

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Малуха Марія Віталіївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Особливості посттравматичного стресу у жінок похилого віку в
умовах війни»**

Керівник:

Костюк Олена Іванівна -

кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри педагогіки, психології,
медичного та фармацевтичного права Національного університету охорони
здоров'я України імені П. Л. Шупика

Рецензент:

Гірник А. М.

кандидат філософських наук,
професор кафедри психології та педагогіки НУ «Києво-Могилянська академія»

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки
інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ М. В. Малуха
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	
1.1. Поняття та підходи до ПТСР.....	6
1.2. Психологічні особливості людей похилого віку.....	23
1.3. Особливості переживання посттравматичного стресового розладу в умовах війни.....	29
Висновки до першого розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВІЙНИ	
2.1. Організація та методологічне забезпечення дослідження.....	35
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	37
Висновки до другого розділу.....	53
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОБОТИ З ПТСР	
3.1. Профілактика посттравматичного стресового розладу в умовах війни.....	55
3.2. Практичні рекомендації щодо застосування арт-терапії у роботі з ПТСР....	63
Висновки до третього розділу.....	67
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	78

ВСТУП

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, який виникає після пережитих травматичних подій. В умовах війни, цей розлад набуває особливого значення через значну кількість людей, що стикаються з бойовими діями, втратами та руйнуванням. Одним з найважливіших аспектів ПТСР є його вплив на соціальні та міжособистісні відносини, що може значно ускладнити процес адаптації та реабілітації постраждалих.

Актуальність теми дипломної роботи «Особливості посттравматичного стресу у жінок похилого віку в умовах війни» є надзвичайно важливою з огляду на сучасні виклики, з якими стикається суспільство. Збройні конфлікти та військові дії призводять до значних психоемоційних потрясінь, особливо серед найвразливіших категорій населення, до яких належать жінки похилого віку. В Україні, у зв'язку з тривалими військовими діями, ця проблема стає ще більш актуальною.

Жінки похилого віку часто мають знижені фізичні та психологічні ресурси, що ускладнює їх здатність справлятися з травматичними подіями. Вони можуть мати хронічні захворювання, які погіршуються під впливом стресу, а також обмежені можливості для отримання підтримки та допомоги. Соціальні фактори, такі як самотність та ізоляція, можуть посилювати негативний вплив посттравматичного стресу.

Недостатня кількість досліджень, присвячених специфіці ПТСР у жінок похилого віку, робить цю тему важливою для наукового вивчення. Більшість наукових робіт зосереджується на молодших вікових групах або чоловіках, залишаючи поза увагою специфічні потреби та проблеми жінок старшого віку. Це створює прогалину в розумінні та наданні допомоги цій групі.

Вивчення особливостей ПТСР у жінок похилого віку дозволить розробити більш ефективні програми психологічної підтримки та реабілітації, адаптовані до їхніх потреб. Це може включати спеціальні терапевтичні підходи, соціальну

підтримку та медичну допомогу, спрямовані на покращення якості життя та соціальної адаптації.

З огляду на вплив психічного здоров'я людей похилого віку на їхні сім'ї та соціальне оточення, поліпшення їхнього стану сприятиме загальному соціальному благополуччю. Тому ця тема має не лише наукову, але й практичну цінність, сприяючи розробці ефективних стратегій допомоги та підтримки жінок похилого віку, які пережили воєнні дії.

Мета кваліфікаційної роботи: виявити та проаналізувати особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок похилого віку в умовах війни

Обрана мета зумовила такі **завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
2. Визначити психологічні особливості людей похилого віку та особливості переживання ПТСР в умовах війни.
3. Емпірично дослідити особливості ПТСР у жінок похилого віку.
4. Розробити рекомендації для надання психологічної допомоги жінкам похилого віку, які переживають ПТСР в умовах війни.

Об'єкт: посттравматичний стресовий розлад.

Предмет – особливості посттравматичного стресового розладу у людей похилого віку в умовах війни.

В якості діагностичного інструментарію для розв'язання поставлених завдань було використано:

1. Шкала самооцінки наявності ПТСР «PCL-C» (цивільний варіант);
2. Шкала впливу подій (IES TA IES-R);
3. Опитувальник для ВПО (Додаток А) та жінок, які нікуди не виїжджали (Додаток Б).

Організація і база дослідження. Респондентами дослідження стали жінки похилого віку: одна група жінок (45 осіб) є ВПО (внутрішньо переміщені особи) зі східних областей (Донецька, Луганська, Харківська), друга – жінки похилого

віку (45 осіб), які нікуди не виїжджали зі свого постійного місця проживання (проживають у м. Чернігів, перебували у блокадному місті під час активних бойових дій у Чернігівській області). Загальна кількість вибірки – 90 осіб. Вік респондентів – 58-65 років, стать – жіноча.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали праці вчених, які досліджували посттравматичний стрес, психологічні наслідки травматичних подій, зокрема в умовах війни, а також особливості психологічного стану жінок похилого віку. Основними науковими джерелами слугували дослідження авторів: О. Блінов, Ж. Брейер, Д. Бреслау, Л. Герасименко, Н. Грінберг, Я. Драб, А. Ейленбург, П. Жане, О. Зінченко, О. Коваленко, О. Корольчук, А. Ленглі, А. Маслоу, О. Михайлова, А. Мустафаєв, М. Мюррей, Л. Прокоф'єва, О. Туриніна, З. Фрейд, М. Хороуїц, І. Чамлай, О. Чалая, Е. Шахт та ін.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що результати та висновки роботи можуть бути використані в практичній діяльності психолога в роботі з жінками похилого віку.

Список публікацій за результатами дослідження. Основні положення та результати магістерського дослідження відображено в публікації:

Малуха М. В. ПТСР жінок похилого віку в умовах війни. Освітній портал ВсімОсвіта. 2024. URL: <https://vsimosvita.com/tezy-na-temu-quot-ptsr-zhinok-pohylogo-viku-v-umovah-vijny-quot/>.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу і загальних висновків, містить 3 таблиці, 11 рисунків, 4 додатки. Загальний обсяг роботи 83 стор. (з них 65 стор. основного тексту). Список використаних джерел включає 72 найменування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Поняття та підходи до ПТСР

Одним із центральних понять сучасної психології та психології в цілому є психологічна травма, що надає великий вплив на психіку людини, впливає на її життєву реалізацію, якість життя тощо. Це питання виявляється особливо актуальним і значущим у світлі нинішньої світової ситуації, де багато країн та регіонів стикаються з активними військовими конфліктами. Війни та збройні конфлікти мають руйнівний вплив на життя мільйонів людей, що розривають соціальні та економічні зв'язки та глибоко турбують всесвітню спільноту.

Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можна визначити як реакцію організму у відповідь на травматичну подію, яка негативно впливає на всі сфери життя людини. Крім факторів зовнішнього та внутрішнього впливу, вплив також надають вік та стать травмованої людини. Наприклад, діти, жінки та люди похилого віку більше схильні до формування захворювання на відміну від дорослих чоловіків [21].

Згідно з DSM-5, суттєвою особливістю ПТСР є розвиток характерних симптомів після впливу однієї або кількох травмуючих подій. Клінічна картина ПТСР може бути різною: у деяких людей можуть переважати повторювані переживання, засновані на страху, емоційні та поведінкові симптоми, у інших можуть бути тривожні ангедонічні або дисфоричні стани настрою та зниження рівня когнітивних здібностей, у деяких людей можуть спостерігатися симптоми збудження та реактивно-екстерналізаційні симптоми, коли в той же час у інших людей переважають дисоціативні симптоми, а у багатьох може спостерігатися поєднання всіх цих симптоматичних патернів [1].

Незалежно від клінічної картини, у випадках ПТСР характерна наявність травмуючих разових або безперервних подій, у яких людина або брала безпосередню участь, або була свідком цього. Позаяк, ПТСР може мати як

військовослужбовець, який брав участь у збройних конфліктах, так і медсестра, яка лише один раз бачила або надавала медичну допомогу солдатові, що стікає кров'ю [34].

Незалежно від того, що спричинило ПТСР, розлад пригнічує здатність вирішувати проблеми повсякденного життя, може привести до недовіри, підвищеної пильності та симптомів підвищеної збудливості. Ф. Зімбардо вважає, що симптоми – лише мала частина того, що відбувається у людей із ПТСР. Усередині себе вони знову і знову переживають травмуючу подію, відчуваючи одні й ті самі емоції та страхи. Вони відчувають ці емоції та страхи, «фарбуючи» і минуле, і сьогодення, і майбутнє в одні й ті ж кольори [72].

Термін «посттравматичний» говорить про себе, тобто травма залишилася в минулому, але людина з ПТСР не здатна залишити її позаду та рухатися вперед. Ключові явища ПТСР пов'язані з тією чи іншою частиною вектору часу. Люди з ПТСР переживають події, що травмують, знову і знову в нічних жахах, у спогадах, які змушують їх повернутися в страшний момент минулого, в негативних думках, які неможливо зупинити. Ці страхи наяву залишають їх «застряглими» в часі, роблячи їх постійно тікаючими від травми, але нездатними втекти. Зімбардо наводить приклад клієнта, хто, говорячи про війну, вимовляє таку фразу: «Ви залишаєте війну, але війна не покидає вас» [72].

Не дивно, що люди з ПТСР відчайдушно намагаються втекти від усього, що може нагадати їм про минулу травму в їхньому нинішньому житті. Постійний стан ПТСР активує регулярні «ін'єкції» адреналіну в мозок людей, що стає джерелом постійної напруги, і люди стають залежними від своєї постійної напруги та адреналіну, а ПТСР стає природною частиною життя.

Розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є процесом, що включає кілька етапів. Вони відображають різні рівні реакцій на травматичні події, які з часом можуть трансформуватися або загострюватися. Розглянемо детально етапи динаміки ПТСР (Рис. 1.1.).



Рис. 1.1. Динаміка ПТСР

1. Травматичний стрес – це перша реакція на травматичну подію, яка проявляється в різкому підвищенні рівня тривожності, страху та відчутті безпорадності. Така реакція є нормальним захисним механізмом організму на загрозову ситуацію. На цьому етапі людина може переживати:

- Інтенсивні емоції, такі як жах, злість, розгубленість.
- Фізіологічні прояви, включаючи прискорене серцебиття, підвищену пітливість, тремор.
- Когнітивні реакції, такі як думки про неминучу небезпеку, «параліч» думок, неможливість сконцентруватися [46].

Травматичний стрес зазвичай короткотривалий і зникає, коли людина повертається до безпечного середовища та знижується рівень загрози.

2. Гострий стресовий розлад (ГСР) виникає у перші дні після травматичної події та триває від кількох днів до одного місяця. Цей розлад є більш серйозною реакцією на травму, ніж травматичний стрес, і може включати:

- Інтрузивні спогади про подію, які виникають мимоволі у вигляді флешбеків, нав'язливих думок.
- Нічні кошмари і труднощі зі сном.
- Дисоціативні симптоми, такі як відчуття відокремленості від себе або нереальності подій.
- Емоційне заціпеніння, втрата емоційного відгуку або байдужість до подій, які відбуваються навколо.

- Емоційна і фізична гіперзбудженість, що проявляється у підвищеній дратівливості, неспокої, страху [46].

ГСР часто проходить сам по собі, однак у деяких випадках може перерости в більш стійке порушення, таке як ПТСР.

3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Якщо симптоми гострого стресового розладу не зникають протягом місяця і починають суттєво впливати на життя людини, діагностують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Основними симптомами ПТСР є:

- Реекспозиція травматичної події у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків та нічних кошмарів.
- Уникання нагадувань про травму, таких як місця, люди чи обставини, що асоціюються з травматичною подією.
- Негативні зміни в настрої та мисленні, такі як почуття провини, відчуття безнадії, емоційне відчуження від інших людей, пригніченість.
- Симптоми гіперзбудження, наприклад, підвищена тривожність, дратівливість, порушення сну [46].

Симптоми ПТСР можуть проявлятися через місяці або навіть роки після події та зазвичай вимагають спеціалізованого лікування, такого як когнітивно-поведінкова терапія, медикаментозна підтримка та інші методи.

4. Посттравматичний розлад особистості є найтривалішою і найскладнішою формою психологічного розладу, що може розвинутиися після багаторічного ПТСР, особливо якщо травма мала тривалий характер (наприклад, під час війни, тривалої окупації чи полону). Цей стан проявляється не тільки симптомами ПТСР, а й глибокими змінами в особистісній структурі людини:

- Формування відчуття постійної небезпеки та недовіри до світу та оточуючих.
- Глибокі емоційні зміни, зокрема апатія, хронічна депресія, підвищена дратівливість, схильність до емоційної ізоляції.
- Зміни самооцінки та самоідентифікації, людина може почати відчувати себе «пошкодженою» або такою, що втратила свою ідентичність.

- Порухення стосунків з іншими людьми, зниження здатності до емпатії, відчуження, уникнення стосунків або конфліктність [46].

Такий розлад має дуже серйозний характер і потребує комплексного підходу до лікування, зокрема роботи з травмою на рівні глибинної психотерапії, групової терапії, можливо, медикаментозної підтримки та соціальної інтеграції.

Кожен з цих етапів відображає різні рівні переживання травми та розладу. Важливо проводити своєчасну діагностику та надавати адекватну підтримку для того, щоб запобігти переходу від травматичного стресу до складніших і хронічніших форм розладу.

До формування ПТСР у людей, які постраждали, реакція на травму відбувається поетапно: постраждалі відчувають шок, сильні емоції та намагаються перебудувати своє життя [53]. Ті, що вижили, зазвичай проходять п'ять етапів:

1. Психічне оніміння. Відразу після події постраждалі відчувають психічне оніміння, включаючи шок і збентеження, і через деякий час, навіть за кілька днів, можуть повністю не усвідомлювати подію. Несподівані, різкі та насильницькі катастрофи порушують їх уявлення про функціонування світу.

2. Автоматичні події. На цьому етапі постраждалі погано усвідомлюють свої переживання і потім показують поганий спогад про деталі катастрофи.

3. Спільні зусилля. На цьому етапі людина, що постраждала, та люди, що її підтримують, об'єднують свої ресурси для виходу із ситуації, але також втомлюються та витрачають запаси енергії.

4. Розчарування. Тоді постраждалі можуть відчувати розчарування, бо енергія виснажується, усвідомлення всіх наслідків катастрофи стає ясніше, інтерес оточуючих знижується, і людина, що постраждала, може відчувати себе самотньою.

5. Відновлення. За вищезгаданими етапами слідує тривалий період відновлення, оскільки людина, що постраждала, починає пристосовуватися до змін, викликаних катастрофою, війною тощо [36].

Ці етапи беззастережно застосовні не до всіх, хто пережив травму, але вони підсумовують загальні риси індивідуальних переживань травми. Вони відбивають типи глибоких змін, які сприяють розвитку ПТСР [72].

Виникнення ПТСР також має індивідуальний характер, оскільки все залежить від особистісних показників суб'єкта. На сьогоднішній день не дано точного та вичерпного переліку причин, що зумовлюють формування та розвитку даного розладу, однак, можна виділити фактори, що посилюють можливість прояву ПТСР. Це, наприклад, тривалість тимчасового проміжку перебування суб'єкта у стресових ситуаціях. Тут працює закон прямої пропорційності – чим сильніший і триваліший вплив стресу, тим вище ймовірність захворювання ПТСР [62].

Також до факторів, що посилюють ризик захворювання, можна віднести вже одержані суб'єктом раніше психологічні неопрацьовані травми. Наприклад, у глибокому дитинстві людина могла спостерігати насильство по відношенню до близьких людей, чи насильство застосовувалося щодо самого суб'єкта. Такі спогади зазвичай блокуються підсвідомістю для стабілізації психічного стану індивіда, але при дії певних тригерів, вони можуть вплинути через дуже багато років [26].

Крім вищезгаданих факторів, важливу роль відіграє спадковість. Ризик захворювання ПТСР зростає в кілька разів, коли суб'єкт має близьких родичів, які мають порушення в роботі психіки, причому не тільки ПТСР, а й, наприклад, депресію, чи тривожні розлади тощо [44]. Свій вплив надають і шкідливі звички – зловживання алкогольною продукцією та іншими психоактивними речовинами. Ще одним з найважливіших факторів, які можуть впливати на схильність до виникнення ПТСР є робота, пов'язана з постійним стресом чи небезпекою для життя суб'єкта [69].

Одні з перших згадок про наслідки психологічних трагедій зустрічаються в роботах філософів Стародавнього Сходу та античності. Так, в «Епосі про Гільгамеш» 2100 до н.е., в «Іліаді» Гомера ми зустрічаємо розповідь про страшні сновидіння, що виступають як наслідок переживання героєм страху смерті.

Геродот (V ст. до н.е.) повідомляє про факти сліпоти, яка сталася як результат переляку, що трапився під час Марафонської битви. Описи сновидінь про військові засідки представлені У. Шекспіром у п'єсах «Ромео і Джульєтта», «Генріх IV» тощо [13].

Найбільш ранні дослідження психологічної травми були проведені психіатром із Франції Філіпом Пінелем. Дані наукові дослідження проводились їм на клінічній основі дослідження солдатів, що брали участь у французькій буржуазній революції. Ф. Пінель зазначав, що наслідками участі у військових діях виступають стресові реакції. Під типовими стресовими реакціями вчений виділив: «ідіотизм, манію, меланхолію та неврози кровообігу та дихання». Останні можуть бути провісниками травматичного неврозу [13].

Пізніше, у другій половині XIX ст., Джекоб Мендос да Коста проводить наукове дослідження, спрямоване на вивчення та виявлення вегетативних порушень у ветеранів Громадянської війни у Північній Америці. Після закінчення вивчення вчений зробив висновок про відсутність зв'язку між органічними порушеннями серцево-судинної системи та тими болями серця, які зазнавали бійці. Дане явище було позначено вченим як «болючі серце», а симптоми були визначені як наслідки участі ветеранів у війні [13].

Альберт Ейленбург, німецький лікар-психіатр, який вивчав нервові хвороби, в 1878 р. вперше вводить поняття «психічна травма». І, згідно з класифікацією А. Ейленбурга, можна виділити як механічно нанесену, тобто фізичну травму, так і спровоковану бурхливими емоціями [36].

Трохи пізніше, на рубежі XIX-XX ст., паралельно вивченню психотравми як результату участі у війні, зароджуються перші теорії, що висувають припущення про те, що психотравма може проявлятися в області феномена істерії. Французькі лікарі П'єр Бріке та Жан Мартен Шарко зробили припущення про те, що симптоми, що виявляються як істерія, можуть бути результатом дії події, що травмує. У цей же час також розроблено модель психологічної травми французькою психіатром П'єром Марі Феліксом Жане. У своїй теорії дисоціації вчений вивчав невротичні симптоми істерії, які виникають як наслідок

дисоціативної функції психіки, що виступає реакцією травми. П. Жане ввів поділ людської психіки на дворівневу структуру. Автор зазначив, що поруч із усвідомлюваними думками, образами, діями є й неусвідомлювані «психічні автоматизми» [36].

