

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Коширець Віктор Васильович,

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології та психодіагностики
Волинського національного університету імені Лесі Українки
<https://orcid.org/0000-0002-4790-8839>

Мельник Антоній Петрович,

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології та психодіагностики
Волинського національного університету імені Лесі Українки
<https://orcid.org/0000-0002-1248-217X>

Шкарлатюк Катерина Іванівна,

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології та психодіагностики
Волинського національного університету імені Лесі Українки
<https://orcid.org/0000-0003-0855-5003>

У статті представлено особливості переживання сьогоденних реалій життя людини пов'язаних з травмуючим стресом в умовах війни, що призводить до гострих стресових реакцій та розвитку психотравми. Вивчення психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цивільного населення з урахуванням досліджень зарубіжних та вітчизняних психологів допоможе з'ясувати, які психотехнології використовуються і як саме вони впливають на стратегію подолання кризових станів особистістю.

У статті зазначено, що вирішення проблеми пошуку ефективних корекційно-профілактичних засобів подолання кризи в умовах війни залишається відкритим, що говорить про необхідність комплексного вивчення даного феномену. Питання саморегуляції особистості належить до числа найбільш актуальних напрямків дослідження, особливо у військовий час, коли психічні стани відіграють архіважливу роль у виживанні. Потрясіння змінюються тривалним стресом, постійним відчуттям тривоги, порушуються біохімічні процеси, створюється нейромедіаторний дисбаланс, що негативно впливає на весь організм. Травматичні події є надзвичайними не тому, що вони відбуваються, а радше тому, що вони перевантажують звичні стратегії пристосування людини до життєдіяльності.

Результати діагностування психологічних особливостей посттравматичних стресових розладів у цивільних під час війни показали системну сукупність і порядок функціонування методологічних та інструментальних засобів, що забезпечують взаємозв'язок її основних компонентів. За діагностичними даними наявності стресового розладу у досліджуваних нами було встановлено, що більшість 48% опитаних цивільного населення мають високий рівень посттравматичного стресового розладу, стійку тенденцію до стресового розладу – середній рівень стресового розладу продемонстрували 20% досліджуваних, низькі рівні виявлені серед 32% респондентів. Запропоновано основні, на нашу думку, правила для психолога, який працює з цивільними особами з проявами посттравматичного стресового розладу під час війни.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, травматичні події, прояв, самооцінка, стратегія подолання, психологічна підтримка, цивільне населення.

Koshyrets Viktor, Melnyk Antonii, Shkarlatiuk Kateryna. Psychological peculiarities of post-traumatic stress disorder manifestation among civilian population during the war

The article represents the peculiarities of experiencing today's realities of human life associated with traumatic stress in the war conditions, which leads to acute stress reactions and the devel-

opment of psychotrauma. Study of psychological peculiarities of post-traumatic stress disorder (PTSD) among the civilian population, taking into account the research of foreign and domestic psychologists, will help to find out what psychotechnologies are used and how exactly they affect the strategy of overcoming crisis situations by an individual.

The article states that the solution to the problem of finding effective corrective and preventive measures to overcome the crisis in the war conditions remains open, which indicates the need for comprehensive study of this phenomenon. The issue of self-regulation of an individual is one of the most relevant areas of the research, especially in wartime, when mental states play important role in survival. Shocks are replaced by long-term stress, a constant feeling of anxiety, biochemical processes are disrupted, a neurotransmitter imbalance is created, which negatively affects the entire body. Traumatic events are extraordinary not because they happen, but rather because they overload a person's usual coping strategies.

The results of diagnosing the psychological peculiarity of post-traumatic stress disorders among civilians during the war showed a systematic set and order of functioning of methodological and instrumental means that ensure the relationship of its main components. According to the diagnostic data of the presence of stress disorder in the subjects, we found that majority of 48% of the interviewed civilians have high level of post-traumatic stress disorder, persistent tendency to stress disorder – the average level of stress disorder demonstrate 20% of the subjects, low levels are found among 32% of respondents. The basic rules for a psychologist who works with civilians with manifestations of post-traumatic stress disorder during the war are proposed in our opinion.

