

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА
«ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА СОЦІАЛЬНУ
АДАПТАЦІЮ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ»
на здобуття освітнього рівня «Бакалавр»
за спеціальністю 053 «Психологія»

Студентки ОПІ Психологія

4 курсу, 1 групи

Білевич Марії Андріївни

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук, доцент

Дубровинський Георгій Ревмирович —

Робота захищена __ __ 2023 р.

Допустити до захисту в ДЕК

Кафедра соціальної психології

Протокол № ____ від ____

Завідувач кафедри:

Доктор психологічних наук, професор

Коваленко Алла Борисівна

(підпис)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1..... ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ТА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ	6
1.1. Вплив травми на особистість	6
1.2. Поняття військової травми та вплив її на індивідуальний розвиток	15
1.3. Психологічна та соціальна адаптація людей травмованих в умовах війни.....	18
Висновки до першого розділу	24
РОЗДІЛ 2..... ОРГІНАЗАЦІЯ, МЕТОДИ ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ТА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ У ОСІБ	26
2.1. Обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	26
2.2.Характеристика вибірки та опис процедури дослідження.....	36
Висновки до другого розділу	39
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ МАТЕМАТИЧНО-СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ТА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ У ОСІБ.....	40
3.1. Особливості досліджуваної вибірки за результатами опитування.	40
3.2. Результати кореляційного аналізу військової травми індивідуальним розвитком та соціальною адаптацією	42
Висновок до третього розділу	46
ВИСНОВКИ	47
Список використаних джерел	50

ВСТУП

Актуальність: Тема "Вплив травматичного стресу на соціальну адаптацію у цивільних осіб під час війни" є вкрай актуальною з огляду на сучасну ситуацію, зокрема російське повномасштабне вторгнення в Україну з 2022 року. Ця війна призвела до великої кількості травм та психологічного стресу цивільних осіб, що безпосередньо зазнали агресії або стали її свідками. Травматичний стрес може мати серйозний вплив на психологічний стан та функціонування постраждалих осіб. Це може включати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність, синдроми виснаження та інші психічні проблеми. Військова травма також може вплинути на індивідуальний розвиток особи, зокрема на її когнітивні, емоційні та соціальні навички.

Питання соціальної адаптації також є дуже важливими. Воєнні конфлікти можуть призводити до руйнування соціальної структури, зміни в суспільстві та створення нових соціальних умов. Це може ускладнити процес адаптації постраждалих осіб до нової реальності. Важливо вивчити, як військова травма впливає на соціальні взаємини, роботу, сімейне життя та інші аспекти соціального функціонування постраждалих осіб. Дослідження впливу військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію має важливе значення для розуміння та покращення допомоги цим особам.

Результати дослідження впливу військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію можуть мати практичне застосування в розробці імплементації психологічної та психотерапевтичної підтримки для цивільних осіб, які зазнали травматичних подій під час воєнного конфлікту.

Мета: полягає у дослідженні впливу військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію осіб, які безпосередньо зазнали агресії через війну. Основною метою є розкриття психологічних наслідків військової травми на різні аспекти життя постраждалих осіб,

зокрема їх психологічний стан, когнітивні та емоційні функції, соціальну взаємодію та адаптацію до нової реальності. Результати дослідження будуть сприяти покращенню розуміння впливу військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію, а також допоможуть у розробці ефективних психологічних та психотерапевтичних підходів для підтримки постраждалих осіб.

Завдання:

1. Вивчити наукову літературу та огляд публікацій, що стосуються впливу військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію, зокрема у цивільних осіб.
2. Розробити методологію дослідження, включаючи вибір методів збору даних та аналізу, а також визначення відповідних змінних для оцінки індивідуального розвитку та соціальної адаптації.
3. Зібрати емпіричні дані, провести експеримент або анкетування, залучивши та цивільних осіб, які зазнали військової травми.
4. Аналізувати отримані дані з використанням відповідних статистичних методів, щоб визначити вплив військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію.
5. Обґрунтувати результати дослідження і зробити висновки щодо впливу військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію у цивільних осіб.
6. *Запропонувати рекомендації* щодо психологічної та психотерапевтичної підтримки для поліпшення індивідуального розвитку та соціальної адаптації постраждалих осіб.

Об'єкт: Соціальна адаптація у цивільних осіб.

Предмет: Вплив травматичного стресу на соціальну адаптацію особистості під час війни.

Гіпотеза: Військова травма має негативний вплив на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію у цивільних осіб.

Контр гіпотеза: Військова травма не має суттєвого впливу на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію осіб

Методи дослідження: теоретичні-аналіз, синтез, узагальнення наукових матеріалів з проблематики дослідження, емпіричні- методи збору інформації (психодіагностичні методики), обробки (математично статистичні методи) та інтерпретації.

Емпірична база дослідження: 52 особи (26 чоловіків та 26 жінок) середнім віком 33,6 років.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ТА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ

1.1. Вплив травми на особистість

Український народ переживає складні часи. Події, що відбуваються на території України, викликають сильний стрес та емоції, призводять до психологічних травм серед населення. Одні віддали своє життя, захищаючи незалежність України, інші переживають за своїх дітей, братів і сестер, друзів, треті оплакують втрату близьких. Багато людей мимоволі стали свідками та учасниками людської трагедії. Окрім жертв, які зазнали фізичних ушкоджень, існують також невидимі жертви - ті, хто травмований обставинами, що виходять за межі їхнього особистого досвіду, тим, що вони пережили, побачили, почули або зробили. Коли люди стикаються зі складними ситуаціями і намагаються впоратися з ними, їхня усталена картина світу змінюється, і вони бачать себе в іншому світлі. Існує два шляхи виходу з таких ситуацій: подолання травми або злам духу чи життя.

Термін "травма" буквально означає "рана", "пошкодження" або "результат насильства". Тема "травми", що вивчається на фізіологічному, психологічному та соціальному рівнях, є прикордонною для багатьох дисциплін, включаючи соціологію, психологію, соціальну психологію, медицину та психіатрію. Теорії індивідуальної, колективної та культурної травми поширені в сучасних соціальних гуманітарних науках. У психологічній літературі травму розуміють як травму розуму, а не тіла. Це рана, спричинена емоційним потрясінням, достатньо сильним, щоб спотворити "наше сприйняття часу, себе і світу", що потім проявляється у вигляді сновидінь і спогадів.

Теорії психоаналізу (Зигмунд Фройд) зробили фундаментальний внесок у розуміння психологічних ран і розвиток уявлень про природу та

механізми впливу екстремальних переживань на людську особистість, а з 1994 року гіпотеза Фрейда про важливу роль суб'єктивних переживань катастроф не втратила своєї актуальності й донині. Була офіційно прийнята як частина підходу DSM до визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Найважливішим фактором розвитку синдрому є не зовнішнє втручання, а "емоційна реакція на нього".

Іншим важливим аспектом психоаналітичної теорії є її акцент на необхідності особистісного підходу до розуміння та лікування наслідків травми. Її значення для особистості людини визначається її індивідуальною історією розвитку, що виходить далеко за межі конкретних обставин. Психологічна травма - це переживання емоційно значущої негативної події, яка призводить до різного ступеня порушення нормального функціонування психіки людини. Тому в результаті переживання негативної травматичної події у людини формується спогад у вигляді травматичної пам'яті, яка поряд з іншими видами пам'яті має низку відмінностей.

Поняття травматичної пам'яті розглядається з двох точок зору:

1) Травматична пам'ять як негативний феномен, що має деструктивний вплив на особистість у вигляді ПТСР, депресії та неврозу, фрагментарності (відокремлюються частини травматичної пам'яті - сенсорна, моторна та емоційна), дезорганізації, дисоціації, перенасиченості емоціями, дисфункції когнітивної схеми та інших особливостей.

2) Травматична пам'ять - невід'ємна частина особистого досвіду, що є результатом переживання травматичної ситуації та її наслідків. У цьому випадку це поняття розглядається як психічний процес у межах норми.

Травматична пам'ять - це психічний процес, що складається з осмислених, інтелектуальних спогадів про травматичні події, результат відображення, зберігання та відтворення реорганізованого травматичного досвіду. Симптоми травми виникають в результаті формування травматичних спогадів як негативних явищ - дисонансу, що є наслідком порушення усталених моделей поведінки та мислення і вказують на

порушення нормальності соціального життя (дезінтеграція, витіснення, розлад). Симптоми культурної травми: аномія, криза ідентичності, криза легітимності, синдром незахищеності, культурне відставання тощо (наприклад, криза ідентичності свідчить про наявність культурної травми, оскільки соціокультурні поділи порушують колективну ідентичність) [3].

А. Шалев та співавтори розробили класифікацію, засновану на часових принципах:

а) претравматичні фактори (наприклад, наявність психічних розладів у сім'ї, стать, генетичні та нейроендокринні фактори, особливості особистості, рання травма);

б) власне травматичні фактори (інтенсивність стресорів, готовність та реакція на неочікувані події);

в) посттравматичні фактори (наприклад, тяжкість симптомів, наявність соціальної підтримки) [4].

Чинники, які сприяють реорганізації травматичних спогадів і, навпаки, сприяють їх трансформації в деструктивні явища, вивчалися багатьма вченими. Однією з класифікацій є поділ травмуючих факторів на три групи: інтенсивність травматичної ситуації, характеристики соціального середовища та індивідуальні якості людини. Приділяючи особливу увагу характеристикам соціального середовища та травматичної ситуації, Ю.В. Назаренко та ін. зазначають, що характеристики екстремальної ситуації (інтенсивність, раптовість, тривалість впливу) та підтримка оточуючих є важливими факторами виникнення психогенних розладів.