Ці автоматизми розташовуються на глибинному, несвідомому рівні психіки. Саме П. Жане ввів термін «несвідоме» та ідеї двох рівнів психіки. Ці положення згодом активно використовувалися у роботі Зигмунда Фрейда. П. Жане при роботі з травматичними подіями особливу увагу приділяв поведінці та успішним діям. Взаємодіючи з пацієнтами, П. Жане займав активну, домінуючу, керуючу роль, надаючи допомогу пацієнтам у ситуаціях, які вимагають прийняття рішень, розгляду питань, тим самим формуючи більш безпечну обстановку для адаптації особистості за умов реальності. Дослідником було розроблено методику психотерапії, спрямовану на відновлення особистості шляхом позбавлення від небажаних «психічних автоматизмів» (нині використовується термін «поведінкові патерни»). Результатом цієї роботи вченого стала праця, що об'єднала аналіз 21 випадка істерії та неврастенії, під назвою «Психічний автоматизм», який П. Жане представив світові на Паризькому конгресі гіпнозу в 1889 [36].

Інша модель уявлень про психотравму описана в роботах З. Фрейда та Ж. Брейера. Дослідження авторів включають вивчення істерії, а також розуміння істеричного неврозу, що виступають наслідком фіксування психікою афективних витіснених травматичних переживань З. Фрейд вводить розуміння, що травма не завжди проявляється у вигляді негативних переживань або хворобливих спогадів, травма скоріше є певним збуджуючим фактором невротичної симптоматики. І при вивченні травми З. Фрейд акцентує свою увагу на афекті та можливості його відреагування [13].

З ім'ям З. Фрейда пов'язане активне поширення та прийняття у співтоваристві терміну психічної травми. Вчений вказав на те, що пацієнти з істерією страждають на патогенні спогади, що пов'язані з травматичними подіями з минулого. Як механізм до лікування було розроблено та запропоновано

послідовне відродження спогадів у пам'яті пацієнтів. Цей етап досліджень став початком психодинамічного спрямування психотерапії [13].

Перша гіпотеза З. Фрейда у вивченні істерії була запропонована як теорія спокуси, згідно якою забуті спогади про сексуальну спокусу та домагання, що мають місце в ранньому дитинстві, виступають травмуючим фактором у розвитку істеричних та obsесивних симптомів. Далі вчений розробив теорію едіпового комплексу, яка змістила теорію спокуси. Згідно з новим поглядом, травмуючими подіями є наші несвідомі фантазії та інтрапсихічні конфлікти. Ці висновки лягли в основу поділу травматичного та тривожного. неврозу: у першому випадку травматична подія справді відбулася, у другому випадку вже йдеться про внутрішньо-особистісний конфлікт [39].

Отже, першими було утворено дві моделі психологічної травми: перша модель П. Жане, що виділяє невротичні симптоми істерії, що виникають як наслідок дисоціативної функції психіки, що реагує на травму, і друга модель З. Фрейда та Ж. Брейєра, яка ґрунтувалася на розумінні травми як першопричини фіксації психіки на афективних витіснених травматичних переживаннях, що призводять до істерії та істеричного неврозу. Така різниця у поглядах породила розбіжності між вченими у питаннях природи травми, її функцій, а також у питаннях методів роботи з травмованими пацієнтами. Основні відмінності двох моделей полягають у виділенні неідентичних центральних ідей при лікуванні травми.

Так, за теорією психоаналізу найважливішою виступає завдання вивчення захисних механізмів, тобто афектів і подолання психологічної травми, а саме відреагування. За вченням П. Жане, центральною проблемою при роботі з травмою є саме поведінка пацієнта, вчинені ним дії та закріплення успішності їх виконання. Так, робота з травмованими пацієнтами перебуває під керівництвом терапевта, що допомагає впоратися з умовами, які швидко змінюються, що гарантує позитивний вирішення будь-яких ситуацій і призведе до зцілення [39].

Погляд на травму з екзистенційної точки зору наводиться на роботах А. Ленґлі. Автор вказує на те, що подія стає травматичною через інтенсивність

емоцій і почуттів, які відчуває людина в момент травматичної події, оскільки в цей момент порушується базове сприйняття життя. Дослідник порівнює травму з невід'ємним пристроєм буття з урахуванням того, що травма несе у собі потенціал для народження в ній екзистенційного та особистісного змісту [39].

Ще однією важливою роботою у вивченні психотравми є модель травми М. Мюррей. Згідно з цією теорією внаслідок отриманої травми захисним механізмом виступає поділ особи на три складові: «Природна дитина» (ПД), «Плачуча/ображена дитина» (ПОД), «Контролююча дитина» (КД) [39]. Метод відрізняється тим, що одночасно впливає на різні аспекти: фізичний стан, розумовий розвиток, емоційний стан та духовну гармонію. У клієнта в процесі терапії досліджують події, що могли бути травмуючими за весь період життя, складають перелік даних подій, виявляють способи емоційного реагування та когнітивні установки, що формуються в момент цих подій. Виявляються всі способи, що з'являються в результаті розщеплення під час переживання психологічної травми, визначаються домінуючі типи даних типів субособистостей [13, 39].

Термін «посттравматичний синдром», запропонований американським клінічним психологом Марді Хороуїцем та співавторами, з'явився у психіатрії у 1980 році [68]. Симптоми, що супроводжують розлад були систематизовані та розділені клінічним психологом на три групи:

- 1) сильне збудження, яке проявляється у вегетативній лабільності, поганому сні, тривозі, нав'язливих спогадах, уникненні ситуації, які асоціюються із травмою;
- 2) напади депресивного настрою (притуплення почуттів, розпач, відчуття безвиході);
- 3) ознаки реагування (параліч, сліпота, глухота, тік, тремтіння [68].

ПТСР є розладом, який розвивається після впливу екстремальної події або серії подій і характеризується трьома основними проявами:

1) повторні переживання травматичної події в даний час у вигляді яскравих спогадів, що повторюються, супроводжуються страхом, жахом, флешбеками чи нічними кошмарами;

2) уникнення думок та спогадів про подію, або уникнення діяльності чи ситуацій, що нагадують подію;

3) суб'єктивне відчуття постійної загрози у вигляді настороженості чи посилених реакцій переляку. Симптоми значно погіршують діяльність всього організму і тривають щонайменше кілька тижнів [37].

Синдроми, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), відображають різні аспекти переживання травматичних подій та можуть проявлятися у вигляді окремих симптомокомплексів. Кожен із синдромів має свої специфічні ознаки, і їхні прояви залежать від індивідуальних характеристик, інтенсивності травми, тривалості впливу та соціального оточення. Розглянемо детальніше основні синдроми, пов'язані з ПТСР (Рис. 2.2.).

СИНДРОМИ ПТСР	Синдром «військове серце»
	<u>Флешбек-синдром</u>
	Синдром того, хто вижив
	Синдром «прояви бойової психопатії»
	Синдром прогресуючої астенії
	Посттравматичні рентні стани

Рис. 2.2. Синдроми ПТСР

1. Синдром «військове серце». Цей синдром розвивається у людей, які пройшли через інтенсивний бойовий досвід або перебували в зонах активних військових дій. Основними симптомами є:

- Соматичні скарги на серцево-судинні порушення: тахікардія, біль в області серця, порушення серцевого ритму.

- Хронічна тривога: постійне відчуття тривоги, яке супроводжується фізичними проявами (підвищене потовиділення, сухість у роті, напруження м'язів).
- Проблеми зі сном: часто супроводжуються кошмарами, пов'язаними з травматичними подіями.
- Гіперзбудження та постійна настороженість [13].

Цей синдром часто виникає у військових і ветеранів, оскільки війна спричиняє значний стрес на фізичному та психічному рівні, зокрема на серцево-судинну систему.

2. Флешбек-синдром. Флешбеки – це мимовільні, яскраві спогади про травматичні події, які здаються людині такими ж реальними, як у момент їхнього переживання. Основні риси цього синдрому:

- Раптові та інтенсивні спогади: людина раптом відчуває себе так, ніби знову опинилася в травматичній ситуації.
- Супутні емоційні та фізіологічні реакції: тривога, страх, серцебиття, підвищена пітливість.
- Втрата зв'язку з реальністю на час флешбеку: людина може не помічати оточення або поводитися так, як під час бойових дій.

Флешбеки значно ускладнюють повсякденне життя, оскільки можуть виникати несподівано і провокувати панічні або агресивні реакції [36].

3. Синдром вижившого, або синдром того, хто вижив, розвивається в людей, які відчувають провину за те, що вижили, коли інші загинули. Цей стан особливо поширений серед учасників бойових дій і цивільних, які пережили трагічні події, що забрали життя інших. Основні симптоми:

- Почуття провини: людина постійно запитує себе, чому вона вижила, коли інші загинули, і звинувачує себе в цьому.
- Депресія: пригніченість, втрачання сенсу життя, байдужість до оточуючих.
- Відчуття ізоляції від інших: людина може уникати спілкування, оскільки вважає себе «недостойною» через те, що вижила.

Такий синдром може значно ускладнювати соціальну адаптацію та сприяти виникненню глибоких депресивних розладів [67].

4. Синдром «прояви бойової психопатії». Бойова психопатія – це стан, що характеризується проявом агресії, ворожості та дратівливості у відповідь на подразники, що асоціюються з бойовими діями. Основні прояви:

- Підвищена агресивність: схильність до фізичних або вербальних агресивних дій.
- Ворожість до оточуючих: часто такі люди бачать загрозу навіть у нешкідливих ситуаціях.
- Схильність до імпульсивних дій: проявляється у неконтрольованих емоційних реакціях, особливо під час стресу.

Цей синдром є захисною реакцією на стрес та потенційно небезпечні ситуації, які особа переживала під час військових дій [69].

5. Синдром прогресуючої астенії. Прогресуюча астенія пов'язана з хронічною втомою, зниженням рівня енергії та поступовим погіршенням фізичних і психологічних ресурсів організму. Основні симптоми:

- Постійне відчуття виснаження: фізична і психічна втома, що не зникає навіть після відпочинку.
- Зниження мотивації до виконання будь-яких завдань, навіть звичних.
- Проблеми зі сном та апетитом, дратівливість, погіршення концентрації.

Прогресуюча астенія може виникнути внаслідок тривалого стресу, що виснажує ресурси організму, і потребує довготривалої психологічної та фізичної реабілітації [69].

6. Посттравматичні рентні стани розвиваються, коли людина прагне отримати вигоду (матеріальну чи соціальну) через свій статус постраждалої особи. Основні характеристики:

- Фіксація на статусі постраждалого: людина намагається зберегти цей статус для отримання допомоги або особливих умов.

- Симуляція або перебільшення симптомів ПТСР: людина може штучно підтримувати ознаки хвороби для отримання вигоди.
- Залежність від зовнішньої підтримки: людина часто шукає підтримки або підтвердження своєї нездатності самотійно впоратися з наслідками травми [21].

Цей синдром може мати негативний вплив на реабілітацію та сприяти соціальній залежності, особливо якщо отримана вигода є значною.

ПТСР розвивається внаслідок нездатності індивіда впоратися з екзогенним психотравмуючим впливом надзвичайного характеру. В даний час активно досліджується внесок генетичних факторів, у тому числі з метою пошуку можливих нових препаратів для лікування ПТСР. На сьогоднішній день є велика база генетичних досліджень, які вказують на полігенний характер фенотипу ПТСР, при цьому питання про співвідношення власне генетичних та середовищних факторів залишається відкритим. Добре відомо, що попередня травматизація підвищує ризик розвитку ПТСР, але поки що немає однозначного опису патогенетичних механізмів подібної сенситизації [2, 28].

Гострі стресові реакції є нормальною відповіддю на надзвичайний вплив у більшості людей. Через дефіцит ресурсів адаптивності природна відповідь на стрес набуває патологічного характеру, зокрема порушується функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та симпатoadреналінової системи, що призводить до маніфестації симптомів ПТСР, підвищеної готовності до тривожних реакцій, фізіологічного збудження [66].

У когнітивних моделях ПТСР, які наразі знайшли своє підтвердження у дослідженнях із використанням сучасних можливостей нейровізуалізації, патогенез ПТСР тісно пов'язаний з порушенням процесів переробки інформації та інтеграції травматичного досвіду у загальну біографічну пам'ять пацієнта. Було виявлено, що травматичні спогади асоційовані зі зниженою активністю лівої нижньої фронтальної кори. Це дає можливість припустити, що у цих спогадах переважають емоційні та сенсорні елементи без відповідних лінгвістичних асоціацій [60].

Інформація про травму існує в активній робочій пам'яті до тих пір, доки не відбудеться її осмислення. Таким чином формується цикл пожвавлення травматичних спогадів під впливом тригерів, пов'язаних із травмою та прагненням уникати неприємного досвіду зі спробами контролювати хід думок та уникати зіткнення з усім, що може нагадувати про травму, що своєю чергою погіршує переробку травматичного досвіду. У нормі епізоди нав'язливих напливів травматичних переживань чергуються з періодами уникнення, згодом у міру завершення процесу ці стани стають рідше і менш інтенсивними. У ряді випадків може виникати конфлікт між потребою в осмисленні та існуючою системою відносин, у цьому випадку виникає конфлікт з подальшим розвитком уникаючої поведінки, емоційного оніміння, як прояви психологічного захисту, що формує ґрунт для подальшої маніфестації коморбідних депресивних розладів. У цих випадках афект втрачає свою сигнальну функцію, оскільки будь-яка сильна емоція сприймається як небезпека повернення травматичного досвіду [49, 56].

Вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в США здійснюється за допомогою різних підходів, які включають клінічні дослідження, нейробіологічні дослідження, психотерапевтичні інтервенції та розробку спеціалізованих програм підтримки. Основні підходи до вивчення ПТСР в США включають:

1. Клінічні дослідження: одним із основних методів є клінічні дослідження, які включають оцінку симптомів, діагностику та ефективність різних методів лікування. Дослідження часто проводяться на базі медичних закладів, таких як Військово-медичний центр Уолтера Ріда, де фокусуються на військовослужбовцях та ветеранах.

2. Психотерапевтичні інтервенції: вивчення ефективності різних видів психотерапії, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія та метод десенсибілізації та репроцесування рухами очей (EMDR). Дослідження часто включають порівняння результатів різних терапевтичних підходів для визначення найбільш ефективних методів лікування ПТСР.

3. Фармакологічні дослідження: вивчення медикаментозного лікування ПТСР, включаючи ефективність різних антидепресантів, анксіолітиків та інших препаратів. Дослідження проводяться для визначення оптимальних доз та комбінацій ліків для зменшення симптомів ПТСР.

4. Нейробиологічні дослідження: вивчення змін у мозковій діяльності та структурі мозку у осіб з ПТСР за допомогою нейровізуалізаційних технологій, таких як функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ) та позитронно-емісійна томографія (ПЕТ). Ці дослідження допомагають зрозуміти нейробиологічні основи ПТСР.

5. Генетичні дослідження: вивчення генетичної схильності до ПТСР, що включає дослідження генетичних маркерів, які можуть впливати на ризик розвитку розладу. Це допомагає ідентифікувати потенційні біологічні механізми та цільові молекули для нових видів лікування.

6. Соціально-психологічні дослідження: аналіз соціальних факторів, які впливають на розвиток та перебіг ПТСР, таких як соціальна підтримка, стресові події, рівень соціально-економічного статусу та культурні особливості.

7. Програми підтримки та реабілітації: розробка та впровадження програм підтримки для осіб з ПТСР, включаючи групи підтримки, сімейну терапію та програми соціальної реабілітації. Вивчення ефективності цих програм проводиться для покращення соціальної адаптації та якості життя пацієнтів.

8. Епідеміологічні дослідження: вивчення поширеності ПТСР у різних групах населення, включаючи військовослужбовців, ветеранів, жінок, дітей та цивільних осіб, які зазнали травматичних подій. Це допомагає зрозуміти масштаб проблеми та ідентифікувати групи ризику.

9. Інтердисциплінарні підходи: залучення фахівців з різних галузей, таких як психологія, психіатрія, соціологія, нейронаука та генетика, для комплексного вивчення ПТСР. Це дозволяє отримати більш повне розуміння розладу та розробити інтегративні методи лікування.

10. Військові дослідження: спеціальні дослідження, спрямовані на вивчення ПТСР у військовослужбовців та ветеранів. Військові установи, такі як

Міністерство у справах ветеранів США, активно займаються вивченням та лікуванням ПТСР серед цієї групи населення [67].

В Україні вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є важливим аспектом медичної та психологічної науки, особливо у зв'язку з тривалими військовими конфліктами. Підходи до вивчення ПТСР включають клінічні, психотерапевтичні, фармакологічні, соціально-психологічні та міждисциплінарні методи. Основні підходи до вивчення ПТСР в Україні включають:

1. Клінічні дослідження: проводяться на базі медичних і психіатричних установ, де здійснюється діагностика, лікування та оцінка ефективності терапевтичних методів. В Україні такі дослідження часто проводяться в клініках при університетах і медичних інститутах.

2. Психотерапевтичні інтервенції: використовуються різні види психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія та метод десенсибілізації та репроцесування рухами очей (EMDR). Дослідження спрямовані на оцінку ефективності цих методів у лікуванні ПТСР у військових і цивільних осіб.

3. Фармакологічні дослідження: включають вивчення ефективності різних медикаментів, таких як антидепресанти та інші препарати, що використовуються для лікування симптомів ПТСР. Дослідження проводяться для визначення оптимальних схем лікування.

4. Нейробіологічні дослідження: залучають сучасні методи нейровізуалізації, такі як магнітно-резонансна томографія (МРТ), для вивчення змін у мозку у осіб з ПТСР. Такі дослідження проводяться в співпраці з провідними науковими установами.

5. Соціально-психологічні дослідження: аналізуються соціальні та психологічні фактори, що впливають на розвиток та перебіг ПТСР. Вивчаються вплив соціальної підтримки, рівень стресу та інші фактори на психічне здоров'я постраждалих.

6. Епідеміологічні дослідження: вивчається поширеність ПТСР серед різних груп населення, включаючи військових, ветеранів, цивільних осіб, які зазнали травматичних подій. Це допомагає зрозуміти масштаб проблеми та визначити групи ризику.