Key words: post-traumatic stress disorder, traumatic events, manifestation, self-esteem, coping strategy, psychological support, civilian population.

Постановка проблеми. Одна із найбільш актуальних та складних проблем сучасної психологічної науки є вивчення прояву посттравматичних стресових розладів (ПТСР) особистості. Переживаючи сьогоденні реалії життя людина зустрічається з травмуючим стресом, так як війна є надзвичайно потужним психологічним подразником. Кожен день насичений масою негативних новин та подій: смерті, втрати, руйнування, поранення, катування, жорстокі вбивства, понівечені житла – все призводить до гострих стресових реакцій та розвитку психотравми. Ці події зустрічають особистість часто неготовою в психологічному плані, що призводить до втрати контролю над життєдіяльністю. Відсутність базової безпеки, стресові події фізично та психічно загрожують виживанню людини. Значна частина населення країни потребує і потребуватиме в майбутньому психологічної підтримки та супроводу. Багато хто відчуває себе враженим чи вибитим з нормальної колії життєвого шляху, так як негативні події по різному впливають на психіку людини.

Вивчення посттравматичних стресових розладів в умовах війни в психології здійснюється у багатьох напрямках: це біхевіоризм, психоаналіз, когнітивна та гуманістична психологія та інші. Зважаючи на широкий спектр теоретичних та експериментальних досліджень посттравматич-

них стресових розладів, слід зауважити, що специфіка вивчення даного феномену людської психіки переважно стосується діагностики та особливостей її прояву на певних вікових етапах становлення особистості, виокремлення загально психологічних чинників її виникнення, а також пошуку шляхів щодо її корекції. Проте, вирішення проблеми пошуку ефективних корекційно-профілактичних засобів подолання в умовах війни залишається відкритим [3].

Зазначене приводить до висновку про необхідність комплексного вивчення даного феномену. Питання саморегуляції особистості належить до числа найбільш актуальних напрямків дослідження, особливо у військовий час, коли психічні стани відіграють архіважливу роль у виживанні. Потрясіння змінюються тривалим стресом, постійним відчуттям тривоги, порушуються біохімічні процеси, створюється нейромедіаторний дисбаланс, що негативно впливає на весь організм.

Мета дослідження. Із урахуванням досліджень зарубіжних та вітчизняних психологів в окресленій нами площині, вивчення психологічних особливостей ПТСР у цивільного населення допоможе з'ясувати, які використовуються психотехнології і як саме вони впливають на стратегію подолання кризових станів особистістю.

Згідно наукових джерел посттравматичний стресовий розлад – посттравматичний синдром, «східний синдром» «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром» тощо – це психічний розлад, різновид неврозу, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох подій, що травмують психіку, таких як військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важкі фізичні травми, побутові та статеві насильства, загрози смерті або перебування свідком чужої смерті тощо.

ПТСР – це відтермінована, продовжена або довготривала у часі реакція на виключно сильну травматичну подію (від декількох годин до декількох днів), що загрожує психологічній і фізичній цілісності людини. Тобто, це подія пов'язана із загрозою життю чи сильної фізичної шкоди як для свого, так і для інших. ПТСР може розвиватись як у жертви так і у свідків природних, техногенних катастроф, посягань, бойових дій або як реакція на різку зміну соціального статусу і становища (втрата близької людини, майна, роботи тощо). З часом симптоматика ПТСР посилюється і якщо нічого не робити, це може призвести до руйнації стосунків, втрати роботи, здоров'я чи навіть життя. Посттравматичний стресовий розлад можна подолати або навчитись ним керувати. ПТСР не є наслідком підвищеної психічної неврівноваженості і не являється проявом психічного захворювання, навіть у психічно здорових людей може розвинути ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад – це спроба організму пережити небезпечну або загрозову для життя людини ситуацію. Отже, реакції ПТСР викликані не порушенням (несправністю), а саме здоров'ям психіки, тобто це звичайна і доцільна відповідь організму, щоб краще захистити людину від небезпечного становища [4].

