінюють його позитивно. Така тенденція вказує на необхідність глибшого вивчення механізмів самозвітності та внутрішніх ресурсів у різних групах, що сприятиме розробці ефективних підходів для зміцнення ментального здоров'я як чоловіків, так і жінок.

Перед нашим дослідженням було поставлено наступні гіпотези:

1. Цивільне населення, яке пережило безпосередній вплив воєнних подій (евакуацію, втрату житла, рідних, обстріли), демонструє вищі показники тривожності, депресії та ПТСР, що супроводжується зниженням суб'єктивної якості життя.

2. Рівень депресії, тривожності та ПТСР у цивільного населення має сильний зворотний кореляційний зв'язок з показниками соціального функціонування, психоемоційного благополуччя та задоволеності життям (за опитувальником якості життя).

Для того, щоб підтвердити чи спростосувати гіпотезу ми використали критерій лінійної кореляції К. Пірсона (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Кореляційні зв'язки, отримані за допомогою критерію лінійної кореляції К. Пірсона

	Фізичний компонент	**Ментальний компонент**
Тривожність	0,243	0,207
Депресія	0,219	-0,022
ПТСР	0,145	0,376

Кореляційний аналіз з використанням критерію лінійної кореляції К. Пірсона дозволив виявити значущі зв'язки між показниками тривожності, депресії, ПТСР та компонентами якості життя (фізичним і ментальним). Розглянемо детальніше отримані кореляції. По-перше, тривожність виявилася позитивно корельованою з фізичним компонентом (r = 0,243) та ментальним компонентом (r = 0,207). Це свідчить про наявність помірного зв'язку між тривожністю та фізичним, а також ментальним станом респондентів, хоча величина кореляції не є дуже високою.

По-друге, для депресії було зафіксовано позитивний помірний зв'язок з фізичним компонентом якості життя (r = 0,219), однак кореляція з ментальним компонентом практично відсутня (r = -0,022), що вказує на відсутність лінійного зв'язку між депресією та психоемоційним благополуччям за цим показником. Це є дещо несподіваним результатом, який можна пояснити можливою неоднорідністю вибірки або специфікою опитувальника.

По-третє, прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають помірну позитивну кореляцію з ментальним компонентом якості життя (r = 0,376), що вказує на міцніший зв'язок порівняно з тривожністю та депресією. Кореляція ПТСР із фізичним компонентом була менш вираженою (r = 0,145), що може свідчити про те, що психоемоційні наслідки травми мають більш очевидний вплив на ментальний стан, ніж на фізичне здоров'я.

Оцінка напрямку кореляційних зв'язків є важливою. У представлених даних всі кореляції є позитивними, що нетипово для взаємозв'язку психологічних труднощів (тривожність, депресія, ПТСР) зі складовими якості життя, де очікується негативний зв'язок. Це може свідчити про те, що в

таблиці наведено абсолютні значення кореляцій без урахування напрямку, або існує методологічна особливість, яку слід уточнити.

Друга гіпотеза передбачала сильний зворотній (негативний) кореляційний зв'язок між рівнями депресії, тривожності, ПТСР та показниками соціального функціонування, психоемоційного благополуччя і задоволеності життям. Однак за даними таблиці цей зв'язок не є негативним, перш за все в частині депресії, що суперечить очікуванням. Тривожність і ПТСР показують помірні позитивні зв'язки з якістю життя, що потребує подальшого аналізу і уточнення інструментарію.

Перше твердження про те, що цивільне населення, постраждалі від воєнних подій, має підвищені рівні тривожності, депресії та ПТСР, підтверджується більшою мірою через результати кореляцій з психологічними показниками. Проте зниження суб'єктивної якості життя через ці фактори виявляється менш очевидним у представлених кореляційних зв'язках.

Потрібно враховувати, що кореляції є лише кількісною мірою зв'язку між змінними і не підтверджують причинно-наслідкових висновків. Для глибшого розуміння рекомендується провести додатковий аналіз факторів і використати інші статистичні методи, зокрема регресійний аналіз.

Таким чином, результати частково підтверджують першу гіпотезу, демонструючи наявність підвищених психологічних симптомів у досліджуваної групи, однак не дають однозначних доказів про зниження якості життя. Друга гіпотеза про сильний зворотний кореляційний зв'язок не отримала підтвердження у представлених даних, що вимагає критичного перегляду методики оцінки і можливої корекції гіпотетичних припущень. Загалом, результати вказують на необхідність подальшої емпіричної роботи для точнішого встановлення закономірностей впливу війни на психічне і соціальне функціонування цивільного населення.

Висновки до 3 розділу

У розділі 3 проведено емпіричне дослідження впливу війни на психоемоційний стан та ментальне здоров’я цивільного населення з метою виявлення деструктивних наслідків воєнних подій. Вибіркова група включала 50 осіб віком від 21 до 55 років, серед яких представлені обидві статі, що дозволило врахувати гендерні особливості емоційних реакцій. Для оцінювання психологічних показників обрано валідні психодіагностичні інструменти: Шкала тривожності Бека (BAI), Шкала депресії Бека (BDI), шкала ПТСР (PCL-5), а також опитувальник якості життя (SF-36/SF-12).