7. Розробка програм підтримки та реабілітації: включає створення спеціалізованих програм для надання психологічної та соціальної допомоги постраждалим. Важливим аспектом є інтеграція цих програм у систему охорони здоров'я та соціальної підтримки.

8. Міждисциплінарні дослідження: співпраця між фахівцями з різних галузей, таких як психологія, психіатрія, соціологія, нейронаука, генетика та медицина, для комплексного вивчення ПТСР та розробки інтегративних методів лікування.

9. Військові дослідження: спеціалізовані дослідження, спрямовані на вивчення ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, здійснюються у співпраці з військовими медичними закладами та науково-дослідними інститутами. Військові психологи та психіатри активно працюють над розробкою ефективних методів лікування та реабілітації.

10. Громадські та волонтерські організації: вивчення та надання допомоги здійснюються також на рівні громадських та волонтерських організацій, які надають психологічну підтримку, проводять тренінги та семінари для постраждалих від війни та їхніх сімей [9, 12, 33].

Ці підходи спрямовані на комплексне вивчення ПТСР та надання ефективної допомоги постраждалим, що є важливим для покращення їхнього психічного здоров'я та соціальної адаптації.

1.2. Психологічні особливості людей похилого віку

Проблема старіння населення охопила вже більшість країн світу. З кожним роком на тлі зменшення народжуваності у демографічній структурі суспільства збільшується частка літніх людей, які беруть активну участь у політичному,

соціальному, економічному житті суспільства. Відповідно до середніх варіантів прогнозу ООН, світова група населення 65 років і старше зросте до 2050 року до 16% (для порівняння, 1999 року ця цифра становила 6%, у 2019 році – 9%).

У психології літній вік сприймається як заключний період життя людини, початок якого пов'язаний із припиненням безпосередньої участі людини у продуктивному житті суспільства. Спроби виділення хронологічних меж відокремлення старості від зрілого віку робилися різними авторами [31].

За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я людей від 25 до 44 років відносять до молодшої вікової категорії, від 45 до 59 – до середньої, від 60 до 74 – до літньої, від 75 до 90 – до старої. Усіх, хто переступив 90-річний кордон, вважають довгожителами, але така класифікація не завжди виправдана [11].

Найбільшу увагу у питанні вивчення людей похилого віку приділяє Геронтологія. Геронтологія характеризує старіння з кризою розвитку, який характеризується тим, що в онтогенезі виникають внутрішні протиріччя, що перешкоджають адаптивній діяльності. У період кризи у літньої людини складаються нові стратегії, що регулюють психіку та поведінку, які необхідні для продовження життєдіяльності. Проживши дану кризу, людина виходить готовою до нового етапу життя [27].

Психологічні особливості людей похилого віку мають свою специфіку, яка обумовлена фізіологічними, соціальними та емоційними змінами, що відбуваються в цьому періоді життя [15]. Старіння супроводжується природними біологічними процесами, які впливають на когнітивні функції, емоційний стан та поведінку людини [61]. Однією з ключових психологічних особливостей є зниження когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага, швидкість обробки інформації та здатність до навчання новому. Це зниження може бути поступовим і варіюватися залежно від індивідуальних особливостей та стану здоров'я [16, 17].

У жодній науці немає єдиної концепції старіння. І причини цього дуже схожі: велика кількість вікових змін, їх гетерохронність, різна спрямованість та

інтенсивність. Розглянемо основні вікові психологічні особливості старості, які можна об'єднати в кілька груп:

1. Когнітивні особливості. До цієї групи входять зміни, обумовлені фізіологією: швидкість і точність пізнавальних процесів, порівняння, категоризація, функції класифікації. Тим не менш, можлива їх компенсація з допомогою функцій писання, рахунку, промови тощо. Збереження інтелекту залежить від активності самої особистості. Позаяк у людей похилого віку помічається погіршення пам'яті. Найкраще зберігаються ті функції когнітивної сфери, які були провідними, задіяними у професійній діяльності [22].

2. Емоційні особливості старіння. Найчастіше у людей похилого віку переважає депресивно-тривожний фон у настрої, що пов'язаний з втратою близьких, уникненням активного життя, загрозою безпорадності та залежності від оточуючих [30].

3. Вікові зміни особистості. Дуже часто старість супроводжується посиленням колишніх властивостей особистості (дріб'язковість перетворюється на скупість, сензитивність – на образливість, тривожна недовірливість – у підозрілість). З іншого боку, виявляються приховані до цього форми реагування, розвиваються вікові, індивідуальні риси: консерватизм, нетерпимість, переоцінка минулого, образливість, егоцентризм, емоційне притуплення або, навпаки, надмірний ступінь емоційного реагування, підозрілість [3, 24].

Отже, старіння супроводжується рядом психологічних та особистісних змін. Відбувається зміна світогляду (системи поглядів, оцінок та уявлень людини про навколишній світ та місце людини в ньому). Воно стосується двох основних аспектів: по-перше, активності та залученості до довкілля і, по-друге, збільшеної стурбованості внутрішнім світом, тенденцією до внутрішнього зосередження. Ця тенденція, очевидно, пов'язана як із зменшенням необхідності справлятися з труднощами зовнішнього світу (кар'єрою, самореалізацією), так і з переоцінкою цінностей та прийняттям всього свого життя [25]. Така стурбованість внутрішнім світом може призвести до відкриття нових смислів та інтересів (заняттям мистецтвом, бажанням інвестувати у власну сім'ю тощо). Однак якщо ця

тенденція має негативний характер, то спілкування з іншими людьми може викликати відчуття втрачених можливостей, почуття провини, депресії і надмірного занурення у собі [23].

Дуже часто особи пенсійного віку продовжують свою трудову діяльність з метою того, щоб матеріально не обтяжувати свою сім'ю, найчастіше, навіть у тому випадку, коли сім'я не відчуває фінансових труднощів і не потребує додаткових матеріальних ресурсів [7]. Самотніх пенсіонерів на роботу виштовхує зазвичай велика потреба та нестача спілкування. Пенсіонери, що працюють, високо оцінюють поняття добробуту, дорожать своєю роботою у зв'язку з наявністю поваги оточуючих [55].

Соціальні фактори відіграють важливу роль у психологічному благополуччі літніх людей [32]. Втрата професійної зайнятості після виходу на пенсію, зміни в сімейних взаємовідносинах, втрата друзів та родичів можуть призводити до почуття самотності та ізольованості. Соціальна підтримка з боку сім'ї, друзів та спільноти є ключовим фактором, що сприяє збереженню психологічного здоров'я у людей похилого віку [20].

Зміни в особистісних рисах також є характерними для цього вікового періоду. Люди можуть ставати більш інтровертованими, обережними, менш гнучкими у своїх поглядах і поведінці. Водночас, багато людей похилого віку демонструють підвищену мудрість, терпіння та здатність до рефлексії, що є цінним ресурсом для них самих та їхнього оточення [38, 54].

Важливим аспектом психологічного стану є переживання вікових криз. Кризи середнього та пізнього віку можуть супроводжуватися переоцінкою життєвих цінностей, підведенням підсумків, переосмисленням особистих досягнень та втрат. Це часто призводить до зміни життєвих пріоритетів та адаптації до нових умов життя [19, 43].

Фізичні обмеження, пов'язані зі старінням, такі як хронічні захворювання, зниження рухової активності, погіршення зору та слуху, також впливають на психологічний стан людей похилого віку. Ці обмеження можуть призводити до зниження самооцінки, почуття безпорадності та залежності від інших [10].

Проте, багато людей похилого віку демонструють високу стійкість і здатність адаптуватися до змін. Підтримка фізичної активності, участь у соціальному житті, залучення до творчих та інтелектуальних занять сприяють збереженню психічного здоров'я та підвищенню якості життя [50].

Релігія та духовність також відіграють значну роль у житті багатьох літніх людей, надаючи їм почуття сенсу, мети та підтримки в складні моменти. Віра та релігійні практики можуть сприяти психологічному благополуччю, допомагаючи людям впоратися з життєвими труднощами та зберігати позитивний настрій [59].

Зрештою, психологічне здоров'я людей похилого віку є важливим аспектом їхнього загального благополуччя. Забезпечення підтримки, розуміння та уваги до їхніх потреб сприяє покращенню якості життя та підвищенню рівня їхньої соціальної інтеграції. Врахування психологічних особливостей літніх людей є ключовим для розробки ефективних програм допомоги та підтримки, що сприятиме їхній активній та щасливій старості [18].

В рамках нашої кваліфікаційної роботи варто зазначити, що в умовах повномасштабної війни в Україні все більше людей мають діагноз ПТСР. Будь-яка подія, яка несе загрозу життю або цілісності людини, може стати передумовою для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це може бути аварія, природна катастрофа, насильство, втрати близьких, воєнні дії або інші травматичні події.

Важливо підкреслити, що не всі, хто пережив травматичні події, розвивають ПТСР [21]. Різні фактори впливають на ймовірність розвитку ПТСР, включаючи індивідуальні особливості, рівень соціальної підтримки та попередній досвід. Повномасштабна війна в Україні принесла серйозні випробування для психічного здоров'я населення, оскільки люди стикаються зі стресовими ситуаціями, втратами близьких, вимушеними переміщеннями, руйнуваннями, загрозами життю та тривалим відчуттям небезпеки, зокрема це стосується і людей похилого віку.

Особливості ПТСР серед людей похилого віку:

1. Інтенсивність та тривалість симптомів: у людей похилого віку симптоми ПТСР можуть бути менш інтенсивними, але більш тривалими порівняно з молодшими людьми. Це пов'язано з накопиченням життєвого досвіду та можливими попередніми травмами.

2. Прояви симптомів: частіше спостерігаються соматичні симптоми, такі як хронічний біль, головні болі, проблеми зі сном, що можуть бути сприйняті як симптоми інших хвороб. Може бути підвищена тривожність, депресія, дратівливість та відчуження від соціального життя.

3. Психологічні та соціальні фактори: важливими є попередні життєві травми, включаючи досвід Другої світової війни або інших конфліктів. Втрата близьких, зменшення соціальної підтримки та ізоляція можуть посилювати прояви ПТСР. Зменшення когнітивних функцій може ускладнювати діагностику і лікування [29].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у жінок похилого віку в умовах війни є серйозною проблемою, яка потребує детального вивчення та розуміння. Жінки похилого віку особливо вразливі до впливу травматичних подій через фізіологічні, психологічні та соціальні зміни, що пов'язані з процесом старіння. Війна та пов'язані з нею стресові ситуації, такі як втрата домівки, загибель близьких, фізичні травми та постійний страх за своє життя, можуть призвести до розвитку ПТСР.

ПТСР у жінок похилого віку має свої специфічні прояви, які включають хронічну тривогу, депресію, безсоння, часті спогади про травматичні події та уникання ситуацій, які нагадують про них. Ці симптоми можуть суттєво впливати на якість життя та загальний стан здоров'я жінок.

Фізичні зміни, що супроводжують старіння, такі як хронічні захворювання, зниження імунітету та рухової активності, можуть посилювати симптоми ПТСР та ускладнювати процес одужання. Соціальна ізоляція, часто притаманна людям похилого віку, може посилювати почуття безпорадності та самотності, що також сприяє загостренню розладу.

1.3. Особливості переживання посттравматичного стресового розладу в умовах війни

Переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в умовах війни має специфічні особливості, які відрізняються від переживань ПТСР в інших ситуаціях. Війна створює надзвичайно стресове середовище, де люди стикаються з безперервною загрозою для життя, фізичними та емоційними травмами, втратою близьких та руйнуванням свого звичного життя. Це середовище може викликати глибокі психологічні рани, які залишаються з людиною протягом тривалого часу.

Про посттравматичний стресовий розлад (англ. Post Traumatic Stress Disorder) або скорочено ПТСР, обов'язково згадують за будь-якого військового конфлікту. Головний критерій для розвитку ПТСР – безпосереднє зіткнення з подією, що травмує, або з травмою, наприклад, у зв'язку з загибеллю близької людини, або безпосереднього місця проживання в зоні бойових дій, в прифронтових містах і т.п. [40].

У суб'єктивній реальності людей, які проживають ці критичні стресогенні ситуації, значно зростає ризик накопичення негативного травматичного досвіду та переживань, які психофізіологічно оформлюються як стрес-реакції, стрес-синдроми та стійкі посттравматичні стресові стани (ПТСР).

Як свідчать клінічні дослідження, ПТСР виникає приблизно у 20-30% людей, які пережили тяжкі для психіки події, а 60% страждають від симптомів психічного розладу навіть через рік після травми (флешбеки, безсоння, кошмари, тривожний розлад, амнезія) [2].

Психотравма, пов'язана з пережитими жахами війни, породжує депресію, почуття безвиході, безпорадності, дисфорію, ангедрію, адикції та панічні атаки. У самому піковому прояві ПТСР призводить до тектонічних зрушень у структурі особистості, порушення когнітивного сприйняття та деструктивним поведінковим патернам. У зоні ризику – солдати, мирні жителі, військові медики, волонтери, біженці, жертви сексуального насильства, травмовані діти, а також акцентуйовані особи. В результаті особистість зазнає кризи та ретравматизації,

втрачаючи впевненість у своїх здібностях та можливостях, а разом з нею і психологічний захист [57].

Еволюція назв хвороби відбувалася під вплив наукового прогресу та хвилеподібного медійного інтересу до проблеми, що спостерігається після воєн та військових конфліктів. Однак навіть сьогодні концепція посттравматичного стресового розладу, як і раніше, недосконала і заснована на спільності симптомів [34].

Так, дослідник Абрам Кардінер, американський антрополог та психоаналітик, озброївшись ідеями Фрейда, запровадив поняття «центрального фізіоневрозу», що є причиною порушення механізмів адаптації особистості до умов навколишнього світу [70].

Вчений першим найповніше описав симптоматику військового неврозу:

- збудливість та дратівливість;
- нестримна реакція на раптові подразники;
- фіксація на психотравмуючій події;
- уникнення реальності;
- схильність до неконтрольованої агресії [70].

Особливості ПТСР в умовах війни:

1. Неперервний стрес і загроза життю: в умовах війни люди постійно перебувають у стані підвищеної тривоги через можливі обстріли, бомбардування, бойові зіткнення та інші небезпеки. Постійний страх за своє життя і життя близьких людей сприяє розвитку хронічного стресу, який може перерости в ПТСР.

2. Свідчення смерті і насильства: військові конфлікти часто супроводжуються безпосередніми свідченнями насильства, смерті та руйнувань. Люди бачать загибель друзів, сусідів, членів родини, що може спричинити глибокі психологічні травми та постійні спогади про ці події.

3. Втрата близьких і руйнування сімейних зв'язків: війна призводить до втрати близьких людей та руйнування сімейних зв'язків. Втрата підтримки та

емоційної прив'язаності підсилює почуття самотності та безнадійності, що є сприятливим ґрунтом для розвитку ПТСР.

4. Переміщення та біженство: мільйони людей змушені залишати свої домівки та ставати біженцями. Переміщення пов'язане з втратою власності, зміною звичного середовища та культури, що викликає додатковий стрес та почуття невпевненості у майбутньому.

5. Фізичні травми і інвалідність: багато людей отримують фізичні травми, які можуть призвести до інвалідності. Фізичний біль та обмеження здатності до нормального функціонування впливають на психологічний стан і можуть стати причиною депресії та ПТСР.

6. Вплив на різні групи населення: різні групи населення по-різному реагують на стресові ситуації війни. Наприклад, діти, жінки та люди похилого віку є особливо вразливими до розвитку ПТСР через свою фізіологічну та соціальну уразливість [71].

Симптоми ПТСР в умовах війни можуть бути схожими з симптомами ПТСР в інших ситуаціях, проте вони часто мають більш інтенсивний та хронічний характер. До основних симптомів належать:

1. Постійні спогади (флешбеки): люди, що пережили травматичні події війни, можуть постійно відчувати повторювані, неочікувані спогади про ці події. Флешбеки можуть бути настільки реалістичними, що людина відчуває себе знову в ситуації небезпеки.

2. Нічні кошмари: травматичні спогади часто відтворюються у формі нічних кошмарів, що призводить до порушень сну та постійної втоми.

3. Емоційна гіперчутливість: ПТСР супроводжується підвищеною чутливістю до подразників, людина стає легко дратівливою, постійно відчуває напруженість та тривогу.

4. Уникання нагадувань про травму: люди з ПТСР уникають ситуацій, місць, людей чи діяльності, які можуть нагадувати їм про травматичну подію. Це може призвести до соціальної ізоляції та обмеження діяльності.

5. Депресія та апатія: ПТСР часто супроводжується депресією, яка проявляється у вигляді почуття безнадійності, втрати інтересу до життя, апатії та втоми.

6. Соматичні симптоми: часто люди з ПТСР скаржаться на фізичні симптоми, такі як головний біль, болі у животі, серцево-судинні проблеми, що можуть бути наслідком постійного стресу [8].

На думку сучасних вітчизняних дослідників, автори, які заперечували особливий стан реактивних станів воєнного часу та бачили в них варіанти нормальних неврозів і психозів, не враховували цілий ряд особливостей бойової обстановки [46, 47]. Стресори воєнного часу містять не лише очевидну вітальну загрозу та пов'язані з втратою близьких. Вони відрізняються багаторазовою повторюваністю, незвичайні за силою і тривалістю, як правило, поєднуються з тяжкою фізичною та психічною втомою, часто виникають на тлі поранень, явних та субклінічних травм голови [42].

Крім того, війна включає в себе цілий комплекс найрізноманітніших кліматогеографічних та соціально-стресових несприятливих впливів. Людина, яка раптово опинилася на війні, просто оточена найсильнішими стресорами, з якими ніколи не була знайома раніше [65]. Заздалегідь готових філо- та онтогенетичних програм, здатних забезпечити оптимальну адаптивну відповідь на вплив військових стрес-факторів, у звичайного індивіда немає. Лише в міру накопичення особистого бойового досвіду в учасника війни підвищується стійкість до військового стресу. Усім цим походження бойової психічної травми докорінно відрізняється від «мирних» неврозів [64].

За аналогією зі стихійними лихами та політичними конфліктами в інших частинах світу, військовий конфлікт в Україні пов'язаний з підвищеним ризиком кризи психічного здоров'я серед найбільш незахищених верств населення, включаючи, наприклад, дітей, підлітків, осіб похилого віку тощо. Протягом війни багато людей пережили значні травми через насильство та втрату рідних та близьких. Неминуче, поточна російсько-українська війна стала серйозним каталізатором тривожності, депресії та інших проблем психологічного характеру

для дітей, підлітків, жінок та осіб похилого віку, які потребують медичної та психологічної допомоги [58].