Травматичні події є надзвичайними не тому, що вони відбуваються, а радше тому, що вони перевантажують звичні стратегії пристосування людини до життєдіяльності. Імовірність шкоди зростає, коли травматичні події включають фізичне насильство, або поранення, коли людина опиняється перед лицем екстремального насильства або стає свідком жахливої смерті. У кожному такому випадку помітною характеристикою травматичної події є здатність викликати безпорадність та

жах. Травматичні реакції виникають тоді, коли дія не дає результату. Коли неможливі ні втеча, ні опір, і система самозахисту людини виходить з ладу та дезорганізується. Складники звичайної відповіді на небезпеку, втративши свою користь, ще довгий час утримуються в перебільшеному, зміненому стані після того як справжня небезпека минула. Травматичні події викликають тривалі, глибокі зміни у емоціях, сприйнятті, пам'яті та фізіологічному тонусі людини. До того ж травматичні події можуть відокремлювати ці зазвичай пов'язані між собою функції.

Травмована людина може перебувати у стані постійної настороженості, дратівливості, який не в змозі пояснити. Людина може мати сильні емоції, але не мати чітких спогадів, або не мати жодних емоцій але пам'ятати все у найменших подробицях.

Травмуюча подія (травма), що може сприяти розвитку ПТСР – це переживання особливої взаємодії між світом та особистістю. Травматичний досвід стає у житті людини провідним. Це одна з головних особливостей ПТСР. Травмуючі події включають душевний біль. Іноді щоб позбутись страху людина намагається за рахунок нових страхів, забути старі, тоді вона шукає діяльність яка максимально пов'язана з ризиком для життя або інший варіант – намагається завантажити себе роботою («згоріти на роботі»). Це ще один несвідомий захисний механізм, який працює у постстресових станах [3].

Посттравматичний стресовий розлад проявляється як відкладена відповідь організму на стрес – на думку спеціалістів, його дія спостерігається щонайменше через чотири тижні після травматичної події. Життя людини в стані ПТСР протікає у повній бойовій готовності. Вона миттю щось робить, дратується, тривожиться чи переймається думками про власну безпеку. Тривожність може мати фізичне відображення: тахікардія, гіпертонус м'язів, нетравлення, закрепи чи проявляться у порушеннях сну тощо. Людина з ПТСР не бажає говорити про травму, уникає згадок про неї, не бажає бути поруч з людьми, які нагадують про травмуючі події. Їй притаманна втрата інтересу до колись улюблених речей, відсторонення від близьких та емоційна порожнеча.

При ПТСР можливі панічні атаки: відчуття сильного страху, поверхнєве дихання, нудота, запаморочення, головні болі, діарея, відчуття стиснення та печії за грудиною, прискорене серцебиття, судоми, біль у попереку, хронічний біль. Крім цього, люди з посттравматичним стресовим розладом втрачають довіру до людей, та переконані, що світ небезпечний. Такий стан супроводжується постійними негараздами у буденному житті: проблемами з роботою чи її пошуком, у побуті, у сім'ї, у стосунках, віддаленням від партнерки чи партнера тощо.

Під час гострої реакції на стрес поведінка визначається інстинктом самозбереження. Коли реальна загроза зникає і завершується гостра реакція на стрес, настає перехідний період, під час якого з'являються розлади сну у вигляді погіршення засинання, постійних нічних пробуджень і ранніх просинань. Виникає нерішучість, прагнення перекласти на інших прийняття відповідальних рішень, зниження загального функціонування особистості. У цілому поведінка більшості людей в цей період спрямована на мінімізацію загрози власному життю та життю близьких людей.

Після перехідного періоду у частини осіб, які перенесли гостру реакцію на стрес, розвивається посттравматичний стресовий розлад. Учені виокремлюють особистісні чинники, які можуть знизити поріг розвитку посттравматичних стресових розладів або ускладнити його перебіг. До цих чинників можна, насамперед, віднести компульсивні та астенічні риси. Серед типів акцентуацій, які сприяють формуванню та розвитку ПТСР, найбільш значущими є тривожний, демонстративний та педантичний типи. Розлади реакції пристосування виникають у наслідок змін в житті, що обумовлені надзвичайною подією. Розлад виникає, як правило, після перехідного періоду та у більшості випадків проявляється різними за тривалістю та структурою депресивними синдромами, які позначаються на зниженому настрої, тривожності, безнадії та відсутності перспектив. У деяких випадках розлади реакції пристосування проявляються в зміні стилю життя, недотриманні загальноприйнятих норм поведінки, зниженні індивідуальних моральних критеріїв особистості [3].