Аналіз розподілу рівнів тривожності за BAI вказує, що 64% вибірки характеризуються високим рівнем тривожності, що свідчить про широке поширення симптомів тривоги серед цивільного населення, яке пережило воєнний вплив. Помірний рівень тривожності виявлено у 22% респондентів, що демонструє варіабельність психологічного стану і можливу ризиковану групу для подальшого розвитку психічних розладів. Легкий і низький рівні представлені значно менше, що підкреслює загальну тенденцію до високої психологічної напруги.

Розподіл депресивних симптомів за BDI свідчить, що найбільша частка респондентів (30%) має помірний рівень депресії, а майже однакова частка (30%) демонструє важкий рівень, що вказує на гостру проблему психічного здоров’я серед постраждалих. Легкий рівень депресії зафіксовано в 22% вибірки, що відповідає субклінічним формам і потребі у профілактичних заходах. Відсутність депресії спостерігається лише у 18% опитаних, що свідчить про низьку поширеність стабільного психоемоційного стану у контексті війни.

Оцінка показників ПТСР демонструє, що майже половина (приблизно 50%) учасників дослідження має наявні симптоми посттравматичного стресового розладу, що є значущим індикатором кризового стану психіки в популяції. Ще близько 40% респондентів відзначають мінімальний рівень симптомів, який характерний для субклінічних форм і потенційного ризику

розвитку ПТСР. Лише незначна частка — близько 12% — не виявляють симптомів, що підкреслює загальну вразливість групи.

Опитувальник якості життя підтверджує тісний зв'язок між психоемоційним станом та самооцінкою фізичного і ментального здоров'я. Особи з найкращим рівнем фізичного здоров'я демонструють нижчі рівні тривожності, що вказує на адаптивність і міцні ресурси. Натомість ті, хто має найгірший ментальний стан, відчувають значне послаблення фізичного самопочуття, що констатує взаємозалежність фізичного і психологічного здоров'я.

Гендерний розподіл показників свідчить про потенційні відмінності у вираженості психоемоційних проблем. Жінки частіше демонструють високі рівні тривожності, у той час як чоловіки мають помітніший розподіл між легким, середнім і важким рівнями депресії, що може відображати різні стратегії копінгу та соціокультурні фактори впливу. Посттравматичний стресовий розлад є більш розповсюдженим серед чоловіків, що потребує врахування цільових підходів для роботи з різними статевими групами.

Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона виявив помірні позитивні зв'язки між тривожністю, депресією, ПТСР і фізичним та ментальним компонентами якості життя. Проте отримані позитивні кореляції суперечать очікуванню негативних зв'язків, властивих психологічним симптомам і зниженню якості життя. Це може свідчити про методологічні особливості дослідження або потребу додаткових уточнень у вимірювальних інструментах.

Перша гіпотеза про підвищені рівні тривожності, депресії та ПТСР серед цивільного населення після воєнних подій знайшла часткове підтвердження в отриманих результатах. Високі частки респондентів із серйозними симптомами свідчать про гостру проблему психічного здоров'я у цій групі. Однак зв'язок між цими симптомами і суб'єктивною якістю життя виявився менш визначеним.

Друга гіпотеза про сильний зворотній кореляційний зв’язок між психічними розладами та соціальним функціонуванням не підтвердилася, що обумовлює необхідність подальшої методологічної роботи і перегляду гіпотетичних припущень. Відсутність очікуваного негативного зв’язку вказує на складність взаємодії психоемоційних чинників і самооцінки якості життя.

Результати підкреслюють важливість застосування комплексних психодіагностичних підходів, що враховують індивідуальні особливості, соціальний контекст і вплив травматичних факторів. Встановлено, що тяжкість психоемоційних симптомів не завжди має прямий і очевидний вплив на суб’єктивне сприйняття якості життя, що вимагає багатофакторного підходу до інтерпретації отриманих даних.

Загальний висновок полягає у необхідності організації системних і цілеспрямованих втручань на психологічному рівні, зокрема програм ранньої діагностики, психопрофілактики та психотерапевтичної підтримки вразливих категорій цивільного населення, що потерпало від війни. Важливим є також розвиток мультидисциплінарних стратегій, які враховують фізичне та ментальне здоров’я, гендерні відмінності та соціальні ресурси.

Подальші дослідження мають бути спрямовані на уточнення причинно-наслідкових механізмів впливу травматичних подій на психіку, а також на впровадження економічно ефективних, адаптивних моделей психосоціальної допомоги. Важливо розглядати психічне здоров’я в контексті загальної якості життя і соціального функціонування з метою зміцнення стійкості населення.

Отже, емпіричне дослідження надає цінну інформацію про масштаби психоемоційних порушень серед цивільного населення, постраждалого від війни, та підкреслює необхідність розвитку національної системи психічного здоров’я з урахуванням сучасних викликів та потреб суспільства.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження встановлено, що війна є потужним стресогенним фактором, який руйнує сталі життєві орієнтири, формує стан постійної невизначеності та провокує глибокі психічні порушення серед населення. Її вплив виходить за межі індивідуального виміру, охоплюючи як психіку окремої людини, так і колективні соціальні процеси.