Симптоми ПТСР в умовах війни можуть бути інтенсивними та хронічними, вимагаючи комплексного підходу до діагностики та лікування. Психотерапія, фармакотерапія, соціальна підтримка та підтримка здорового способу життя є ключовими компонентами успішного лікування ПТСР. Розуміння специфіки ПТСР в умовах війни є важливим для розробки ефективних програм допомоги та підтримки, що сприятимуть відновленню психічного здоров'я та покращенню якості життя постраждалих [63].

Посттравматичний стресовий розлад в умовах війни є актуальною темою для досліджень українських вчених, враховуючи тривалий збройний конфлікт, який почався у 2014 році. Дослідники вивчають вплив бойових дій на психічне здоров'я як військових, так і цивільного населення, особливо зосереджуючись на групах з підвищеною вразливістю, таких як діти, жінки та люди похилого віку [58].

Ключові напрями досліджень ПТСР в Україні є наступні. Психологічний вплив війни на військовослужбовців: дослідження українських військових психологів зосереджені на вивченні рівня стресу та розвитку ПТСР у солдатів, які повертаються з зони бойових дій. Одним з таких досліджень є робота, проведена кафедрою військової психології та педагогіки Національного університету оборони України, яка аналізує фактори ризику розвитку ПТСР серед військовослужбовців, методи їх діагностики та терапії.

Вплив війни на цивільне населення: українські вчені також досліджують вплив війни на цивільних осіб, які зазнали психологічних травм через бойові дії. Наприклад, вивчення впливу війни на переселенців та мешканців прифронтових територій проводиться в Інституті соціальної та політичної психології НАПН України. Дослідження фокусується на оцінці психічного здоров'я, рівня стресу та адаптаційних можливостей цих груп.

Специфіка ПТСР у жінок та дітей: особлива увага приділяється вивченню ПТСР серед жінок та дітей, які зазнали впливу війни. Вчені з Національного

медичного університету імені О. О. Богомольця досліджують особливості розвитку ПТСР у цих групах, аналізують вплив втрати близьких, переміщення та інших стресових факторів на їх психологічний стан.

В Україні ряд науковців активно досліджують проблему посттравматичного стресового розладу в умовах війни. Їхні дослідження охоплюють різні аспекти ПТСР, включаючи його специфіку у військових та цивільних осіб, ефективність методів діагностики та лікування, а також соціальну підтримку постраждалих.

Висновки до першого розділу

ПТСР є складним психічним розладом, що розвивається внаслідок переживання травматичних подій, таких як війна, насильство, природні катастрофи або серйозні втрати. До його характерних проявів належать інтенсивні спогади про травму, уникнення будь-яких нагадувань про подію, підвищена тривожність і порушення емоційної стабільності. Ці симптоми впливають на якість життя постраждалих, перешкоджають нормальній соціальній взаємодії та призводять до тривалих психологічних наслідків.

Люди похилого віку є особливо вразливою групою до впливу травматичних подій. З віком у людей змінюються психофізіологічні реакції на стрес, погіршується соціальна підтримка, знижується адаптаційний потенціал. Це може збільшувати ризик розвитку ПТСР або погіршувати перебіг розладу. Особливості їхнього психічного стану вимагають спеціалізованих підходів до психологічної підтримки.

Війна створює екстремальні умови, що суттєво підвищують ризик розвитку ПТСР, особливо серед населення, що змушене залишати свої домівки або переживає бойові дії. Воєнні травми залишають тривалий емоційний слід, що ускладнюється факторами соціальної нестабільності, фізичної небезпеки та розривом соціальних зв'язків. У таких умовах ПТСР часто супроводжується коморбідними розладами, такими як депресія та тривога.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Організація та методологічне забезпечення дослідження

Дослідження проводилося серед двох груп жінок: 45 жінок похилого віку, які є вимушеними переселенцями (ВПО), та 45 жінок, що залишалися у м. Чернігів під час активних бойових дій (фактично – не мають статусу ВПО).

Дослідження проводилося на основі рівномірно розподіленої вибірки, що включає 90 осіб. До вибірки увійшли дві основні групи:

Група 1: 45 жінок похилого віку, які є внутрішньо переміщеними особами з територій, де ведуться активні бойові дії (Донецька, Луганська, Харківська, Запорізька, Херсонська області).

Група 2: 45 жінок похилого віку, які залишалися у м. Чернігів під час блокади, перебуваючи під обстрілами (тобто, фактично не є ВПО).

Методологічне забезпечення дослідження включає використання таких психодіагностичних інструментів:

1. Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-C) – цивільний варіант опитувальника (Додаток В), розроблений для оцінки наявності та рівня вираженості симптомів ПТСР у мирного населення. Цей інструмент дозволяє самостійно оцінити наявність специфічних симптомів розладу та їх частоту, що особливо важливо для дослідження внутрішніх переживань людей похилого віку.

Методика містить 17 пунктів, кожен з яких відповідає діагностичним критеріям ПТСР за DSM-5.

2. Шкала впливу подій (IES-R) – інструменти, що допомагають визначити ступінь впливу травматичних подій на психічний стан людини. Шкала IES використовується для вимірювання рівня стресу, пов'язаного з пережитими травматичними подіями, тоді як IES-R є розширеною версією, яка включає додаткові питання, пов'язані з проявами стресу та тривожних розладів після травматичних подій (Додаток Г).

3. Для респонденток, які є ВПО було розроблено авторську анкету, яка включає додаткові питання щодо психоемоційного стану досліджуваних (Додаток А). Анкета для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) спрямована на вивчення переживань та емоційних реакцій на травматичні події війни. Основні питання анкети охоплюють такі аспекти:

3.1. Інформація про переселення: місце прибуття, від якого міста переїхали, та вік респондентів.

3.2. Знання про місце переселення: чи знали, куди їдуть, або це був вимушений переїзд у невідоме місце.

3.3. Особисті речі та документи: чи мали можливість взяти з собою необхідні документи та речі.

3.4. Сімейні зв'язки: наявність рідних на війні, що може впливати на психологічний стан.

Симптоми травматичних переживань:

- Наявність нічних кошмарів, пов'язаних з травматичними подіями.
- Невідворотні думки про події, навіть у небажаний час.
- Емоційні сплески, зокрема спалахи гніву, які важко контролювати.

Анкета досліджує емоційні та психологічні реакції респондентів на умови війни та вимушену зміну місця проживання, дозволяючи отримати дані про вплив стресу та рівень травматизації.

4. Анкета для жінок похилого віку, які залишилися в рідному місті під час активних бойових дій, спрямована на вивчення їхніх емоційних реакцій, фізичного стану та доступу до життєвих ресурсів у кризових умовах. Питання в анкеті охоплюють такі аспекти:

4.1. Загальна інформація про респондента – вік та сімейний стан (самотня, заміжня, вдова).

4.2. Доступ до життєво важливих ресурсів – запитання про наявність доступу до їжі, води, ліків та медичної допомоги під час бойових дій.

4.3. Емоційні переживання – наявність думок про втрату близьких або майна, наявність нічних кошмарів або тривожних сновидінь, спонтанних думок про події війни, які виникають без бажання.

4.4. Фізичний стан – запитання про погіршення фізичного стану внаслідок пережитих бойових дій та наявність нових чи загострених хвороб після початку війни (Додаток Б).

Анкета допомагає зібрати дані про вплив стресових подій на психічне та фізичне здоров'я жінок похилого віку, а також про доступність ресурсів, необхідних для виживання в умовах бойових дій.

Процедура проведення дослідження:

- Підготовчий етап включав визначення цільової вибірки, зокрема вікові та соціальні особливості респонденток.
- Основний етап збору даних: проведення опитування та тестування серед жінок-переселенок та жінок, які залишалися в Чернігові. Застосування «Шкали самооцінки наявності ПТСР (PCL-C)» для оцінки симптоматики ПТСР та «Шкали впливу подій (IES-R)» для оцінки емоційного впливу стресових подій. Додатково у респонденток ВПО було проведено опитування за анкетой (Додаток А).
- Обробка та аналіз даних: проведення кількісного та якісного аналізу результатів дослідження.
- Інтерпретація результатів і формулювання висновків: порівняння результатів дозволяє виявити закономірності у впливі війни та переселення на психічний стан жінок похилого віку.
- Підсумковий етап: представлення результатів дослідження та рекомендацій для практичного застосування.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Серед респонденток жінок-ВПО було проведено додаткове опитування (анкета представлена у Додатку А).

Зауважимо, що більш ніж 80% жінок похилого віку з числа ВПО виїхали зі сходу країни (Маріуполь, Мар'їнка, Авдіївка, Гірник, Соледар, Часів Яр та інші. Близько 20% респонденток виїхали з прикордоння Чернігівщини, з громад, які потерпають від щоденних обстрілів ворожої армії російської федерації.

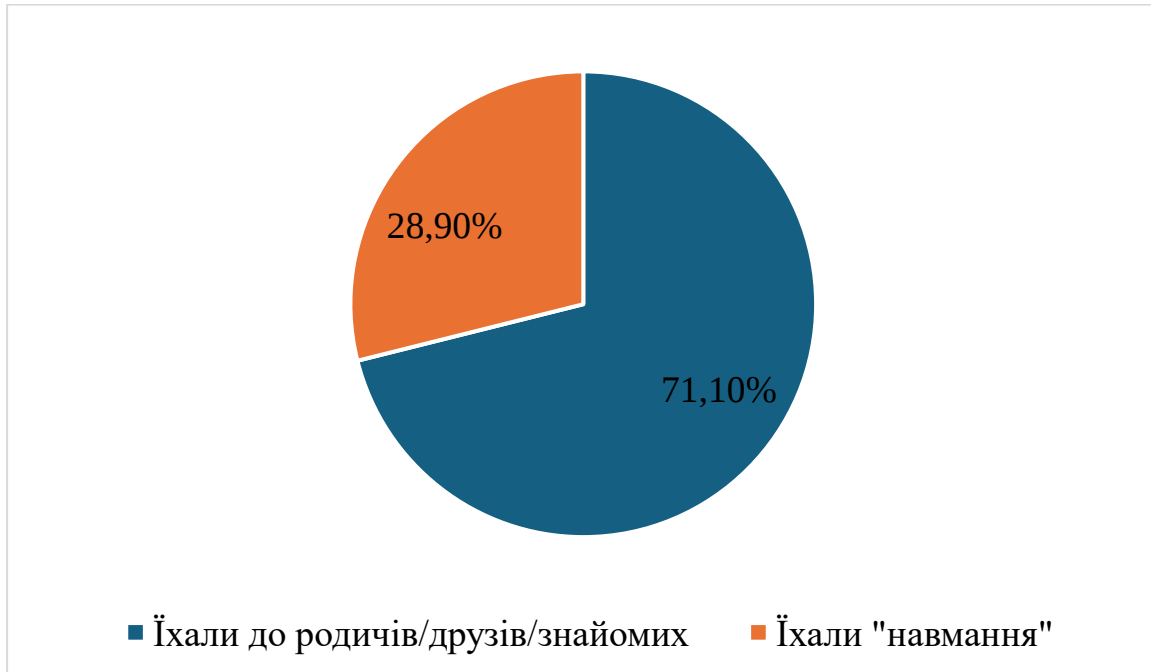


Рис. 2.1. Чи мали респондентки ВПО місце для евакуації

Особливо цікавим є показник того, чи мали респондентки місце для евакуації. Як відображено на Рис. 2.1, 71,1% жінок змогли поїхати до родичів, друзів або знайомих, що свідчить про наявність певних соціальних зв'язків та підтримки в цей критичний момент. Це дозволило їм краще адаптуватися до нових умов життя, маючи базу, на яку можна було спиратися. Родинні та соціальні зв'язки в кризових ситуаціях відіграють ключову роль у збереженні психоемоційної стабільності та зменшенні рівня стресу.

З іншого боку, 28,9% респонденток не мали визначеного місця для евакуації та були змушені виїжджати «навмання». Це вказує на високий рівень невизначеності та соціальної ізоляції серед частини жінок похилого віку, що ще більше ускладнює їхню адаптацію та може призводити до підвищеного ризику розвитку психоемоційних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Результати опитування показують, що всі 100% жінок похилого віку, які були вимушені виїхати з зон бойових дій, встигли взяти з собою документи та деякі особисті речі. Це свідчить про те, що, незважаючи на складні обставини, пов'язані з евакуацією, жінки зберегли свідомість щодо необхідності мати основні документи та речі першої необхідності.

На питання «Чи є хтось з рідних на війні?» відповіді є наступними (Рис. 2.2.).

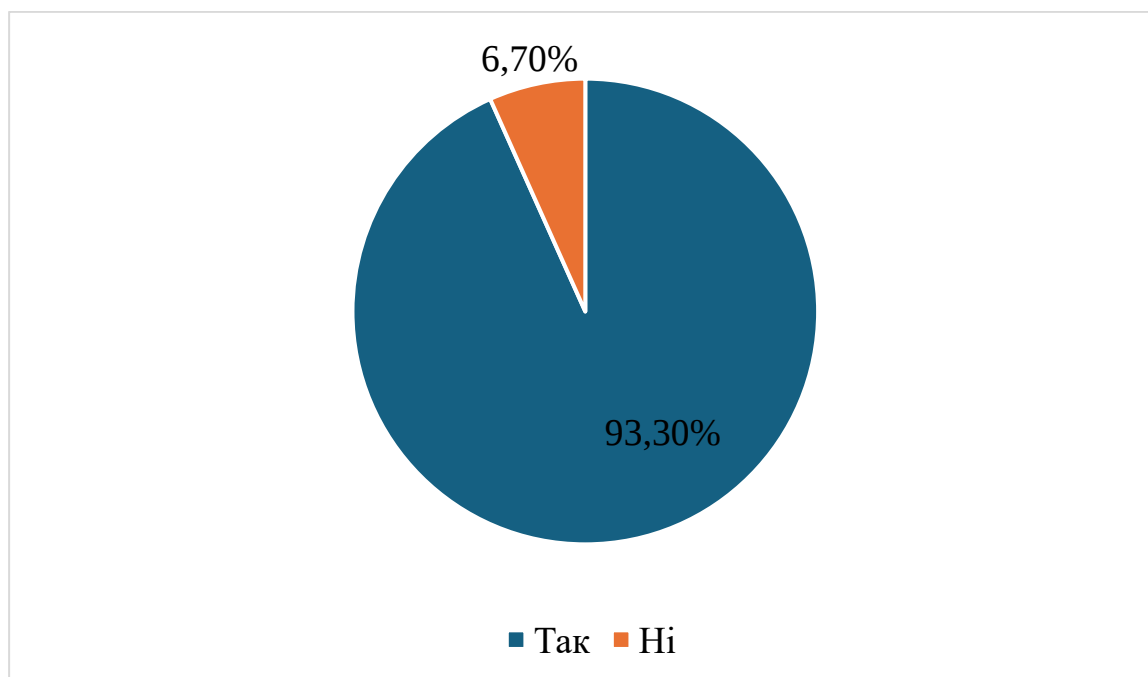


Рис. 2.2. Наявність родичів, які перебувають на службі під час війни

Аналіз відповідей на питання щодо наявності рідних, які перебувають на службі під час війни, демонструє високу частку жінок похилого віку серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які мають близьких родичів, залучених до військових дій.

Згідно з результатами опитування, 93,3% респонденток зазначили, що їхні сини, брати або інші родичі перебувають на службі під час війни. Лише 6,7% жінок не мають таких родичів. Ці дані підкреслюють важливу роль сім'ї в умовах війни. Для більшості жінок похилого віку, наявність близьких на фронті стає додатковим джерелом тривоги та емоційної напруги.

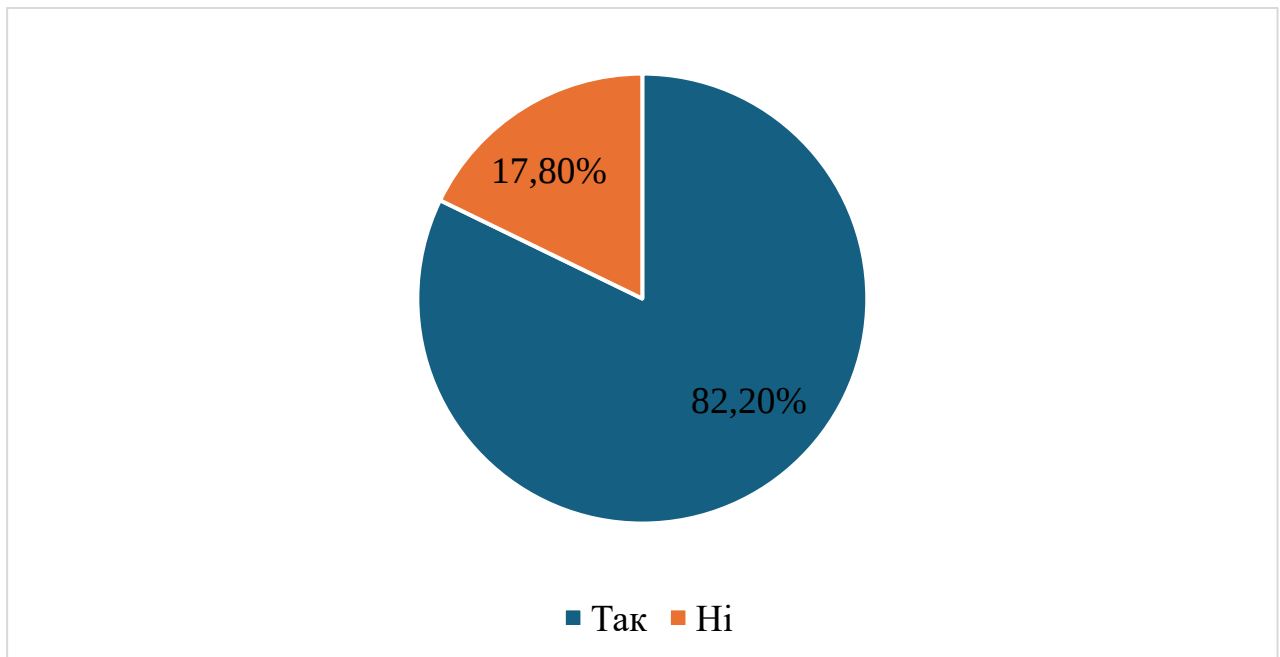


Рис. 2.3. Чи мали респондентки нічні кошмари, пов'язані з травматичною подією

Результати опитування щодо наявності нічних кошмарів, пов'язаних із травматичними подіями, демонструють значний вплив пережитого стресу на психоемоційний стан жінок похилого віку, які є внутрішньо переміщеними особами (ВПО). За даними дослідження, 82,2% респонденток зізналися, що вони мали нічні кошмари, пов'язані з травматичними подіями, тоді як лише 17,8% зазначили, що не стикалися з такими проявами.