Результати дослідження. З метою вивчення особливостей та специфіки надання психологічної підтримки цивільним під час війни, було проведено аналіз впливу посттравматичних подій на психологічне здоров'я досліджуваних. В процесі вивчення психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у цивільного населення під час війни нами було обрано 60 респондентів, які належать до вікової категорії від 18 до 45 років, різної статі, з сімейним статусом. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось за допомогою Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до заявленої теми, включаючи наступні методики:

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР): методика PCL-5 була використана нами з метою виявлення поширеності серед вибірки симптомів посттравматичних стресових розладів. Дана методика складається з 20 питань опитувальника, які згруповані у чотири підшкали симптомів посттравматичного стресу, що відповідають критеріям DSM, а саме: симптоми нав'язливого повторення, симптоми уникнення, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми збудливості. Зміст опитувальника використовується для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу згідно з критеріями, встановленими є оновленою версією, він був розроблений групою науковців, які працювали над розробкою та оновленням опитувальника з метою відповідності до останніх критеріїв, встановлених у DSM-5, які охоплюють 20 симптомів, пов'язаних з ПТСР.

Ці симптоми поділяються на чотири основні категорії:

1. Переживання вторгнення. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані з безперервними переживаннями травматичних подій, такі як нав'язливі спогади, сни про травму, неприємні відчуття і фізичні реакції на нагадування про подію.

2. Унікаюча поведінка. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані з намаганням

уникнути нагадувань про травму, включаючи уникаючу поведінку, втрату інтересів, відчуття відсторонення від інших людей і емоційне притуплення.

3. Негативні налаштування. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані з негативними змінами настрою і когнітивної функції, такі як відчуття незадоволеності, песимізм, почуття провини, втрачена пам'ять та концентрація уваги.

4. Збудження і гіпервимогливість. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані зі збудженням, роздратуванням, концентрацією, підвищеною пильністю, почуттям напруженості та тривоги.

Процедура заповнення PCL-5 досліджуваними побудована на тому, що учасники дослідження відображають свій стан, вказуючи ступінь, в якій вони відчувають кожен симптом за останній місяць. Опитуваним необхідно уважно прочитати кожне питання та обрати ту відповідь, яка відображає, наскільки сильно його турбувала зазначена проблема останнім часом.

Відповіді оцінюються за п'ятибальною шкалою, де 0 означає «зовсім не», а 4 означає «дуже сильно». Сумарний результат може бути обчислений шляхом загального обрахунку балів за кожним із 20 питань.

PCL-5 є широко використовуваним інструментом у дослідженнях і клінічній практиці для оцінки симптомів посттравматичних стресових розладів. Він дозволяє відслідкувати та отримати корисну інформацію про рівень впливу травматичних подій на психічний стан особи, допомагає встановити посттравматичний стан травмованої особистості, відстежувати зміни в симптомах в залежності від психовпливів або терапії.

Модель BASIC Ph призначена для визначення основних стратегій подолання кризового стану особистості. Ця модель ґрунтується на визнанні здатності особистості протистояти катастрофам, зберігати своє психічне здоров'я в будь-яких екстремальних ситуаціях. Модель містить шість основних каналів, що складають ядро індивідуального стилю поведінки під час перебування у несприятливих обставинах. Психологічну допомогу особам, які пережили психотравмуючі події, необхідно розглядати як психологічний супровід особистості, який спрямований на пози-

тивні зміни з метою інтеграції та розвитку всіх її рівнів. Детальний аналіз інтегративної багатовимірної моделі вибору стратегій BASIC Ph представлений у статті «Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР» (*Психологія: реальність і перспективи*. 2017. Вип. 8. С. 128–133. Режим доступу: https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/issue/view/9/8).