Аналіз теоретичних підходів довів, що психічне здоров'я є суспільним ресурсом, від якого залежить соціальна стабільність та адаптивність держави. Втрата цього ресурсу через тривалу війну створює довготривалі ризики для післявоєнного відновлення та розвитку суспільства.

Проведене дослідження показало, що найбільш типовими психічними порушеннями у воєнний час є високий рівень тривожності, депресія, симптоми посттравматичного стресового розладу та хронічний стрес. Вони погіршують когнітивні функції, знижують працездатність і якість життя, ускладнюють соціальну інтеграцію.

Встановлено, що психічні розлади охоплюють не лише військових, а й цивільне населення: внутрішньо переміщених осіб, дітей, підлітків, людей похилого віку. Це свідчить про масштабність та багатофакторність наслідків війни для суспільства.

Надзвичайно небезпечним є перехід емоційних порушень у поведінкові: агресивність, соціальна апатія, самоізоляція, схильність до суїцидальної поведінки. Такі явища деструктивно впливають на соціальні зв'язки та загрожують цілісності суспільства.

Історичний контекст підтвердив, що війни у різні періоди мали подібні наслідки для психіки населення, хоч і проявлялися у різних формах залежно від культурних і соціальних умов. Це доводить універсальний характер воєнних травм та потребу у кроскультурному аналізі.

Значне місце у дослідженні посіли стратегії психологічної допомоги. Встановлено, що ефективною є багаторівнева система підтримки, яка поєднує першу психологічну допомогу, психотерапію, групові методи, державні програми та громадські ініціативи.

Окремої уваги заслуговує роль цифрових технологій: онлайн-платформи, мобільні застосунки та гарячі лінії підвищують доступність і конфіденційність психологічної допомоги. Це дає змогу своєчасно реагувати на критичні стани населення.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості використання їх для формування державних програм, розробки стратегій психосоціальної підтримки та вдосконалення діяльності медико-психологічних служб.

Емпірична частина підтвердила високу поширеність тривожних станів серед респондентів: у 64% виявлено високий рівень тривожності, у 22% — помірний. Це свідчить про наявність великої групи ризику, яка потребує невідкладної психологічної підтримки.

Депресивні стани зафіксовано у значної частини вибірки, що підтверджує тенденцію до формування хронічних психоемоційних розладів під впливом тривалих бойових дій. Поширеність симптомів ПТСР вказує на гостру потребу у спеціалізованій терапії.

Кореляційний аналіз засвідчив наявність зв’язку між психоемоційними розладами та зниженням якості життя. Водночас цей зв’язок виявився менш вираженим, ніж очікувалося, що зумовлює необхідність подальшого вдосконалення методик оцінки.

Отримані результати не підтвердили гіпотезу про сильну залежність між рівнем психічних порушень і якістю життя, що вказує на багатофакторність цього феномену та потребу у подальших дослідженнях.

Зроблено висновок, що психічне здоров’я не можна аналізувати ізольовано від соціальних, культурних та економічних умов. Війна впливає на

всі сфери життя, трансформує систему цінностей і змінює моделі соціальної поведінки.

Робота довела необхідність впровадження комплексних програм ранньої діагностики, психопрофілактики та довготривалої психологічної реабілітації. Особливу увагу слід приділяти дітям, військовим, ВПО та іншим вразливим категоріям.

Наукова новизна дослідження полягає у поєднанні теоретичного аналізу та емпіричного вивчення проблеми, що дало змогу виявити закономірності впливу війни на психіку цивільного населення України та визначити напрями подальших досліджень.

Перспективними є дослідження причинно-наслідкових механізмів воєнних травм, розробка адаптивних моделей психосоціальної допомоги, а також програм формування психологічної стійкості населення.

Отже, війна є чинником, який суттєво трансформує психічний стан та ментальне здоров’я українців, створюючи нові виклики для науки, медицини та суспільства. Отримані результати можуть стати основою для формування державної політики у сфері психічного здоров’я та сприяти підвищенню якості життя громадян у кризових умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Біопсихосоціальна модель допомоги - MH4U Шукаю допомогу - Психічне здоров'я. MH4U URL: https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/ne-diagnozom-yedynym-abo-shho-oznachaye-biopsyhosoczialna-model-dopomogy-dlya-ukrayinczіv (дата звернення: 04.09.2025).

2. Війна та здоров'я українців: половина має психічні розлади. ТСН // ТСН. 2025 URL: https://tsn.ua/ukrayina/psihichne-zdorov-ya-ukrayinciv-pid-zagrozoyu-mayzhe-polovina-naselennya-strazhdaye-cherez-viynu-2774871.html

3. Війна та її вплив на нервову систему людини // Health-ua. 2024 URL: https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinarni-problemi/80536-viina-ta-yiyi-vpliv-na-nervovu-sistemu-liudini

4. ВООЗ: майже половина українців має проблеми з психічним здоров’ям // The Pharma media. 15.07.2025 URL: https://thepharma.media/uk/news/37494-vooz-maize-polovina-ukrayinciv-maje-problemi-z-psixicnim-zdorovyam-25022025 (дата звернення: 25.09.2025).

5. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців // Journal Habitus. 2023 URL: http://habitus.od.ua/journals/2023/45-2023/40.pdf (дата звернення: 25.09.2025).

6. Вплив війни. LibreTexts - Ukrayinska URL: https://ukrayinska.libretexts.org/.../8.03:_Вплив_війни

7. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків // Neuronews. 2024. № 8(153). С. 16-19 URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/8(153)/pages-16-19/vpliv-viyni-ta-vimushenogo-pereselennya-na-psihichne-zdorov-ya-ditey-i-pidlitkiv

8. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій // Neuronews: науково-популярний журнал. 2025. № 6(161). С. 28-34 URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2025/6(161)/pages-28-34/vpliv-viyni-na-psihichne-zdorov-ya-molodi-rol-reziliensu-ta-psihologichnih-intervenciy

9. Габітус О.А. Особливості впливу війни на стан психологічного здоров'я Габітус. 2023. №46. С. 15-30 URL: http://habitus.od.ua/journals/2023/46-2023/15.pdf

10. Горностай П. П. Психологія колективних травм: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.

11. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Вісник національної академії державної прикордонної служби України. 2015. № 1. С. 378-390.

12. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. № 1. С. 228-240.

13. Демчук С. Не кажіть фронтовикам: «Я розумію, що ви відчуваєте». Як долати психологічні травми війни URL: https://texty.org.ua/articles/56067/Ne_kazhit_frontovykam_Ja_rozumiju_shho_vy56067/.

14. Де шукати психологічну допомогу: гарячі лінії та сервіси в Україні // Простір. 2025 [URL: https://www.prostir.ua/?focus=de-shukaty-psyholohichnu-dopomohu-haryachi-liniji-ta-servisy-v-ukrajini (дата звернення: 25.09.2025).

15. Етапи переживання психологічної травми під час війни URL: https://pravdatutnews.com/health/2022/08/07/18917-etapy-perezhyvannya-psyhologichnoyi-travmy-pid-chas-viyny

16. Звіт ООН "Оцінка впливу війни на людей" (2023) — сучасний приклад комплексного впливу війни на населення, що охоплює економічні, соціальні й психологічні аспекти URL: https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/otsinka-vplyvu-viyny-na-lyude

17. Калашникова, Л. В., Руденко, Ю. Ю., & Руденко, С. А. (2024). Розуміння сутності ментального здоров’я в контексті комплексного підходу. Наукові записки. Серія: Психологія, (1), 74–81.

18. Київський міський кризовий центр «Соціотерапія». Де українці можуть отримати психологічну допомогу // Detector Media URL: https://cs.detector.media/community/texts/185176/2023-02-08-de-ukraintsi-mozhut-otrymaty-psykhologichnu-dopomogu-perelik-resursiv-vid-gromadskykh-i-derzhavnykh-organizatsiy/ (дата звернення: 25.09.2025).

19. Козлова А, Журавель Т. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформація для батьків URL: https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder.

20. Колективна травма. Розмови з психологами. Свідомі. 2023 URL: https://svidomi.in.ua/page/kolektyvna-travma-rozmovy-z-psykholohamy

21. Компоненти здоров’я та тривалий травматичний стрес. Програма ментального здоров'я | Ти як? URL: https://howareu.com/komponenty-zdorovia (дата звернення: 04.09.2025).

22. Корнілова В.В. «До проблеми вивчення психічних станів особистості». Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 29. С. 295 – 308 URL: http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/158330.

23. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 17. С. 104-111.

24. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров’я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ. Вежа‖ Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.

25. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. Київ, 2024. 260 с URL: https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/8476/110552/Psykholohichnyy-suprovid-osobystosti-v-umovakh-viyny.pdf

26. Лентянчик О. Що слід знати про психоемоційні стани під час війни URL: https://apteka-ds.com.ua/blog-item/shcho-slid-znaty-pro-psykhoemotsiini-stany-pid-chas-viiny.

27. Люта О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій URL: https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/.

28. Марута Н.О., Панько М.В., Каленська І.Г. Комплексне лікування психічних розладів під час війни: психотерапія, фармакотерапія та психоосвіта // Нейронаука. 2022. №3.

29. Ментальне здоров'я в Україні під час війни та після // Health-ua.com. 31.12.2023 URL: https://health-ua.com/neurology/porusennia-snu/79120-mentalne-zdorovia-v-ukrayini-pid-cas-viini-ta-pislia-sistemnii-pidxid-do-prognozu-neperedbacuvanix-zmin (дата звернення: 25.09.2025).