Вплив психологічної травми на поведінкову, емоційну та когнітивну сфери особистості та можливість виникнення дезадаптивної поведінки, психосоматичних та нервово-психічних розладів внаслідок травматичного стресу досліджували Ю. Александровський, Г. Нікіфоров та ін. Александровський, Г. Нікіфоров, В. Маріщук, В. Євдокимов, Н. Тарабріна, Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, О. Морозов, Л. Крижанівська [1; 3; 9-11].

Отже, тема психологічної травми досліджувалася багатьма авторами. Наразі в науковій літературі немає єдиної думки щодо цього питання.

Дослідники різних наукових шкіл трактують її по-різному. У психологічному словнику дається наступне визначення. "Психологічна травма або психічна травма - це пошкодження психічного здоров'я людини внаслідок інтенсивного впливу негативних факторів навколишнього середовища або гострого емоційного, стресового впливу інших людей на психіку". Таким чином, у цьому джерелі ці два поняття не відрізняються одне від одного.

Згідно з DSM (Американська психіатрична асоціація), травматична подія має місце, коли вона пов'язана зі смертю, загрозою смерті, серйозними травмами або іншими загрозами фізичній цілісності і може вплинути на людину безпосередньо або опосередковано через причетних до неї людей. Іноді, однак, травма може статися і через те, що незнайома людина стає свідком того, як комусь погрожують, завдають поранень або вбивають. Словник прикладних психологів дає визначення психологічної травми без урахування феномену свідку.

За даними словника психологічних термінів: Психологічна травма - це різноманітні ушкодження психіки, які порушують нормальний стан психіки, викликають психічні розлади, виступають причиною неврозів та інших захворювань. Наслідки і симптоми таких захворювань формуються в результаті слідів емоційних переживань, які мають сильний вплив на психіку, психічну діяльність і поведінку людини [5].

В.Д. Менделевич визначає психологічну травму наступним чином: психологічна травма - це глибоке психологічне переживання, яке зачіпає важливу сторону буття людини і є результатом життєвої події, яка зачіпає важливу сторону буття людини і призводить до глибокого психологічного переживання.

Г.К. Ушаков визначає психологічну травму як внутрішній психологічний конфлікт, який проявляється на ослабленій (зміненій)

фізичній основі, переважно у передхворих, схильних до психогенних явищ; Н.І. Козлов розрізняє поняття "психологічна травма" і "психологічна травма". Він пише, що психологічна травма - це ушкодження психіки (кимось або чимось) і виражене порушення її нормального функціонування (нездатність впізнавати близьких, розсіяність, невиразна мова, провали в пам'яті, нечіткість мислення). У разі психологічної травми психічне функціонування не порушується і зберігається здатність приймати правильні рішення, адаптуватися до ситуацій та успішно вирішувати проблеми. Н.І. Козлов нарікає на те, що поняття "психологічна травма" відсутнє в медичній літературі, а також на відсутність конкретних критеріїв психологічної травми.

Зигмунд Фрейд сформулював і переосмислив це поняття у своїх працях, спочатку як істерію, потім як невроз тривоги та військову травму. У його розумінні травми травмована людина не лише здивована чи шокована подією, але й здивована чи вражена самим феноменом травми. За Фрейдом, травма - це переживання, яке призводить до такого сильного стимулу, що його неможливо позбутися за короткий проміжок часу або нормально переробити, і призводить до довготривалої непрацездатності у вигляді втрати енергії. Витоки травми в основному пояснюють як результат психологічного конфлікту, що виникає внаслідок зіткнення двох сил: надмірно вираженого сексуального потягу і дуже насильницького відкидання сексуального потягу, тобто репресії. Травма як одна з причин неврозу - це часто випадкове переживання сексуального характеру, яке в даному випадку функціонує як сексуальна травма. Ідентифікація, діагностика та лікування психологічних травм є фундаментальним завданням психоаналізу [5].

Часто відновлення спогадів про травматичні події, такі як сексуальне насильство, військові інциденти, втрата близьких і випадкові зустрічі з фатальними ситуаціями (автомобільні аварії, авіакатастрофи). Перехід від опору і заперечення до переосмислення того, як травма впливає на розвиток, дозволяє оцінити важливість травми для розвитку. Травма на різних етапах

розвитку має різні наслідки, а ступінь травми змінюється залежно від стадії онтогенезу. Кожен віковий період потрібно аналізувати поетапно, і рекомендується починати з дитинства. Багато людей, які пережили травму в дитинстві, повідомляють, що не мають таких спогадів протягом багатьох років. У деяких випадках люди кажуть, що їхнє дитинство не було насиченим подіями. Однак часто жахливі спогади спливають під час психотерапії з приводу проблеми, яка безпосередньо не пов'язана з жорстоким поведінням або насильством.

За словами одного з авторів, ці спогади були витіснені з несвідомого протягом багатьох років, тому що вони були нестерпні для переживання. Лише завдяки психотерапії та іншим позитивним факторам ці спогади вийшли на поверхню. За цих умов люди здатні впоратися з цими жахливими спогадами. На жаль, інцест і сексуальне насильство над дітьми є набагато більш поширеними, ніж люди думають. Такі спогади зберігаються в пам'яті протягом тривалого часу і можуть виникати у відповідь на певні подразники (тригери), такі як запахи, смаки продуктів, кольори, звуки тощо, які нагадують людям про їхнє дитинство або травматичні моменти.

У людей, які пережили дитячу травму, можуть розвиватися такі розлади, як розлади харчової поведінки, нездатність формувати близькі стосунки та різні фобії. Однак слід визнати, що кожен з цих розладів має інші причини, не пов'язані з пережитим насильством [6]. Тому наявність цих симптомів ніколи не можна вважати беззаперечним доказом жорстокого поведіння або насильства. Такі "спогади" можуть свідчити про те, що психологічні проблеми пацієнта можна виявити лише за допомогою психотерапевта, який щиро вірить, що в їх основі лежить насильство в минулому. Терапевти зазвичай вважають, що ці проблеми можна вирішити лише тоді, коли людина не уникає їх і відновлює давно приховані спогади [7]. Однак так звані спогади можуть бути викликані під час терапії, і терапевти повинні усвідомлювати можливість "створення" спогадів. Атмосфера терапевтичної сесії може несвідомо призвести до "спогадів", які

терапевт очікує створити. Деякі, а можливо, і багато з цих спогадів, можливо, були створені в результаті більш пізніх життєвих подій, але вони дають можливість ізолювати людину і повернути її до моменту травми. Ці шари спогадів можна просіяти лише делікатно і поступово, привертаючи увагу клієнта і ретельно керуючи ним.

Роботи Л.С. Виготського розкривають глибинний сенс і значення травми не тільки як негативного досвіду, але і як можливості творчого самовираження. На нашу думку, автори, які говорять про недосконалість, дають важливий матеріал для вирішення проблем, пов'язаних з можливостями, які набуває людина в результаті потрапляння в поле свідомості травматичного досвіду. З одного боку, травма - це недолік, обмеження, слабкість, яка на певний час призводить до зниження розвитку. З іншого боку, саме тому, що травма важка, вона сприяє збільшенню прогресу, інтенсифікації [4]. Звичайно, травма є болючою для людей. З іншого боку, травма також може бути стимулом для розвитку компенсацій. Тому динамічне дослідження не повинно обмежуватися визначенням обсягу і тяжкості дефекту, а обов'язково має враховувати компенсаторні альтернативи, тобто надбудови, які врівноважують процес у розвитку і поведінці.

В. Штерн звернув увагу на подвійну роль дефекту, який слід розглядати як стимул для розвитку дефектної людини. Подібно до того, як здатність людини з вадами зору розрізняти на дотик є компенсаторною не через реальне збільшення нейронної стимуляції, а через тренування в спостереженні, оцінці та осмисленні відмінностей, так і в сфері психологічного функціонування низька цінність однієї здатності може бути повністю або частково компенсована сильним розвитком іншої здатності. Завдяки цілісності особистості інша здатність перебирає на себе продуктивність раніше ураженої здатності. Таким чином, до травми можна застосувати закон компенсації, який Т. Лігоя вважав фундаментальним законом психічного життя. Коли психічна подія переривається або

блокується, коли виникають перебої, затримки або перешкоди, відбувається "повінь", тобто збільшення психічної енергії, а перешкода діє як гребля. Ліппс назвав цей закон законом психічних дамб (Stauung). Енергія концентрується в точці, де процес стикається із затримкою, яку можна подолати або обійти. Таким чином, формується новий процес, який замінює процес, затриманий дамбою (Т. Ліппс, 1907).

Коли органи не можуть повноцінно виконувати свою роль через морфологічні або функціональні дефекти, центральна нервова система і психічний апарат людини беруть на себе завдання компенсувати порушену функцію. Вони намагаються побудувати психологічну надбудову над менш цінними органами і функціями, роблячи їх вразливими і загрозливими для організму. Перед обличчям зовнішнього середовища виникають конфлікти, оскільки неадекватні органи і функції вступають у протиріччя з поставленим завданням, що призводить до підвищеного ризику захворювання і смерті.

Ці ж конфлікти збільшують можливості та стимули для компенсації та надкомпенсації. Таким чином, травма є відправною точкою і головною рушійною силою психологічного розвитку особистості. Травма несвідомо визначає кінцеву цільову точку, до якої спрямований розвиток усіх психічних здібностей, і спрямовує процес зростання і розвитку особистості. Травма інтенсифікує тенденції розвитку і сприяє вищому розвитку явищ психічного передбачення і прогнозування та його активних елементів (пам'яті, уваги, інтуїції, чутливості, інтересу до мови, всього, що забезпечує психологічний момент) (А. Адлер, 1928). Разом з травмою людина отримує сили, нахили і бажання подолати або виправити травму. Вони призводять до творчих, нескінченно різноманітних, а іноді і вкрай химерних форм розвитку, які не дорівнюють і не схожі на ті, що спостерігаються при типовому (нормативному) розвитку.