Опитувальник складається з 36 тверджень, на які відповідає досліджуваний:

- 1) я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 2) я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 3) я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 4) я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 5) я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 6) я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

Методика Бека «Шкала депресії» нами використовувалась з метою діагностики рівня сформованості проявів депресивних станів як наслідку посттравматичних стресових розладів. Опитувальник створений Аароном Т. Беком, це перелік самооцінки з 21 запитанням із множинним вибором відповідей, один із найбільш широко використовуваних психометричних тестів для вимірювання тяжкості депресії. Її розвиток ознаменував зміну серед фахівців у сфері психічного здоров'я, які до того часу розглядали депресію з психодинамічної точки зору, а не основою у власних думках клієнта.

У своїй поточній версії BDI-II розроблений для досліджуваних віком від 13 років і складається з пунктів, що стосуються симптомів депресії, таких як безнадійність і дратівливість, когнітивних функцій, таких як провини або почуття покарання, а також фізичних симптомів, таких як втома, втрата ваги та відсутність інтересу. Зміст методики містить твердження, що описують такі симптоми як: пригніченість, поганий настрій, песимізм, почуття незадоволеності і власної неспроможності, почуття провини, проблеми відсутності працездатності, порушення в соціальній сфері, відсутність сну, апетиту, сексуальних потягів, висока втомлюваність; – дратівливість і сльозливість; – думки про суїцид. Тест умовно поділений на 2 частини:

1) в 1 частині (з 1 по 13 питань) визначається здатність особистості змінювати поведінку залежно від ситуації передбачуваним способом (когнітивно-афективна шкала);

2) друга частина (з 14 по 21 питання) спрямована на визначення соматичних проявів.

Шкала тривоги Спілбергера (STAI) вважається доцільним інструментом для оцінки тривоги серед дорослих, відомий психологам як опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Методика базується на теоретичній моделі Ч. Спілбергера, що розділяє два психологічні конструкти: 1) тривога як ситуативно зумовлений емоційний стан, тимчасова реакція на ситуації, що містять для людини певну загрозу та є суб'єктивно-значущими; 2) тривожність як стійка особистісна риса, схильність сприймати широке коло життєвих ситуацій як загрозливі, відчуваючи в них стан тривоги.

В основу методики покладено ідею, що центральний елемент тривоги – відчуття загрози, що виникає, коли індивід сприймає певний подразник як актуально або потенційно небезпечний, ризикований, шкідливий. Цей неприємний емоційний стан характеризується суб'єктивними відчуттями занепокоєння, похмурих передчуттів, а також активацією вегетативної нервової системи. Тривожна особистість схильна сприймати навколишній світ як такий, що містить загрозу й небезпеку. Деякі автори розглядають тривожність як складний конструкт, що включає поряд із тривогою і страхом, також нейротизм: зниження адаптивних можливостей і готовність до формування невротичних розладів

Методика «Визначення емоційної стійкості особистості» Б. Додонова дає змогу визначити ступінь контролю людини над власними емоціями та її реагування на стресові подразники, виявити домінуючі емоційні спрямованості особистості, тобто прагнення до конкретних типів переживання і домінування певних потреб. В даній методиці є 10 типів емоційної спрямованості: альтруїстична спрямованість; комунікативна спрямованість; спрямованість на самоствердження; практична спрямованість; задоволення від подолання

небезпеки; романтична спрямованість; діагностична спрямованість; естетична спрямованість; гедоністична спрямованість; спрямованість на колекціонування.

Під загальною емоційною спрямованістю Б. Додонов розумів таку емоційну характеристику особистості, яка проявляється у ціннісному ставленні до певних видів емоційних переживань, прагненні особистості до цих переживань.