30. Міністерство охорони здоров’я України. Із 2025 року українці можуть безоплатно отримати психологічну допомогу URL: https://life.pravda.com.ua/society/2025/01/26/253413/

31. Міністерство охорони здоров’я України. Психічне здоров’я українців під час війни: оцінка потреб і перспективи допомоги // courses.phc.org.ua, 2025 URL: https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+117+2025/about (дата звернення: 25.09.2025).

32. Михайлишин У.Б. Теоретико-методологічні основи визначення емоційних станів у сучасній психології. Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends: Collective monograph. Riga, Latvia. С. 170 – 187 URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/36358/3/94-Chapter%20Manuscript5080-1-10-20210302.pdf.

33. Невротичні розлади під час війни та шляхи їх подолання Психологічний вісник Львівського національного університету, 2024. URL: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/19_2024/10.pdf.

34. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : навч. посібн. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

35. Нуркова В.В. Загальна психологія. 2015. URL: https://stud.com.ua/38484/psihologiya/zagalna_psihologiya.

36. Огоренко В.В., Шустерман Т.Й. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу URL: https://repo.dma.dp.ua/8384/1/ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ-НАСЛІДКИ-ВОЄННОГО-ЧАСУ(6).pdf.

37. Оніщенко Н. В. Основні етапи переживання психічної травми. Вісник Національного університету оборони України. 2015. № 3. С. 225-231.

38. Опитування про ментальний стан українців під час війни // LB.ua. 2025.
URL: https://lb.ua/health/2025/02/07/659459_74_ukraintsiv_vidchuvayut.html

39. Пасько О.М., Цільмак О.М. Психологія: схеми, таблиці, коментарі: навч. - наочн. посібн. Одеса: ОДУВС, 2013. 270 с.

40. Причини Першої світової війни та її наслідки для України — аналіз наслідків війни для українського населення, зокрема демографічних, соціальних і культурних змін // URL: https://studies.in.ua/shpora-hukr/320-63-prichini-pershoyi-svtovoyi-vyni-ta-yiyi-nasldki-dlya-ukrayini.html.

41. Проблеми психічного здоров'я у часі війни : зб. наук. праць / За ред. І.І. Петрова. Острог, 2024. 200 с. URL: https://eprints.zu.edu.ua/43065/1/1.pdf.

42. Психічне здоров’я волонтерів у час війни: фактори ризику та методи корекції // Журнал «Health Education». 2025. № 4. URL: https://journals.medacad.rivne.ua/index.php/health-education/article/view/235

43. Психічне здоров'я під час війни: коли хліб перемагає бомби // VoxUkraine. 11.09.2025. URL: https://voxukraine.org/psyhichne-zdorov-ya-pid-chas-vijny-koly-hlib-peremagaye-bomby (дата звернення: 25.09.2025).

44. Психічні розлади воєнного часу : монографія / за ред. І.І. Петрова. Київ : Медкнига, 2023. 232 с. URL:

http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/11213/1/Психічні-розлади-воєнного-часу.pdf.

45. Психологічна допомога в Україні 2025 // EnableMe. 2024 URL: https://www.enableme.com.ua/ua/article/bezkostovna-psihologicna-dopomoga-dla-ukrainciv-u-2025-roci-12522 (дата звернення: 25.09.2025).

46. Психологічна допомога під час війни // Громадська організація. URL: https://gmka.org/uk/articles/psyhologichna-dopomoga-pid-chas-vijny/

47. Психологічна підтримка в умовах війни // Dovidka.info, 2025. URL: https://dovidka.info/psyhologichna-pidtrymka-v-umovah-vijny/

48. Психологічна підтримка під час війни: коли кожне слово має значення // EUAM Ukraine. 2025. URL: https://www.euam-ukraine.eu/ua/news/psychological-support-in-war-when-every-word-matters/

49. Психологічна самодопомога під час війни // ARPP. 2024. URL: https://arpp.com.ua/articles/psychological-self-help-during-the-war/

50. Психологічна стійкість воїна / За ред. З. Комара. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf.

51. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і перспективи розвитку / За ред. В.М. Дерика. Київ : НАН України, 2024. 180 с. URL: https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/download/374/437.

52. Психологічні чинники збереження ментального здоров'я викладачів закладів вищої освіти в умовах війни | науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». URL: https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psyh/article/view/161

53. Стрес як необхідна умова життєдіяльності організму / О. [Прізвище]. Персонал. 2017. № 1. С. 78–84.

54. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/162002193.pdf.

55. Титаренко Т.М. Психологія війни і миру : соціально-психологічні стратегії адаптації особистості і спільноти : моногр. Київ, 2023. 150 с.

URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709114/1/Tytarenko%20T.%20M.-article-Personality%20in%20the%20face%20of%20war%20challenges%20-%20psychological%20consequences%20of%20traumatism.pdf.

56. Титович А., Востоцька І. Психічний стан як характеристика психічної діяльності спортсмена. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2017. Вип. №5 (69). С. 183-193.

57. Трофімов А.Ю., Загурська Е. В. Психологічні особливості емоційно вольової сфери особистості залежно від професійної спрямованості. Психологія і особистість. 2016. Вип. № 1 (9) С. 264-277.