Такий високий відсоток жінок, які переживають нічні кошмари, свідчить про глибокий рівень психічної травми, який вони зазнали внаслідок війни, евакуації та перебування в зоні бойових дій.

Результати опитування показують, що всі 100% респонденток похилого віку, які є внутрішньо переміщеними особами (ВПО), зізналися, що думки про травматичні події з'являлися у них без їхнього бажання. Це свідчить про сильний вплив пережитого стресу, який не лише залишається в пам'яті, але й постійно повертається у свідомість навіть у моменти, коли вони намагаються відволіктися або забути про ці події.

Такий стан є одним із типових симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), коли травматичні події знову і знову «переслідують» людину,

незважаючи на її намагання контролювати ці думки. Це може вказувати на те, що жінки не мають достатніх психологічних механізмів для переробки отриманих травм, або ж їхній рівень тривожності та стресу настільки високий, що вони не можуть знайти емоційну рівновагу.

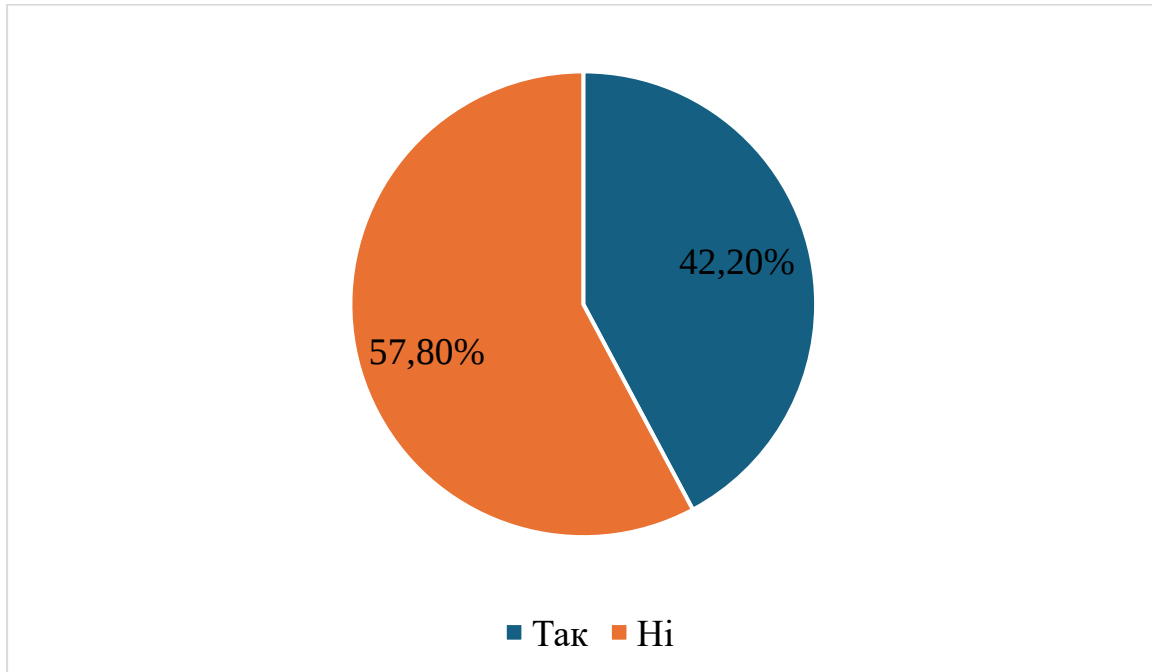


Рис. 2.4. Результати опитування щодо спалахів неконтрольованого гніву

Результати опитування щодо спалахів неконтрольованого гніву показують, що 42,2% жінок похилого віку серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) зізналися, що останнім часом вони відчували гнів, який не могли опанувати. Водночас, 57,8% респонденток зазначили, що не стикалися з такими емоційними реакціями.

Цей високий відсоток жінок, які переживали неконтрольовані спалахи гніву, може свідчити про підвищену емоційну напругу та тривожність, викликані пережитими подіями – вимушеною евакуацією, втратою дому, невизначеністю щодо майбутнього та постійною загрозою війни. Гнів може виступати як захисна реакція на відчуття безпорадності або страху, особливо коли людина не може вплинути на обставини, які викликають стрес.

Далі представляємо результати анкетування (анкета представлена у Додатку Б) жінок похилого віку, які не є ВПО та перебували у м. Чернігів під час активних бойових дій.

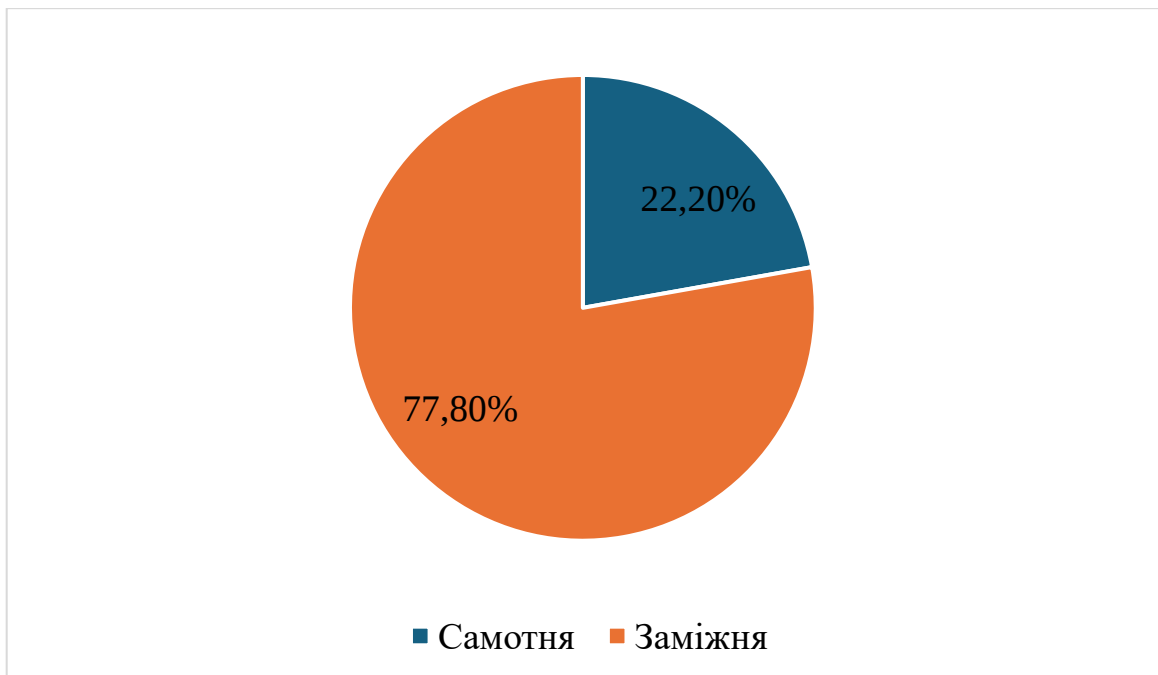


Рис. 2.5. Сімейний стан респонденток, які не є ВПО, проживають у м. Чернігів

Результати анкетування щодо сімейного стану жінок похилого віку, які залишалися у м. Чернігів під час активних бойових дій, показують такі дані:

22,2% респонденток є самотніми, тоді як 77,8% перебувають у шлюбі. Ці показники надають важливу інформацію для аналізу рівня соціальної підтримки жінок похилого віку, що може впливати на їхню стресостійкість та психологічне самопочуття в умовах війни.

Далі питання стосувалося наявності доступу до їжі та води в період бойових дій. Результати представлені на Рис. 2.6.

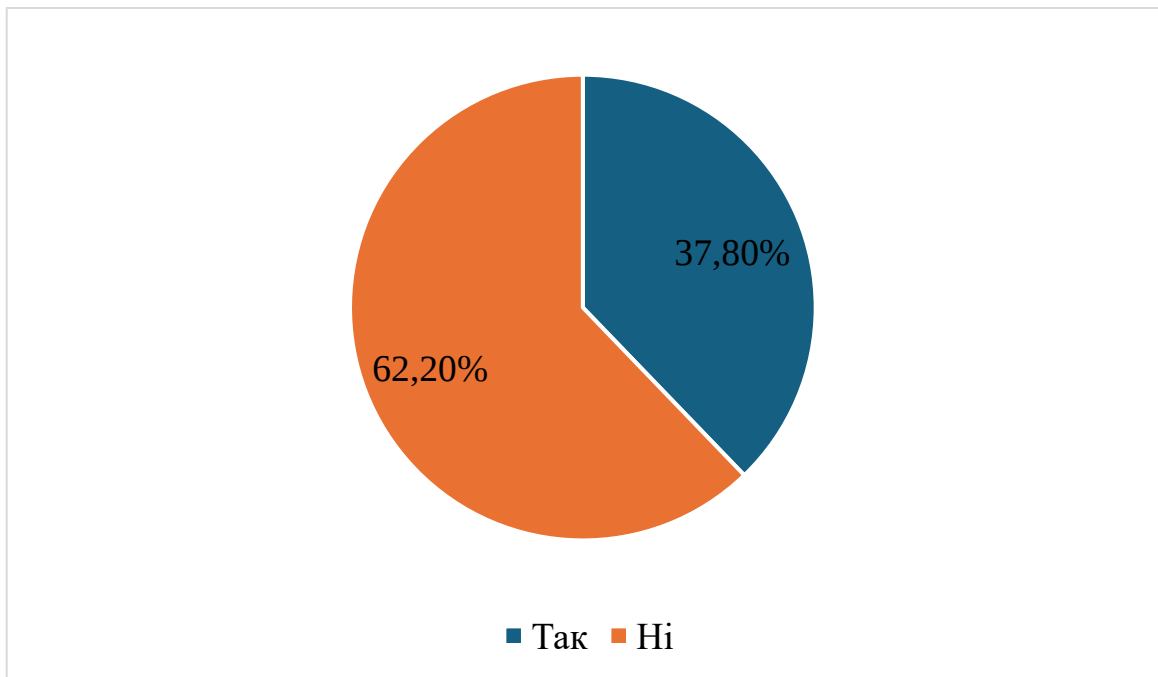


Рис. 2.6. Наявність вільного доступу у респонденток до їжі та води під час активних бойових дій у м. Чернів

Результати анкетування свідчать про те, що лише 37,8% жінок похилого віку, які залишилися в місті під час активних бойових дій, мали вільний доступ до їжі та води. Натомість 62,2% респонденток не мали вільного доступу до цих життєво важливих ресурсів, що підкреслює серйозні виклики виживання для цієї категорії населення в умовах кризи.

Результати анкетування показали, що всі респондентки похилого віку (100%) відчували страх втрати близьких або майна під час активних бойових дій у м. Чернів. Цей високий показник свідчить про надзвичайний рівень стресу, з яким зіткнулися жінки похилого віку в умовах війни, а також про значущість почуття безпеки та стабільності для їхнього емоційного стану.

За результатами анкетування, всі жінки похилого віку (100%) повідомили про наявність нічних кошмарів або тривожних сновидінь, пов'язаних з подіями війни. Це свідчить про глибокий емоційний та психологічний вплив бойових дій на психіку респонденток, що відображає високий рівень травматизації, пов'язаний із пережитими обставинами.

Відповіді респонденток показали (Рис. 2.7.), що 71,1% жінок похилого віку часто відчували спонтанні думки про події війни навіть у моменти, коли не

бажали про це думати, тоді як 28,9% не стикалися з такими думками. Цей показник вказує на високий рівень мимовільного відтворення травматичних спогадів, що є ознакою посттравматичних симптомів та впливає на психологічне самопочуття респонденток у повсякденному житті.

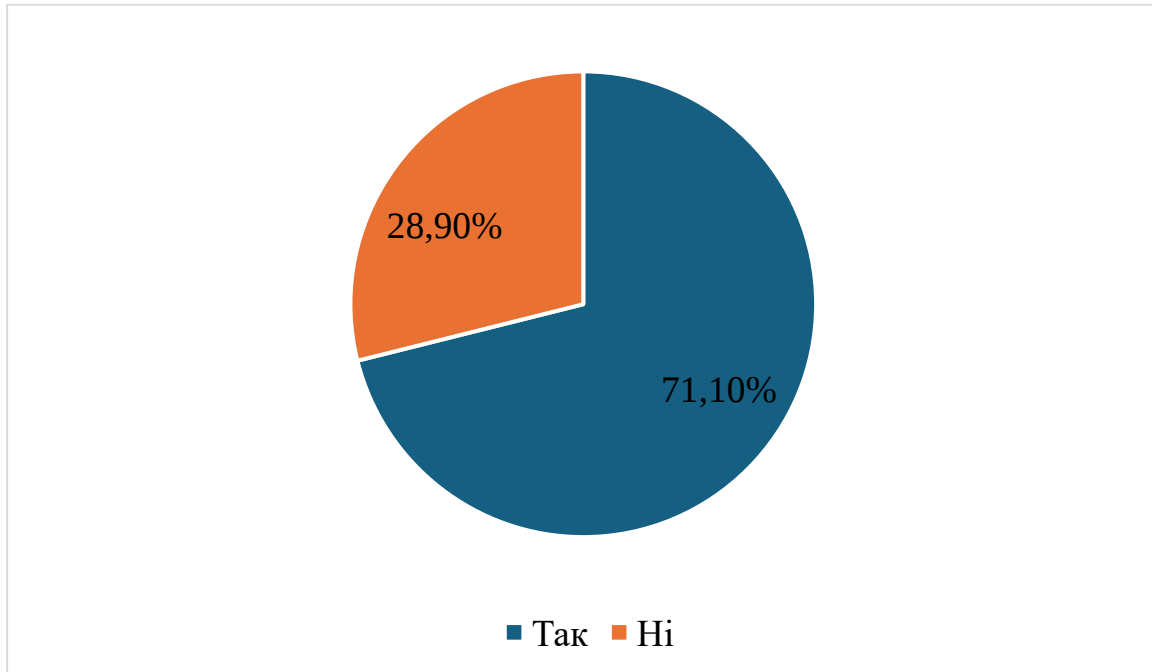


Рис. 2.7. Наявність виникнення спонтанних думок про події війни в моменти, коли не хотіли про це думати

Усі респондентки похилого віку (100%) відзначили погіршення свого фізичного стану внаслідок переживань, пов'язаних з бойовими діями. Це свідчить про значний негативний вплив стресових подій на здоров'я жінок, підкреслюючи, як тривала емоційна напруга та страх можуть призводити до погіршення фізичного благополуччя.

Також 100% респонденток похилого віку, які не виїжджали з Чернігова, повідомили про нові або загострені хвороби після початку війни, може свідчити про сильний вплив стресу та нестабільності на їхнє фізичне і психічне здоров'я. Відповіді вказують на те, що військові конфлікти можуть призводити до погіршення фізичного і психічного стану. Це може бути пов'язано зі стресом, тривогою, а також змінами в умовах життя.

Результати дослідження за шкалою самооцінки наявності ПТСР «PCL-C» (цивільний варіант) представляємо нижче (Рис. 2.8.).

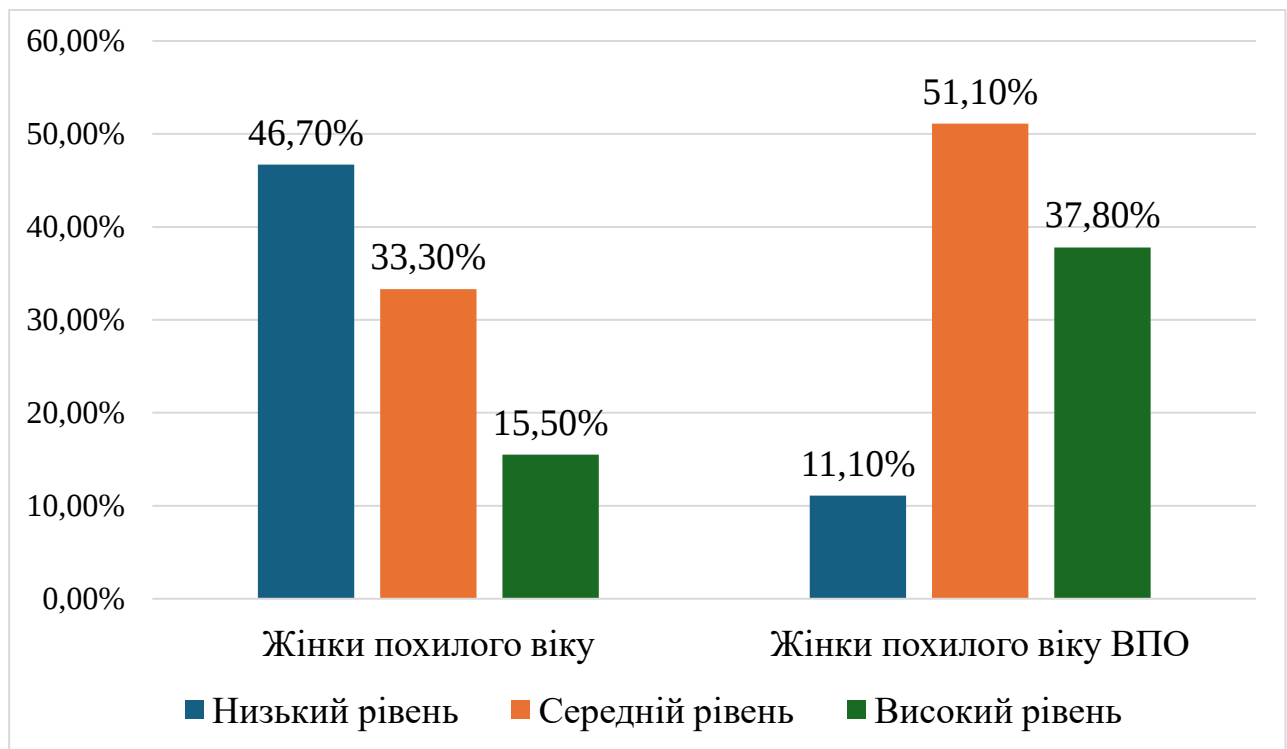


Рис. 2.8. Результати дослідження рівня прояву ПТСР у досліджуваних групах

Емпірично встановлено, що у групі жінок похилого віку, які є ВПО, ПТСР переважає на середньому рівні (51,1%), однак у 37,8% ПТСР має високий рівень прояву. Низький рівень ПТСР серед жінок похилого віку, які є ВПО мають лише 11,1%.

У групі жінок похилого віку, які не є ВПО, проживають у м. Чернігів та нікуди не виїжджали з міста під час активних бойових дій, ПТСР переважає на низькому рівні у 46,7%, середній рівень мають 33,3%, та високий рівень ПТСР виявлено лише у 15,5%.