Фундаментальний психологічний закон діалектичної трансформації почуття неповноцінності в результаті травми призводить, через суб'єктивність почуття неповноцінності, до психічного прагнення до

компенсації або надкомпенсації (1927, с. 57). Вчення про компенсацію розкриває творчий характер розвитку на цьому шляху. Витоки таланту частково пов'язували з цією доктриною такі психологи, як В. Штерн та А. Адлер. "Те, що не руйнує мене, робить мене сильним", - так сформулював цю ідею В. Штерн: "і завдяки компенсації сила народжується зі слабкості, талант - з дефекту" (В. Штерн, 1923, с. 145).

Було б помилкою думати, що процес компенсації завжди призводить до везіння чи успіху, а талант складається з недосконалостей. Як і будь-який процес подолання і боротьби, процес компенсації має два крайні результати - перемогу і поразку - і є всі можливості перейти від одного полюса до іншого. Результат залежить від багатьох факторів, але головним чином від співвідношення між розміром дефіциту і багатством компенсаційного фонду. Але яким би не був результат компенсації, завжди і за будь-яких обставин в основі розвитку, ускладненого дефіцитом, лежить реорганізація всіх функцій для адаптації, створення нової надбудови, модифікація і врівноваження процесів, викликаних дефіцитом, прокладання нових директивних шляхів розвитку, створення і реорганізація особистості.

1.2. Поняття травматичного стресу та його вплив на індивідуальний розвиток особистості

Сьогодні ми є свідками широкомасштабної війни, розв'язаної Російською Федерацією проти України - нової епохи існування людства в глобалізованому світі. Останніми роками війна як соціально-психологічний феномен стала предметом аналізу великої кількості вітчизняних та зарубіжних науковців. Збройний конфлікт розділяє політиків і громадянське суспільство, цілі родини та окремих людей. Учасники освітнього процесу перебувають у стресовому середовищі та переживають певні кризи. Це є перешкодою для безперервного забезпечення якості освіти.

Ризик хронічної травми значно зростає, коли протягом певного періоду часу відбувається кілька травматичних подій, опосередкованих тривалим впливом війни або бойових дій. Таким чином, на тлі травматичних подій і стресів, пережитих окремими особами і групами, постає питання надання психологічної адаптаційної підтримки та створення сприятливих умов для досягнення високого рівня якості життя. Стрес різної інтенсивності та тривалості може по-різному впливати на людину, мати як позитивний, так і негативний вплив на організм і здоров'я. Найважливіше те, що наслідки стресу неминуче поширюються на наступне покоління. Жертви "інвестують" свій травмований образ у своїх дітей, а діти стають носіями образу травмованих батьків [8, с.148-152].

Травматичний стрес - це особлива форма загальної стресової реакції, яка перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини. При цьому стрес може бути травматичним для людини і спричинити психологічну травму [9, с. 25]. Симптомокомплекс, який спостерігається у людей, що пережили травматичний стрес, називається "посттравматичним стресовим розладом" або ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Діагностичні критерії цього розладу визначені в Національному діагностичному і

статистичному посібнику з психічних розладів США, який використовується і сьогодні; з 1994 року розроблені європейські діагностичні критерії в МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Травм і причин смерті - МКХ-10), що включає ці критерії [10, с. 374-382].

Дослідники, які вивчають причини ПТСР, не дійшли єдиної думки щодо того, чому в одних людей розвивається ПТСР, а в інших - ні. Люди, які пережили травму, можуть розвинути ПТСР, незалежно від віку. Це стосується ветеранів війни, а також людей, які пережили або стали свідками фізичного чи сексуального насильства, жорстокого поводження, нещасних випадків, стихійних лих, військових конфліктів та інших шокуючих подій. Генетика, нейробіологія, фактори ризику та особистісні риси впливають на розвиток ПТСР після травматичних подій.

Психологія виділяє три групи симптомів ПТСР [9, с. 47]:

1. Симптоми повторного переживання: повторення нав'язливих негативних спогадів, пов'язаних з подією, повторення негативних снів, пов'язаних з подією, раптові образи та відчуття, схожі на травму або такі, що її символізують (флешбек);
2. Інтенсивний психологічний стрес під час події;
3. Симптоми уникнення: уникнення думок і почуттів, пов'язаних з подією, уникнення діяльності, пов'язаної з подією, нездатність пригадати деталі події, зниження інтересу до раніше важливих видів діяльності, відчуття відчуженості від інших, відчуження, збіднення почуттів, відсутність орієнтації на майбутнє;
4. Симптоми підвищеного збудження: труднощі із засинанням, безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, роздратованість, вибухонебезпечні реакції, фізіологічні реакції на події, що символізують травму, або подібні до неї.

Відповідні підходи до подолання посттравматичного стресу можуть включати психотерапію та фармакотерапію, наприклад:

- Когнітивно-поведінкова терапія - це розмовна терапія, яка може допомогти людям змінити свої думки про ПТСР, відчувати себе краще і змінити свою поведінку.

- Експозиційна терапія має на меті встановити контакт з тригерами стресу, що може допомогти вам розпізнати їх у вашому житті та знайти способи реагувати на них більш спокійно;

- Десенсибілізація та переробка рухами очей, яка використовує рухи очей, щоб допомогти мозку обробити спогади про травму та поступово зменшити ПТСР Техніки, які допомагають зменшити інтенсивність емоцій, які людина відчуває у відповідь на травматичні спогади, та сприяють вирішенню травми.

- Медикаментозне лікування - антидепресанти та заспокійливі препарати (анксіолітики) можна використовувати для лікування ПТСР і тривожних розладів.

Однак їх повинен призначати лише лікар, так само як і тривалість та режим застосування [11, с. 241-245].

Дослідження впливу різних видів травматичних подій на особистість в умовах бойових дій вказують на необхідність залучення професіоналів для надання висококваліфікованої психологічної допомоги з урахуванням специфіки кризової події та індивідуальних проявів кризової ситуації, в якій опинилася людина, що пережила бойові дії. Враховуючи масштаби руйнівного впливу психологічної травми на осіб різного віку, необхідна організація мультидисциплінарного системного підходу до консультування та лікування в кризових ситуаціях, що включає комплексну соціально-психологічну, соціально-педагогічну, медичну та психологічну допомогу.

1.3. Психологічна та соціальна адаптація людей травмованих в умовах війни

Війна в 21-му столітті пов'язана з меншою прямою смертністю, але з довгостроковими наслідками для психічного здоров'я. Вплив війни відчувають не лише учасники та ветерани цих конфліктів, але значною мірою й цивільне населення [12]. Обстріли цивільних приміщень, таких як церкви, мечеті, торгові центри, школи, університетські містечка та ринки, є звичайним явищем. З цієї причини кількість загиблих серед цивільного населення, як правило, набагато перевищує смертність серед солдат [13]. Травматичний досвід війни серед цивільного населення варіюється від ув'язнення в таборах, переміщення, примусового розлучення з родиною, включно з розлученням батьків з дітьми, фізичних тортур і свідків надзвичайного насильства [14]. У той час як діючий військовий персонал зазвичай проходить напружений процес відбору та навчання стійкості, цивільні особи в зоні бойових дій або як біженці та шукачі притулку піддаються більшому ризику несприятливих наслідків для психічного здоров'я [15]. Кілька систематичних оглядів узагальнили обширну літературу про вплив війни на психічне здоров'я різних підгруп населення, включаючи дітей, дорослих, тих, хто пережив торттури, неповнолітніх без супроводу та біженців, які оселилися в таборах або переселені в країни з високим рівнем доходу [16].

Загалом дані систематичних оглядів свідчать про те, що цивільні особи, які зазнали війни, відчувають вищий рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, зловживання психоактивними речовинами, самогубства та підвищені рівні фізичного здоров'я та інвалідності. Окрім прямих наслідків війни, цивільне населення також відчуває проблеми переміщення, пов'язані з воєнним конфліктом. Хоча це тягне за собою відхід від безпосередньої небезпеки, подорожі у вигнання часто є небезпечними та

створюють серйозні ризики для безпеки. Переміщені внаслідок війни цивільні особи змушені боротися зі стресовими факторами після міграції, включаючи безробіття, бідність, відсутність продовольчої безпеки, соціальну ізоляцію та житлові труднощі [17]. Бідність і безробіття можуть призвести до соціальної маргіналізації та стигматизації біженців у приймаючих країнах, практики експлуатації праці та їхньої залежності від гуманітарної допомоги, що може бути емоційно принизливим. Крім того, існує більша ймовірність передачі цього досвіду через покоління, а це означає, що наслідки війни можуть тривати десятиліттями [18]. Отже, розуміння каналів, через які війни та збройні конфлікти можуть увічнити несприятливі наслідки, є обов'язковим для формулювання інтегрованих втручань і політики щодо психічного здоров'я. Важливим є врахування психопатологічних наслідків війни.

У сфері військових конфліктів та техногенних катастроф постраждали завжди стикаються з багатьма викликами та проблемами з точки зору подальшої психологічної та соціальної адаптації. Дослідження на основі реальних кейсів виявили шляхи подолання вищезазначених ситуацій, пов'язаних з реабілітацією та адаптацією, на основі міжнародного досвіду та наукових рекомендацій, особливо в контексті посттравматичного стресового розладу, втрати близьких, відновлення соціального функціонування та взаємодії з громадою.

Найскладнішою є психосоціальна реабілітація дітей, які зазнали віктимізації, були окуповані або захоплені в полон, насильно розлучені з батьками та вивезені на територію ворога під час конфлікту або на власній території. Такі діти потребують особливої уваги та чутливості, включаючи психологічну підтримку, ігрову терапію, розвиток соціальних навичок та академічне відновлення. Завжди слід шукати ефективні підходи та інструменти для психосоціальної реабілітації, особливо під час військових конфліктів і техногенних катастроф, з метою відновлення психічного здоров'я, соціальної згуртованості та нормального дитинства постраждалих

дітей. Слід також враховувати час проведення відповідних заходів, тобто чи повинні вони відбуватися до або після трагедії, спричиненої військовими діями або техногенними змінами [19].