Аналіз результатів дослідження. З огляду на вищезазначене, діагностування психологічних особливостей посттравматичних стресових розладів у цивільних під час війни являє собою системну сукупність і порядок функціонування методологічних та інструментальних засобів, що забезпечують взаємозв'язок її основних компонентів: 1) наукового – як частини психолого-педагогічної науки, що розробляє зміст діагностування, методи його реалізації; 2) процесуально-описового – як алгоритму організації (модель, чітка структура сукупності форм діагностування) процесу визначення важливих особливостей дослідження; 3) процесуально-діючого – як систему соціально-психологічних заходів (бесіда, інтерв'ю, анкетне та соціометричне дослідження).

За діагностичними даними наявності стресового розладу у досліджуваних нами було встановлено, що більшість 48% опитаних цивільного населення мають високий рівень посттравматичного стресового розладу, середній рівень стресового розладу продемонстрували 20% досліджуваних, тобто вони мають стійку тенденцію до стресового розладу, низькі рівні виявлені серед 32% досліджуваних (рис. 1):

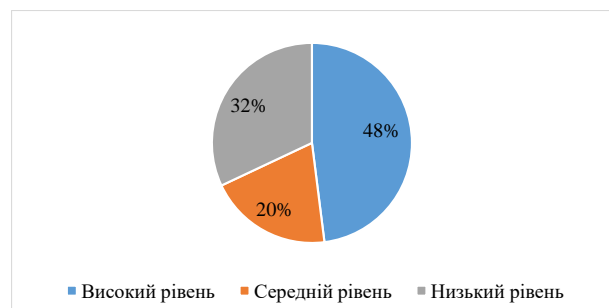


Рис. 1. Рівні самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу

Опрацьовані дані констатувального етапу за методикою оцінки симптомів пост-

травматичного стресового розладу у групі з 60 респондентів показали наступні результати:

Виділено певну частоту симптомів посттравматичного стресового розладу у респондентів. Серед 30 % опитуваних виявлено прояви таких посттравматичних стресових розладів, як переживання тривоги, постійні спогади про травматичні події, психологічну напругу, страшні сни та інші симптоми, які свідчать про наявність посттравматичного стресу. Серйозність симптомів виявлено у 23% досліджуваних, яка може варіюватись від легких до важких форм. Деякі респонденти можуть мати латентну форму посттравматичного стресового розладу, тоді як інші можуть виявляти виражені симптоми, які значно впливають на їх повсякденне функціонування та якість життя.

Особливої уваги заслуговують респонденти з наявним високим рівнем посттравматичних розладів, адже результати діагностування можуть вказувати на потребу цивільних у психологічній підтримці та інтервенціях. Це може включати індивідуальну терапію, групові психологічні сесії, програми підтримки та реабілітації тощо. За узагальненими результатами відповідно до отриманих даних, можна зробити висновок, що більшість опитуваних цивільних, особливо тих, хто був свідком активних бойових дій в своїх містах чи селах, мають характерні та притаманні ПТСР симптоми, що потребує своєчасної компетентної допомоги.

Аналізуючи отримані результати за методикою «BASIC Ph» нами було виявлено, що цивільне населення у стресовому стані та психотравмі використовує наступні стратегії подолання кризової ситуації як:

1) віра, цінності (15% респондентів). Цей спосіб подолання кризи базується на вірі в Бога, в людей, в себе, у свою місію, в диво;

2) афект, емоції (30% вибірки). Афективна стратегія проявляється через емоції: плач, сміх, розмову з кимось про свої переживання. Цей спосіб подолання кризи вимагає прояву різних почуттів і емоцій та їх ідентифікацію;

3) соціум, спілкування (25% респондентів). Даному способу подолання кризи

властиве прагнення до спілкування, включеності та важливості людини перебування в соціумі.

4) уява, фантазія (9% досліджуваних). Ця стратегія подолання кризи базується на креативних, творчих, іноді алогічних здібностях та можливостях людини.

5) когніція, логіка (10% респондентів). Спосіб подолання кризи через актуалізацію ментальних здібностей, вміння логічно, критично та стратегічно мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми та раціонально їх вирішувати.

6) фізична активність, дієва модальність (11% досліджуваних). Це визначений спосіб подолання кризи через концентрацію на фізичній активності та діяльності тіла.