Аналіз результатів дослідження за шкалою самооцінки наявності ПТСР «PCL-C» серед жінок похилого віку, розділених на дві групи (внутрішньо переміщені особи (ВПО) та ті, що залишилися в Чернігові під час війни), свідчить про наявність значних відмінностей у рівнях посттравматичного стресового розладу.

Переважаюча частина жінок у групі ВПО демонструє симптоми ПТСР середньої інтенсивності. Це може свідчити про те, що досвід вимушеної міграції, втрати домівки, адаптації до нових умов, а також постійний стрес та

невизначеність сприяють розвитку посттравматичних реакцій. Середній рівень ПТСР (який виявлено у 51,1%) вказує на те, що у цих жінок спостерігаються помітні труднощі у функціонуванні, але вони не є настільки вираженими, щоб повністю дезадаптувати їх.

Майже 38% жінок мають високий рівень ПТСР, що свідчить про сильні і виражені посттравматичні симптоми. Це може означати, що ці жінки знаходяться в постійному стані тривоги, емоційної перевтоми та можуть мати серйозні проблеми з інтеграцією в соціум. Вимушена міграція, розрив соціальних зв'язків і зміна оточення можуть бути ключовими факторами таких високих показників.

Лише 11,1% жінок ВПО мають низький рівень ПТСР, що свідчить про те, що їм вдалося частково впоратися з травматичними подіями. Це може бути зумовлено стійкістю особистості, сильними соціальними зв'язками або підтримкою з боку родини, друзів або громади.

Майже половина жінок, які залишилися в Чернігові під час бойових дій та надалі нікуди не виїжджали, демонструють низький рівень ПТСР. Це може бути пов'язано з тим, що, попри травматичний досвід війни, вони залишалися у своєму звичному середовищі, що допомогло зберегти почуття безпеки та стабільності. Ці жінки, можливо, мали доступ до соціальної підтримки та стабільного оточення, що сприяло зменшенню рівня стресу і страху.

Третина жінок, жителів міста Чернігів, має середній рівень ПТСР. Це свідчить про наявність стресових реакцій, які можуть бути пов'язані із переживанням військових дій, але не досягли критичних меж. Їхні посттравматичні симптоми можуть бути значними, але не настільки інтенсивними, як у ВПО.

Лише 15,5% жінок, які не є ВПО, демонструють високий рівень ПТСР. Це значно нижчий показник у порівнянні з групою ВПО. Це може свідчити про те, що відсутність вимушеної міграції та залишення в знайомому середовищі дозволило значній частині цих жінок уникнути критичних стресових реакцій.

Отже, перевага середнього рівня ПТСР у жінок групи ВПО (51,1%) порівняно з групою, яка залишилася в Чернігові (33,3%), вказує на те, що

вимушена міграція була значним фактором стресу. Середній рівень ПТСР частіше зустрічається серед ВПО, що підкреслює негативний вплив зміни середовища, відчуття нестабільності та невизначеності.

Високий рівень ПТСР більш характерний для ВПО (37,8%), ніж для жінок, які залишилися в Чернігові (15,5%). Це вказує на те, що жінки, які пережили вимушену евакуацію, зіткнулися з більш глибокими психологічними наслідками. Їхній досвід може включати втрату домівки, тривале перебування в небезпечних умовах та складну адаптацію до нових місць проживання.

Низький рівень ПТСР частіше зустрічається серед жінок, які залишалися в Чернігові (46,7%), порівняно з ВПО (11,1%). Це може свідчити про те, що залишення у звичному середовищі та наявність соціальних зв'язків допомогло пом'якшити психологічний вплив війни.

Отримані дані підтверджують наші припущення, що вимушена міграція є важливим чинником, який підвищує рівень ПТСР у жінок похилого віку. Жінки, які є ВПО, стикаються з вищими рівнями стресу та проявів ПТСР, що підкреслює необхідність надання психологічної підтримки для цієї категорії населення. Жінки, які залишилися у своєму рідному місті, демонструють менші прояви посттравматичного стресу, що може бути наслідком збереження соціальної підтримки та відчуття стабільності.

Наступним етапом нашого дослідження було вивчення впливу травматичної події за шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R). Дана методика дала нам можливість оцінити не лише рівень ПТСР, а й оцінити суб'єктивну реакцію на конкретну травматичну подію (втручання, уникнення, збудливість). Результати представляємо нижче.

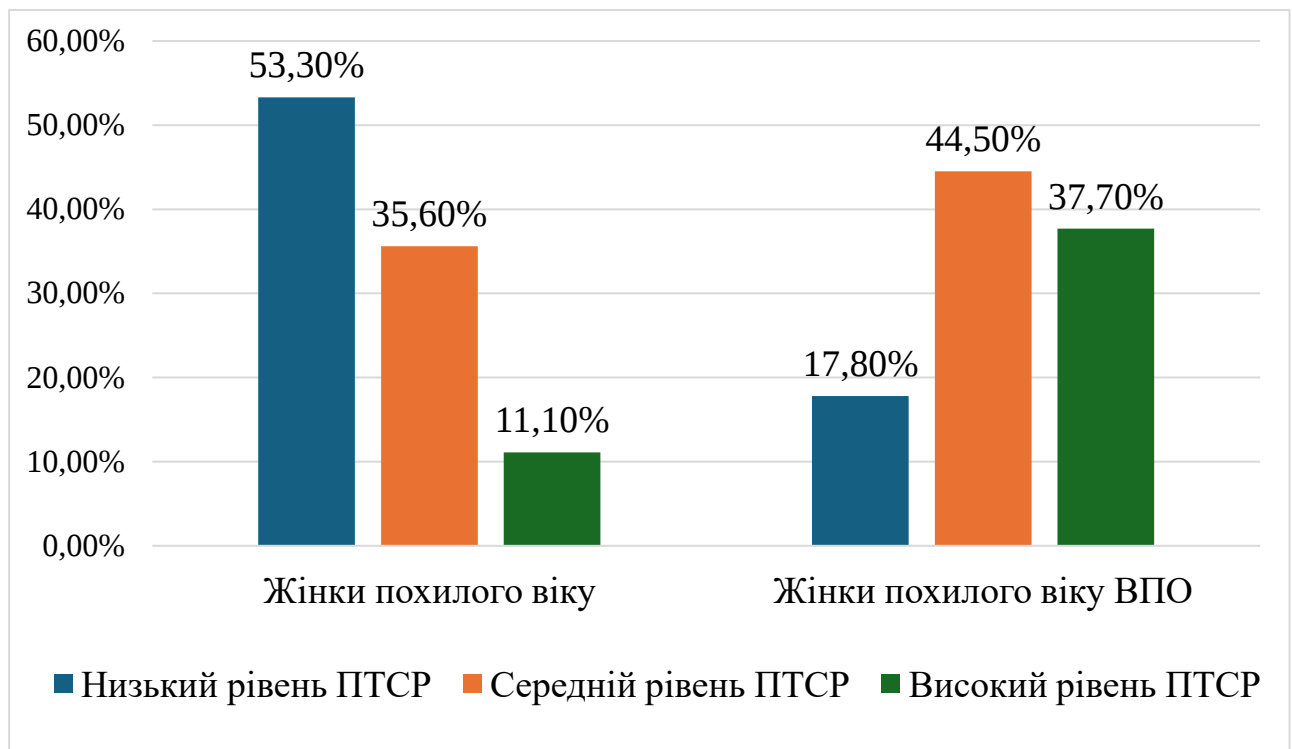


Рис. 2.9. Результати оцінки впливу травматичної події

Як бачимо на Рис. 2.9., серед жінок похилого віку, які не мають статусу ВПО, переважає низький рівень ПТСР (53,3%), середній рівень виявлено у 35,6%, та високий – у 11,1% респондентів.

Серед досліджуваної групи жінок ВПО бачимо переважання середнього рівня ПТСР (44,5%), високий рівень ПТСР мають 37,7% жінок похилого віку, які є ВПО, а низький виявлено лише у 17,8%.

Аналіз результатів за шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) демонструє чіткі відмінності в рівнях посттравматичного стресу (ПТСР) серед досліджуваних.

Переважає більшість жінок, які залишилися в Чернігові, демонструють низький рівень ПТСР. Це свідчить про те, що попри досвід військових дій, відсутність вимушеної евакуації і збереження соціальних та побутових умов допомогли їм уникнути серйозного травматичного впливу. Ймовірно, залишення в знайомому середовищі сприяло збереженню почуття стабільності і контролю, що є важливим фактором у зниженні рівня стресу.

Третина жінок похилого віку, які проживають у м. Чернігів, демонструють середній рівень ПТСР. Це свідчить про те, що, хоча більшість жінок не пережили

значного травматичного стресу, частина з них все ж відчула на собі наслідки бойових дій і могла переживати періоди підвищеного стресу, тривожності чи інших симптомів ПТСР.

Відносно невелика частина (11,1%) жінок у Чернігові має високий рівень ПТСР. Це може бути пов'язано з особистими особливостями, обставинами, які вони пережили під час бойових дій, або втратою близьких чи домівки.

Майже половина жінок ВПО демонструють середній рівень ПТСР. Цей результат відображає те, що більшість цих жінок зіткнулися з помірними наслідками травматичної події, пов'язаними з війною та вимушеною міграцією. Середній рівень ПТСР свідчить про наявність суттєвих симптомів посттравматичного стресу, проте ці симптоми не є настільки сильними, щоб повністю дезадаптувати жінок.

Значна частина жінок ВПО (37,7%) мають високий рівень ПТСР. Це свідчить про те, що вимушене переселення, втрати, переживання невизначеності та загроз для життя мали надзвичайно сильний вплив на їхнє психологічне здоров'я. Цей показник набагато вищий порівняно з жінками, які залишилися в Чернігові, що підкреслює вагомий вплив евакуації та зміни середовища на розвиток ПТСР.

Лише 17,8% жінок ВПО демонструють низький рівень ПТСР, що значно менше порівняно з тими, хто залишився в Чернігові. Це свідчить про те, що меншій частині цих жінок вдалося уникнути глибокого травматичного впливу, можливо, завдяки адаптаційним ресурсам або підтримці з боку родини чи громади.

Отже, низький рівень ПТСР значно переважає серед жінок, які залишилися в Чернігові (53,3%), тоді як у групі ВПО цей показник значно нижчий (17,8%). Це свідчить про те, що фактор евакуації та втрати звичного оточення значно вплинув на психологічний стан жінок ВПО, тоді як ті, хто залишився, могли зберегти стабільність і соціальну підтримку.

Середній рівень ПТСР переважає серед ВПО (44,5%) у порівнянні з жінками, що залишилися (35,6%). Це може бути пов'язано з тим, що переміщення

та адаптація до нових умов викликали постійний, але не максимальний рівень стресу серед жінок ВПО.

Високий рівень ПТСР серед жінок ВПО (37,7%) набагато вищий, ніж серед тих, хто залишився в Чернігові (11,1%). Це підкреслює, що евакуація та вимушена адаптація до нових умов значно підвищують рівень психологічного стресу.

Отримані результати свідчать про те, що вимушена міграція має значний вплив на психологічний стан жінок похилого віку. Жінки ВПО частіше демонструють середній та високий рівень ПТСР, що підкреслює негативний вплив евакуації, втрати домівки та адаптації до нових умов. Натомість, жінки, які залишилися в Чернігові, демонструють здебільшого низький рівень ПТСР, що може бути зумовлено збереженням звичного середовища та соціальних зв'язків, які забезпечують їм почуття безпеки.

Далі представляємо результати дослідження суб'єктивної реакції на травматичну подію серед двох груп жінок похилого віку: жительок м. Чернігова та внутрішньо переміщених осіб (ВПО), використовуючи методику оцінки впливу травматичної події (IES-R).

Таблиця 2.1.

**Суб'єктивна реакція на конкретну травматичну
подію серед досліджуваних**

	Втручання	Уникнення	Збудливість
Жінки похилого віку, жителі м. Чернігів	19,96 (відхилення – 5,02)	20,4 (відхилення – 4,28)	12,9 (відхилення – 2,26)
Жінки похилого віку, ВПО	22,18 (відхилення – 4,94)	24,7 (відхилення – 6,3)	15,36 (відхилення – 3,58)

Як бачимо з Табл. 2.1., жінки з Чернігова мають середній показник втручання 19,96 (з відхиленням 5,02). ВПО мають вищий показник – 22,18 (з відхиленням 4,94). Це свідчить про те, що у ВПО втручання травматичної події

більше, що може бути пов'язано з їхнім вимушеним переміщенням і новими умовами життя.

Уникнення для жінок з Чернігова становить 20,4 (відхилення 4,28), тоді як у ВПО – 24,7 (відхилення 6,3). Хоча уникнення трохи вище у ВПО, різниця не є дуже значною, що може вказувати на схожі стратегії уникнення травматичних спогадів у обох груп.

Показник збудливості у жінок з Чернігова – 12,9 (з відхиленням 2,26), тоді як у ВПО він значно вищий – 15,36 (відхилення 3,58). Така значна різниця в рівні збудливості свідчить про те, що у ВПО рівень тривожності і психофізіологічної збудливості значно вищий, що може пояснюватися стресом, пов'язаним із переселенням і новими умовами життя.

Отже, жінки ВПО мають загалом вищі показники за всіма трьома шкалами (втручання, уникнення та збудливість), що вказує на сильніший вплив травматичних подій на їхній емоційний та психологічний стан. Позаяк можна говорити, що вимушене переселення і пов'язані з цим стресори можуть посилювати прояви ПТСР.

Таблиця 2.2.

Результати кореляційного аналізу в досліджуваних групах

Група респонденток	Змінні	Коефіцієнт кореляції (r)
Жінки похилого віку, ВПО	ПТСР та нічні кошмари	$r = 0,464$ при $p \leq 0,01$
	ПТСР та спалахи неконтрольованого гніву	$r = 0,322$ при $p \leq 0,05$
	ПТСР та уникнення (суб'єктивна реакція)	$r = 0,375$ при $p \leq 0,05$
	Нічні кошмари та втручання (суб'єктивна реакція)	$r = 0,324$ при $p \leq 0,05$
Жінки похилого віку, які не є ВПО	ПТСР та спонтанні думки про події війни	$r = 0,424$ при $p \leq 0,05$

	ПТСР та уникнення (суб'єктивна реакція)	$r = 0,309$ при $p \leq 0,01$
	ПТСР та сімейний стан (заміжня)	$r = - 0,386$ при $p \leq 0,01$

Аналіз результатів кореляційного аналізу у групі жінок похилого віку, які є ВПО показав наступне.

Виявлено кореляцію між ПТСР та нічними кошмарами (при $p \leq 0,01$). Позитивний кореляційний зв'язок вказує на те, що вищий рівень ПТСР асоціюється з частішими нічними кошмарами. Це свідчить про інтенсивний вплив травматичних спогадів, які з'являються у вигляді нічних кошмарів, що є характерним симптомом посттравматичного стресового розладу.

Кореляційний взаємозв'язок між ПТСР та спалахами неконтрольованого гніву (при $p \leq 0,05$), вказує на те, що підвищений рівень ПТСР часто супроводжується спалахами неконтрольованого гніву. Цей результат свідчить, що травматичний стрес може проявлятися через агресивні реакції та втрату контролю над емоціями.

Виявлена кореляція між ПТСР та уникненням (при $p \leq 0,05$), вказує на схильність до уникання травматичних спогадів. Це відповідає типовій стратегії подолання ПТСР, при якій люди намагаються дистанціюватися від стресових спогадів, щоб зменшити емоційний дискомфорт.

Взаємозв'язок між нічними кошмарами та втручанням (при $p \leq 0,05$), свідчить про те, що часті нічні кошмари супроводжуються посиленням втручанням травматичних подій у свідомість жінок, які є ВПО. Це підкреслює наявність інтрузивних симптомів, коли травматичні події нав'язливо проникають у думки та сни респонденток.

Далі представляємо результати кореляційного аналізу у групі жінок похилого віку, які не є ВПО:

Встановлено кореляційний зв'язок між ПТСР та спонтанними думками про події війни (при $p \leq 0,05$). Позитивний зв'язок свідчить, що жінки, які

залишилися в Чернігові, з більш вираженими симптомами ПТСР часто стикаються зі спонтанними, нав'язливими думками про війну. Це також вказує на інтрузивний характер травматичного досвіду, що посилює симптоматику ПТСР.

Позитивна кореляція між ПТСР та уникненням (при $p \leq 0,01$), вказує на тенденцію до уникання травматичних спогадів. Жінки, що залишилися в умовах бойових дій, частіше намагаються блокувати спогади, що викликають стрес, щоб зменшити емоційне навантаження.

Негативна кореляція між ПТСР та сімейним станом (при $p \leq 0,01$), вказує, що жінки, які перебувають у шлюбі, мають нижчий рівень ПТСР. Цей зв'язок може свідчити про роль сімейної підтримки як захисного фактора, що сприяє зниженню рівня стресу та стабілізації емоційного стану.

Отримані кореляції демонструють, що жінки похилого віку, які є ВПО, мають тенденцію до вираженішої інтрузивної симптоматики та емоційної нестабільності, зокрема через нічні кошмари, втручання спогадів і гнів. Натомість у жінок, які залишилися в Чернігові, ПТСР супроводжується спонтанними думками та прагненням уникати спогадів, проте наявність сімейної підтримки може слугувати захисним фактором.

Висновки до другого розділу

Проведене дослідження дозволило зробити низку важливих висновків про особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок похилого віку, які пережили військові події, а також відмінності в симптоматиці між жінками, що залишалися у рідному місті, і внутрішньо переміщеними особами (ВПО):

1. ПТСР частіше виражений у ВПО. Жінки похилого віку, які були вимушені покинути свої домівки, демонструють значно вищий рівень симптомів ПТСР, особливо середнього та високого рівня. Це свідчить про те, що вимушене переселення, втрата дому та нові умови проживання є суттєвими стресовими факторами.

2. Менший рівень ПТСР у жінок, що залишилися в рідному місті. Серед жінок, які залишилися в Чернігові, переважають низький та середній рівні ПТСР. Це може бути зумовлено тим, що збереження звичного середовища і наявність соціальної підтримки сприяють зменшенню емоційної напруги.

3. Наявність нічних кошмарів та інтрузивних думок. Респонденти з обох груп відзначають наявність нічних кошмарів та спонтанних думок про війну, що вказує на високий рівень інтрузивних симптомів, які є характерними для ПТСР. Ці симптоми частіше зустрічаються серед ВПО, підкреслюючи вплив евакуації на психічне здоров'я.