Психологи та соціальні працівники відіграють особливо важливу роль у реабілітації жертв війни та глобальних катастроф. Важливість надання професійної підтримки, оцінки психосоціальних потреб і розробки індивідуальних планів реабілітації для постраждалих слід завжди брати до уваги [20]. Слід також ретельно розглянути різні методи і підходи, які психологи і соціальні працівники можуть використовувати для поліпшення психологічної та соціальної адаптації постраждалих, такі як індивідуальна і групова терапія, психосоціальна підтримка, робота з сім'єю, правова допомога і розвиток ресурсів громади. Зрозуміло, що програма реабілітації повинна також враховувати індивідуальність кожної людини, включаючи вік, стать і стан здоров'я. Державний сектор і неурядові організації також мають відігравати важливу роль у реабілітації жертв військових конфліктів і техногенних катастроф.

Слід визнати важливість створення мережі неурядових організацій, які надають психологічну та соціальну підтримку постраждалим, сприяють соціальній інтеграції, відновленню нормального життя та захисту їхніх прав. Використання різних форм допомоги, яку можуть надавати НУО, включає психологічну підтримку, правову допомогу, соціальне консультування, організацію реабілітаційних заходів і програм, а також вплив на громадську думку у створенні дружнього і сприятливого середовища для постраждалих від військових конфліктів і техногенних катастроф [21].

Зрозуміло, що важливість реалізації комплексного підходу до реабілітації постраждалих вимагає комплексного підходу, що включає національні програми та мережі, відповідне обладнання, експертів, фінансову підтримку, установи та заклади, тобто фізичну, психологічну, соціальну та правову підтримку.

Одним із методів реабілітації є тренінги. Проведення тренінгів щодо психологічної та психотерапевтичної підтримки для поліпшення індивідуального розвитку та соціальної адаптації у цивільних осіб під час війни має мету та переваги:

1 Подолання стресу та травматичних досвідів: Війна може призвести до серйозних стресових ситуацій і травматичних досвідів, які впливають на психологічне благополуччя людей. Тренінги психологічної підтримки надають учасникам інструменти для ефективного управління стресом, подолання травматичних досвідів і відновлення психологічної рівноваги.

2 Покращення саморозвитку: Тренінги надають можливість учасникам пізнавати себе краще, розуміти свої емоції, мотивації та потреби. Вони навчають навичкам саморегуляції, розвитку позитивного мислення та підвищенню самосвідомості. Це сприяє особистісному зростанню, покращенню самооцінки та відчуттю контролю над власним життям.

3 Зміцнення соціальної адаптації: Війна часто порушує соціальну структуру та взаємини в суспільстві. Тренінги психологічної підтримки допомагають учасникам розвивати навички комунікації, співпраці та розв'язання конфліктів. Вони також сприяють покращенню взаємин з оточуючими, збільшенню емпатії та розумінню інших людей.

Прикладу тренінгу:

Назва тренінгу: "Зміцнення психологічного благополуччя: Розвиток і адаптація в умовах війни"

Тривалість: 2-3 дні (може бути призначений в розширеному форматі залежно від потреб)

Мета тренінгу:

- Забезпечити учасникам знання та навички для кращого розуміння та управління своїми емоціями під час війни.
- Підтримати індивідуальний розвиток учасників, допомагаючи їм знайти внутрішні ресурси для подолання стресу та травматичних досвідів.

- Надати стратегії соціальної адаптації та зміцнення взаємин з оточуючими.

Опис тренінгу:

1 Вступна сесія (1 година):

- Представлення тренера та учасників.
- Визначення мети та очікувань від тренінгу.
- Огляд тем, які будуть розглянуті під час тренінгу.

2 Модуль 1: Розуміння психологічних реакцій на війну (2 години):

- Перегляд основних психологічних реакцій, що можуть виникати в умовах війни, таких як стрес, тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад.

- Обговорення нормальних реакцій та шляхів їх подолання.
- Вплив війни на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію.

3 Модуль 2: Стратегії саморегуляції та стрес-менеджменту (3 години):

- Введення в основні стратегії саморегуляції, такі як глибоке дихання, релаксація, медитація та міндфулнес.

- Навчання технік стрес-менеджменту, включаючи управління часом, планування, встановлення пріоритетів та розслабляючі вправи.

- Розгляд зв'язку між фізичним та психічним здоров'ям і важливість здорового способу життя.

4 Модуль 3: Розвиток психологічних ресурсів (2 години):

- Вивчення стратегій посилення психологічних ресурсів, таких як позитивне мислення, самоаналіз, розвиток самосвідомості та самовизначення.

- Розгляд внутрішніх сильних сторін, талантів та цінностей учасників.
- Робота з особистими цілями та плануванням для індивідуального розвитку.

5 Модуль 4: Соціальна адаптація та взаємини (3 години):

- Розгляд викликів соціальної адаптації та шляхів їх подолання.

- Тренування комунікативних навичок, включаючи емпатію, слухання та вираження почуттів.

- Впровадження ролевих ігор та ситуаційного моделювання для покращення взаємин з оточуючими.

6 Заключна сесія (1 година):

- Підбиття підсумків тренінгу та обговорення досягнутих результатів.
- Надання ресурсів та інструментів для подальшої самостійної роботи над індивідуальним розвитком та соціальною адаптацією.

- Заклик до спільної підтримки та розвитку групи, можливість обміну контактами та підтримки один одного.

Додатково можуть бути надані індивідуальні консультації та підтримка після тренінгу, які дозволять учасникам продовжити процес саморозвитку та отримати індивідуальну психологічну підтримку.

Важливо зазначити, що тренінг повинен проводитися в надійній, конфіденційній та безпечній атмосфері. Також слід враховувати потреби та особливості учасників, забезпечуючи культурну чутливість, урахування можливих травматичних досвідів та надання додаткової підтримки у разі потреби.

Цей тренінг має на меті надати учасникам необхідні знання, навички та ресурси для зміцнення психологічного благополуччя, підтримки індивідуального розвитку та полегшення соціальної адаптації в умовах війни. Залучення кваліфікованого психолога або психотерапевта для проведення тренінгу може бути важливим для забезпечення якісної підтримки та надання експертної інформації.

Висновки до першого розділу

Отже, ми провели теоретичний аналіз проблематики військової травми як чинника впливу на соціальну адаптацію та індивідуальний розвиток особистості. Було встановлено, що фактор травматизації має біполярну ресурсну модель: у залежності від індивідуально-психологічних особливостей людини та зовнішніх обставин травма може як бути джерелом розвитку так і джерелом розвитку психічного розладу.

Нерідким є розвиток ПТСР як форми дезадаптивного реагування на травму. Даний розклад потребує як превентивних мір для попередження появи ускладнень, так і грамотної професійної терапевтичної допомоги. У випадку ресурсного подолання травми, людина розвиває у собі компенсаторні риси та поведінкові прояви.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним розладом, який може розвинутися у людей, які пережили травматичні події. Причини розвитку ПТСР ще не повністю зрозумілі, але генетика, нейробіологія, фактори ризику та особистісні риси впливають на його розвиток. Симптоми ПТСР включають повторне переживання травматичної події, інтенсивний психологічний стрес, уникнення пов'язаних з подією думок та почуттів, а також симптоми підвищеного збудження. Подолання ПТСР може включати різні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, експозиційна терапія, десенсибілізація та переробка рухами очей, а також медикаментозне лікування.

Соціальна адаптація найбільш гостро відчувається у переміщених осіб, що переїхали з рідних міст у зв'язку з війною. Цивільні особи, що зазнали війни, відчувають вищий рівень посттравматичного стресового розладу, депресії, зловживання психоактивними речовинами та інші проблеми. Психологи та соціальні працівники відіграють важливу роль у реабілітації та соціальній адаптації постраждалих, зокрема дітей, через використання різних підходів та програм підтримки. Неурядові організації також мають велике

значення у наданні психологічної та соціальної підтримки та захисту прав жертв війни. У таких людей виникає проблема професійної переорієнтації, культурної асиміляції та міжособистісної кризи. Дана група є чутливою у плані травматизації та механізмів адаптації.

Для подолання травми було запропоновано один із методів відновлення — тренінг. Він допомагає в подолання напруження та травматичних досвідів: Тренінги після травм надають учасникам набір інструментів, які допомагають ефективно управляти стресом, подолати травматичні досвіди та відновити психологічну стійкість. Учасники отримують можливість оглянути основні психологічні реакції, такі як стрес, тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад, і навчитися ефективно керувати ними. Розвиває особистість: Тренінги після травм надають учасникам можливість краще пізнати себе, зрозуміти свої емоції, мотивацію та потреби. Вони вчаться навичкам саморегуляції, розвитку позитивного мислення та підвищенню свідомості про себе. Це сприяє особистісному зростанню, підвищенню самооцінки та відчуттю контролю над власним життям. Зміцнюють соціальну адаптацію: Тренінги сприяють зміцненню соціальної адаптації учасників шляхом розвитку навичок комунікації, співпраці та розв'язання конфліктів. Учасники навчаються ефективно спілкуватися з іншими людьми, розуміти соціальні норми та побудову позитивних взаємин. Вони отримують навички співпраці та вирішення конфліктів, що сприяє збереженню гармонійних відносин з оточуючими людьми.

РОЗДІЛ 2. ОРГІНАЗЦІЯ, МЕТОДИ ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ТА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ У ОСІБ

2.1. Обґрунтування методів емпіричного дослідження

З огляду на поставлені задачі та аналізу публікацій зі сучасними дослідженнями було обрано чотири методики, які допоможуть встановити досліджувані явище повноцінно з різних її боків. До переліку використаних методик входять: «Експрес-опитувач ознак ПТСР» (ED PTSD), «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) «Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості» (К. Роджерс, Р. Даймонд), «Європейський опитувальник оцінки якості життя» (EQ-5D).