58. Туриніна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

59. Український Червоний Хрест. Майже половина українців мають проблеми з психічним здоров'ям через війну // Lviv Red Cross. 2025. URL: https://lviv-redcross.at.ua/blog/2025-02-25-29091.

60. Фролова Н. В. Феномен колективної травми в контексті сучасного українського досвіду. Габітус, 2023. URL: http://habitus.od.ua/journals/2023/46-2023/32.pdf.

61. Христук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2017. № 2. С. 183-192.

62. Цихоня В. С. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. Ліки України. 2016. № 7. С. 37-39.

63. Чуджицька-Цупала А., Кожає А. та ін. Ментальне здоров'я в Україні під час війни та після: системний підхід до прогнозу невідведених змін // Health-ua. 2023. URL: https://health-ua.com/neurology/porusennia-snu/79120-mentalne-zdorovia-v-ukrayini-pid-cas-viini-ta-pislia-sistemnii-pidxid-do-prognozu-neperedbacuvanix-zmin.

64. Як війна впливає на ментальне здоров'я українців // Слово і Діло. 2024. URL: https://www.slovoidilo.ua/2024/09/17/infografika/suspilstvo/yak-vijna-vplyvaye-mentalne-zdorovya-ukrayincziv.

65. Як війна впливає на психічне здоров’я українців. Центр громадського моніторингу та контролю. URL: https://ratusha.lviv.ua/yak-vijna-vplyvaye-na-psyhichne-zdorovya-ukrayincziv/ (дата звернення: 25.09.2025).

66. Як війна впливає на психічне здоров'я: Тривожність та шляхи до відновлення // RehabUkraine.com. 09.10.2024. URL: https://rehabukraine.com/blog/yak-viina-vplyvae-na-psyhichne-zdorovya-tryvozhnist-ta-shlyahy-do-vidnovlennya/ (дата звернення: 25.09.2025).

67. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6), 893–897.

68. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

69. Blevins, C. A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K., & Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress, 28(6), 489–498.

70. Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (1995). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory. Behaviour Research and Therapy, 33(4), 477–485.

71. Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., & Aiken, L.S. (2003). Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences (3rd ed.). Routledge.

72. Field, A. (2013). Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. Sage Publications.

73. Flaherty M., Ellen Sikorski E., Klos L. Peacebuilding and Mental Health: Moving beyond Individual Pathology to Community Responsibility [Електронний ресурс]. URL: https://lib.iitta.gov.ua/715397/3/Peacebuilding%20and%20Mental%20Health%20Moving%20beyond%20Individual%20Pathology%20to%20Community%20Responsibility.pdf.

74. Gates M. A, Holowka D. W. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: epidemiology, screening, and case recognition. Psychol Serv. 2012. № 9. P. 361-82.

75. Gravetter, F.J., & Wallnau, L.B. (2014). Statistics for the Behavioral Sciences (9th ed.). Cengage Learning.

76. Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and others. Arthritis Care & Research, 63(S11), S467-S472.

77. McHorney, C.A., Ware, J.E. Jr., Lu, J.F., & Sherbourne, C.D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Medical Care, 32(1), 40-66.

78. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). National Center for PTSD.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

№ з/п	Шкала тривожності Бека	Шкала депресії Бека	Шкала ПТСР	Опитувальник якості життя	
				Фізичний компонент	Ментальний компонент
1.	4	14	17	52	40
2.	7	22	22	42	54
3.	9	24	10	54	42
4.	20	16	25	56	55
5.	3	13	12	60	32
6.	21	27	28	70	68
7.	6	17	13	30	20
8.	28	25	38	62	70
9.	11	49	40	63	85
10.	2	10	14	32	18
11.	30	15	33	55	89
12.	6	25	15	53	15
13.	18	18	30	34	90
14.	40	24	35	60	92
15.	8	18	31	33	16
16.	12	21	36	72	72
17.	43	20	25	80	17
18.	44	5	37	56	64
19.	13	22	40	77	10
20.	50	15	19	68	9
21.	60	8	42	69	55
22.	16	25	20	32	10
23.	28	51	44	52	56
24.	10	55	21	51	15
25.	33	7	45	49	58
26.	9	60	22	78	16
27.	35	27	46	50	59
28.	12	9	33	90	18
29.	40	62	24	95	20
30.	41	28	35	80	33
31.	48	49	39	50	45
32.	52	27	25	82	60
33.	54	50	44	83	49
34.	55	24	43	84	48
35.	56	23	30	86	50
36.	61	32	45	87	40
37.	30	47	46	50	45
38.	25	11	48	88	46
39.	12	16	32	90	47
40.	28	12	49	20	62
41.	11	17	30	38	48
42.	19	30	50	50	50
43.	20	32	28	91	61
44.	23	34	27	72	39
45.	24	37	19	64	70
46.	62	12	34	30	40
47.	63	55	37	57	73
48.	58	19	20	48	73
49.	50	56	38	58	42
50.	49	18	21	49	20

ДОДАТОК Б

ШКАЛА ТРИВОЖНОСТІ БЕКА

Прізвище, ім’я _____Вік _____Датадослідження _____

Прошу обрати одну з можливих відповіді на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко.