Висновки. Варто розглянути основні правила для психолога, який працює з цивільними особами з посттравматичним розладом під час війни:

1) якщо клієнт звертається з приводу посттравматичного розладу і депресії, то фахівці повинні спершу працювати з посттравматичним розладом, а проблема з депресією, ймовірно, відступатиме після успішного подолання його проявів;

2) якщо при психодіагностичному дослідженні постраждалих із постстресовим розладом виявляється високий ризик суїциду або нанесення шкоди іншим людям, то фахівці повинні спершу зосередитись на подоланні цього ризику.

3) якщо цивільні з постстресовим розладом страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію (про що, наприклад, свідчить значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності чи високий ризик суїциду), то фахівці повинні спершу зосередитись на подоланні депресії.

4) якщо постраждали з постстресовим розладом мають проблеми з алкогольною або наркотичною залежністю, або якщо вживання алкоголю чи наркотиків значно впливає на ефективне подолання постстресового розладу, то фахівці повинні спершу зосередитись на подоланні проблеми з наркотиками чи алкоголем.

5) спеціалісти, які пропонують травмофокусовану психотерапію потерпілим із

постстресовим розладом, які страждають від супутнього розладу особистості, повинні розглянути питання про подовження терміну терапії.

б) людей, які втратили близького друга чи родича під час війни, треба обстежити на наявність постстресового розладу або ускладнену реакцію втрати. Здебільшого, фахівці повинні спершу працювати

над подоланням ПТСР, не ухиляючись від обговорення втрати.

7) під час оцінки стресорів повинна обережно використовуватись термінологія, пов'язана з поведінкою; необхідно уникати таких спеціальних слів, як зловживання, насильство тощо, які за своїм внутрішнім змістом неточні і можуть по-різному сприйматися цивільними [3].

ЛІТЕРАТУРА:

1. Коширець В. В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. *Психологія: реальність і перспективи*. 2017. № 8. С. 128–133.
2. Коширець В., Шкарлатюк К. Особливості організації особистісного простору військовослужбовців з ознаками птср. *Psychological Prospects Journal*. 2020. № 36. С. 124–143. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-124-143>.
3. Melnyk A. Peculiarities of Psychological Rehabilitation of Combatants. *Psychological Prospects Journal*. 2016. Vol. 28. P. 176–185. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2016-28-176-185>.
4. Мушкевич М.І., Федоренко Р.П., Мельник А.П., Шкарлатюк К.І., Грицюк І.М., Коширець В.В., Дучимінська Т.І. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
5. Predictors of PTSD and Psychological Distress Symptoms of Ukraine Civilians During war / Y. Eshel et al. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2023. Vol. 17. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.69>.

REFERENCES:

1. Koshyrets, V.V. (2017). Osoblyvosti nadannia psykhologichnoi dopomohy osobam z PTSR. [Peculiarities of providing psychological assistance to persons with PTSD]. *Psykhologhiia: realnist i perspektyvy*. 8, 128–133 [in Ukrainian].
2. Koshyrets, V., & Shkarlatiuk, K. (2020). Osoblyvosti orhanizatsii osobystisnoho prostoru viiskovosluzhbovtziv z oznakamy PTSR. [Peculiarities of organization of the personality space of military personnel with PTSD symptoms]. *Psykhologichni perspektyvy*. 36, 124–143. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-124-143> [in Ukrainian].
3. Melnyk, A. (2016). Peculiarities of Psychological Rehabilitation of Combatants. *Psychological Prospects Journal*. 28, 176–185. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2016-28-176-185> [in English].
4. Mushkevych, M.I., Fedorenko, R.P., Melnyk, A.P., Shkarlatiuk, K.I., Hrytsiuk, I.M., Koshyrets, V.V., & Duchymynska, T.I. (2016). Psykhologichna dopomoha uchasnykam ATO ta yikh sim'iam: kolektyvna monohrafiia [Psychological assistance to ATO participants and their families: collective monograph]. Lutsk: Vezha-Druk. 260 s. [in Ukrainian].
5. Predictors of PTSD and Psychological Distress Symptoms of Ukraine Civilians During war (2023). Y. Eshel et al. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Vol. 17. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.69>.