Таблиця 2.1. Операційна модель дослідження

№ методики	Назва методики	Зміст методики	Шкали
I	«Експрес-опитувач ознак ПТСР»	<i>Методика спрямовано виявлення ознак ПТСР з урахуванням критеріїв DSM-IV.</i>	-Ознаки ПТСР
II	«Шкала оцінки впливу травматичної події»	<i>Методика призначена для діагностики особливостей емоційних переживань</i>	-Вторгнення -Уникання -Фізіологічна збудливість

		<i>людей, які перенесли тяжкі стресові ситуації.</i>	
III	«Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості»	<i>Методика призначена для діагностики пристосованості людини до умов взаємодії з навколишніми людьми в системі міжособистісних відносин.</i>	-Адаптація -Прийняття інших -Інтернальність -Самосприйняття -Емоційна комфортність -Прагнення домінування
IV	«Європейський опитувальник оцінки якості життя»	<i>Даний опитувальник призначений для вивчення якості життя пацієнтів та здорових людей.</i>	-Пересування у просторі -Самообслуговування -Повсякденна активність -Біль та дискомфорт -Тривога та депресія

I. «Експрес-опитувач ознак ПТСР»

Ця експрес-методика була розроблена для населення після участі в надзвичайній ситуації, пов'язаній з реальною та значною загрозою.

Вона розроблена для визначення наявності та вираженості симптомів ПТСР.

Ця експрес-методика може бути використана не тільки для підтвердження наявності або відсутності симптомів ПТСР, але й для розробки необхідних контрзаходів.

Психокорекційні заходи для людей, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в даний час розуміється як психологічні та медичні наслідки впливу психогенних факторів, пов'язаних зі значною загрозою, і об'єднує групу нервово-психічних розладів, що характеризуються переважно переважанням невротичних розладів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який зазвичай розвивається як відстрочена реакція протягом року

ПТСР розвивається, як правило, у людей, які пережили реальну і значну загрозу (загрозу життю або здоров'ю), наприклад, у людей, які брали участь у регіональній війні або збройному конфлікті, які опинилися в центрі екологічної або техногенної катастрофи, або які зазнали сексуального насильства або масових нападів. З деякими застереженнями ПТСР можна визнати проявом розладу адаптації у людей, які постраждали від надзвичайних ситуацій.

Критерії посттравматичного стресового розладу за DSM-IV:

A. Індивід перебував під впливом травмуючої події, причому повинні виконуватися обидва наведені нижче пункти:

1. Індивід був учасником, свідком чи зіткнувся з подією (подіями), які включають смерть, чи загрозу смерті, чи загрозу серйозних ушкоджень, чи загрозу фізичної цілісності інших (або власної).

2. Реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

B. Травматична подія наполегливо повторюється у переживанні одним (або більше) з таких способів.

1. Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприйнятів, що викликає важкі емоційні переживання.

2. Тяжкі сни, що повторюються, про подію.

3. Такі дії чи відчуття, якби травматична подія відбувалося знову (включає відчуття "оживлення" досвіду, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди - флешбек-ефекти, у тому числі ті, які з'являються у стані інтоксикації або у просонковому стані).

Примітка: у дітей може з'являтися специфічна для травми поведінка, що повторюється.

4. Інтенсивні тяжкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

C. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, та "заціпеніння" (numbing) - блокування емоційних реакцій (не спостерігалось до травми). Визначається за наявності трьох (або більше) з наведених нижче особливостей.

1. Зусилля щодо уникнення думок, почуттів чи розмов, пов'язаних із травмою.

2. Зусилля щодо уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму.

3. Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

4. Почуття відстороненості чи отделейности з інших людей.

5. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття кохання) .

6. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, очікувань з приводу кар'єри, одруження, народження дітей, життя на довгі роки).

D. Постійні симптоми зростаючого збудження (які не спостерігалися до травми). Визначаються за наявності принаймні двох із перелічених нижче симптомів.

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Подразливість або спалахи гніву.
 3. Труднощі з зосередженням уваги.
 4. Підвищений рівень настороженості, надпильний стан постійного очікування загрози.
 5. Гіпертрофована реакція переляку.
- Е. Тривалість перебігу розладу (симптоми в умовах В, С та D) понад 1 місяць.
- Ф. Розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

II. «Шкала оцінки впливу травматичної події»

Для перевірки надійності Шкала впливу травматичних подій (IES-R) та її субшкал були використані всі дані вибірки здорових людей, професіоналів, які працюють у професіях з постійним ризиком для здоров'я та життя, а також людей, які потенційно піддаються впливу травматичних подій (ветерани війни в Афганістані, особи, які пережили аварію на Чорнобильській АЕС, біженці). Надійність методики визначалася шляхом ділення стандартизованого показника а тесту Кронбаха на два. Російськомовна версія Шкала оцінки впливу травматичної події має досить високу надійність.

При впливі екстремальних стресових факторів ПТСР проявляється у трьох констеляціях: відхід, уникнення та гіперактивність.

I. Інтрузія. Невідступне переживання травматичної події, що виступає в одній з таких форм:

1. нав'язливі дистресуючі спогади травмуючих подій;
2. кошмарні сновидіння, що періодично повторюються;
3. несподівані відчуття прямого повернення травматичних подій та повторного їхнього переживання (ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди), що виникають у стані як неспанья, так і сп'яніння;

4.інтенсивний психологічний дистрес під впливом обставин, що символізують пережиті травматичні події та їх окремі аспекти, або які мають подібність (наприклад, річниця травми).

II. Уникнення. Наполегливе уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, що супроводжується емоційним збіднінням, почуттям байдужості до інших людей. Проявляється принаймні трьома з наступних видів розладів:

1. усвідомлені зусилля уникати думок чи почуттів, пов'язаних із травмою;

2. спроби уникати будь-яких дій чи ситуацій, здатних стимулювати спогади про травму;

3.нездатність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія);

4.зниження інтересу до раніше значимим даної людини видам активності;

5. почуття відчуження до оточуючих:

6.зниження здатності до співпереживання та душевної близькості з іншими

7.відчуття "укороченого майбутнього" (невпевненість у майбутній кар'єрі, можливостях одруження та сімейного життя, у самій тривалості життя).

III. Гіперактивність, що виступає принаймні у двох з нижченаведених моментів:

1.трудність засинання чи поверхневий сон;

2.підвищена дратівливість чи спалахи гніву;

3.проблеми з концентрацією уваги;

4.підвищена пильність;

5.надлишкова реакція на раптові подразники;

6.підвищений рівень фізіологічної реактивності на обставини, що символізують травматичну подію або нагадують найбільш суттєві її аспекти.

Діагностичні шкали методики:

I. Вторгнення - тенденція пам'ятати про травматичну подію (ситуацію) і повторно переживати все, що сталося, з високою інтенсивністю. Думки настільки зосереджені на тому, що сталося, що неможливо відвернути увагу або переключитися на щось інше. Конкретна картина події може раптово, ніби проти волі, спливати в пам'яті, супроводжуючись нестерпно важкими переживаннями ситуації.

II. Уникнення - людина зосереджується на тому, щоб уникати всього, що нагадує їй про те, що сталося, ні з ким не говорити про це, не думати про це, видалити травматичну подію або досвід зі своєї пам'яті і не дозволяти йому засмучувати себе. III. відчуття, що все, що з ними сталося, насправді не відбувалося або що все, що відбувалося в той час, було нереальним.

III. Фізіологічна збудливість - схильність відчувати неприємні фізичні відчуття (наприклад, пітливість, задишку, нудоту, прискорене серцебиття) в ситуаціях, які більшою чи меншою мірою нагадують пережиті події. Дратівливість, внутрішнє напруження, нездатність зосередитися, коли це необхідно, настороженість, очікування чогось поганого. Схильність поводитися або відчувати себе так, ніби ви все ще перебуваєте в ситуації.

III. «Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості»

Соціально-психологічна адаптація залежить від здатності людини орієнтуватися в соціальних ситуаціях, правильно розпізнавати особистісні особливості та емоційні стани інших людей, обирати адекватні способи взаємодії з ними та застосовувати ці способи під час взаємодії.

Адаптивність означає, що цілі та цінності людини узгоджуються з результатами, досягнутими під час діяльності. Наміри людини зазвичай узгоджуються з її діями, плани - з їх реалізацією, а мотивація до дії - з її результатами. Слід зазначити, що неузгодженість може бути як негативною, так і позитивною. Існування суперечливих відносин між цілями і результатами може бути джерелом динаміки діяльності, її реалізації та розвитку.

Результати тесту оцінюються за 13 основними індикаторами та шістьма додатковими індикаторами. Кожен первинний індикатор поділяється на три зони: низькі, середні та високі бали. Інтегральні показники відображають співвідношення суперечливих тенденцій (наприклад, адаптивна - дезадаптивна).

Середнє значення інтегрального показника становить 50 балів. У цій комп'ютерній версії використовуються критерії інтерпретації, де бали до 40 є низькими, бали від 40 до 60 - середніми, а бали вище 60 - високими. Текст автоматичної інтерпретації був розроблений з урахуванням значень первинної шкали. Це пов'язано з тим, що якщо однакове значення інтегрального індикатора отримано з різними значеннями первинної шкали (низьким, середнім і високим), то воно показуватиме лише поширення певної тенденції.

IV. «Європейський опитувальник оцінки якості життя»

Опитувальник EQ-5D-3L оцінює стан здоров'я за п'ятьма елементами: мобільність, повсякденна активність, біль/дискомфорт та тривога/депресія.

Кожен компонент EQ-5D-3L поділяється на три рівні відповідно до вираженості показника (відсутність проблеми, незначна проблема, значна проблема); поєднання рівнів п'яти компонентів дає 243 типи "стану здоров'я". Наприклад, якщо людина не має проблем з "мобільністю", "самообслуговуванням" та "повсякденною діяльністю" і має незначні проблеми з "болем і дискомфортом" та "тривогою і депресією", то наступний параметр, що характеризує кожен з п'яти компонентів -11122 - ідентифікує це як унікальну варіацію "стану здоров'я" за повною класифікацією EQ-5D Один з варіантів у таблиці нижче - це варіант, що відповідає смерті.

Дані для опитувальника EQ-5D збираються шляхом заповнення респондентом анкети. Опитувальник простий у використанні. Зазвичай її заповнення займає близько однієї хвилини.

Крім оцінки змін у стані здоров'я окремих груп пацієнтів, популяційні дослідження можуть також використовуватися для оцінки ефективності конкретних програм лікування.

Отримання інформації про якість життя пацієнтів до і після лікування, а потім порівняння її з популяційними нормами дозволяє стандартизувати оцінку ефективності лікування.

Дані про результати лікування, що базуються на показниках якості життя пацієнтів, можуть бути використані для оцінки загальної якості медичної допомоги та порівняння умов госпіталізації і лікування в різних медичних закладах. Існують докази того, що EQ-5D можна використовувати для моніторингу стану здоров'я пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги.

Опитувальник є перспективним для рутинного використання лікарями загальної практики. Отримані дані можуть бути використані для різних цілей, включаючи індивідуальний моніторинг та виявлення відмінностей між групами пацієнтів.

Звітність служб первинної медичної допомоги з використанням даних EQ-5D може допомогти виявити прогалини в роботі та розробити заходи для покращення організації надання первинної медичної допомоги.

Показники смертності та часу очікування госпіталізації наразі не можуть розглядатися як остаточне мірило ефективності роботи різних структур охорони здоров'я. Поява простих та інформативних підходів до оцінки якості життя пацієнтів підтверджує цей факт. Оцінка ефективності систем охорони здоров'я з точки зору пацієнта видається реалістичним очікуванням сьогодення.

EQ-5D-3L - це система опису, пов'язана зі здоров'ям, що складається з наступних п'яти вимірів

Вона складається з п'яти вимірів (мобільність, самообслуговування, повсякденна діяльність, біль/дискомфорт, тривога/депресія), і кожен вимір може отримати одну з трьох відповідей (три рівні вираженості - відсутність

проблем, деякі або помірні проблеми, екстремальні проблеми) на певний вимір EQ-5D.

EQ-5D-5L - це система ідентифікації стану здоров'я, що складається з наступних п'яти вимірів.

EQ-5D-5L - це система опису стану здоров'я, що складається з п'яти вимірів (рухливість, самообслуговування, повсякденна діяльність, біль/дискомфорт, тривога/депресія), і кожен вимір може приймати одну з п'яти відповідей (п'ять рівнів вираженості - немає проблем, легка проблема, помірна проблема, серйозна проблема, крайня проблема) на певний вимір EQ-5D. Можна прийняти будь-яку з цих відповідей; EQ-VAS все ще є важливою складовою "EQ-5D".

EQ-5D-5L, але адаптований для того, щоб зробити його зручнішим для користувача.

EQ-5D-Y – молодіжний варіант. Аналог версії EQ-5D-3L.

EQ VAS (EQ Visual Analogue Scale) – візуальна аналогова шкала (аналог термометра) для реєстрації індивідуального рейтингу свого поточного стану, пов'язаного зі здоров'ям.

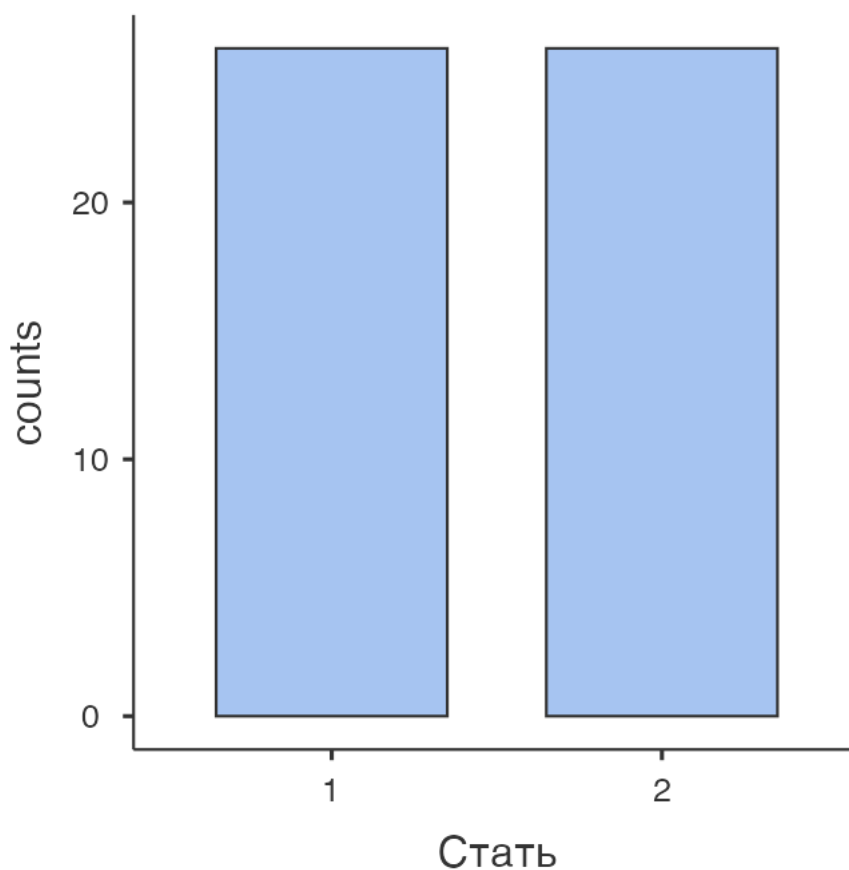
EQ SDQ - стандартний набір питань щодо соціально-демографічних змінних для використання з EQ-5D анкетною. Ці питання не є обов'язковими для користувачів.

EQ-5D - анкета стандартного формату, що складається з EQ-5D, EQ, VAS і (якщо потрібно) модифікована версія EQ SDQ.

2.2. Характеристика вибірки та опис процедури дослідження

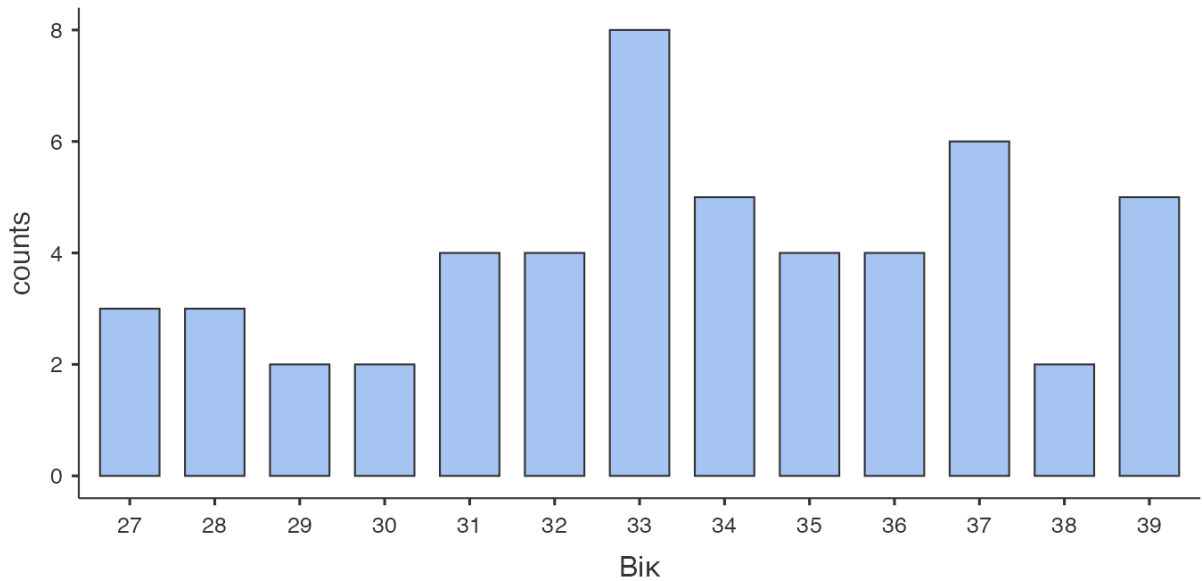
В цьому підрозділі висвітлюються особливості досліджуваної вибірки, процедури дослідження, а також етапів у ході яких досягалася мета дослідження.

Рисунок 2.1 Стать досліджуваної вибірки



У ході опитування досліджуваних було встановлено характеристики респондентів. Було виявлено, що серед 52 респондентів 50% жінок (26 осіб) та 50% чоловіків (26 осіб), що дає можливість стверджувати про однорідність вибірки за статтю.

Рисунок 2.2 Вік досліджуваної вибірки



Можна бачити, що розмах вибірки за віком складає від 27 років до 39 років, що відповідає межам середнього віку. Найбільша частота віку на 33 років, 15,4% респондентів. Середній вік досліджуваної вибірки 33,6 років, відхилення 3,4 роки.

Дослідження проходило в декілька етапів та мало на меті виявити взаємозв'язки між військовою трамваю та розвитком та адаптацією особистості для подальшого дослідження впливу. Етапність дослідження:

1 етап - проведення теоретичного аналізу проблематики дослідження використання таких теоретичних методів, як аналіз, синтез, узагальнення сучасних знань з проблематики дослідження.

2 етап – пошук інструментів, формування анкетування дослідження, пошук респондентів, ресурсів для розміщення тестування, написання запрошення до проходження тестування, проведення тестування. Даний етап включає також роботу з гугл формами, різними соціальними мережами та з масивами психодіагностичних інструментів за ключовими словами психологічних явищ.

3 етап – відображає збір результатів опитування, переведення сирих балів до балів для обрахунків, використання програмного забезпечення математично-статистичної обробки, формування бази дослідження та

використання аналізів, методів, критеріїв мат-статистичної обробки даних, написання інтерпретації та висновків.

Висновки до другого розділу

У даному підрозділі було проаналізовано вхідні демографічні дані учасників опитування та було встановлено етапність процедури дослідження.

Дослідження проводилось онлайн за допомогою гугл форм. Методики було об'єднані в батарею та запропоновані у вільному доступі для проходження. Результати опитування переводили в бали для обробки та в кінцевому результаті були використані задля підтвердження або спростування гіпотези дослідження.

Головною метою дослідження було встановлення трьох провідних явищ, а саме військової травми, адаптації та індивідуальних особливостей. Для визначення особливостей було визначено чотири методики: «Експрес-опитувач ознак ПТСР», «Шкала оцінки впливу травматичної події», «Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості», «Європейський опитувальник оцінки якості життя»

За результатами проведення аналізу вибірки було встановлено, що вибірка включає 52 особи, 26 чоловіків та 26 жінок, вікового діапазону 27-39 років, середній вік досліджуваної вибірки складає 33,6 років.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ МАТЕМАТИЧНО-СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВОЇ ТРАВМИ НА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ТА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ У ОСІБ

3.1. Особливості досліджуваної вибірки за результатами опитування

Таблиця 3.1. Представленість вибірки за шкалами методик

Змінні	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Рівень прояву
«Експрес-опитувач ознак ПТСР»			
Ознаки ПТСР	5,9	2,9	Вище середнього
«Шкала оцінки впливу травматичної події»			
Вторгнення	20,5	9,1	Середній
Уникання	20	8	Середній
Фізіологічна збудливість	23,4	7,5	Вище середнього
«Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості»			
Адаптація	23,6	9,6	Середній
Прийняття інших	24,3	9,1	Середній
Інтернальність	24,1	8,4	Середній
Самосприйняття	27	7,8	Вище середнього
Емоційна комфортність	24,1	8,8	Середній
Прагнення домінування	22,9	10,5	Середній
«Європейський опитувальник оцінки якості життя»			
Пересування у просторі	6,1	2,7	Вище середнього
Самообслуговування	5,2	2,7	Середній
Повсякденна активність	6	2,1	Вище середнього
Біль та дискомфорт	5,6	2,1	Середній
Тривога та депресія	6,2	2,7	Вище середнього

Можна бачити, що респонденти здебільшого мають середній рівень за всіма встановленими змінними, відповідно до методик можна встановити, що:

За методикою «Експрес-опитувач ознак ПТСР» досліджувані мають значення показника 5,9 з відхиленням 2,9, що відповідає вище середнього рівня прояву. Таким чином, можна казати, що є загальна тенденція до переживання симптоматики ПТСР від рівня клінічної норми.

За методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» можна стверджувати, що досліджуваним характерно переживати фізіологічну збудливість ніж уникнення та вторгнення. Фізіологічна збудливість має 23,4 середній та 7,5 відхилення, при цьому інші входять до меж середнього прояву наближеного до підвищеного (вторгнення 20,5, уникнення 20).

За методикою «Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості» більшість змінних знаходяться, а саме адаптація 23,6, прийняття інших 24,3, інтернальність 24,1, емоційна комфортність 24,1 та прагнення домінування 22,9 у межах середнього рівня. Тільки показник «Самосприйняття» має 27 з відхиленням 7,8 входить до діапазону підвищеного прояву. Такий результат свідчить про спрямованість досліджуваних орієнтуватися в адаптації на своє самоприйняття.

За методикою «Європейський опитувальник оцінки якості життя» можна встановити рівень оцінки різних сфер якості життя. Респонденти мають підвищену оцінку за пересуванням у просторі 6,1, повсякденне життя 6, тривогу та депресію 6,2. Середній рівень спостерігається за змінними самообслуговування 5,2 та біль, дискомфорт 5,6.

Отже, можна стверджувати, що до яскравих особливостей досліджуваної вибірки є підвищений рівень показників ПТСР, фізіологічної збудливості, самоприйняття, пересування у просторі, повсякденна активність, тривога та депресія.

3.2. Результати кореляційного аналізу військової травми індивідуальним розвитком та соціальною адаптацією

Таблиця 3.2. Кореляційна матриця військової травми з впливом травматичної події

Змінні	Ознаки ПТСР	
	p-value	r
Вторгнення	0,124	0,216
Уникання	0,059	0,263
Фізіологічна збудливість	0,064	-0,259

Примітка- * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

За результатами кореляційного аналізу не було встановлено взаємозв'язку між змінними методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» та «Експрес-опитувач ознак ПТСР», що може свідчити про відсутність зв'язку переживання деяких стратегій, які з'являються у ході травми з безпосередньо симптоматикою ПТСР.

Таблиця 3.3. Кореляційна матриця військової травми з соціально-психологічною адаптацією

Змінні	Ознаки ПТСР	
	p-value	r
Адаптація	0,003**	-0,405
Прийняття інших	0,236	-0,167
Інтернальність	0,003**	-0,430
Самосприйняття	0,030*	-0,302
Емоційна комфортність	0,029*	-0,303
Прагнення домінування	0,003**	-0,410

Примітка- * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Результати кореляційного аналізу свідчать про існуючі статистично-значущі кореляції між ознаками ПТСР та змінними методики «Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості».

За результатами можна виявити наступні значущі кореляції: з шкалою «Адаптація» обернена сильна кореляція 0,4, з шкалою «Інтернальність» обернена сильна кореляція 0,4, з шкалою «Самосприйняття» негативна середня кореляція 0,3, з шкалою «Емоційна комфортність» негативна середня за силою кореляція -0,3, з шкалою «Прагнення домінування» сильний обернений взаємозв'язок -0,4.

Можна стверджувати, що ознаки ПТСР негативно корелює з важливими показниками адаптації, що ускладнює їх прояв з високим значенням переживання симптомів ПТСР.

Таблиця 3.4. Кореляційна матриця військової травми з оцінками якості життя

Змінні	Ознаки ПТСР	
	p-value	r
Пересування у просторі	0,001***	-0,536
Самообслуговування	0,001***	-0,630
Повсякденна активність	0,075	-0,249
Біль та дискомфорт	0,043*	0,282
Тривога та депресія	0,001***	0,575

Примітка- *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

За результатами спостерігається рад статистично значущих кореляцій між змінною «Ознаки ПТСР» та змінними методикою «Європейський опитувальник оцінки якості життя», що свідчить про наявність взаємовпливу двох явищ.

Можна стверджувати, що ознаки ПТСР корелюють з: негативно сильно з «Самообслуговування» -0,6, «Пересування у просторі» -0,5, позитивно сильно з «Тривога та депресія» 0,6 та позитивно слабо з «Біль та дискомфорт» 0,3.

Таблиця 3.5. Кореляційна матриця військової травми з соціально-психологічною адаптацією

Змінні	Вторгнення	Уникання	Фізіологічна
--------	------------	----------	--------------

			збудливість
	r		
Адаптація	-0,018	-0,058	0,036
Прийняття інших	0,049	-0,068	-0,133
Інтернальність	-0,032	0,077	-0,214
Самосприйняття	0,156	0,218	-0,334*
Емоційна комфортність	0,091	0,064	-0,088
Прагнення домінування	0,234	-0,312*	0,002

Примітка- * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

За результатами кореляції змінних методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» та «Діагностика соціально-психологічної адаптації особистості» було встановлено декілька статистично значущих кореляційних зв'язка: «Уникання» обернено середньо за силою корелює з «Прагнення домінувати» -0,3, «Фізіологічна збудливість негативно середньо зі змінно «Самосприйняття» -0,3.

Таблиця 3.6. Кореляційна матриця військової травми з оцінками якості життя

Змінні	Вторгнення	Уникання	Фізіологічна збудливість
	r		
Пересування у просторі	0,295*	0,195	-0,284*
Самообслуговування	0,205	0,157	-0,247
Повсякденна активність	0,201	-0,056	-0,174
Біль та дискомфорт	0,112	0,194	-0,069
Тривога та депресія	0,119	0,166	-0,006

Примітка- * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

За результатами кореляції змінних методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» та «Європейський опитувальник оцінки якості життя» було встановлено декілька статистично значущих кореляційних зв'язка: пряма слабка кореляція «Вторгнення» зі змінною «Пересування у просторі»

0,3, та обернений слабкий взаємозв'язок «Фізіологічна збудливість» та «Пересування у просторі» -0,284.

Висновок до третього розділу

У ході математично статистичної обробки результатів дослідження було встановлено ряд статистично значущих кореляцій між симптоматикою ПТСР та впливом травматичної події з оцінкою якості життя та соціально-психологічної адаптації.

Можна стверджувати, що симптоматика ПТСР має негативну кореляцію з шкалою «Адаптація», «Інтернальність», «Самосприйняття» негативна середня кореляція», «Емоційна комфортність», «Прагнення домінування», з «Самообслуговування», «Пересування у просторі» та позитивно з шкалою «Тривога та депресія», «Біль та дискомфорт».

На основі результатів мат-статистичних обрахунків можна прийняти альтернативну гіпотезу щодо наявності статистично значущих кореляцій між переживанням травматичної ситуації з якістю життя та адаптацією.

ВИСНОВКИ

Отже, проведені дослідження підтверджують гіпотезу про негативний вплив військової травми на індивідуальний розвиток та соціальну адаптацію у цивільних осіб. Результати математико-статистичного аналізу вказують на наявність статистично значущих кореляцій між симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), впливом травматичних подій, оцінками якості життя та соціально-психологічної адаптації. Зокрема, спостерігається негативна середня кореляція між симптоматикою ПТСР та такими показниками як адаптація, самосприйняття, емоційна комфортність, самообслуговування та пересування у просторі, а також позитивна кореляція з тривогою, депресією, болем та дискомфортом.

Психологічна травма є складним, багатофакторним питанням, і в психологічній спільноті досі немає єдиної думки щодо її природи. Термін "психологічна травма" означає будь-яку шкоду психічному стану або здоров'ю людини, спричинену впливом інтенсивних негативних зовнішніх чинників або гострим емоційним стресовим впливом на психіку. Шкода перестає бути травматичною лише тоді, коли людина долає її внутрішніми навичками подолання. Однак, коли людина не здатна подолати ці події, ситуація стає психологічною травмою. Це означає, що один і той самий вплив може бути найсерйознішою травмою для однієї людини, а для іншої - лише перешкодою або стресом. Вплив травми на людину зумовлений багатьма внутрішніми та зовнішніми факторами.

У випадку війни ризик значної психічної та психологічної травматизації є значним. Внаслідок воєнних дій ми маємо відчутний травмований пласт населення, якому доводиться проживати процеси адаптації та індивідуального розвитку паралельно із проживанням психологічної травми. Травма може спричинити довготривалі, серйозні зміни в психіці людини. Те, як травма проявляє свій вплив, зачіпає майже всі сфери життєдіяльності людини. Однією з найбільш руйнівних є травма втрати

об'єкта прив'язаності. Феномен депривації, що сприймається як незворотна втрата, може мати місце в різних реальних моментах життя.

Травматичні події в ситуаціях втрати завжди викликають внутрішній біль і згубно впливають на систему самоставлень на рівні смислового поля особистості, що призводить до руйнування загальної картини світу і життєвих змін. Втрата може бути не лише фізичною, а й нематеріальною: наприклад, втрата свободи, можливостей діяти, сім'ї тощо. Усі види втрат можуть травмувати особливо гостро в умовах війни та впливати на адаптацію постраждалих.

Для подолання травми було запропоновано один із методів реабілітації — тренінг. Тренінги мають наступні переваги: Подолання стресу та травматичних досвідів: Війна призводить до серйозних стресових ситуацій і травматичних досвідів, які впливають на психологічне благополуччя людей. Тренінги психологічної підтримки надають учасникам інструменти для ефективного управління стресом, подолання травматичних досвідів і відновлення психологічної рівноваги. Це включає огляд основних психологічних реакцій, таких як стрес, тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад, а також розгляд нормальних реакцій та шляхів їх подолання. Покращують саморозвиток: надають можливість учасникам пізнавати себе краще, розуміти свої емоції, мотивації та потреби. Вони навчають навичкам саморегуляції, розвитку позитивного мислення та підвищенню самосвідомості. Це сприяє особистісному зростанню, покращенню самооцінки та відчуттю контролю над власним життям. Тренінги також допомагають учасникам виявити внутрішні ресурси, такі як сильні сторони, таланти та цінності, і використовувати їх для досягнення особистих цілей, що допомагає в адаптації. Зміцнюють соціальну адаптацію: Тренінги сприяють зміцненню соціальної адаптації учасників шляхом розвитку навичок комунікації, співпраці та розв'язання конфліктів.

Під час математико-статистичної обробки результатів дослідження було виявлено низку статистично значущих кореляцій між симптомами ПТСР та впливом травматичних подій і оцінками якості життя та соціально-психологічної адаптації. За результатами математико-статистичних розрахунків можуть бути прийняті альтернативні гіпотези щодо існування статистично значущих кореляцій між переживанням травматичних ситуацій та якістю життя і адаптації.

Можна стверджувати, що симптоматика ПТСР має негативну кореляцію з шкалою «Адаптація», «Інтернальність», «Самосприйняття» негативна середня кореляція», «Емоційна комфортність», «Прагнення домінування», з «Самообслуговування», «Пересування у просторі» та позитивно з шкалою «Тривога та депресія», «Біль та дискомфорт». Такі результати дають привід казати, що існуючий взаємозв'язок травмуючої ситуації з якості життя та психологічно-соціальної адаптації вказує на подальший потенціал дослідження та встановлення впливу військової травми на індивідуальний розвиток та психологічну адаптацію.

Список використаних джерел

1. Казакова С.Є., Ліньов О.М., Ромашова Т.І. та ін. (2004) Невротичні розлади (клініка, динаміка, систематика): Метод. посібник. Луган. держ. мед. ун-т, Луганськ, 112с.
2. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І. (2015) Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. Міжнарод. неврол. журн., 6(76): 59–71.
3. Виготський Л.С. Зібрання творів: У 6-ти томах. - Т.5. - Основи дефектології / За ред. Т.А. Власової. - М.: Педагогіка, 1983. - 368 с.
4. Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
5. Bass, E., & Davis, L. (1988). *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse*. Perennial Library/Harper & Row Publishers.
6. Романовська Д. Д. Психологічна допомога у закладах освіти в період війни: запити, методики, алгоритми дій. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2022. № 1. С. 148–152. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.28>.
7. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ : ДП «ВД “Персонал”», 2017. 160 с. URL: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf.
8. Пивоварова Г. С. Партнерські відносини в освіті як засіб подолання посттравматичного стресу студентів в умовах військового конфлікту. Посттравматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації війни : міжнар. наук.-практ. видання / за заг. ред. І. Маноха, Г. Собчук. Варшава ; Київ, 2018. С. 374–382. URL:

<http://dspace.luguniv.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/3693/Pivovaro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

9. Kimble M., Boxwala M., Bean W. et al. The impact of hypervigilance : Evidence for a forward feedback loop. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. Vol. 28, No 2. P. 241-245. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.006>.
10. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis
11. Musisi S, Kinyanda E. Long-term impact of war, civil war, and persecution in civilian populations-conflict and post-traumatic stress in African communities. *Front Psychiatry* 2020;20. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00020>
12. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors, and integrated care. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:2309. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16132309>
13. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review. *Front Psychiatry* 2018;9:433. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2018.00433>
14. Slone M, Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47:950–65. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>
15. Miller KE, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;26:129–38. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796016000172>
16. Scharpf F, Mkinga G, Neuner F, Machumu M, Hecker T. Fuel to the fire: The escalating interplay of attachment and maltreatment in the transgenerational transmission of psychopathology in families living in

- refugee camps. *Dev Psychopathol* 2021;33:1308–21.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579420000516>
17. Левчук К. І. Громадські організації України: створення та діяльність (1985-1996рр.): монографія. Вінниця: Едельвейс і К, 2009. 320 с.
 18. Кердивар В. В., Христенко В. Є.. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту. 2021.
 19. Андрєєнкова В. Л., та ін. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту. 2015.
 20. Сівчук, П. (2022). Психологічна травма війни та її соціально-культурні наслідки. Збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції „Трансформація бізнесу для сталого майбутнього: дослідження, діджиталізація та інновації“, 175-177.
 21. Ільєнко, А. І. (2023). Вплив досвіду психологічної травми на переживання травмівної ситуації війни.
 22. Горностай, П. П. (2012). Колективна травма та групова ідентичність. Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп, 2, 89-95.
 23. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання. Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
 24. Dyregrov, A., Kuterovac, G. & Barath, A.(1996) Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 339–350.
 25. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму / Т. М. Титаренко. URL: <https://msu.edu.ua/psixologiya-teoriyai-praktika/titarenko-t-m-sposobi-pidvishhennya-psixologichnogo-blagopoluchchyaosobistosti-shho-perezhila-travmu/>

26. Ященко, Е. (2022). РОЗВИТОК ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ: ПЛОЩИНИ СУЧАСНИХ РЕСУРСНИХ ПРАКТИК. Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, (м. Тернопіль, Західноукраїнський національний університет, 4-5 листопада 2022 р.) в 2 т. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. Т. 2. 244 с., 156.
27. Шостаківська, Н. (2022). Формування інституційної моделі соціальної адаптації населення під час війни. Збірник тез II Міжнародної наукової конференції „Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки“, 31-33.
28. Нестайко, І. М. (2022). Соціальна адаптація та інтеграція внутрішньо переміщених осіб в результаті війни (польський погляд).
29. Нестайко, І., & Сеньовська, Н. (2023). Соціальна адаптація дітей-біженців у результаті війни в польському суспільстві. Збірник тез III Міжнародної наукової конференції „Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки“, 19-21.
30. Ситняківська, С., & Літяга, І. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ. Актуальні проблеми сучасної філософії та науки: виклики сьогодення: зб. наук. праць/редкол. МА Козловець, ЛВ Горохова, ОВ Чаплінська [та ін.].—Житомир: Видавничий центр ЖДУ імені Івана Франка, 2022.—192 с., 59.
31. Zemestani, M., Mohammed, A. F., Ismail, A. A., & Vujanovic, A. A. (2022). A Pilot Randomized Clinical Trial of a Novel, Culturally Adapted, Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Intervention for War-Related PTSD in Iraqi Women. *Behavior Therapy*, 53(4), 656-672.

32. Hatun, O., & Şirin, A. (2022). The experience of Veterans with disabilities: A grounded theory study on coping with trauma and adapting to a new life. *Military psychology*, 34(4), 455-468.
33. Hébert, M., Amédée, L. M., Théorêt, V., & Petit, M. P. (2022). Diversity of adaptation profiles in youth victims of child sexual abuse. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 14(S1), S41.
34. В'ячеславівна, Г. А., & Василькевич, Я. З. (2022). ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНИХ УКРАЇНСЬКИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ У КРАЇНАХ ЄС. Редакційна колегія: Головний редактор, 78.
35. Чекстере, О. Ю. (2022). Допомога в адаптації дітям-переселенцям, які перенесли психоемоційну травму або серйозну втрату. Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми, 151-155.
36. Бісик, В. С. (2023). Предиктори успішної адаптації вимушено переміщених осіб.