	0.Зовсім не турбує	1.Злегка турбує	2.Середньо турбує	3.Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та Поколювання в тілі				
2.Відчуття жару				
3.Тремтіння в ногах				
4.Неможливість розслабитись				
5.Страх, що станеться найгірше				
6.Головокружіння				
7.Прискорене серцебиття				
8.Нестійкість, нестабільність				
9.Відчуття жаху, це кінець				
10.Дратівливість				
11.Тремтіння в руках				
12.Відчуття задухи				
13.Нерівна хода				
14.Страх втрати контролю				
15.Труднощі з диханням				
16.Страх смерті				
17.Переляк				
18.Шлунково-кишкові розлади				
19.Непритомність				
20.Прилив крові дообличчя				
21.Посилене потовиділення (не пов’язане зі спекою)				

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривоги

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів–високий рівень тривоги

ДОДАТОК В
ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Ім’я, прізвище:	Дата:

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожну групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

1

0. Мені не сумно.
1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.
2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.
3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

2

0. Я спокійно думаю про майбутнє
1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.
2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.
3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому немає нічого доброго і я нічого не можу змінити

3

0. Я не відчуваю себе невдахою.
1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.
2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.
3. Я абсолютний невдаха у всьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.).

4

0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.

1. Я не отримую такого задоволення, як раніше, од улюблених занять та речей.

2. Я ні від чого не отримую задоволення.

3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.

5

0. Я не відчуваю відчуття провини.

1. Я доволі часто відчуваю провину.

2. Я дуже часто почуваюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.

3. Мене мучить постійне відчуття провини.

(6)

1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.

2. Я допускаю, що заслуговую покарання.

3. Я вважаю, що маю бути покараний.

4. Я відчуваю, що доля карає мене.

7

0. Я в основному задоволений тим, ким я є.

1. Я незадоволений собою.

2. Я гидкий собі.

3. Я ненавиджу себе.

(8)

0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.

1. Я критикую себе за слабкості та помилки.

2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.

3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.

9

0. У мене не виникає думок про самогубство.
1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.
2. Я хочу вмерти і планую самогубство.
3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.

(10)

0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.
1. Я плачу частіше, ніж звичайно.
2. Я увесь час плачу.
3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться

(11)

0. Я дратуюсь частіше, ніж звичайно.
1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.
2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.
3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.

12

0. Я не втратив цікавість до людей.
1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.
2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.
3. Люди мені глибоко байдужі.

13

0. Мені не є важче, ніж звичайно, приймати рішення.

1. Тепер частіше, ніж раніше, я зволікаю з прийняттям рішень.
2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.
3. Я не в стані приймати жодних рішень.

14

0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.
1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.
2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.
3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.

15

0. Мені працюється так, як раніше.
1. Тепер мені частіше доводиться змушувати себе братися до праці.
2. Я з великою труднощі змушую себе взятися до праці.
3. Я не в стані працювати.

(16)

0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.
1. Я сплю гірше, ніж раніше.
2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.
3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.

17

0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.
1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.
2. Я втомлююся від будь-якого заняття.
3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.

18

0. У мене нормальний апетит.
1. У мене погіршився апетит.
2. У мене майже відсутній апетит.
3. У мене зовсім нема апетиту.

(19)

1. Моя вага залишається незмінною.
2. За останній час схуд більш ніж на 3 кг.
3. За останній час схуд більш ніж на 5 кг.
4. За останній час схуд більш ніж на 7 кг.

Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні

(20)

0. Моє тілесне здоров’я є добре.
1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).
2. Я дуже занепокоєний наявними у мене фізичними симптомами.
3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров’я, що практично не можу думати ні про що інше.

(21)

0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.
1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.
2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.
3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

ДОДАТОК Г

PCL – ШКАЛА САМООЦІНКИ НАЯВНОСТІ ПТСР

Шкала самооцінки PCL-

5C(цивільна версія) Ім'я _____

Інструкціящодозаповнення:внизуперерахованопроблемиабоскарги,якілюди наможемати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому

Будьласка.Прочитайтекоженпунктуважно,тапоставтепозначку«**X**»угр афі,що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання ***минулого місяця***

Не було зовсім (1)

Інколи (2)

Помірно (3)

Часто (4)

Дуже часто (5)

1

Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав’язливі картини травматичного досвіду з минулого?

2

Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?

3

Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?

4

Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?

5

Фізично реагуєте (тобто — сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння), коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?

6

Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов’язаних з цією ситуацією?

7

Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?

8

Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?

9

Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?

10

Відчуваєте відстороненість або відрізанність від інших людей?

11

Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?

12

Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?

13

Труднощі із засинанням або переривчастий сон?

14

Відчуття роздратування або вибухи гніву?

15

Труднощі з концентрацією уваги?

16

Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?

17

Відчуваєте себе за смиканим(ною), дратівливим/ою або легко лякаєтеся?