4. Відзначено, що серед ВПО частіше проявляються спалахи неконтрольованого гніву і часті нічні кошмари, що свідчить про високий рівень емоційної нестабільності внаслідок вимушеної зміни середовища. У жінок, які залишилися в рідному місті, спостерігається тенденція до уникнення травматичних спогадів і часті спонтанні думки про війну.

Результати дослідження підтверджують, що вимушена міграція є вагомим чинником ризику розвитку ПТСР у жінок похилого віку, особливо через втрату звичних соціальних зв'язків та адаптацію до нових умов. Ці дані є підґрунтям для розробки цільових програм підтримки для літніх ВПО, спрямованих на пом'якшення наслідків ПТСР і відновлення психічного благополуччя.

РОЗДІЛ III. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОБОТИ З ПТСР

3.1. Профілактика посттравматичного стресового розладу в умовах війни

У сучасних умовах воєнних дій значно зростає ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР – це серйозний психічний розлад, що виникає як відповідь на надмірно травматичний досвід. Основними симптомами є нав'язливі спогади, підвищена тривожність, уникання ситуацій, що нагадують про травму, та емоційна нестабільність. Ефективна профілактика ПТСР є надзвичайно важливою, оскільки вона зменшує ризик довготривалих психічних наслідків, особливо в умовах військових конфліктів.

Профілактика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є комплексом заходів, спрямованих на запобігання розвитку цього розладу серед населення, яке зазнало впливу травматичних подій, таких як війна. Ефективна профілактика може значно знизити ризик появи ПТСР, сприяти швидшому відновленню та підвищити якість життя людей у постконфліктних умовах.

1. Первинна профілактика – спрямована на запобігання розвитку ПТСР ще до виникнення симптомів і націлена на осіб, які можуть піддаватися травматичному впливу. Це можуть бути як військові, що готуються до бойових дій, так і цивільні особи, що проживають в зоні конфлікту. Основні напрямки первинної профілактики:

- Психологічна підготовка до екстремальних ситуацій. Передбачає навчання методам управління стресом і технікам саморегуляції, зокрема, релаксаційним методикам, дихальним вправам, а також психологічним технікам зниження тривожності. Це допомагає людям зберігати психологічну рівновагу в умовах підвищеної небезпеки.

- Інформування та підвищення обізнаності. Люди мають розуміти, як можуть реагувати на стресові ситуації, а також які способи є для того, щоб впоратися з можливими травматичними подіями. Важливо інформувати про

симптоми ПТСР, можливості отримання допомоги та те, як стрес впливає на психіку та поведінку людини.

- Розвиток емоційної стійкості. Навчання навичкам емоційного регулювання допомагає людям зміцнювати стресостійкість і розвивати ресурси для подолання стресових подій. Наприклад, це може включати навчання тому, як реагувати на небезпеку або втрату без надмірного емоційного виснаження.

2. Вторинна профілактика спрямована на людей, які вже пережили травматичні події, але симптоми ПТСР ще не проявилися або знаходяться на початкових етапах. Вторинна профілактика включає:

- Скринінг та раннє виявлення ПТСР. Після пережитих травматичних подій (наприклад, бойових дій, обстрілів чи евакуації) рекомендується проводити скринінгові обстеження, які допоможуть виявити перші ознаки ПТСР та інших психічних розладів. Це можуть бути психологічні опитувальники або індивідуальні консультації з психологами.

- Кризове втручання. Надає негайну допомогу людям, які зазнали важкої травми. Це може включати короткотривалу психологічну підтримку та терапію, що спрямовані на зменшення гострої стресової реакції. Наприклад, кризове втручання допомагає стабілізувати емоційний стан одразу після події, не даючи травмі закріпитися в психіці людини.

- Робота з психічним здоров'ям у групах ризику. Військовослужбовці, волонтери, особи похилого віку та медичні працівники є категоріями, що перебувають у високій зоні ризику розвитку ПТСР. Для них розробляють спеціальні програми психологічної підтримки, які враховують специфічні виклики їхньої роботи та життя під час війни.

3. Третинна профілактика – має на меті запобігти ускладненням у людей, які вже мають ПТСР, та зменшити інтенсивність симптомів, які можуть погіршувати якість життя.

- Психотерапія та психокорекція. Використовуються різні психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), методи відновлення через перепроживання травми (наприклад, метод

десенсибілізації та репроцесингу рухами очей – EMDR). Ці методи допомагають зменшити негативний вплив травматичних спогадів на психіку людини.

- Розробка навичок адаптації. Навчання методам подолання стресу та кризових ситуацій допомагає пацієнтам, які мають ПТСР, краще справлятися з симптомами і повертатися до нормального життя. Наприклад, соціальні тренінги, що допомагають пацієнтам покращити комунікаційні навички та знизити ризик ізоляції.

- Забезпечення довготривалої підтримки. Люди з ПТСР потребують регулярної психотерапевтичної та соціальної підтримки для запобігання рецидивам і подолання труднощів адаптації. Це включає роботу з психологом, залучення родичів та створення груп підтримки для осіб, які переживають подібний досвід.

На початковому етапі травматичного досвіду надзвичайно важливим є своєчасне надання кризової психологічної допомоги. Вона включає такі аспекти:

- Надання кризової психологічної допомоги:

Кризова допомога передбачає оперативну психологічну підтримку людей, які щойно пережили травматичну подію. На місці події важливо забезпечити психологічну стабільність через спокійне та впевнене спілкування, підтримку основних потреб (їжа, вода, безпечне місце) і допомогу у стабілізації емоційного стану.

- Підтримка соціального середовища:

Соціальна підтримка від близьких, друзів та громади допомагає зменшити стрес. Взаємодія з іншими надає відчуття безпеки, належності та прийняття, що є важливим для збереження емоційної рівноваги.

- Інформування та навчання технікам саморегуляції:

Базові навички, такі як глибоке дихання, методи заземлення (наприклад, використання п'яти відчуттів для повернення у теперішній момент) та візуалізація безпечного місця, можуть допомогти людині краще справлятися з пережитими емоціями.

Наступним етапом у профілактиці ПТСР є психоедукація – інформування постраждалих про природу їхнього стану та навчання основним навичкам саморегуляції:

- Психоедукація про симптоми ПТСР та можливості допомоги:

Постраждалі повинні розуміти, що їхні емоції та реакції є нормальною відповіддю на ненормальні обставини. Розуміння того, що є доступні методи підтримки та лікування, знижує відчуття безвиході та сприяє збереженню контролю [52].

- Методи релаксації та зниження рівня стресу:

Навчання базових технік релаксації (наприклад, прогресивна м'язова релаксація, коли напруга змінюється на розслаблення) може допомогти у стабілізації емоційного стану та зниженні тривожності.

- Навички саморегуляції:

До них належать техніки керування емоціями та зосередження, такі як дихальні вправи або медитації. Уміння знижувати рівень стресу допомагає запобігти тривалому зануренню в негативні емоції та покращує емоційний стан [52].

Стійкість до стресу – це здатність людини швидко відновлюватися після травматичних подій [62]. Підтримка психічної стабільності в умовах війни включає:

- Соціальна підтримка та комунікація:

Емоційна та практична підтримка від близьких людей і спільноти забезпечує відчуття захищеності. Групи взаємодопомоги також можуть бути корисними, адже дозволяють людям ділитися досвідом і разом шукати способи справлятися з травматичними ситуаціями.

- Професійна допомога та психологічне консультування:

Робота з психологом або психотерапевтом допомагає ефективно опрацьовувати травматичний досвід. Групова терапія надає можливість отримати підтримку від інших людей зі схожим досвідом.

- Фізична активність і здоровий спосіб життя:

Доведено, що фізична активність позитивно впливає на емоційний стан. Фізичні вправи сприяють викиду ендорфінів і допомагають зменшити симптоми стресу та тривоги.

Когнітивно-поведінкові методи є ефективними у запобіганні розвитку ПТСР, оскільки вони дозволяють змінювати реакції на травматичний досвід:

- Техніки когнітивної реструктуризації:

Полягають у розпізнаванні та заміні негативних думок на більш конструктивні. Наприклад, замість переконання «я не впораюсь» формується установка «я маю силу справитися з цією ситуацією».

- Експозиційні методи:

Поступове повернення до травматичних спогадів з допомогою психолога дозволяє знизити рівень страху і уникати унікальної поведінки. Це допомагає відновити контроль над емоціями, які виникають під час згадок про травму.

- Техніки емоційної саморегуляції:

До них належать медитація, візуалізація позитивних образів та керування думками. Ці методи сприяють покращенню емоційної рівноваги і дозволяють людині ефективніше справлятися з тривожністю.

Профілактика ПТСР у військових умовах є багатовимірним процесом, що вимагає участі не лише психологів, а й сім'ї, громади та держави. Своєчасне застосування методів профілактики дозволяє знизити ризик довготривалих негативних наслідків, зберегти психічне здоров'я та підвищити стійкість до стресів.

Державні та волонтерські організації відіграють критичну роль у забезпеченні профілактики ПТСР під час війни. Вони сприяють як індивідуальній, так і колективній психологічній підтримці, реалізуючи різні програми і залучаючи ресурси, необхідні для підтримки психічного здоров'я населення.

Інформаційна підтримка є одним з основних завдань державних і громадських організацій у профілактиці ПТСР. Вона включає:

- Просвітницькі кампанії про ПТСР. Підвищення обізнаності населення про симптоми ПТСР, методи профілактики та можливості отримання допомоги. Наприклад, через соціальні мережі, інтернет-платформи та традиційні медіа можна інформувати про доступні психологічні служби та ресурси підтримки.

- Навчання ефективним методам подолання стресу. Поширення знань про методи саморегуляції, техніки дихання, медитації, які допомагають знизити рівень стресу. Доступ до таких ресурсів робить підтримку більш доступною для кожної людини, незалежно від її місця перебування.

Волонтерські організації часто швидко реагують на кризові ситуації та надають підтримку там, де державні органи можуть не справлятися.

- Кризові центри та мобільні команди. Волонтерські організації створюють кризові центри та мобільні команди психологів, що працюють з людьми у місцях активних бойових дій або з внутрішньо переміщеними особами. Це забезпечує безпосередню психологічну допомогу на місцях.

- Навчання волонтерів. Підготовка волонтерів із навичками кризового втручання та надання першої психологічної допомоги допомагає підтримувати постраждалих у перші години після травми. Волонтери також можуть сприяти первинній і вторинній профілактиці ПТСР серед цивільного населення, яке постраждало від бойових дій.

Літні люди є особливо вразливою групою в умовах війни, оскільки часто мають менші можливості до адаптації в стресових умовах через вікові особливості, погіршення здоров'я, обмеження мобільності та підвищену психологічну вразливість. Їхній життєвий досвід може включати переживання минулих конфліктів або трагічних подій, що збільшує ризик виникнення або загострення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Профілактика ПТСР для цієї вікової групи потребує особливих підходів, зокрема індивідуального підходу та залучення підтримки родини і громади.

Психологічна та соціальна підтримка:

- Індивідуальні та групові психологічні консультації. Літні люди часто відчують ізоляцію та тривогу через неможливість вираження своїх почуттів і переживань. Тому проведення індивідуальних консультацій із психологом або психотерапевтом допомагає їм обговорити свої страхи та отримати емоційну підтримку. Групові зустрічі також сприяють зниженню відчуття самотності, формуванню почуття спільноти та спільного подолання труднощів.

- Терапевтичні бесіди з елементами психоедукації. Для літніх людей важливо розуміти, що таке ПТСР, як можуть проявлятися його симптоми, та яким чином вони можуть самостійно допомагати собі у ситуаціях тривоги та паніки. Інформування про методи самодопомоги та саморегуляції, такі як техніки дихання, допомагає їм краще контролювати свій стан.

Адаптація до нових умов життя:

- Організація соціальної підтримки та допомоги в адаптації. Багато літніх людей змушені покидати свої домівки через небезпеку або переселення, що значно впливає на їх психологічний стан. Соціальні працівники та волонтери можуть допомагати з адаптацією до нових умов проживання та підтримувати у повсякденних питаннях, що дозволяє їм зберігати почуття стабільності. Також важливо забезпечити доступ до необхідних медичних послуг і допомогу у відновленні щоденного режиму, що сприяє відчуттю контролю над власним життям.

- Забезпечення матеріальної допомоги та базових потреб. У зоні бойових дій літні люди можуть відчувати нестачу ресурсів та засобів до існування. Це викликає додатковий стрес, що ускладнює ситуацію. Організація надання гуманітарної допомоги, продуктів харчування, медикаментів, а також базової підтримки може суттєво зменшити рівень тривоги та страху, пов'язаних з нестачею життєво необхідних ресурсів.

Соціальна інтеграція та підтримка з боку родини:

- Сприяння соціальній інтеграції. Літні люди часто страждають від ізоляції під час конфліктів. Соціальні заходи, програми обміну досвідом, терапевтичні групи за інтересами допомагають зберегти зв'язок з іншими людьми та зменшити

почуття самотності. Спільні заходи, такі як зустрічі за інтересами або культурні події, сприяють залученню літніх людей до громади.

- Підтримка родини. Родичі мають усвідомлювати потреби літніх людей і надавати їм психологічну підтримку, проявляючи розуміння та емпатію. Участь сім'ї у психопрофілактичних заходах є критичною для зниження ризику розвитку ПТСР у літніх людей, оскільки наявність близьких людей поруч створює відчуття безпеки та стабільності.

Використання арт-терапії та інших психотерапевтичних методів:

- Арт-терапія та музикотерапія. Творчі методи, такі як малювання, слухання музики, рукоділля, позитивно впливають на психіку літніх людей, допомагаючи їм висловлювати свої емоції та відволікатися від переживань. Арт-терапія є доступним методом для літніх людей, оскільки не потребує спеціальних навичок і дозволяє обробляти внутрішні конфлікти через символічне вираження.

- Робота з пам'яттю. Для літніх людей часто корисно згадувати та переосмислювати важливі події свого життя, що сприяє формуванню стійкої ідентичності та інтеграції життєвого досвіду. Розповіді про минуле, підтримка у веденні особистих записів, альбомів зі спогадами чи перегляд старих фотографій допомагають відновити відчуття особистої цінності та спадковості поколінь.

Медична підтримка та стабілізація здоров'я:

- Регулярний медичний огляд та підтримка фізичного здоров'я. Психологічне благополуччя літніх людей нерозривно пов'язане зі станом фізичного здоров'я. Під час війни, коли доступ до медичної допомоги обмежений, важливо забезпечити літніх людей регулярними консультаціями лікарів, забезпеченням ліками та медичною допомогою. Поліпшення фізичного стану знижує тривожність і загальний рівень стресу.

- Лікування коморбідних розладів. Літні люди можуть одночасно страждати на депресію, тривожні розлади або соматичні захворювання, які посилюють симптоми ПТСР. Важливою є комплексна терапія, що включає не лише психотерапевтичні, але й медикаментозні методи для підтримки емоційного та фізичного благополуччя.

Психоедукація для громади та соціальних працівників:

- Навчання соціальних працівників і волонтерів. Психоедукація персоналу, що працює з літніми людьми, включає навчання навичкам розпізнавання симптомів ПТСР, технікам комунікації з літніми людьми та методам кризового втручання. Підготовлені працівники можуть ефективніше надавати підтримку, що дозволяє зменшити стрес літніх людей та знижує ризик ПТСР.

- Інформування громади про потреби літніх людей. Важливо поширювати інформацію серед місцевих громад про необхідність підтримки літніх осіб, зокрема створення дружніх умов для їх перебування в евакуаційних центрах, доступу до ресурсів і безпеки. Це сприяє розвитку співчуття та розуміння серед громади, що знижує соціальну ізоляцію літніх людей та підвищує загальну підтримку.

Отже, профілактика ПТСР у літніх людей повинна охоплювати як психологічні, так і соціальні та медичні аспекти. Тільки комплексний підхід, який враховує вікові особливості та потреби цієї групи, може бути ефективним у зниженні ризику розвитку ПТСР та збереженні їхнього психічного здоров'я в умовах війни.

3.2. Практичні рекомендації щодо застосування арт-терапії у роботі з ПТСР

Арт-терапія може бути ефективним методом роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), оскільки вона допомагає виразити емоції, покращити самосвідомість та забезпечити безпечний простір для обробки травматичного досвіду. Ось деякі практичні рекомендації щодо її застосування:

1. Створення безпечного простору:

- Комфортна обстановка: забезпечте затишне, світле і тихе приміщення з достатнім освітленням.

- Затвердження меж: роз'ясніть правила сеансу, дайте учасникам знати, що їхні роботи і переживання залишаються конфіденційними.

2. Вибір матеріалів:

- Різноманітність матеріалів: використовуйте фарби, пастелі, глину, колажі, текстиль тощо, щоб учасники могли вибрати те, що їм найбільше подобається.
- Легкість доступу: переконайтеся, що всі матеріали легко доступні, і що учасники знають, як з ними працювати.

3. Проведення сесій:

- Інструктаж: поясніть мету сесії, надайте короткий огляд процесу, щоб учасники знали, чого очікувати.
- Тематика: пропонуйте теми, які можуть відображати переживання учасників, наприклад, «моє безпечне місце», «перемога над страхом», «емоції у кольорах».

4. Використання технік арт-терапії:

- Малювання емоцій: заохочуйте учасників малювати або створювати колажі, які відображають їхні емоції або переживання.
- Створення історій: нехай учасники створюють історії або комікси, що ілюструють їхній досвід, це допоможе структурувати думки.
- Групові проекти: організуйте групові арт-проекти, які сприяють співпраці та соціальній підтримці.

5. Рефлексія і обговорення:

- Обговорення результатів: після завершення роботи заохочуйте учасників ділитися своїми відчуттями, емоціями та значенням створених робіт.
- Питання для рефлексії: запропонуйте питання, такі як «Що це мистецтво для вас означає?» або «Які емоції ви пережили під час створення?»

6. Інтеграція з іншими методами:

- Комбінування з психотерапією: арт-терапія може бути ефективною у поєднанні з традиційною психотерапією, що дозволить більш глибоко дослідити травматичний досвід.
- Підтримка медичних працівників: співпрацюйте з психологами або психотерапевтами для розробки інтегрованих програм підтримки.

7. Оцінка ефективності:

- Моніторинг прогресу: ведення журналу або проведення опитувань для оцінки емоційного стану учасників до і після арт-терапії.

- Зворотний зв'язок: регулярно отримуйте зворотний зв'язок від учасників, щоб коригувати підходи відповідно до їхніх потреб.

8. Підтримка та ресурси:

- Надання ресурсів: Запропонуйте учасникам матеріали або інформацію про ПТСР, підтримуючі групи, або інші ресурси, які можуть допомогти їм у подальшій роботі.

Арт-терапія є потужним інструментом для підтримки людей з ПТСР, дозволяючи їм виразити свої переживання в безпечному та креативному середовищі.

Таблиця 3.1.

Орієнтовний план і методики роботи з ПТСР в напрямку арт-терапії

Етап	Мета і завдання	Орієнтовні вправи
Створення безпечного середовища	Психологічна стабілізація: 1. Встановити контакт із клієнтом. 2. Допомогти йому у самовираженні, самопізнанні та освоєнні методів саморегуляції. 3. Розповісти про ПТСР, зв'язок тіла та психіки.	«Каракулі» – клієнт вільно висловлює себе та свої почуття. «Захисний контейнер» – клієнт малює та вирізає коробку, в неї поміщає у вигляді образів або малюнків травмуючі спогади
Початкове опрацювання травм через звичні та нові моделі поведінки	Позбавлення клієнта від напруги та наповнення ресурсом: 1. Допомогти побачити проблему. 2. Допомогти перестати тікати від неї.	«Моя проблема» – клієнт малює те, що його турбує. Можна проводити в групі: одна людина малює проблему, а інша в її малюнок додає ресурс-підтримку від себе «Відбитки страху» – клієнт малює свій страх фарбами, просочує ними листи доти, поки залишаються відбитки. Аналізує виконану роботу

Переоцінка ситуації, зміна особистості та поведінки	Звільнення від травми: 1. Допомогти клієнту по-іншому поглянути на ситуацію, змінити відносини з собою та оточуючими. 2. Обговорити проблему у позитивному ключі з акцентом на розвиток, майбутнє, ресурси.	«Автопортрет» – клієнт малює себе в ситуації, що травмує, зараз і в майбутньому, при успішному вирішенні проблеми. «Картина світу» – клієнт малює своє життя цілісно, включаючи туди подію, що травмує, але при цьому знову робить акцент на ресурсі.
---	---	--

Для корекції ПТСР через арт-терапію корисно створювати серію картинок чи картинки у русі, аплікації. Важливо, щоб клієнт побачив образи і відчув свою трансформацію. І щоб у нього в результаті сформувалося цілісне уявлення про себе та світ. Мета роботи – поєднання минулого, сьогодення та майбутнього.

План опрацювання не залежить від того, що спричинило ПТСР: війну, аварію, насильство в дитинстві, нещасний випадок, смерть близького чи щось ще. Незалежно від підходу, в якому працює психолог, суть опрацювання ПТСР одна – допомогти клієнту випустити пригнічені емоції, ще раз подумки повернутися в ситуацію, що травмує, і прожити її.

Попередньо потрібно наповнити людину ресурсом і допомогти йому відчути себе сильною, здатною зараз впоратися з тим, на що не було ресурсу раніше.

Отже, арт-терапія сприяє вираженню та обробці травматичного досвіду через творчість, що знижує рівень тривожності та допомагає позбутися пригнічених емоцій. Використання малюнка та інших видів мистецтва допомагає пацієнтам з ПТСР висловлювати складні почуття та отримувати емоційне полегшення. Практичне використання арт-терапевтичних методик допомагає клієнтам опановувати техніки релаксації та саморегуляції, знижуючи інтенсивність негативних реакцій на стресові події та сприяючи психологічній стабільності в повсякденному житті.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі було розроблено практичні рекомендації щодо роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у жінок похилого віку, особливо тих, хто пережив вимушену міграцію або залишався в зоні бойових дій. Рекомендації були спрямовані на створення комплексної програми підтримки, яка враховує специфічні потреби та особливості психоемоційного стану цієї категорії населення.

Арт-терапія є ефективним методом для роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), оскільки вона дозволяє пацієнтам виражати свої емоції, переживати та опрацьовувати травматичні спогади у безпечному і контрольованому середовищі. Цей підхід базується на використанні творчих засобів для виявлення та опрацювання емоційних і психологічних травм, які важко передати словами. У роботі з людьми, які пережили травматичні події, арт-терапія допомагає знизити симптоматику ПТСР, сприяє емоційній стабілізації, а також відновленню відчуття внутрішньої рівноваги та контролю.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дає змогу зробити наступні висновки:

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це серйозний психічний стан, що виникає внаслідок травматичної події, яка порушує нормальне функціонування особистості та значно ускладнює повсякденне життя. У жінок похилого віку ПТСР може проявлятися через хронічну тривогу, депресію, фізичні симптоми (безсоння, головний біль) та соціальну ізоляцію, які значно впливають на їх якість життя і вимагають спеціалізованого підходу до діагностики та лікування.

Результати емпіричного дослідження вказують на суттєві відмінності в рівнях ПТСР між групами. У жінок, які стали ВПО, рівень стресу та симптомів ПТСР значно вищий, що зумовлено впливом переміщення, відсутністю стабільності та соціальної підтримки. Серед тих, хто залишився в місті, переважали помірні та низькі рівні стресу, що пояснюється збереженням соціальної підтримки та знайомого середовища.

Жінки, які є внутрішньо переміщеними особами (ВПО), демонстрували вищий рівень ПТСР порівняно з жінками, які залишилися в зоні бойових дій, що свідчить про вплив переміщення на розвиток стресового розладу. У ВПО значно вищі показники втручання і уникнення, що вказує на частіші травматичні спогади та тенденцію до уникнення ситуацій, які нагадують про подію. У жінок, що залишилися в Чернігові, ці показники були помірнішими. Результати показали, що жінки ВПО частіше повідомляють про підвищену тривожність, депресивність та емоційну нестабільність, тоді як жінки, які не залишали своїх домівок, проявляють вищу стійкість завдяки збереженню підтримки сім'ї та соціального оточення.

Респонденти з обох груп відзначають наявність нічних кошмарів та спонтанних думок про війну, що вказує на високий рівень інтрузивних

симптомів, які є характерними для ПТСР. Ці симптоми частіше зустрічаються серед ВПО, підкреслюючи вплив евакуації на психічне здоров'я.

Відзначено, що серед ВПО частіше проявляються спалахи неконтрольованого гніву і часті нічні кошмари, що свідчить про високий рівень емоційної нестабільності внаслідок вимушеної зміни середовища. У жінок, які залишилися в рідному місті, спостерігається тенденція до уникнення травматичних спогадів і часті спонтанні думки про війну.

Практичний розділ містить рекомендації щодо надання психологічної допомоги та застосування методів арт-терапії для зниження рівня ПТСР у осіб похилого віку. Застосування арт-терапії, методів релаксації та соціальної підтримки сприятиме поліпшенню психологічного стану осіб похилого віку в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В., Волощук А. Е., Асєєва Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. № 2 (85). С. 128-129.
2. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2013. № 32. С. 15-20.
3. Бочелюк В. Й., Черепехіна О. А. Геронтопсихологія : навч. посіб. К. : КНТ, 2014. 436 с.
4. Вінс В. А., Суворова А. Г. Можливості профілактики та корекції посттравматичного стресового розладу у дорослих. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2023. № 4. С. 10-13.
5. Власенко С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2017. № 2 (21). С. 59-72.
6. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка*, 2015. № 3 (29). С. 40-47.
7. Воронова О., Барчій М. Окремі соціально-психологічні проблеми старіння. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 64 (6). С. 38-48.
8. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Ūridična psihologîâ*. 2022. № 1 (30). С. 22-28.
9. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. № 8. С. 27-32.
10. Горещька О. В. Психологічні особливості прояву оптимізму в людей похилого віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2020. Вип. 4. С. 33-40.

11. Горещька О. Геронтопсихологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 053 Психологія. Х. : Видавництво Іванченка І. С., 2017. 210 с.
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. 228-239.
13. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад в розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. № 1. С. 216-219.
14. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnijstresovijrozladrekomentatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 20.08.2024).
15. Джуган В. В. Дефініція поняття «люди похилого віку», як категорії соціальної роботи. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2022. Вип. 1. С. 77-80.
16. Драб Я. М. Психологічні особливості соціалізації та самореалізації людей похилого віку. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2016. № 2-1. С. 14-19.
17. Житинська М. О. Психологічний портрет людини похилого віку в умовах соціально-економічної кризи. *Нове у педагогіці та психології сучасного світу* : зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів, 28-29 листоп. 2014 р. Львів : Львівська педагогічна спільнота, 2014. С. 60-62.
18. Житинська М. О. Психолого-педагогічна та соціальна характеристика людей похилого віку як об'єкта соціально-педагогічної підтримки. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/19261/Zhytynska.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 28.08.2024).
19. Зінченко О. С. Психологічні особливості людей літнього віку: теоретичний аналіз проблеми. *Наукові записки Ніжинського державного*

університету ім. Миколи Гоголя. *Психолого-педагогічні науки*. 2015. № 2. С. 28-34.

20. Кіпень В. П. Люди поважного віку в Україні: потреби, цінності та взаємодія з органами влади. *Аналітичний звіт*. Вінниця: Видав. ФОП Дмитрієва С. О. 2019. 54 с.

21. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. 2-е вид., перероб. і доп. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.

22. Коваленко О. Г. Соціально-демографічні особливості літніх осіб як чинники їхнього психологічного благополуччя. *Науковий вісник Херсонського держав- 284 ного університету. Серія : Психологічні науки*. 2017. № 5(2). С. 54-59.

23. Коваленко О. Г. Міжособистісне спілкування осіб похилого віку : психологічні аспекти : монографія. К. : Інститут обдарованої дитини. 2015. 456 с.

24. Коваленко О., Лук'янова Л., Помиткін Е., Московець Л. Психологія людей літнього віку : навч. посібн. Ін-т педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України. Київ : Вид-во ТОВ «Геопринт». 2021. 288 с.

25. Коваленко О. Г. Психологія міжособистісного спілкування осіб похилого віку : автореф. дисер на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук : 19.00.07. Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих НАПН Україн К., 2016. 45 с.

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

27. Крайніков Е. В. Геронтологія : словник-довідник. К. : Паливода А. В., 2010. 352 с.

28. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. К. : Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. 174 с.

29. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. № 2. С. 64-70.

30. Кухта М. П. Вікові межі та маркери старості як характеристики соціально-вікової групи похилих. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. 2017. Вип. 3/4 (35/36). С. 61-67.

31. Кухта М. П. Особливості побудови життєвої перспективи людьми похилого віку. *Актуальні проблеми соціально-гуманітарних наук* : III Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю. Дніпропетровськ, 2013. Ч. I. С. 22-23.

32. Лич О. М. Психологія життєстійкості осіб похилого віку: автореф. дис. докт. псих. наук: 19.00.01 Національна академія педагогічних наук України Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2021. 46 с.

33. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України*. 2019. № 50 (2). С. 65-73.

34. Лукомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2018. Том 14. Вип. № 1. С. 187-198.

35. Львов О. О., Жабко Н. В. Важливість профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів. Арт-терапевтичний підхід. Психологічні та психотерапевтичні аспекти. *Простір арт-терапії* : [Зб. наук. праць] / УМО, 2018, ВГО «Арт-терапевтична асоціація», 2018; [Редкол.: Лушин П.В., Чуприков А.П. та ін.]. К. : Золоті ворота, 2018. 159 с.

36. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с.

37. Михайлова О. І. Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: хрестоматія / упорядник О. І. Михайлова. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 249 с.

38. Михальська С. А. Психологічні особливості людей похилого віку. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 23. С. 425-434.

39. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології*. 2011. 12. С. 687-696.
40. Можина Т. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2023. № 17 (553). С. 20-21.
41. Морозовська О., Сиско Н. Профілактика посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнних дій. *Collection of scientific papers «SCIENTIA»*. Chicago, USA, 2023. Р. 198-199.
42. Мустафаєв А., Юсіфова Г., Казімі П. Посттравматичні стресові розлади у військових умовах (інформативний аналіз проблеми). *Науково-теоретичний альманах Грані*. 2023. № 26 (2). С. 51-54.
43. Новікова Ж. М. Психологічні особливості задоволеністю життям та життєстійких установок осіб похилого віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. Вип. 2. С. 78-83.
44. Петришин В. В. Поняття посттравматичного стресу у вітчизняній (зарубіжній) літературі. *Матеріали круглого столу «Проблеми особистості в освітньому просторі держави»*. Львівський державний університет внутрішніх справ. Львів : ЛьвДУВС, 2015. С. 164-167.
45. Присяжнюк В. В., Шутяк І. А. Загальна профілактика постстресових розладів при надзвичайній ситуації. *The 8th International scientific and practical conference “Integration of scientific and modern ideas into practice” (November 15-18, 2022)*. Stockholm, Sweden. International Science Group. 2022. С. 731-732.
46. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*. 2022. № 57. С. 110-120.
47. Радченко О. М. Посттравматичний стресовий розлад в умовах воєнного стану: місце та можливості фітотерапії. *Психіатрія: на замітку лікаря*. 2022. № 10 (527). С. 42-43.

48. Розумовська Т. В. Арттерапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2023. № 1. С. 58-67.
49. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297-304.
50. Сердюкова Г. Б. Життєва перспектива особистості в похилому віці. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості* : зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.) / ред. колегія : С. І. Бабатіна, В. В. Мойсеєнко, І. І. Чиньона та ін. Херсон : ФОП Вишемирський В.С., 2021. С. 374-376.
51. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
52. Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей*. Київ : Міленіум, 2015. С. 3-14.
53. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К. : ДП «Вид. дім «Персонал»», 2017. 160 с.
54. Ушакова І. М. Геронтопсихологія : підручник. Х. : НУЦЗУ, 2014. 236 с.
55. Фролова Н. В., Четверик-Бурчак А. Г. Характер змін особистісних властивостей осіб похилого віку в посттрудоий період. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія»*. 2022. № 1 (23). С. 67-74.
56. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. № 7. С.113-114.
57. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.

58. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Укр Мед Часопис*. 2022. № 4 (150). С. 1-11.
59. Чалая О. Л., Панфілов Ю. І. Психологічні особливості соціалізації та самореалізації людей похилого віку. *Лідери XXI століття. Погляд у майбутнє* : матеріали 7-ї міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 жовтня 2023 р. / заг. ред. О. Г. Романовський ; Нац. техн. ун-т «Харків. політехн. ін-т». Харків, 2023. С. 136-137.
60. Чамлай І. Психологічні підходи до тлумачення та терапії посттравматичного стресового розладу. *Psychology Travelogs*. 2023. № 4. С. 25-34.
61. Штих І. І. Особливості «Я-концепції» особистості у похилому віці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2016. Вип. 6. Т. 1. С. 153-158.
62. Щербатих Ю. В. Психологія стресу та методи корекції. Київ : Наука, 2022. 304 с.
63. Alipour F., Ahmadi S. Social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in earthquake survivors: A systematic review. *Social Work in Mental Health*. 2020. Vol. 18 (5). P. 501-514.
64. Bazini M., Konstantopoulou G. Post-traumatic Stress Disorder and War: A Systematic Review. *International Journal of Psychological Studies*. 2023. Vol. 15. P. 30-41.
65. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18 (3). P. 259-269.
66. Budeva S. Secondary traumatization: an occupational risk for the helping professionals. St.Cyril and St.Methodius University of Veliko Tarnovo, Bulgaria. 2018. 11 p.
67. Flory J., Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015. Vol. 17 (2). P. 141-150.

68. Horowitz M., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980. Vol. 37. P. 85-92.
69. Jung H., Lee D., Lee D. Longitudinal transitions in patterns of post-traumatic stress disorder symptoms and psychological distress among South Korean adults with traumatic experiences. *Stress and Health*. 2021. 37(5), 871–886.
70. Kardiner F. Traumatic Neurosis of War. In *S. Arietta American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1959. Vol. 1. P. 245-257.
71. Lashin O. I. Особливості формування ПТСР в умовах сучасних воєнних конфліктів та організації заходів з їх профілактики та лікування. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2019. № 19 (4). С. 94-106.
72. Zimbardo P., Sword R., Sword R. The Time Cure: Overcoming PTSD with the New Psychology of Time Perspective Therapy. *Jossey-Bass*. San Francisco. 2012. 336 p.

ДОДАТОК А

Анкета для жінок похилого віку, які є ВПО

Ваш вік (повних років): _____

Сімейний стан: самотня / заміжня _____

Місто України з якого приїхали _____

Знали куди/до кого їдете чи їхали навмання _____

Встигли взяти з собою документи, речі _____

Є хтось з рідних на війні _____

Мали нічні кошмари, пов'язані з травматичною подією? **Ні Так**

у Вас з'являлися думки про ці події тоді, коли Ви не хотіли думати про це?

Ні Так

Переживали останнім часом спалахи гніву, які не могли опанувати? **Ні Так**

ДОДАТОК Б**Анкета для жінок похилого віку, які не виїжджали
з міста під час активних бойових дій**

1. Ваш вік (повних років): _____

2. Сімейний стан: самотня / заміжня

3. Чи мали ви вільний доступ до їжі та води в період бойових дій?

Так / Ні

4. Чи виникали у вас думки про втрату близьких або майна?

Так / Ні

5. Чи були у вас нічні кошмари або тривожні сновидіння, пов'язані з подіями війни?

Так / Ні

6. Чи з'являлися спонтанні думки про події війни в моменти, коли ви не хотіли про це думати?

Так / Ні

7. Чи погіршився ваш фізичний стан через переживання бойових дій?

Так / Ні

8. Чи маєте ви нові або загострені хвороби після початку війни?

Так / Ні

ДОДАТОК В

Шкала самооцінки PCL -C (цивільна версія)

Ім'я _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому. Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте відповідну цифру, 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 відчуваєте, 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 ж відрізаність 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 засмиканим (ною) дратівливим/ою або легко лякаєтесь?

Шкала впливу подій (IES-R)

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised, IES-R) оцінює суб'єктивний дистрес, викликаний травматичною подією. Цей інструмент не є діагностичним для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але є відповідним інструментом для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну травматичну подію.

Протягом останніх 7 днів, як часто вас турбували наступні проблеми?

Варіанти відповідей:

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Весь час

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувала вас знову переживати все, що сталося.

2. Мені було важко спати всю ніч.

3. Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося.

4. Я відчував дратівливість і гнів.

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію.

6. Проти своєї волі я думав про те, що трапилося

7. Мені здавалося, що цього не було або не було насправді.

8. Я уникав нагадувань про це.

9. Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті.

Ніколи

10. Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене

11. Я намагався не думати про те, що сталося.

12. Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.

13. Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими.

14. Я помічав, що поводжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації.

15. Мені було важко заснути.

16. У мене були хвилі сильних почуттів з цього приводу.

17. Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті.

18. Мені було важко зосередитися.

19. Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс.

20. Мені про це снилося

21. Я почувався пильним і настороженим.

22. Я намагався не говорити про те, що трапилося.