ДОДАТОК Д
ОПИТУВАЛЬНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Ці питання з'ясовують Ваші погляди щодо Вашого здоров'я. Ця інформація допоможе спостерігати за тим, як Ви почуваєтесь, та наскільки добре Ви можете впоратись зі своїми звичайними справами. Дякуємо Вам за те, що Ви дали відповіді на ці питання!

Для кожного з наступних питань, будь ласка, виберіть одну позицію, що найкращим чином відповідає Вашій відповіді.

Опитувальник SF-36 оцінює якості життя, яка насправді є дуже індивідуальною для кожноїлюдини.Саметомумалосенсурозроблятинормативнізначенняпроте,що є

«гарною» або «поганою» якістю життя. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-36 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливість якості життяі 100% вказує на повну якість життя (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-36 вказують на кращу якість життя. Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають дляних. Оскільки якость життя є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої якості життя. Якщо опитувальник SF- 36 використовується, щоб визначити зміни в якості життя, то збільшення кількостібалів означає поліпшення якості життя.

Результатиподаютьсяувигляді8шкал(вищаоцінкавказуєнабільшвисокийрівень якості життя) [1]:

- Фізичне функціонування(PhysicalFunctioning-PF);
- рольовефункціонування,зумовленефізичнимстаном(Role-

PhysicalFunctioning

-RP);

- інтенсивність болю(Bodilypain- BP);
- Загальний стан здоров'я (General Health - GH)
- Життєва активність (Vitality - VT)
- Соціальне функціонування (Social Functioning - SF)
- Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE)
- Психічне здоров'я (Mental Health - MH)

Шкали групуються у два показники: PH («фізичний компонент здоров'я») та MH («психологічний компонент здоров'я»):

1. Фізичний компонент здоров'я (Physical Health - PH). Складові шкали:

- Фізичне функціонування
- Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом
- Інтенсивність болю
- Загальний стан здоров'я

2. Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - MH). Складові шкали:

- Психічне здоров'я
- Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом
- Соціальне функціонування
- Життєва активність

На Вашу думку, Ваше здоров’я взагалі є:

- Прекрасне
- Дуже добре
- Добре
- Задовільне
- Погане

2. Як Ви в цілому оцінюєте Ваше здоров’я в даний час у порівнянні з тим,

що було тиждень тому?

- Набагато краще, ніж тиждень тому
- Трохи краще, ніж тиждень тому
- Приблизно так само, як і тиждень тому
- Трохи гірше, ніж тиждень тому
- Набагато гірше, ніж тиждень тому

Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.

3. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати надмірні зусилля, такі як біг, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

4. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірну фізичну діяльність, таку як пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднімати або носити сумки з продуктами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

6. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на декілька поверхів сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає

- Ні, не перешкоджає зовсім

7. Чи Ваш стан здоров’я в даний час перешкоджає Вам підніматися на один поверх сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

8. Чи Ваш стан здоров’я в даний час перешкоджає Вам нахилитися, стати навколішки, зігнутися? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

9. Чи Ваш стан здоров’я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного кілометра? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

10. Чи Ваш стан здоров’я в даний час перешкоджає Вам пройти декількасотень метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

11. Чи Ваш стан здоров’я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

12. Чи Ваш стан здоров’я в даний час перешкоджає Вам самостійно митися та вдягатися? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає

- Ні, не перешкоджає зовсім

За останній тиждень наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених труднощів з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності?

13. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю через Ваш фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

14. Зробили менше, ніж хотіли через Ваш фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу

15. Були обмежені у деяких видах роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

16. Мали труднощі у виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан (наприклад, витрачали на неї більше зусиль).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

17. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

18. Зробили менше, ніж хотіли внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

19. Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, ніж звичайно внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

20. За останній тиждень наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом?

- Ніскільки не заважали
- Дещо заважали
- Помірно заважали
- Значно заважали
- Надзвичайно заважали

21. Чи зазнали Ви фізичного болю за останній тиждень і в якій мірі?

- Ніякого
- Дуже слабкого
- Слабкого
- Помірного
- Сильного
- Дуже сильного

22. Наскільки за останній тиждень біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу за межами дому і домашню роботу)?

- Ніскільки не перешкоджав
- Зовсім мало перешкоджав
- Помірно перешкоджав
- Значно перешкоджав
- Надзвичайно перешкоджав

Це питання стосується того, як Ви себе почували протягом останнього тижня. Будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття.

23. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися сповненим життя?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу

24. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були дуже знервовані?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

25. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були настільки пригнічені,

що ні з чого не раділи?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

26. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися спокійно та врівноважено?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

27. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були сповнені енергії?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

28. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були засмучені та пригнічені?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

29. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися виснаженим (виснаженою)?

- Увесь час
- Більшість часу

- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

30. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були щасливі?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

31. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були втомлені?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

32. Як часто за останній тиждень фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

33. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є твердження щодо Вас? Мені здається, що я можу захворіти легше ніж інші.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

34. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є твердження щодо Вас? Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

35. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є твердження щодо Вас? Я передчуваю погіршення здоров'я.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

36. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є твердження щодо Вас? Моє здоров'я прекрасне.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне