ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему:

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА ЇХНЄ ПОСИЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

Студентка _____ Пойда Інна Сергіївна
(підпис)

Науковий керівник _____ Крюкова О.В.
(підпис) Доцент кафедри практичної та клінічної психології

Допущено до захисту « 08 » травня 2026 р.

Завідувач кафедри _____ Дроботько І.Д., доктор філософії
(підпис)

Декан факультету _____ Кошіль О.П.
(підпис)

Завідувач
навчальної частини _____ Уліщенко В.В.
(підпис)

Київ – 2026

ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

ЗАВДАННЯ

на випускну кваліфікаційну бакалаврську роботу студентки:
Пойди Інни Сергіївни

1.Тема роботи:Психічні розлади та їх посилення в умовах війни
2. Затверджена наказом по університету від «08» 10 2025 р. № 191-п.1
3. Цільова установка на вихідні дані до роботи: Теоретично проаналізувати та емпірично дослідити психічні розлади цивільного населення в умовах війни.
4. Перелік графічного матеріалу (з точним визначенням обов'язкових креслень) Рис. 2.1. Вікові характеристики вибірки дослідження
Рис. 2.2. Розподіл респондентів за рівнями сприйнятого стресу (за шкалою PSS-10) Рис. 2.3. Розподіл респондентів за рівнем тривожності (Шкала Бека) Рис. 2.4. Відсотковий розподіл рівнів за шкалами опитувальника 4DSQ Рис. 2.5. Кореляційна матриця *Таблиця 2.1* Психодіагностичний інструментарій та його дослідницька мета *Таблиця 2.2* Кореляційна матриця між показниками PSS-10, BAI та 4DSQ *Таблиця 3.1* Структура психопрофілактичної програми
5. Консультанти по роботі, із зазначенням розділів, що їх стосуються:

Розділ	Науковий керівник	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання отримав
1	Крюкова О.В	26.01.2026	26.01.2026
2	Крюкова О.В	23.02.2026	23.02.2026
3	Крюкова О.В	16.03.2026	16.03.2026

6. Зміст випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи (перелік питань)

1.Провести теоретико-методологічний аналіз проблеми психічних розладів в умовах війни

2.Підібрати діагностичний інструментарій дослідження, психічних розладів цивільного населення в умовах війни.

3.Провести емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення динаміки психічних розладів цивільного населення в умовах війни.

4.Запропонувати психопрофілактичну програму, орієнтовану на зниження ризику посилення психічних розладів у цивільного населення під час війни.

7. Календарний план виконання випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи	Термін виконання етапів випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи	
		За планом	Фактично
1.	Обрання теми випускної кваліфікаційної бакалаврської роботи (ВБР)	12.08.2025-19.09.2025	12.09.2025
2.	Опрацювання літератури та інших джерел для написання ВКБР	29.09.2025-31.12.2025	31.12.2025
3.	Виконання 1 розділу ВКБР	26.01.2026-20.02.2026	20.02.2026
4.	Виконання 2 розділу ВКБР	23.02.2026-13.03.2026	10.03.2026
5.	Виконання 3 розділу ВКБР, висновки	16.03.2026-03.04.2026	02.04.2026
6.	Передзахист ВКБР	04.05.2026-15.05.2026	08.05.2026
7.	Проведення перевірки на плагіат В КБР	04.05.2026-15.05.2026	14.05.2026
8.	Відгук керівника, рецензія	04.05.2026-08.05.2026	08.05.2026

8. Дата видачі завдання «10» жовтня 2025 р.

Керівник _____
(підпис)

Завдання прийняв до виконання _____
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП *5*

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ *9*

1.1. Концептуалізація поняття «психічні розлади» в психології та психіатрії **9**

1.2. Психофізіологічні та нейропсихологічні механізми виникнення й посилення психічних розладів у кризових умовах **17**

1.3. Особливості клініко-психологічних проявів психічних розладів у цивільного населення в умовах війни: сучасний емпіричний та теоретичний дискурс **25**

Висновки до розділу 1 ..... *33*

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСИЛЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ *35*

2.1. Опис вибірки та організації емпіричного дослідження **35**

2.2. Підбір психодіагностичного інструментарію **38**

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження **43**

Висновки до розділу 2 ..... *50*

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСИЛЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ *52*

3.1. Розробка психопрофілактичної програми, спрямованої на зниження ризику посилення психічних розладів в умовах війни **52**

3.2. Практичні рекомендації **60**

Висновки до розділу 3 ..... *62*

ВИСНОВКИ *63*

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ *66*

ДОДАТКИ *73*

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема психічних розладів в умовах динамічних соціальних трансформацій, зокрема під впливом війни, стоїть особливо гостро в контексті сучасної теоретичної та прикладної сферах психології та психіатрії. Війна як розтягнутий у часі стресогенний чинник спричиняє значне навантаження на психіку громадянина, що може призводити до порушення регуляторних, емоційних, когнітивних і поведінкових механізмів, провокуючи розвиток посттравматичних, афективних, тривожних, психосоматичних і соматоформних розладів. У контексті повномасштабної війни в Україні проблема психічного здоров'я та його порушень набула особливої гостроти, що зумовлює зростання запитів як на емпіричне осмислення масштабів окресленого явища, так і на розробку ефективних інтервенційних та профілактичних заходів.

Значний науковий інтерес до зазначеної проблематики підтверджується широким колом досліджень, присвячених окремим аспектам психічного здоров'я та розладів. Зокрема, питання психічного стану в умовах війни, травматизації, ПТСР, афективних і тривожних розладів вивчали О. С. Чабан [56], Н. О. Марута [32], О. В. Павлова [39], Н. В. Ткаченко [53], Н. Коструба [20], О. В. Друзь [8], С. О. Лукомська [26], С. М. Кондратюк [18], О. А. Чиханцова [57], Д. І. Марценковський [34], Л. М. Юр'єва [64], О. С. Юрценюк [65], В. Чорна [58], І. Д. Спіріна [50], Н. І. Пасічняк [40], О. Г. Малина [30], Г. А. Пріб [43], О. А. Левада [24]. Проблеми психологічної стійкості, адаптаційних ресурсів та профілактики психоемоційних порушень входили в коло наукових інтересів таких авторів як Т. М. Титаренко [52], Л. В. Сердюк [48], С. О. Лукомська [27], В. В. Фещук [55], Т. М. Титаренко [51], І. І. Галецька [4], Н. В. Каргіна [12], Л. М. Карамушка [11], А. В. Курова [23], А. В. Кічук [15], О. Рибалка [46]. Класифікаційні підходи до психічних розладів, у тому числі в контексті МКХ-11, DSM-5 та кримінального права, проаналізовані у працях А. Донця [7], А. Лямця [29], Г. С. Кочаряна [22], А. А. Чугаєвського [59].

Разом із тим, попри наявні емпіричні й теоретичні напрацювання, проблема психічних розладів цивільного населення в умовах війни залишається, на наш погляд, дослідженою фрагментарно. Недостатньо систематизовано сучасні підходи до визначення терміну «психічні розлади», не диференційовано межі між психічними, психосоматичними та соматоформними порушеннями в умовах тривалої дії травмуючих чинників. Водночас малодослідженими залишаються механізми формування латентних форм ПР, процеси хронізації симптомів, а також роль вторинної травматизації, стигматизації і соціального відчуження осіб з ПР у період війни.

Загалом, актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю комплексного аналізу психічних розладів у контексті війни з урахуванням нейропсихологічних, психофізіологічних та соціально-психологічних чинників.

Об'єктом дослідження є феномен психічного розладу в рамках сучасних психології та психіатрії.

Предметом дослідження є тенденція до посилення психічних розладів цивільного населення України в умовах війни.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості посилення психічних розладів цивільного населення України в умовах війни.

Досягнення поставленої мети передбачає виконання наступних **завдань**:

1. Проаналізувати сутність та зміст феномену психічних розладів у сучасних психології та психіатрії.
2. Визначити психофізіологічні та нейропсихологічні механізми формування, розвитку, підтримки та посилення психічних розладів у кризових умовах, зокрема під впливом воєнної травматизації.
3. Вивчити клініко-психологічні особливості прояву психічних розладів у цивільного населення в умовах війни на основі аналізу теоретичних та емпіричних джерел.

4. Спланувати та реалізувати емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення динаміки психічних розладів цивільного населення в умовах війни.
5. Розробити психопрофілактичну програму, орієнтовану на зниження ризику посилення психічних розладів у цивільного населення під час війни.

Методи дослідження: - *теоретичні*: аналіз наукових джерел, присвячених досліджуваній проблематиці, синтез, узагальнення, класифікація; - *емпіричні*: опитуванні (Шкала сприйнятого стресу PSS-10; Шкала тривоги Бека; Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)); - *математичні*: описова статистика, кореляційний аналіз.

Гіпотеза дослідження: (1) молодь в умовах війни буде демонструвати підвищені рівні суб'єктивного рівня пережитого стресу, тривоги, а також соматичних симптомів; (2) існують достовірні позитивні зв'язки між рівнем сприйнятого стресу, тривоги і вираженістю соматоформних проявів.

База дослідження. До участі в дослідженні були залучені особи віком від 17 до 35 років (молодь), які є громадянами України та проживають переважно на її території у період війни. Загальний обсяг вибірки становив 47 осіб. Розподіл вибірки за віком наступний (Рис. 2.1): 46,8% респондентів становили особи віком 21-24 роки, 25,5% – молодь віком 17-20 років, 12,8% – учасники у віковій категорії 25-30 років, 14,9% – респонденти віком 30 років і старше.

Наукова новизна дослідження полягає в інтеграції теоретичних і емпіричних підходів до аналізу психічних розладів цивільного населення в умовах війни, уточненні поняття «психічні розлади» як багатовимірного феномену та у розробці авторської моделі диференціації психічних, психосоматичних і соматоформних порушень у контексті війни.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування отриманих результатів дослідження для створення й впровадження

психопрофілактичних та психокорекційних програм, спрямованих на профілактику психічних розладів цивільного населення в умовах війни.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Структура кваліфікаційної роботи визначена метою та завданнями дослідження і складається із вступу, двох розділів, висновку, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст роботи викладено на 62 сторінках, список використаних джерел налічує 67 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Концептуалізація поняття «психічні розлади» в психології та психіатрії

Психічні розлади у сучасному науковому дискурсі розглядаються як складне багатоаспектне явище, що інтегрує медичні, психологічні, соціальні, правові та культурні виміри. Їх концептуалізація охоплює не лише симптоматику та діагностику, а й механізми формування, динаміку перебігу, міжособистісні та суспільні наслідки. У зв'язку з цим поняття психічного розладу поступово трансформувалося з вузькомедичного терміну в міждисциплінарну категорію, яка вимагає цілісного підходу до вивчення та діагностики.

У психіатричній традиції тривалий час провідними були класифікаційні системи, що базувались на симптомологічному підході. Однак, починаючи з останніх десятиліть XX століття, відбувся зсув до більш функціонального, біопсихосоціального розуміння психічних порушень. Згідно з підходом, окресленим у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), психічні розлади більше не розглядаються лише як «патології психіки», натомість парадигма змістилась у бік сприйняття ПР як відхилень у функціонуванні особистості, що впливають на її соціальну адаптацію, когнітивні, емоційні та поведінкові процеси останньої. Як зазначає Г.С. Кочарян, у МКХ-11 було введено низку інноваційних класифікаційних рішень, зокрема змінено структуру діагностичних блоків, що стосуються станів, пов'язаних із сексуальним здоров'ям, поведінковими розладами та порушеннями емоційної регуляції [22, с. 4].

Аналогічна тенденція простежується й у DSM-5, розробленій Американською психіатричною асоціацією. На думку А. Донця, дана система, попри її американське походження, має широку популярність у міжнародному середовищі завдяки чіткості діагностичних критеріїв і ґрунтовній дескриптивній основі [7, с. 20].

Водночас автор зауважує, що у DSM-5 межа між нормальною реакцією на стрес та патологією є досить розмитою, що особливо актуалізується у контексті воєнних подій, де природні адаптаційні реакції можуть помилково інтерпретуватися як клінічні синдроми. Ми поділяємо цю позицію, адже надмірна медикалізація реакцій на кризу може призводити до стигматизації, а також до неадекватного призначення психофармакологічного лікування у випадках, де були б ефективні психотерапевтичні підходи, а медикаментозного лікування можна було б уникнути.

Варто наголосити, що класифікація психічних розладів має не лише клінічне, а й суттєве правове значення, особливо в умовах війни, коли наявність або відсутність діагнозу може бути підставою для звільнення від мобілізації, обмеження у дієздатності або навіть судового розгляду справ щодо суспільно небезпечних дій. У цьому контексті доцільно звернутися до позиції А. Чугаєвського, який аналізує поняття та класифікацію психічних розладів у площині кримінального правосуддя. Автор наголошує на необхідності чіткої термінологічної узгодженості між медичним і юридичним дискурсами, що особливо актуально в умовах гібридної війни та соціальної нестабільності [59, с. 355].

Вищевикладене підтверджує, що психічні розлади не можуть розглядатися виключно у межах однієї дисципліни. Їх осмислення вимагає інтеграції психіатрії, клінічної психології, нейронаук, соціології та правознавства. Підтвердженням цього є дослідження А. Лямця, який акцентує на еволюції класифікацій обсесивно-компульсивного розладу в межах XXI століття. Зокрема, автор звертає увагу на зміну статусу ОКР від розуміння його як різновиду тривожного розладу до диференціації в окрему групу діагнозів, що вказує на зміни у розумінні природи симптоматики [29, с. 215].

Таким чином, сучасні підходи до класифікації психічних розладів відображають поступовий перехід від описової медицини до функціональної та контекстуально-залежної моделі. Ми вважаємо, що в умовах воєнного часу така

модель є більш продуктивною, оскільки дозволяє враховувати не лише симптоматику, а й ситуаційні, правові та соціокультурні чинники. Це створює підґрунтя для більш точного діагностування, адекватного вибору методів втручання та мінімізації соціальних ризиків, пов'язаних зі стигматизацією або правовою відповідальністю осіб із психічними порушеннями.

У процесі наукового аналізу категорії «психічний розлад» особливої актуальності набуває розмежування психічних, психосоматичних і соматоформних розладів, що не лише відображають різні патогенетичні механізми, а й вимагають специфічного підходу до діагностики та психокорекції. В умовах війни, що супроводжується системним стресом, деструкцією базових екзистенційних опор і фізичним виснаженням, відбувається розмиття меж між психічними й соматичними симптомами, що зумовлює зростання кількості психосоматичних феноменів у клінічній практиці.

У науковій літературі психосоматичні порушення розглядаються як функціональні або структурні зміни у внутрішніх органах, зумовлені хронічними або гострими психологічними чинниками. Як зауважують А.І. Варчук та І.В. Мельничук, сучасна медико-психологічна практика все частіше стикається з випадками тривожних розладів органічної природи, при яких психоемоційні навантаження виводяться на рівень тілесного реагування, що значно ускладнює процес диференціальної діагностики [1, с. 450]. На думку авторів, особливістю таких станів є стійкість соматичних проявів за відсутності морфологічних змін, що вказує на переважання регуляторно-функціонального дисбалансу над структурними патологіями.

Соматоформні розлади, у свою чергу, окреслюють групу психічних розладів, які характеризуються наявністю множинної соматичної симптоматики, що не має відповідного органічного підґрунтя, але супроводжується вираженим суб'єктивним стражданням пацієнта. У сучасних класифікаціях психіатричних розладів (МКХ-11, DSM-5) ці стани представлені як окрема категорія, що потребує

мультидисциплінарного підходу до лікування. Як зазначають О.А. Левада та О.С. Троян, психічні розлади із соматичними симптомами мають складну діагностичну структуру, в якій межа між тілесним і психічним надзвичайно нестабільна, що часто зумовлює діагностичні помилки, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій [24, с. 7].

На відміну від психосоматичних і соматоформних розладів, класичні психічні порушення мають чітко визначений патопсихологічний профіль і клінічну картину, що включає афективні, когнітивні, перцептивні або поведінкові відхилення. Проте війна, як чинник хронічного психосоціального дистресу, істотно ускладнює можливість однозначного розмежування цих трьох категорій. Як аргументовано підкреслює О.Д. Литивиненко, психосоматичний підхід до розуміння психологічного здоров'я дозволяє виявити глибинні механізми зчеплення між емоційними порушеннями та фізіологічними процесами, особливо в умовах колективної травматизації, яка не має часових обмежень [25, с. 52]. Ми вважаємо за доцільне включення цього підходу до аналітичного інструментарію при вивченні психічних розладів у посттравматичних контекстах, зокрема у цивільного населення, що перебуває під впливом бойових дій.

Узагальнюючи вищевикладене, можна стверджувати, що чітке розрізнення між психічними, психосоматичними та соматоформними розладами є не лише теоретичною, а й практичною необхідністю в умовах воєнного стану. Відсутність такої диференціації призводить до хибних діагнозів, недостатньої ефективності психокорекції, стигматизації пацієнтів і підвищення навантаження на медико-психологічні служби. Водночас, зважаючи на складність патогенезу у вказаних групах розладів, актуальним вбачається комплексний міждисциплінарний підхід, що дозволяє інтегрувати результати клінічної психіатрії, психосоматики та психологічної діагностики для адекватного виявлення й терапевтичного супроводу осіб з комбінованими формами розладів.

У сучасній психологічній науці спостерігається поступовий перехід від патологоцентричного до ресурсного підходу у вивченні феномену психічного

функціонування особистості. У зв’язку з цим значної уваги набувають категорії «психічне здоров’я» та «психологічне благополуччя», які, попри свою, на перший погляд, загальну нормативність, фактично виконують функцію концептуального контрапункту до поняття «психічного розладу». Їх осмислення дозволяє не лише чіткіше визначити межу між нормою і патологією, але й розкрити потенціал суб’єкта до адаптації, самозбереження та відновлення в умовах тривалого дистресу, зокрема воєнного.

Як зазначає Н.В. Каргіна, психологічне благополуччя особистості варто розглядати як багатовимірну структуру, що поєднує когнітивні, емоційні, поведінкові та ціннісно-мотиваційні компоненти, спрямовані на самореалізацію, позитивну ідентичність і здатність до рефлексії [12, с. 49]. Авторка наголошує, що дане поняття не є прямою протилежністю до психічного розладу, проте слугує маркером адаптаційної зрілості й індикатором внутрішньої стабільності індивіда в умовах соціальної турбулентності. Аналогічну позицію займає Л.М. Карамушка, яка визначає психічне здоров’я як інтегральну якість особистості, що проявляється в її здатності ефективно функціонувати в межах соціальних, професійних і міжособистісних систем [11, с. 23].

У контексті військового конфлікту ці теоретичні положення набувають особливої ваги. Зокрема, Ю.І. Кашлюк наголошує, що ключовими умовами психологічного благополуччя в умовах кризи є: відчуття особистісного сенсу, соціальна підтримка, стабільність і передбачуваність життєвого середовища, саме ті ресурси, які масово порушуються під час війни [14, с. 50]. У свою чергу, дослідження С.Г. Уварової доводить, що психічне здоров’я є не лише результатом адаптаційних зусиль особистості, але й системним утворенням, яке залежить від макросоціального середовища, включно з політичною та культурною ситуацією в країні [54, с. 165]. Ми поділяємо цю точку зору, оскільки вона дозволяє розглядати психічне здоров’я як продукт взаємодії індивідуального та колективного, внутрішнього й зовнішнього, суб’єктивного та об’єктивного.

У науковому доробку В.В. Павлика запропонована структурна модель психічного здоров'я особистості, яка включає когнітивно-оціночний, емоційно-регуляторний, поведінково-адаптаційний та смисложиттєвий компоненти [38, с. 36]. Ця модель дозволяє аналітично виявити, на якому рівні відбувається дисфункція, і які механізми мають бути задіяні у відновленні. На нашу думку, саме таке розуміння психічного здоров'я як багатокомпонентної ієрархічної системи відкриває перспективи для превентивної психології, що базується не на фіксації розладу, а на виявленні ризиків і підтримці функціональних механізмів особистості.

Узагальнюючи вищевикладене, вважаємо, що концепти психічного здоров'я та психологічного благополуччя є необхідними категоріями для розуміння не лише норми, але й межових станів, які часто передують розладам або супроводжують їх. Їх включення до наукового аналізу психічних порушень дозволяє сформувати більш гнучку методологічну рамку, у межах якої можна одночасно враховувати і прояви дезадаптації, і внутрішній потенціал особистості до самозбереження. У контексті війни та масової травматизації це має не лише теоретичну, але й практичну значущість, адже орієнтація на ресурси та механізми відновлення сприяє формуванню ефективної системи психологічної підтримки населення.

Незважаючи на значні досягнення в галузі психічного здоров'я, стигматизація осіб із психічними розладами залишається однією з найстійкіших соціокультурних перешкод на шляху до своєчасної діагностики, ефективного лікування та повноцінної інтеграції таких осіб у суспільне життя. В умовах війни, коли психічна напруга досягає критичного рівня, проблема стигми лише посилюється: люди, які потребують допомоги, часто уникають звернення до фахівців через страх осуду, відчуження або юридичних наслідків.

Як вказує О.Г. Малина, стигматизація психічних хвороб у суспільстві ґрунтується на стійких культурних установках, що трактують психічні розлади як щось аномальне, небезпечне або сором'язливе [30, с. 87]. Авторка наголошує, що подібні уявлення формуються ще в дитинстві через засоби масової інформації,

освітні практики та міжособистісну взаємодію, що зрештою зумовлює формування негативного соціального ставлення до людей із ПР. Це створює подвійний тиск на індивіда: з одного боку, як пацієнта, що переживає симптоми, а з іншого – як об’єкта соціального осуду.

Поглиблюючи цю лінію, О.Г. Малина у наступному дослідженні аналізує соціально-психологічні механізми стигматизації, виокремлюючи когнітивні (стереотипи), афективні (упередження) та поведінкові (дискримінація) компоненти цього явища [31, с. 177]. Такий трикомпонентний підхід дозволяє краще зрозуміти, чому навіть у професійних спільнотах, зокрема в медичній сфері, зберігаються стійкі уявлення про «небезпечність» або «непрогнозованість» осіб із психічними розладами. Ми вважаємо, що в контексті воєнного часу ці механізми можуть активізовуватись ще інтенсивніше, оскільки суспільство прагне до «мобілізації ресурсів», а всі, хто не відповідає очікуваним критеріям сили та стабільності, автоматично виключаються з нормативного простору.

Значущим у цьому контексті є також внесок Г.А. Пріба, який досліджує дисфункцію соціальних ролей у пацієнтів із психічними розладами. Автор зазначає, що втрата або спотворення ролей (працівника, члена родини, громадянина) часто є наслідком не лише самої хвороби, а й реакції суспільства на неї, тобто стигматизації [43, с. 144]. У наступному дослідженні він звертає увагу на поведінкову дисфункцію, яка виникає як вторинний ефект соціального виключення: людина починає діяти у спосіб, що підтверджує негативні очікування оточення, таким чином закріплюючи стигму [44, с. 101]. Це явище відоме у соціальній психології як ефект самоздійснюваного пророцтва, і його врахування є критично важливим для побудови ефективних реабілітаційних програм.

Ми поділяємо позицію згаданих авторів щодо важливості розгляду стигматизації не як побічного, а як центрального чинника, що впливає на динаміку психічного розладу, його перебіг та результативність лікування. Особливо це стосується осіб, які постраждали від війни: військовослужбовців, внутрішньо

переміщених осіб, постраждалих цивільних, адже вони часто демонструють високу внутрішню стигму, що унеможливлює звернення по психологічну або психіатричну допомогу. Вищевикладене дає підстави стверджувати, що соціально-психологічна дестигматизація повинна бути не лише частиною загальнодержавної політики у сфері охорони психічного здоров'я, а й обов'язковим компонентом психотерапевтичної інтервенції.

На основі узагальнення поставлних чинників, нами було зроблено спробу систематизувати компоненти, механізми та наслідки стигматизації осіб з психічнми розладами (див. Табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Стигматизація осіб із психічними розладами: компоненти, механізми та наслідки

№	Компонент / Параметр	Зміст / Характеристика	Джерело
1	Культурне підґрунтя стигми	Установки, що формуються з дитинства через соціалізацію, медіа та освіту.	О.Г. Малина [30]
2	Когнітивний компонент	Стереотипи (наприклад: небезпечність, непередбачуваність осіб із ПР).	О.Г. Малина [31]
3	Афективний компонент	Упередження (емоційні реакції відторгнення, страху).	О.Г. Малина [31]
4	Поведінковий компонент	Дискримінація (уникнення, ізоляція, порушення прав).	О.Г. Малина [31]
5	Соціальна рольова деструкція	Втрата чи деформація соціальних ролей особами з ПР через реакцію оточення.	Г.А. Пріб [43]
6	Самоздійснюване пророцтво	Поведінка особи відповідає очікуванням оточення, що закріплює стигму.	Г.А. Пріб [44]
7	Умови посилення стигми	Воєнний стан, соціальна напруга, орієнтація на силу й контроль, що маргіналізує «вразливих» осіб.	Узагальнення авторське

№	Компонент / Параметр	Зміст / Характеристика	Джерело
8	Критичні наслідки стигматизації	Зниження звернень по допомогу, хибна діагностика, ризик суїциду, соціальне виключення, порушення прав.	Узагальнення авторське
9	Необхідні інтервенції	Включення дестигматизації до психотерапевтичних програм та державної політики у сфері психічного здоров'я.	Авторська позиція

Таким чином, стигма постає як складний і багаторівневий феномен, що охоплює індивідуальні, групові та інституційні рівні функціонування суспільства. Її ігнорування веде до хибної діагностики, зниження ефективності лікування, підвищення ризиків суїциду, соціального відторгнення та навіть порушення прав людини. Тому подальший розгляд психічних розладів у рамках цього дослідження неможливий без урахування контексту стигматизації, яка формує соціальну перспективу будь-якого клінічного процесу.

1.2. Психофізіологічні та нейропсихологічні механізми виникнення й посилення психічних розладів у кризових умовах

У контексті війни психічні розлади дедалі частіше постають як закономірна відповідь нервової системи на інтенсивні, неконтрольовані та тривалі стресогенні впливи. Найбільш чутливими до такого впливу виявляються нейропсихологічні механізми – складні функціональні взаємозв'язки між структурами головного мозку, які забезпечують емоційну регуляцію, пам'ять, увагу, реакції на небезпеку та поведінкову адаптацію. В умовах хронічного стресу, бойових дій або масової травматизації саме ці системи зазнають надмірного навантаження, що зумовлює розвиток афективних, тривожних розладів і посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

У дослідженні О.В. Друзя та І.О. Черненко акцентується увага на психофізіологічних порушеннях у військовослужбовців, які брали участь у локальних бойових діях. Автори зазначають, що гострий бойовий стрес порушує роботу гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що, у свою чергу, призводить до дестабілізації афективної сфери та послаблення нейрокогнітивного контролю над емоційними реакціями [8, с. 46]. Згаданий механізм є ключовим у формуванні симптоматики ПТСР, зокрема, надмірної збудженості, тривожності, дисоціативних станів, ретроспективних флешбеків та поведінкової дезорганізації. Таким чином, можна стверджувати, що нейропсихологічна вразливість відіграє центральну роль у розвитку психічних порушень у військових та цивільних осіб, які пережили бойову травму.

С.О. Лукомська розглядає розлади, зумовлені стресом та/або травмою, з позицій інтегративної нейропсихології. Авторка зазначає, що у відповідь на тривалий дистрес активізується система так званого «мозкового аварійного реагування», що включає амігдалу, гіпокамп, префронтальну кору та ретикулярну формацію [26, с. 188]. Порушення балансу між цими структурами призводить до зниження когнітивної гнучкості, підвищення емоційної нестабільності та зміщення пріоритетів до виживання за рахунок планування та логіки. Особливо це помітно у станах хронічного ПТСР, коли навіть за відсутності безпосередньої загрози мозок зберігає патерни «бойової готовності», що унеможливлює адаптацію до мирного середовища.

До аналогічних висновків приходять Н.В. Ткаченко та О.В. Алещенко, аналізуючи основні симптоми ПТСР. Автори наголошують на неврологічному підґрунті таких проявів, як емоційне оніміння, уникнення тригерів, агресивні імпульси, розлади сну та зниження толерантності до стресу [53, с. 64]. Вони також підкреслюють, що травматичні спогади зазнають специфічної обробки у мозку: за відсутності інтеграції з нарративною пам’яттю вони зберігаються у вигляді ізольованих сенсорних фрагментів, які легко активуються у ситуаціях, що

нагадують первинну травму. Це явище, яке ми інтерпретуємо як неврологічне укорінення травматичного досвіду, суттєво ускладнює терапевтичну роботу з особами, які пережили війну або були її свідками.

Особливо вразливою групою щодо впливу травматичних подій є діти та підлітки. Д.І. Марценковський у своєму ґрунтовному дослідженні підкреслює, що у дітей, які постраждали від гібридної війни на сході України, клінічна картина психічних розладів має поліморфний характер, іншими словами поєднуються симптоми ПТСР, депресії, тривоги, соматоформних порушень і поведінкової дезорганізації [34, с. 92]. Автор аргументує, що незрілість нервової системи у дитячому віці сприяє більшому ступеню нейропсихологічної вразливості, а відсутність адекватного середовища для переробки емоційного досвіду призводить до хроніфікації симптомів. На нашу думку, такі дані мають безпосереднє значення для формування пріоритетів у психологічній допомозі дітям, які проживають у зонах бойових дій чи перебувають у статусі внутрішньо переміщених осіб.

Узагальнюючи викладене, можемо констатувати, що нейропсихологічна перспектива дозволяє глибше осмислити механізми формування ПТСР, тривожних і афективних розладів у контексті війни. Вона висвітлює не лише симптоматичну сторону цих станів, а й нейробіологічні основи порушень регуляції, інтеграції досвіду та адаптації до змінених умов життя. Такий підхід не заперечує соціально-когнітивної або психодинамічної інтерпретації травми, але надає можливість створення цілісної, міждисциплінарної моделі розуміння психічних розладів у кризових умовах. У подальшому це відкриває простір для розробки науково обґрунтованих програм медико-психологічної допомоги, з урахуванням індивідуальної нейропсихологічної вразливості.

Серед численних проявів дистресу, зумовленого тривалими кризовими обставинами, одне з найменш діагностовано очевидних явищ – це соматоформні та психовегетативні реакції, які виступають посередниками між психічною і тілесною сферою. У воєнних реаліях, що супроводжуються постійною загрозою життю,

втратою контролю над середовищем і деструкцією звичних життєвих сценаріїв, значно зростає частота тілесних проявів психічних розладів. При цьому клінічна картина таких станів часто маскується під органічні захворювання, що ускладнює як вчасну діагностику, так і призначення релевантної психотерапевтичної допомоги.

На думку В.В. Іванюка, психовегетативні розлади є проявом порушеної взаємодії між центральною нервовою системою і вегетативною регуляцією внутрішніх органів. Під впливом емоційного перенапруження, що не знаходить адекватного виходу, відбувається патологічна активація симпатичної ланки автономної нервової системи, що супроводжується соматичними симптомами – тахікардією, диспное, болями у шлунково-кишковому тракті, головним болем неясної етіології тощо [10, с. 21]. У контексті війни такі реакції часто фіксуються у цивільних осіб, які не мають клінічного діагнозу психічного розладу, але страждають на виражену соматичну симптоматику на фоні тривалого емоційного напруження.

Аналогічні спостереження наводять О.А. Левада та О.С. Троян, які підкреслюють, що психічні розлади із соматичними симптомами займають проміжне положення між суто психогенними і органічними розладами, а їх діагностика вимагає не лише психіатричного, але й соматичного обстеження [24, с. 7]. Автори акцентують на тому, що в умовах надзвичайних ситуацій (до яких війна безумовно належить) поширеність соматоформної симптоматики зростає експоненційно. Ми поділяємо цю точку зору, вважаючи, що саме у кризовому контексті виявляється особлива роль тілесних індикаторів психологічного страждання, які виступають єдино можливим способом проявити внутрішню дезорганізацію там, де вербалізація емоційної проблематики є неможливою або соціально неприйнятною.

До схожих висновків приходять А.І. Варчук та І.В. Мельничук, які аналізують тривожні розлади органічного типу. Вони підкреслюють, що органічне підґрунтя

таких розладів часто має вторинний характер і виникає як наслідок пролонгованого стресу, що порушує нейроендокринну регуляцію, обмінні процеси й гомеостатичну рівновагу [1, с. 451]. Важливою є теза авторів щодо «заплутаного діагностичного поля» таких розладів, коли одночасно фігурують психологічні, неврологічні та соматичні симптоми без чіткої етіологічної домінанти. У цьому сенсі постає необхідність створення міждисциплінарних підходів до розпізнавання і лікування соматоформних порушень.

Своєю чергою, О.П. Венгер з колегами досліджує афективні порушення у структурі соматизованих розладів, наголошуючи на їхній тенденції до хроніфікації в умовах затяжного стресу [2, с. 18]. Автори вказують, що афективна симптоматика (тривожність, дратівливість, депресивні епізоди) часто маскується під тілесні скарги, які стають основною причиною звернення до медичних установ. Таким чином, психічна природа розладу залишається поза увагою фахівців і самого пацієнта, що перешкоджає ефективній терапії. У рамках воєнної ситуації ця тенденція лише посилюється: страждання тілесного характеру соціально більш прийнятне і менш стигматизоване, ніж визнання психічного порушення, що зумовлює розвиток своєрідної «психологічної алекситимії».

Узагальнюючи вищевикладене, слід наголосити, що тілесні прояви психічних розладів, зокрема вегетативні дисфункції та соматоформна симптоматика, мають не лише психофізіологічну, але й соціально-культурну природу. В умовах війни вони часто стають домінантним каналом психічного реагування, що вимагає переосмислення традиційних моделей клінічного мислення. Ми вважаємо за доцільне посилення інтеграції психіатричних, неврологічних та психосоматичних підходів у діагностичну і лікувальну практику, що дозволить не лише адекватно ідентифікувати психічні порушення у формі соматичних скарг, але й знизити ризик хроніфікації та медикалізації емоційного страждання.

Попри загальновизнану уразливість людської психіки до екстремальних стресових факторів, зокрема таких, що пов’язані з війною, спостерігається значна

міжіндивідуальна варіативність у реакціях на травматичні події. Одні особи демонструють клінічно значущі порушення, зокрема тривожні, афективні, психосоматичні чи посттравматичні розлади, тоді як інші зберігають відносну психоемоційну стабільність. Це зумовлює необхідність дослідження так званих адаптаційних ресурсів, серед яких ключову роль відіграють життєстійкість, психологічна резистентність і здатність до смислової трансформації досвіду.

У роботі С.М. Кондратюка життєстійкість розглядається як інтегральна особистісна властивість, що забезпечує ефективне подолання життєвих труднощів у ситуаціях екзистенційної загрози. Автор виділяє три провідні компоненти життєстійкості: контроль над ситуацією, зобов'язання і прийняття виклику, кожен із яких модулює реакцію індивіда на стресогенний вплив [18, с. 79]. На думку дослідника, саме ці характеристики виступають буфером між зовнішньою деструктивною реальністю та внутрішнім ресурсом психічного функціонування. У контексті війни така буферна функція має особливо важливе значення: наявність життєстійкості може запобігти розвитку ПР навіть у разі прямого зіткнення з бойовою травмою.

Суттєвим доповненням до цього підходу є праця С.О. Лукомської, яка запропонувала тренінгову модель розвитку життєстійкості особистості. Авторка розглядає життєстійкість не лише як стабільну рису, але і як таку, що може бути сформована через цілеспрямовану психологічну роботу. Зокрема, у структурі життєстійкості виділяються когнітивний, емоційно-регуляторний і поведінковий рівні, робота з якими дозволяє активізувати латентні ресурси особистості [27, с. 149]. Такий підхід є особливо цінним у практиці роботи з воєнно травмованими особами, адже дозволяє не лише фіксувати рівень порушення, а й розробляти стратегії відновлення психічної рівноваги.

У дослідженні Л. Сердюк внутрішні ресурси психологічного благополуччя розглядаються як динамічна система, що включає самооцінку, емоційну саморегуляцію, здатність до емпатії, смислотворення та рефлексію. Авторка

акцентує на тому, що наявність цих ресурсів значною мірою визначає, чи зможе людина вийти з кризи без психічних порушень або з мінімальними наслідками [48, с. 94]. Особливої уваги заслуговує положення про зв'язок між психологічним благополуччям і здатністю до перетворення травматичного досвіду в ресурс розвитку, що корелює з концептом посттравматичного зростання, актуальним для післявоєнного реабілітаційного дискурсу.

Підсумовуючи аналітичні положення зазначених авторів, Т.М. Титаренко у своїй монографії формулює системний підхід до психологічного самозбереження в умовах тривалої травматизації. На думку дослідниці, особистість, що переживає екстремальну ситуацію, має потенціал до самодопомоги, який реалізується через смислотворчість, суб'єктну позицію, інтерналізацію надії та здатність до емоційної реконструкції досвіду [52, с. 112]. Ми підтримуємо цю концептуалізацію, оскільки вона дозволяє відійти від виключно симптомоцентричних моделей і зосередитися на розвитку активної позиції індивіда у подоланні стресу.

Таким чином, розуміння життєстійкості та внутрішніх ресурсів як активних модераторів впливу стресових подій є ключовим для сучасної нейропсихології кризових станів. У межах нашого дослідження це дозволяє подолати редукціоністські трактування психічних розладів як суто дисфункціональних утворень і розглядати їх у ширшому контексті – як динамічний результат взаємодії особистісних стратегій адаптації, нейропсихологічної вразливості та соціального середовища. Вищевикладене дає підстави стверджувати, що розвиток ресурсного потенціалу особистості як у рамках індивідуальної терапії, так і соціальних програм підтримки є ефективним інструментом профілактики та пом'якшення наслідків психічної травми в умовах війни.

У сучасному контексті масової психотравматизації, спричиненої війною, зростає актуальність дослідження не лише патогенетичних механізмів психічних розладів, але й превентивних стратегій, здатних мінімізувати їхній вплив або запобігти їхньому виникненню. Психологічна допомога, зосереджена виключно на

симптоматичному лікуванні вже сформованих розладів, виявляється недостатньою в умовах широкомасштабної травматизації населення. Саме тому особливого значення набувають тілесні та психоемоційні інтервенції, спрямовані на регуляцію базових фізіологічних функцій, активізацію особистісних ресурсів та формування адаптивних стратегій самодопомоги.

Одним із таких факторів, як підкреслює В.В. Фещук, є сон – базова біологічна потреба, яка виступає важливим ендогенним регулятором емоційної стабільності та когнітивної цілісності особистості. У результатах проведених досліджень зазначається, що порушення сну є не лише симптомом ПР, а й окремим ризик-фактором їхнього розвитку, особливо у студентської молоді, яка є вразливою до дестабілізації режиму життя в умовах кризи [55, с. 274]. Таким чином, відновлення гігієни сну розглядається як елементарна, але надзвичайно ефективна профілактична стратегія.

У цьому контексті релевантною є також позитивна психотерапія як один із найбільш перспективних напрямів сучасної психотерапевтичної практики, здатний гармонійно поєднувати роботу з тілесними реакціями, емоційними станами та світоглядними установками. Як зазначає О.А. Чиханцова, позитивна психотерапія дозволяє формувати життєстійкість через розвиток рефлексії, смислотворення, афективної регуляції та інтеграції позитивного досвіду навіть у межах травматичних подій [57, с. 25]. Авторка наголошує, що такий підхід не заперечує болісності пережитого, але трансформує його в основу для формування нової суб’єктної ідентичності. Ми поділяємо цю позицію, адже вона відгукується із ресурсною моделлю психічного здоров’я, де не симптом, а потенціал є об’єктом терапевтичної роботи.

Системне розуміння механізмів самодопомоги розкриває також Т.М. Титаренко у своїй монографії, де вказує на здатність особистості до саморегуляції та емоційної реконструкції як ключові чинники психологічного самозбереження в умовах тривалої травматизації. Авторка аргументує, що особистість може

реалізовувати підтримку себе через смислові рамки, внутрішній діалог, візуалізацію майбутнього та мікроакти надії, що мають глибоку нейропсихологічну основу [52, с. 113]. Такі ресурси, хоч і часто залишаються латентними, можуть бути активовані через психотерапевтичні методи, що спрямовані не лише на зняття симптому, а на розвиток цілісної структури психічного функціонування.

У свою чергу, С.О. Лукомська підкреслює, що тренінгові програми розвитку життєстійкості, які включають техніки тілесної релаксації, дихальні вправи, когнітивно-поведінкові інтервенції та елементи арт-терапії, дають позитивні результати як у роботі з травмованими військовослужбовцями, так і з цивільним населенням, постраждалим від воєнних дій [27, с. 148]. Авторка наголошує, що саме тілесна складова інтервенцій має особливу ефективність, адже дозволяє оминути захисні механізми раціоналізації, які часто блокують вербальну обробку травматичного досвіду.

Вважаємо, що у профілактиці психічних розладів особливу роль відіграють базові механізми тілесної та емоційної саморегуляції, що можуть бути цілеспрямовано активовані через психотерапевтичні втручання. Позитивна психотерапія, відновлення гігієни сну, впровадження тілесно орієнтованих практик та тренінгових програм життєстійкості – все це створює ефективну модель превентивної психологічної допомоги, особливо актуальної в умовах війни. Такий підхід не лише знижує ризики клінічного розвитку психічних розладів, але й посилює суб’єктність, адаптаційний потенціал та психологічну автономію особистості в умовах системної нестабільності.

1.3. Особливості клініко-психологічних проявів психічних розладів у цивільного населення в умовах війни: сучасний емпіричний та теоретичний дискурс

Одним із наймасштабніших гуманітарних наслідків сучасної війни в Україні є феномен масової психотравматизації цивільного населення, зокрема осіб, які

вимушено покинули свої домівки. Внутрішньо переміщені особи (ВПО), біженці, постраждалі від збройних атак – це соціальні групи, які водночас є вразливими до психологічного дистресу й обмеженими у доступі до системної психосоціальної підтримки. У цьому контексті вивчення специфіки психічних розладів у цивільних осіб постає не лише як предмет клініко-психологічного аналізу, а й як етична вимога сучасної науки.

Дослідження Н.О. Марути висвітлює структурні особливості психічних порушень серед внутрішньо переміщених осіб, які постраждали внаслідок війни. Авторка підкреслює високий рівень поширеності тривожних розладів, ПТСР, соматоформної симптоматики та хронічних афективних станів, які проявляються у вигляді дратівливості, емоційної лабільності, епізодів дезорганізації поведінки [32, с. 68]. На особливу увагу заслуговує виявлена тенденція до зміщення акценту психопатології у бік тілесного реагування, що корелює з раніше розглянутою концепцією соматизації в умовах війни.

Проблематика ризик-факторів психічних розладів у ВПО детально проаналізована у міждисциплінарному дослідженні Н. Марути, Х. Каленської, В. Федченка та співавторів. Автори виокремлюють низку провідних чинників, які значно підвищують ймовірність психічних порушень у цивільних: безперервна небезпека, втрата житла, відсутність соціальної підтримки, економічна нестабільність, відчуття втрати ідентичності та контрольованості ситуації [33, с. 23]. Психологічна дезінтеграція в умовах системної невизначеності зумовлює формування хронічного екзистенційного стресу, який є середовищем для розвитку ПТСР, депресивних і тривожних розладів. На нашу думку, вказані чинники вимагають системної уваги не лише на індивідуально-клінічному, але й на макросоціальному рівні через запровадження державних програм профілактики, психологічної реабілітації та підтримки ментального здоров’я населення.

Особливої уваги заслуговує клініко-психологічне дослідження І.Д. Спіріної та співавторів, у якому проаналізовано непсихотичні психічні розлади у внутрішньо

переміщених осіб. Автори зазначають, що найбільш поширеними формами порушень є соматоформні дисфункції, тривожно-депресивні стани та розлади адаптації [50, с. 64]. Важливою є теза про затримку у зверненні по психологічну допомогу, що сприяє хроніфікації розладів. Ми поділяємо цю позицію, оскільки вона підтверджує критичну роль стигматизації, інформаційної недостатності та фрагментарності допоміжної інфраструктури в подальшому ускладненні клінічної картини у цивільного населення.

До аналогічних висновків приходять О.С. Юрценюк і С.С. Ротар, які вказують, що серед осіб, які брали участь у збройному протистоянні або стали його жертвами, формуються непсихотичні розлади тривожного та астенічного спектра, що мають схильність до затяжного перебігу [65, с. 85]. У свою чергу, Л.М. Юр'єва з колегами досліджує вплив психосоціального стресу на ментальне здоров'я осіб, що зазнали дії військового конфлікту. Автори підкреслюють, що психічні розлади формуються на фоні загальної дезорганізації систем життєзабезпечення, руйнування соціальних зв'язків і втрати майбутнього як смислової категорії [64, с. 113]. Це створює нову феноменологію дистресу, яка вже не обмежується класичними діагностичними категоріями, а потребує ширшої інтерпретації як стану життєвої дезадаптації.

Таким чином, цивільне населення, особливо внутрішньо переміщені особи та жертви збройного конфлікту, виявляється глибоко уразливим до розвитку психічних порушень навіть за відсутності безпосереднього фізичного травмування. Ми вважаємо, що дослідження цієї категорії осіб має виходити за межі традиційних психіатричних підходів і ґрунтуватися на інтегративному розумінні психотравматизації як багатовимірного феномену. Вищевикладене дає підстави розглядати психічні розлади у цивільних не лише як клінічну проблему, а й як соціально-медичну кризу, яка вимагає системного, мультидисциплінарного реагування в умовах тривалої війни.

Серед усіх форм психічних порушень, зумовлених впливом війни, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) займає особливе місце як найбільш поширений, інтенсивний за клінічними проявами і складний у лікуванні феномен. Його розвиток є реакцією на подію, яка за своїм характером виходить за межі звичайного людського досвіду, включає загрозу життю або цілісності особистості, й супроводжується емоційною дезорганізацією. У воєнних умовах частота ПТСР стрімко зростає не лише серед військовослужбовців, але й серед цивільних осіб, які опинилися в епіцентрі збройного конфлікту, були свідками насильства або зазнали особистих втрат.

Як зазначають Н.В. Ткаченко та О.В. Алещенко, ПТСР має комплексну симптоматику, яка охоплює три провідні кластери: симптоми повторного переживання (флешбеки, нічні жахіття, нав'язливі спогади), симптоми уникання (відчуження, емоційне оніміння, уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою) та симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, гіпервігілантність, порушення сну) [53, с. 64–65]. Автори підкреслюють, що ключовим механізмом розвитку ПТСР є порушення інтеграції травматичного досвіду у систему автобіографічної пам'яті, що зумовлює його ізоляцію у вигляді фрагментованих сенсорних образів, які не піддаються когнітивному осмисленню.

Монографічне дослідження О.С. Чабана, О.О. Хаустової та В.Ю. Омеляновича детально описує клініко-психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Автори акцентують, що військові випадки ПТСР характеризуються високим рівнем соматизації, ризиком коморбідних розладів (тривога, депресія, залежності) та стійкою дисоціацією [56, с. 143]. Значною є також різниця між «класичним» ПТСР і його бойовою формою, яка проявляється через гіперактивацію нервової системи, імпульсивність, емоційне відчуження, труднощі з поверненням до мирного життя. На нашу думку, ця диференціація має надзвичайне значення у формуванні реабілітаційних програм, оскільки потреби військових і цивільних у відновленні часто суттєво відрізняються.

Важливим доповненням до клінічного аналізу є емпіричне дослідження ПТСР у військовослужбовців під час повномасштабної війни, проведене В. Чорною, О. Серебренніковою та колективом. Автори зосереджуються на особливостях виникнення ПТСР у контексті сучасної української воєнної реальності: безперервна загроза, надмірне інформаційне навантаження, емоційне вигорання, відсутність етапу «відступу» після стресу [58, с. 31]. Ці чинники ускладнюють не лише перебіг розладу, а й підвищують ризик його хроніфікації. Ми погоджуємося з позицією авторів, що для адекватної відповіді на такі виклики необхідна структурована система психологічної підтримки у Збройних силах, а також постреабілітаційний супровід осіб після повернення з фронту.

У свою чергу, С.О. Лукомська пропонує інтегративну модель розуміння травмозумовлених розладів, яка об'єднує нейропсихологічні, емоційно-регуляторні та соціально-поведінкові компоненти ПТСР [26, с. 189]. Авторка наголошує, що ключовою проблемою у роботі з посттравматичними станами є недостатність ресурсів для переробки надмірного емоційного матеріалу як у самих осіб, так і в їхньому соціальному оточенні. Ця теза відкриває нову перспективу у розумінні ПТСР не лише як індивідуального розладу, а як системного феномену, який впливає на сім’ї, колективи, громади, а відтак вимагає соціально орієнтованих втручань.

Узагальнюючи вищевикладене, можемо стверджувати, що ПТСР у контексті війни має мультифакторну природу і проявляється як складна динамічна система симптомів, модульована біологічною вразливістю, досвідом травми та особистісними ресурсами. Ми вважаємо, що ефективне втручання у таких випадках має поєднувати клініко-психологічну діагностику, нейропсихологічну стабілізацію, психоосвітні програми та соціальну підтримку. Лише за умов міждисциплінарного підходу можна досягти не лише зменшення симптомів, а й реального відновлення цілісності особистості, порушеної досвідом війни.

У структурі психічних розладів, що виникають у мирного населення в умовах війни, провідне місце посідають афективні, тривожні та депресивні порушення.

Їхнє поширення, симптоматична варіативність та тенденція до хроніфікації зумовлюють необхідність детального аналізу як з клініко-психологічної, так і з соціально-контекстуальної перспективи. Такі розлади часто залишаються непоміченими внаслідок нормалізації «реакції страху» на фоні війни, а їх латентний характер ускладнює своєчасну діагностику та інтервенцію.

У дослідженні О.П. Венгера, Л.М. Саса та М.П. Саса розглядаються афективні порушення в контексті соматизованих розладів, що виявляються у формі хронічної тривоги, внутрішньої напруги, дратівливості та психоемоційного виснаження. Автори наголошують, що соматизовані форми депресії часто маскуються під соматичні захворювання, такі як болі в серці, порушення дихання, втома або розлади травлення [2, с. 19]. На нашу думку, ця феноменологічна перехідність між психічним і тілесним особливо актуальна для цивільного населення, яке не завжди має доступ до психіатричної допомоги й частіше звертається до лікарів загальної практики.

Поглиблене осмислення депресивних станів у контексті воєнного часу пропонує Н.В. Павлова. Авторка виокремлює психогенну природу депресій, що виникають унаслідок травмуючого досвіду, втрати близьких, вимушеного переселення, руйнування життєвих планів і загального знецінення майбутнього [39, с. 233]. У роботі підкреслюється, що в умовах війни депресивні розлади набувають екзистенційного виміру, що проявляється у відчутті беззмістовності, порожнечі, відчуженості від себе та світу. Власна життєва історія суб’єкта ніби розпадається, втрачаючи цілісність і перспективу. Ми вважаємо, що такий підхід до інтерпретації депресії дозволяє розширити клінічне розуміння за межі симптоматики і акцентувати на внутрішньому психологічному досвіді особистості в ситуації катастрофи.

На особливу увагу заслуговує також праця Н.І. Пасічняк і Н.М. Матейко, у якій здійснено аналіз психологічних особливостей депресивних розладів. Авторки вказують на розмаїття проявів: від класичної меланхолії до агресивної форми з

самозвинуваченням, суїцидальними думками, порушеннями харчової поведінки й сну [40, с. 28]. Вони наголошують, що специфіка перебігу депресії в умовах війни полягає у її глибокій інтеграції з тривожністю, тобто у формуванні тривожно-депресивного синдрому, який потребує особливих підходів до психотерапевтичної допомоги. З цим положенням важливо погодитися, оскільки у воєнному контексті розлади рідко проявляються у «чистих» формах, натомість спостерігається висока коморбідність.

У контексті загальної динаміки ПР серед військовослужбовців, важливо враховувати також дані, представлені В. Чорною, О. Серебренніковою та колегами. У ході їхнього емпіричного дослідження встановлено, що афективні й тривожні порушення у військових, зокрема у формі ПТСР із тривожно-депресивним компонентом, є не лише масовим явищем, але й основним бар'єром до ефективної соціальної реадаптації [58, с. 32]. Автори акцентують на зниженні мотиваційної сфери, втратах інтересу до діяльності, соціальній апатії та дефіциті емоційного реагування як ключових маркерах розладів.

Таким чином, аналіз афективних, тривожних і депресивних розладів у воєнному контексті дозволяє дійти висновку про їхню широку розповсюдженість, варіативність клінічних проявів та високий рівень хронізації. На нашу думку, окреслена симптоматика вимагає створення багаторівневої системи психологічної підтримки, яка поєднувала б психоедукацію, ранню діагностику та інтервенції, адаптовані до потреб конкретних соціальних груп: від цивільного населення до ветеранів. Вищевикладене підкреслює необхідність розвитку міждисциплінарного підходу, у якому клініко-психологічна діагностика інтегрується з культурно-психологічним, соціальним та екзистенційним вимірами розуміння ментального здоров'я в умовах війни.

Поглиблений аналіз психічного стану населення України в умовах воєнного стану неможливий без звернення до емпіричних досліджень, які дозволяють не лише верифікувати масштаби проблеми, але й виявити її структурні компоненти:

розподіл за видами розладів, віковими групами, рівнем адаптації, доступом до психосоціальної допомоги. Ці дані формують наукову основу для прийняття рішень у сфері охорони ментального здоров'я, планування психопрофілактичних і реабілітаційних програм.

Монографія Н. Коструби та О. Фіщук подає комплексний аналіз психічного здоров'я в умовах кризи, зокрема на тлі повномасштабної війни. Автори акцентують на зростанні частоти звернень до фахівців з психічного здоров'я, вказують на превалювання тривожних, депресивних і стресових реакцій серед цивільного населення, а також на тенденцію до зниження психологічної стійкості у молоді [20, с. 27–31]. У праці наведено низку якісних інтерв'ю та клінічних спостережень, що підкріплюють емпіричні дані статистикою з окремих регіонів. На нашу думку, такий підхід дозволяє збалансувати кількісний і якісний вимір дослідження, показуючи не лише «кількість випадків», а й глибину індивідуальних переживань.

Дані, представлені у публікації В.С. Підкоритова та колективу, демонструють тенденції зростання показників поширеності психічних розладів серед населення України навіть до початку повномасштабної війни. Автори підкреслюють, що особливо вразливими залишаються групи осіб з низьким рівнем соціальної підтримки, безробітні, внутрішньо переміщені особи, а також молодь [41, с. 53]. Водночас, статистика фіксує зменшення звернень до психіатричних установ, що пояснюється зростанням рівня стигматизації, недовірою до медичних інституцій та загальним зниженням доступу до допомоги. Це вказує на приховану частину проблеми – латентну поширеність ПР, яка не реєструється офіційно, але має значний вплив на соціальне функціонування.

У своєму огляді Є.В. Руденко, П.Б. Антоненко та К.О. Антоненко розглядають історичні передумови та сучасний стан психічних розладів в Україні, вказуючи на важливість врахування культурного, політичного й економічного контексту при аналізі ментального здоров'я [47, с. 85]. Автори зазначають, що війна

лише загострила вже наявні дисфункції у системі охорони психічного здоров'я, зокрема нерівномірність у розподілі фахівців, недостатню профілактичну роботу та недосконалу систему верифікації даних. Висновки цієї роботи підтверджують, що емпіричні дослідження мають ґрунтуватися не лише на клінічних показниках, а й на макросоціальних параметрах, які істотно впливають на психічне благополуччя населення.

Окрему увагу заслуговують узагальнення, подані В.В. Шафранським у статті, присвяченій стану психічного здоров'я населення України. Автор вказує, що психічні розлади набули рис «соціального явища», зростає кількість людей, які не мають формально встановленого діагнозу, але виявляють клінічно значущі симптоми тривоги, роздратованості, порушення сну, втоми й психічного вигорання [61, с. 14–15]. Ми вважаємо за доцільне погодитися з цим твердженням, адже такий «психічний фон» суспільства створює тло для виникнення як індивідуальних розладів, так і загальнонаціональних кризовий станів: деморалізації, зневіри, емоційного виснаження.

Таким чином, аналіз емпіричних досліджень дозволяє окреслити структурно-функціональну картину ментального здоров'я українців у період війни. Дані свідчать про суттєве зростання психоемоційної вразливості, зміну профілю звернень, поширення латентних форм ПР, а також загальну фрагментацію у наданні допомоги. Вищевикладене дає підстави стверджувати, що в умовах війни психічне здоров'я перестає бути суто медичною категорією і набуває рис соціально-гуманітарного пріоритету, що вимагає стратегічного перегляду державної політики у цій сфері.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз феномену психічних розладів у контексті війни. Поняття «психічні розлади» розглянуто як міждисциплінарну категорію, що поєднує клініко-психологічний,

нейропсихологічний, соціальний та правовий виміри. Встановлено, що, попри наявність сучасних класифікацій (МКХ-11, DSM-5), в науковому обігу зберігається термінологічна варіативність, що ускладнює уніфікацію діагностики та статистичного обліку. У зв'язку з цим, ми пропонуємо визначати психічні розлади як системне порушення емоційно-когнітивної та поведінкової регуляції, зумовлене дезадаптивною реакцією на патологічні зовнішні або внутрішні чинники.

Окреслено доцільність чіткого розмежування психічних, психосоматичних та соматоформних розладів, зважаючи на їхню клінічну подібність та високу поширеність в умовах війни. Продемонстровано, що стигматизація психічних розладів виступає системним бар'єром для своєчасної діагностики й ефективної терапії, що набуває особливої актуальності у кризовому конткексті.

Проаналізовано ключові психофізіологічні та нейропсихологічні механізми формування стресових розладів, зокрема ПТСР, афективних і тривожних станів. Виокремлено роль життєстійкості та внутрішніх ресурсів як модераторів психічної стійкості особистості.

Систематизовано клініко-психологічні прояви психічних розладів у цивільного населення: внутрішньо переміщених осіб, жертв бойових дій, родин військових. Емпіричні дані свідчать про зростання поширеності ПТСР, депресивних та тривожних розладів, зростання латентних форм дистресу та зниження рівня звернень по допомогу.

Вищевикладене формує науково-методологічну основу для подальшого емпіричного дослідження феномену психічних розладів у кризовому контексті, а також слугує базою для розробки психопрофілактичних та інтервенційних програм, адаптованих до реалій війни.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСИЛЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Опис вибірки та організації емпіричного дослідження

В умовах тривалої збройної агресії проти України, особливого значення набуває емпіричне вивчення змін у психологічному стані населення, зокрема проявів та динаміки психічних розладів.

Метою дослідження, реалізованого в рамках написання випускної кваліфікаційної роботи, є виявлення характерних показників тривоги, стресу та психосоматичних реакцій, пов’язаних з війною, серед молоді України, а також встановлення статистично значущих взаємозв’язків між досліджуваними параметрами.

Гіпотеза дослідження передбачає наявність статистично достовірного позитивного зв’язку між рівнем сприйнятого стресу, тривоги і вираженістю соматоформних проявів.

Завдання дослідження:

1. Сформувати репрезентативну вибірку молоді, що проживає на території України під час війни.
2. Підібрати та застосувати психодіагностичний інструментарій, що відповідає завданням та меті дослідження.
3. Провести кореляційний аналіз для виявлення внутрішніх зв’язків між досліджуваними показниками.
4. Сформулювати висновки та запропонувати можливі вектори психологічної підтримки для найбільш уразливих груп населення.

Емпіричне дослідження проводилося в онлайн-форматі з використанням інструменту Google Forms. Такий формат дозволив охопити широку вибірку респондентів у безпечний, анонімний та доступний спосіб, що особливо актуально

в умовах активної фази війни, коли безпосередній контакт із досліджуваними часто є ускладненим або неможливим.

До участі в дослідженні були залучені особи віком від 17 до 35 років (молодь), які є громадянами України та проживають переважно на її території у період війни. Загальний обсяг вибірки становив 47 осіб. На початку анкети респондентам було запропоновано заповнити паспортичку, що дозволило зібрати необхідну соціально-демографічну інформацію, зокрема дані щодо віку та регіону проживання.

Розподіл вибірки за віком наступний (Рис. 2.1): 46,8% респондентів становили особи віком 21-24 роки, 25,5% – молодь віком 17-20 років, 12,8% – учасники у віковій категорії 25-30 років, 14,9% – респонденти віком 30 років і старше. Такий розподіл свідчить про домінування в дослідженні представників молоді раннього дорослого віку, що є закономірним з огляду на активність даної групи у цифровому середовищі та їх підвищену психологічну чутливість. Отримані дані також дозволяють коректно врахувати вікову специфіку переживання стресових подій та психоемоційних реакцій на них у межах подальшого аналізу результатів дослідження.

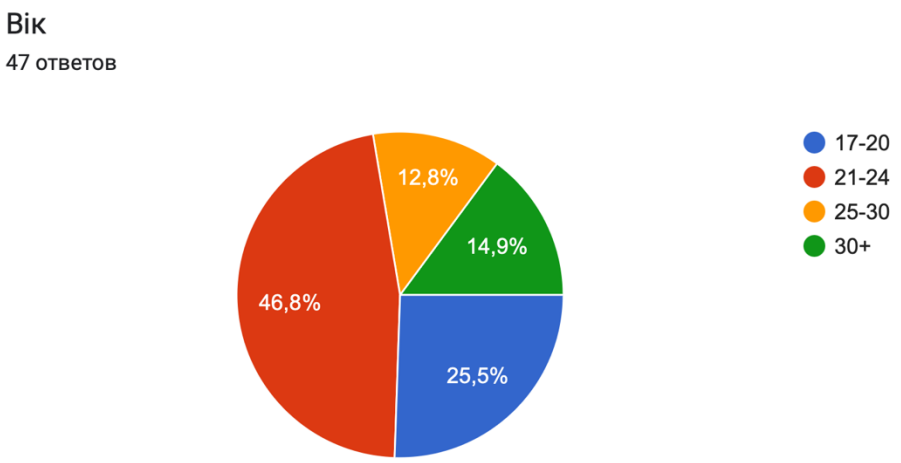


Рис. 2.1. Вікові характеристики вибірки дослідження

У рамках проведеного емпіричного дослідження були чітко визначені критерії включення та виключення респондентів, що дозволило сформувати

цілеспрямовану, релевантну до завдань дослідження вибірку. До участі залучались особи віком від 17 до 35 років, що відповідає загальновизнаним віковим межам молоді. Цей віковий контингент було обрано з урахуванням особливої психоемоційної вразливості молодого покоління в умовах затяжної війни, а також підвищеного ризику розвитку дистресу, тривожних і афективних розладів у даної категорії населення. Обов'язковою умовою для участі була наявність українського громадянства, що дозволяло враховувати специфічний соціокультурний та політичний контекст, у якому перебувають респонденти. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні, підтверджуючи своє усвідомлене та добровільне рішення брати участь у психологічному опитуванні. Враховуючи онлайн-формат реалізації дослідження, доступ до мережі Інтернет виступав технічною передумовою включення до вибірки.

Водночас, було окреслено низку критеріїв виключення з дослідження. З метою дотримання етичних норм і правових обмежень, до участі не допускалися особи, молодші 17 років. Крім того, анкети, заповнені без підтвердження згоди на обробку персональних даних, автоматично виключалися з аналізу.

Методологічна основа дослідження ґрунтується на кількісному підході з використанням методів математичної статистики. Основним аналітичним інструментом став кореляційний аналіз, що дозволив виявити взаємозв'язки між ключовими показниками, зокрема рівнями сприйнятого стресу, тривоги та симптомами дистресу.

Організаційно дослідження було реалізовано у кілька послідовних етапів. Першим кроком стала розробка логічної структури онлайн-опитувальника, з урахуванням психодіагностичних інструментів, адаптованих для самостійного заповнення в онлайн-режимі. Після цього було здійснено пілотне тестування валідності формулювання запитань, що дозволило уникнути неоднозначності у сприйнятті формулювань респондентами. Наступним етапом був безпосередній збір емпіричних даних, який тривав упродовж жовтня-листопада 2025 року, після

чого проведено первинну обробку інформації. Фінальним етапом став статистичний аналіз результатів за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel, з подальшою інтерпретацією отриманих результатів і формулюванням висновків.

Етичні засади дослідження були дотримані згідно з положеннями Загальної декларації етичних принципів психолога. Учасники були поінформовані про мету дослідження, характер участі, а також про їхні права, включно з правом на анонімність, конфіденційність, відмову від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Збір інформованої згоди було реалізовано шляхом попереднього ознайомлення з відповідним формулюванням, без підтвердження якого неможливо було перейти до її заповнення.

2.2. Підбір психодіагностичного інструментарію

Для реалізації поставлених дослідницьких завдань, нами було підібрано наступний комплекс психодіагностичних методик: Шкала сприйнятого стресу PSS-10; Шкала тривоги Бека; Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ). Нижче представлено опис кожної методики, а також обгрунтування її виокристання в контексті нашого дослідження. Перелік методик представлена в Табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Психодіагностичний інструментарій та його дослідницька мета

№	Назва методики	Автор(и)	Мета використання в дослідженні
1	Шкала сприйманого стресу (PSS-10)	S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein	Визначити рівень суб'єктивно сприйманого стресу як одного з ключових чинників посилення психічних розладів в умовах війни.
2	Шкала тривоги Бека (BAI)	A. Beck	Виявити інтенсивність тривожної симптоматики у цивільного населення як реакції на травматичні події.

№	Назва методики	Автор(и)	Мета використання в дослідженні
3	Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)	B. Terluin	Діагностувати чотири ключові напрями психопатологічної симптоматики: соматизацію, дистрес, тривожність і депресію; вивчити структуру психічних розладів та взаємозв'язки між їх компонентами.

Одним із ключових інструментів дослідження виступила *Шкала сприйнятого стресу PSS-10*, розроблена Ш. Коеном у 1983 році для оцінки загального рівня стресу, який особистість сприймає у повсякденному житті. Ця методика дозволяє виявити суб'єктивне переживання стресу як когнітивно-емоційного стану, що виникає внаслідок впливу зовнішніх обставин, сприйманих як надмірно загрозливі чи неконтрольовані.

Шкала складається з 10 тверджень, які респондент оцінює за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 0 – «ніколи» до 4 – «дуже часто»). Чотири інверсні пункти кодуються у зворотному порядку. Підсумковий бал свідчить про загальний рівень сприйнятого стресу за останній місяць.

PSS-10 продемонструвала високу внутрішню узгодженість (Cronbach's alpha > 0.80 у більшості вибірок), задовільну тест-ретестову надійність, а також підтверджену конвергентну та дискримінантну валідність у зв'язку з психічними та фізичними симптомами стресу. Важливо, що методика адаптована для україномовного середовища (зокрема у працях, присвячених воєнній та постстресовій симптоматиці), що дозволяє коректно її застосовувати до досліджуваної вибірки.

Застосування шкали PSS-10 у межах нашого дослідження є методологічно виправданим, оскільки:

– вона дозволяє оцінити саме суб’єктивну складову стресу, що є релевантною при вивченні психічних реакцій на війну;
– з огляду на коротку форму та просту інструкцію, PSS-10 забезпечує високий рівень заповнюваності в онлайн-форматі, з мінімальним ризиком формальної відповіді;

Таким чином, шкала PSS-10 у даному дослідженні виконує функцію ключового маркера психоемоційного навантаження, що дозволяє кількісно оцінити рівень адаптаційної напруги респондентів у межах воєнного контексту.

Другим діагностичним інструментом, використаним у межах емпіричного дослідження, виступила *Шкала тривоги Бека (BAI)* – широко визнаний психометричний опитувальник, створений А. Беком та співавторами у 1988 році для вимірювання рівня тривоги. Методика орієнтована на виявлення інтенсивності клінічних проявів тривоги, що є вкрай релевантним для дослідження популяції в умовах війни, з огляду на високий рівень хронічного дистресу.

BAI складається з 21 твердження, що описують соматичні та суб’єктивні симптоми тривоги (наприклад, «почуття страху», «прискорене серцебиття», «відчуття задухи», «нездатність розслабитися» тощо). Респондент оцінює кожен симптом за 4-бальною шкалою відповідно до того, наскільки він його турбував протягом останнього тижня (від 0 – «зовсім ні» до 3 – «сильно»).

BAI має високу внутрішню узгодженість (Cronbach’s alpha ≈ 0.92) і доведену факторну валідність. Шкала адаптована для використання у різних соціокультурних середовищах, включно з українським, а її застосування рекомендовано як у клінічній, так і в психологічній практиці, зокрема при роботі з наслідками ПТСР, хронічного стресу, адаптаційних розладів тощо.

З огляду на підвищену поширеність тривожних розладів в умовах війни, застосування BAI у дослідженні є методологічно обґрунтованим. Ця методика дає змогу:

– кількісно оцінити рівень клінічно значущої тривожності серед респондентів;
– забезпечити зіставлення результатів із шкалою PSS-10 для виявлення взаємозв’язку між сприйняттям стресу та тривожними реакціями;
– виявити потенційні соматоформні компоненти тривоги, що є критично важливим у контексті психофізіологічного виснаження.

У нашому дослідженні шкала Бека дозволяє емпірично ідентифікувати тривожні симптоми як компонент посилення психічних розладів, що формуються у молодого населення під впливом затяжного воєнного стресу.

Третім психодіагностичним інструментом, інтегрованим у емпіричне дослідження, виступила *Чотиривимірна анкета симптомів (4DSQ)*, розроблена П. Терлуком. Анкета 4DSQ складається з 50 тверджень, які згруповані за чотирма основними шкалами:

– стрес (стресова симптоматика як реакція на подразники середовища);
– депресія (когнітивно-афективні симптоми пригніченого настрою, втрата мотивації, суїцидальні тенденції);
– тривога (соматично афілійовані прояви з домінуванням вегетативних порушень, страху, паніки);
– соматизація (тілесні симптоми, які не мають органічної природи та пов’язані з психологічними чинниками).

Респонденти відповідають на запитання, позначаючи частоту проявів симптомів за 5-бальною шкалою: від «ніколи» до «постійно». Методика має високу діагностичну чутливість і надійність (загальний коефіцієнт внутрішньої узгодженості шкал перевищує 0,85), а також адаптована для використання в контексті медичної, психологічної та психіатричної практики. Її валідність підтверджена як у клінічних, так і в популяційних вибірках, зокрема в умовах високого психоемоційного навантаження, криз, травматичного досвіду.

З огляду на багатовимірність структури психічного реагування в умовах війни, 4DSQ надає можливість:

- виявити не лише наявність, а й тип домінуючої симптоматики, що уможливлює поглиблену типологізацію психічних розладів;
- розмежувати стрес як адаптаційну реакцію та клінічно значущі тривожні/депресивні прояви, що має критичне значення у психодіагностиці;
- виявити соматоформний континуум, який в умовах війни часто маскує глибші психічні дисфункції;
- забезпечити комплексне розуміння психоемоційного стану респондентів.

Таким чином, застосування 4DSQ у нашому дослідженні дозволяє поглибити емпіричний аналіз шляхом багатовимірного вивчення симптомокомплексів, що посилюються під впливом воєнного середовища, і виявити інтраіндивідуальні конфігурації реакцій, притаманні саме молодіжній когорті.

З огляду на кількісну природу зібраних даних та необхідність встановлення взаємозв'язків між різними психічними показниками, у межах дослідження було застосовано кореляційний аналіз, як найдоцільніший метод математичної обробки результатів. Кореляційний аналіз був використаний з метою:

- встановлення взаємозв'язків між рівнем сприйнятого стресу, тривожності, депресивності та соматичних проявів;
- виявлення патернів взаємного посилення симптомів, що дозволяє оцінити інтегральне навантаження на психіку в умовах війни;
- перевірки гіпотези про кумулятивний ефект психотравматичних чинників, який спричиняє посилення симптоматики.

Отримані значення коефіцієнтів кореляції дозволили не лише ідентифікувати клінічно значущі зв'язки між окремими показниками, але й вказати на потенційні мішені для інтервенції у рамках розробки психопрофілактичної програми.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

На першому етапі емпіричного дослідження респондентам було запропоновано пройти тестування за допомогою шкали сприйнятого стресу PSS-10, яка дозволяє визначити суб'єктивну оцінку рівня психологічного напруження впродовж останнього місяця. Отримані результати графічно представлено на Рис. 2.2.

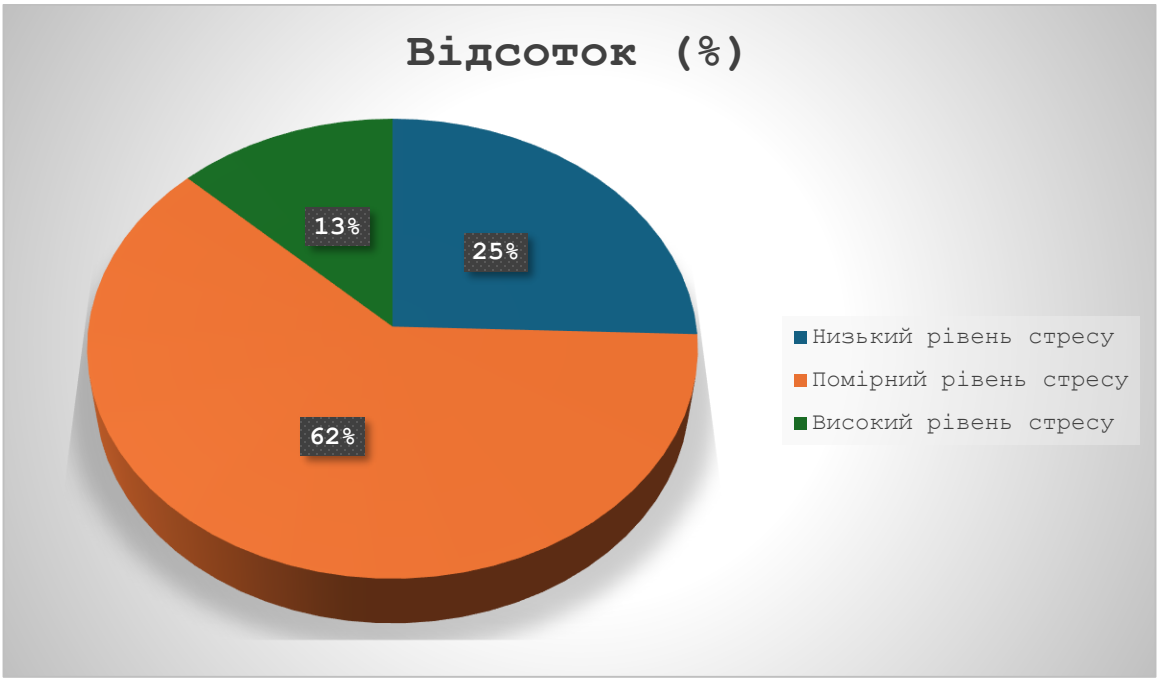


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за рівнями сприйнятого стресу (за шкалою PSS-10)

Отримані результати свідчать про те, що більшість учасників дослідження (понад 60%) перебувають у стані помірного рівня стресу, що є типовим для адаптивної відповіді на тривалий дистрес у контексті війни. Цей рівень може бути показником постійного емоційного напруження, однак без критичних проявів, що загрожують психічному здоров’ю. Тим не менш, у такому стані особистість потенційно потребує психологічної підтримки, аби не допустити ескалації стресових реакцій до клінічних форм.

Водночас чверть вибірки (25,53%) продемонструвала низький рівень стресу, що може вказувати як на наявність ефективних копінг-стратегій, так і на можливі

механізми витіснення або зниження значущості загрозливої ситуації. Такий результат варто інтерпретувати з обережністю, зважаючи на можливу латентну симптоматику або соціально бажану поведінку в опитуванні.

Особливої уваги вимагає група з високим рівнем сприйнятого стресу – 12,77% респондентів. Цей показник свідчить про виражене відчуття безпорадності, втрати контролю над ситуацією та перевантаженість життєвими труднощами. Така категорія є найбільш вразливою до розвитку тривожних, афективних або психосоматичних розладів і має становити пріоритет для подальшої профілактичної та психокорекційної роботи.

Таким чином, отримані дані демонструють суттєвий рівень психоемоційного навантаження серед молоді в умовах війни, а також вказують на необхідність розробки диференційованих заходів психологічної підтримки з урахуванням рівня сприйнятого стресу.

На наступному етапі емпіричного дослідження респондентам було запропоновано пройти Шкалу тривожності Бека (BAI). Отримані результати подано на Рис. 2.3.

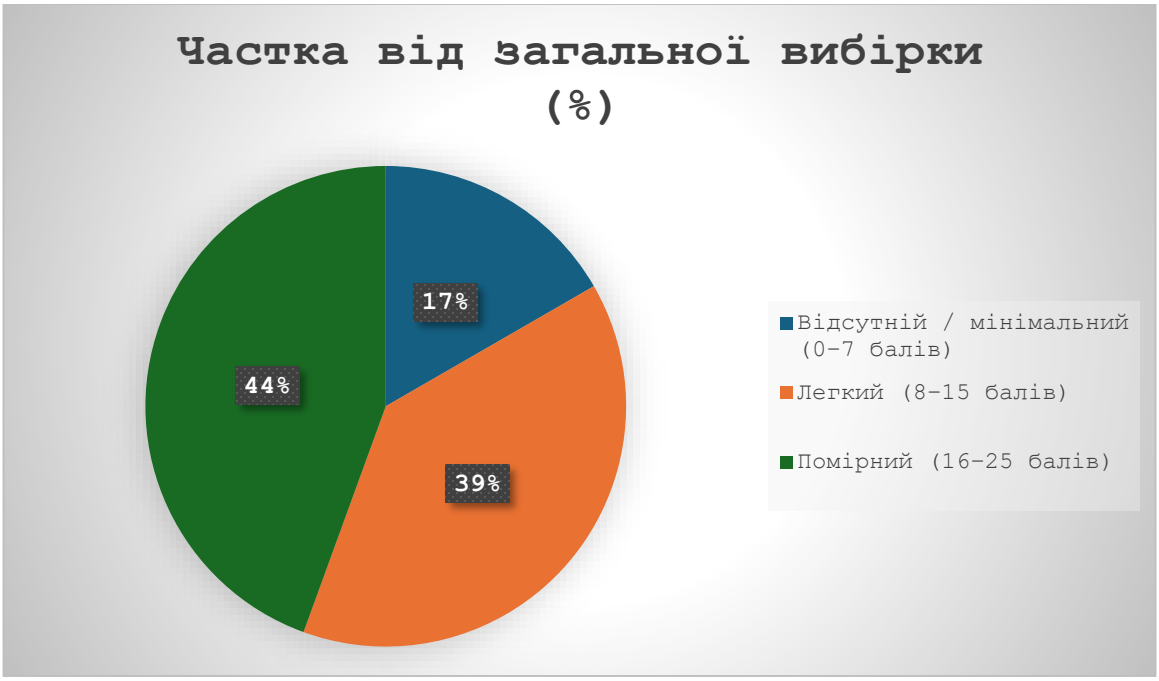


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за рівнем тривожності (Шкала Бека)

Узагальнення результатів за шкалою тривожності Бека дає змогу зробити низку важливих висновків щодо психоемоційного стану молоді. Так, лише 12,77% респондентів продемонстрували відсутність або мінімальний рівень тривожності, що свідчить про загальну психологічну напруженість у контексті поточної ситуації в країні.

Більшість учасників (64%, тобто дві третини вибірки) демонструють легкий або помірний рівень тривожності, що вказує на наявність дезадаптаційних реакцій, які, хоча й не досягають клінічного порогу, можуть мати істотний вплив на повсякденне функціонування та психічне благополуччя. Зокрема, найбільша частка (34,04%) припадає на помірний рівень, що є клінічно значущим показником, здатним свідчити про зростання тривожної симптоматики в умовах хронічного стресу.

Особливу увагу привертає той факт, що 23,40% респондентів виявили високий рівень тривожності, що потенційно може свідчити про високий ризик розвитку тривожних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу або панічного розладу. Враховуючи, що дослідження проводилося в умовах війни, такі показники можуть бути пояснені дією постійного психосоціального тиску, загрозою безпеці, втратою близьких, економічною нестабільністю та іншими стрес-факторами.

Таким чином, отримані результати підтверджують гіпотезу про наявність підвищеного рівня тривожності серед молоді, що проживає в умовах війни, та вказують на доцільність впровадження профілактичних і психокорекційних заходів із метою стабілізації психоемоційного стану досліджуваної групи.

На завершальному етапі емпіричного дослідження респондентам було запропоновано пройти Чотирьохвимірну анкету симптомів (4DSQ), яка дозволяє виявити рівень вираженості дистресу, депресії, тривоги та соматоформних порушень. Отримані результати графічно представлено на Рис. 2.4.

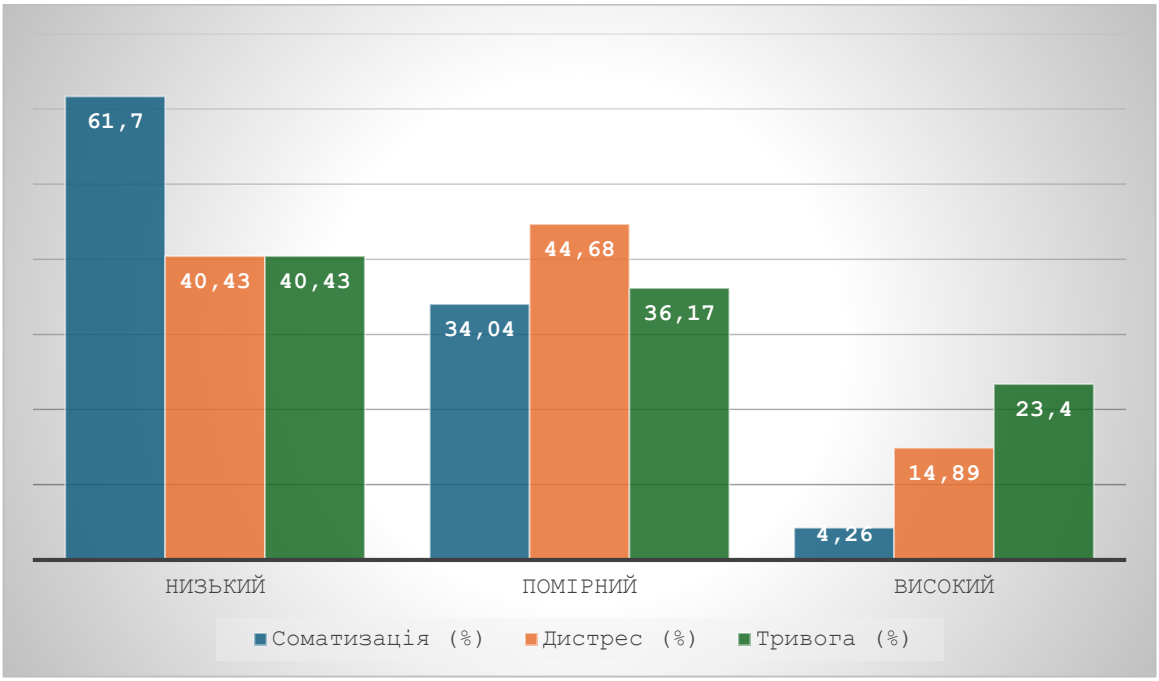


Рис. 2.4. Відсотковий розподіл рівнів за шкалами опитувальника 4DSQ

Отримані результати за методикою 4DSQ свідчать про значне поширення психоемоційних порушень серед молоді в умовах воєнного стану. Найвищий відсоток респондентів продемонстрували низький рівень соматоформних симптомів (61,70%), що свідчить про відносно помірну тілесну реакцію на психічне напруження у переважної частини вибірки. Водночас, понад третина опитаних (34,04%) демонструють помірний рівень соматизації, що може вказувати на приховану або недиференційовану тривожну симптоматику, яка проявляється через тілесні скарги. Хоча високий рівень соматизації виявлено лише у 4,26% респондентів, навіть такий показник в умовах кризи є клінічно значущим.

Найбільш напруженою виглядає ситуація із дистресом, де 44,68% респондентів продемонстрували помірний, а ще 14,89 % – високий рівень, що може свідчити про тривале емоційне виснаження, втому від невизначеності та когнітивну перевантаженість. Ці дані відображають глибину переживань, притаманних реаліям життя в умовах війни, і підтверджують актуальність вивчення дистресу як окремого психогенного чинника.

Тривожні розлади є однією з найчастіших реакцій на хронічний стрес: високий рівень тривоги виявлено у 23,40%, а помірний – у 36,17% учасників дослідження. Таким чином, більше половини вибірки (59,57%) перебувають у зоні підвищеного ризику розвитку тривожних розладів, що вимагає особливої уваги з боку психологів-практиків та кризових інтервентів.

Результати за шкалою депресії також викликають занепокоєння: у понад третини опитаних (38,30%) виявлено депресивну симптоматику, з них 10,64 % – на високому рівні. Така частка респондентів із клінічно значущими депресивними проявами може свідчити про глибоку кризу життєвих орієнтацій, відчуття втрати контролю над майбутнім, емоційне виснаження, особливо в контексті тривалої війни.

Загалом, отримані результати дозволяють стверджувати, що майже всі респонденти мають ознаки певного рівня психоемоційного напруження, з помірними або високими показниками принаймні за однією зі шкал. Така картина підтверджує гіпотезу про наявність посилення психічних розладів в умовах війни серед цивільного населення та підкреслює необхідність комплексної психодіагностики, системної профілактики і впровадження цільових інтервенцій.

З метою виявлення взаємозв’язків між ключовими психологічними змінними, що характеризують психоемоційний стан особистості в умовах війни, нами було здійснено кореляційний аналіз результатів за шкалами трьох опитувальників: шкали сприйманого стресу (PSS-10), шкали тривожності Бека (BAI) та чотирьохвимірного опитувальника симптомів (4DSQ). Отримані результати дозволили встановити статистично значущі зв’язки між рівнями суб’єктивного стресу, тривожності, дистресу, соматичних скарг, тривожних та депресивних симптомів. Отримані результати представлено в Табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Кореляційна матриця між показниками PSS-10, BAI та 4DSQ

	PSS	BAI	Соматизація	Дистрес	Тривожність	Депресія
PSS	1.00	0.65	0.45	0.69	0.60	0.54
BAI	0.65	1.00	0.71	0.64	0.73	0.64
Соматизація	0.45	0.71	1.00	0.53	0.64	0.42
Дистрес	0.69	0.64	0.53	1.00	0.79	0.69
Тривожність	0.60	0.73	0.64	0.79	1.00	0.71
Депресія	0.54	0.64	0.42	0.69	0.71	1.00

Аналіз отриманих кореляційних зв'язків демонструє низку статистично значущих асоціацій між досліджуваними змінними, що дозволяє глибше осмислити структуру психоемоційного реагування молоді в умовах війни. Кореляційна матриця також графічно представлена на Рис. 2.5.

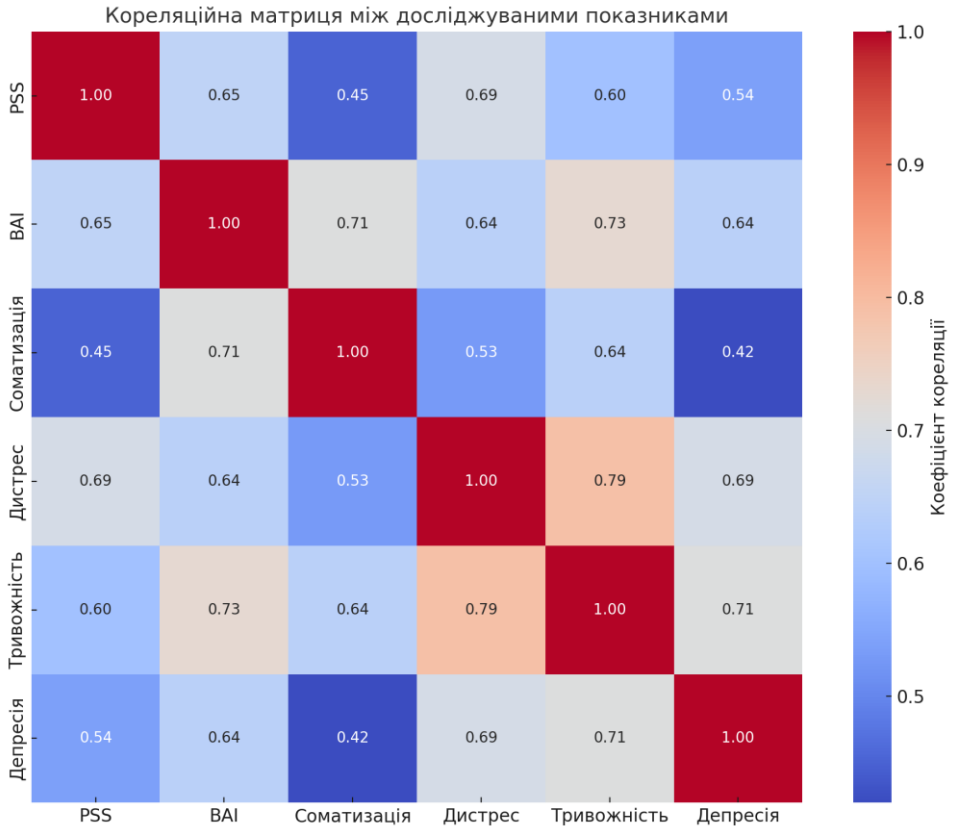


Рис. 2.5. Кореляційна матриця

Показник сприйманого стресу (PSS) має сильний зв’язок із суб’єктивним дистресом (r = 0.69), тривожністю (r = 0.60) та депресивними симптомами (r = 0.54), що вказує на комплексний характер переживання стресу як когнітивно-емоційного феномена, який акумулює у собі різноманітні прояви психічного неблагополуччя. Також встановлений помірний зв’язок зі шкалою соматизації (r = 0.45), що узгоджується з уявленнями про психосоматичну динаміку тривалого стресового реагування.

Рівень тривожності за шкалою Бека (BAI) демонструє тісні позитивні кореляційні зв’язки з усіма шкалами 4DSQ, зокрема найвищі – з тривожністю (r = 0.73), соматизацією (r = 0.71) та дистресом (r = 0.64), що підтверджує складну природу тривоги як системного психофізіологічного стану. Зв’язок із депресією (r = 0.64) свідчить про коморбідність афективної симптоматики у тривожних респондентів.

Особливо вагомими є внутрішні кореляційні зв’язки між шкалами самого 4DSQ. Найвищу кореляцію продемонстрували дистрес і тривожність (r = 0.79), що підтверджує тісний зв’язок між цими станами у контексті воєнної загрози. Значущими також виявилися зв’язки між тривожністю та депресією (r = 0.71), а також між дистресом і депресією (r = 0.69), що концептуально узгоджується з моделлю «триєдиної осі» психоемоційного реагування на хронічний стрес.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують наявність системних, взаємопов’язаних змін психоемоційного стану респондентів, що дозволяє розглядати симптоматику не ізольовано, а в рамках єдиної структури синдрому, зумовленої дією екстремальних чинників війни. Отримані дані мають важливе значення для подальшого формування психопрофілактичних заходів, спрямованих на одночасну роботу з кількома векторами психічного неблагополуччя.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено методологічне підґрунтя та організаційно-процедурні особливості проведення емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення специфіки психічних розладів і чинників їхнього посилення в умовах війни.

Сформульовано мету, завдання, гіпотезу дослідження, охарактеризовано вибірку респондентів, що відображає соціально-психологічний зріз молодіжної частини населення України.

Обґрунтовано використання релевантних психодіагностичних методик (PSS-10, BAI, 4DSQ) як валідного інструментарію для виявлення рівня стресу, тривожності, депресивних і соматичних симптомів. Застосування кореляційного аналізу дозволило забезпечити достовірність статистичних висновків.

Дослідження було реалізовано з дотриманням етичних вимог, що забезпечує дотримання академічної доброчесності.

Отримані результати свідчать про високий рівень психологічної вразливості серед значної частини респондентів. Зокрема, за шкалою PSS-10, 57,5% учасників продемонстрували високий рівень суб’єктивного стресу, що свідчить про порушення адаптаційних механізмів. За шкалою BAI було виявлено, що 36,2% мають тяжкий рівень тривоги, а 17 % – середній, що вказує на виражені симптоми тривожних розладів. Аналіз за 4DSQ продемонстрував, що найвищі показники зафіксовано за шкалами дистресу (високий у 34% респондентів) та соматизації (високий у 27,7 %), що підкреслює значне навантаження на психофізіологічний рівень функціонування молоді в умовах війни.

Кореляційний аналіз продемонстрував статистично значущі зв’язки між усіма досліджуваними показниками. Найвищі коефіцієнти кореляції зафіксовано між рівнем сприйманого стресу та дистресом, тривогою й депресією, що емпірично підтверджує інтегрований характер психоемоційної симптоматики у відповідь на

хронічний травматичний стрес. Виявлені зв’язки слугують емпіричним підґрунтям для обґрунтування цілісного підходу в психопрофілактиці.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСИЛЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Розробка психопрофілактичної програми, спрямованої на зниження ризику посилення психічних розладів в умовах війни

У межах реалізації мети та завдань дослідження, а також з урахуванням результатів емпіричного вивчення психоемоційного стану молоді в умовах воєнного часу, нами була розроблена авторська психопрофілактична програма, що має на меті зниження ризику посилення психічних розладів шляхом активізації внутрішніх ресурсів особистості, формування навичок саморегуляції та підвищення стресостійкості. Назва програми: «Ресурс у дії: саморегуляція в умовах турбулентності» відображає її основний вектор, а саме – акцент на потенціалі особистості як чиннику психологічної стабільності в умовах хронічного стресу та травматизації.

Метою програми є розвиток адаптаційних механізмів, зниження рівня суб’єктивного дистресу, тривоги та депресивної симптоматики, а також зміцнення життєстійкості учасників. Відповідно до поставленої мети, програма передбачає вирішення ряду практичних завдань: формування в учасників усвідомлення зв’язку між психічними та соматичними проявами дистресу; розвиток здатності до самоспостереження і розпізнавання власних емоцій; опанування ефективних стратегій подолання тривожності та афективної напруги; стимулювання процесів рефлексії і соціальної взаємодії; а також актуалізація внутрішньоособистісних і соціальних ресурсів, які сприяють стабілізації психоемоційного стану.

Очікуваними результатами впровадження програми є зниження рівня суб’єктивного стресу та тривожності, покращення здатності до емоційної регуляції, підвищення рівня усвідомленості, стабілізація соматичних реакцій, розвиток когнітивних стратегій подолання напруження, а також формування підтримуючого

соціального середовища, що сприяє зниженню відчуття ізольованості та безпорадності.

Програма складається з п’яти інтерактивних занять, тривалістю від двох до трьох годин, що реалізуються у форматі психопрофілактичної групи. Оптимальна кількість учасників у групі становить 8-12 осіб, що забезпечує баланс між груповою динамікою та можливістю індивідуального включення. Учасниками програми є молоді люди віком від 18 до 35 років, які проживають в Україні або належать до категорії внутрішньо переміщених осіб. Заняття можуть проводитися як у безпечному фізичному просторі, так і в онлайн-форматі, із дотриманням базових принципів психологічної етики, зокрема добровільності, конфіденційності, недискримінації та емоційної безпеки.

Методологічною основою програми є міждисциплінарний підхід, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих практик, позитивної психотерапії та технік усвідомленої присутності (майндфулнес). Принципами реалізації програми виступають: активна участь та суб’єктивна залученість кожного учасника; поетапне формування психоемоційної компетентності; опора на досвід «тут-і-зараз»; розвиток рефлексії; акцент на безпечному середовищі як передумові особистісного відкриття й інтеграції змін.

Структура психокорекційної програми представлено в Табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Структура психопрофілактичної програми

№ заняття	Назва заняття	Мета заняття
1	Контейнер безпеки: простір для стабілізації	Формування відчуття психологічної безпеки, зниження загального напруження та емоційної дезорієнтації
2	Усвідомлення тіла: інструмент саморегуляції	Актуалізація тілесної усвідомленості, розвиток навичок самоспостереження й регуляції стресових реакцій

№ заняття	Назва заняття	Мета заняття
3	Дистрес і виснаження: від втоми до відновлення	Підвищення обізнаності щодо дистресу та розвиток особистісних стратегій психоемоційного відновлення
4	Емоційна стійкість: усвідомлення, прийняття, інтеграція	Розвиток навичок емоційної регуляції, прийняття афекту та інтеграція травматичного досвіду
5	Мої ресурси, моя стійкість: інтеграція та підтримка	Консолідація набутого досвіду, формування індивідуальної ресурсної системи самопідтримки

Нижче представлено ґрунтовний опис структури та змісту кожного окремого заняття програми.

Перше заняття. «Контейнер безпеки: усвідомлення тіла як ресурсу». Перше заняття програми виконує фундаментальну функцію, адже спрямоване на створення безпечного простору для групової взаємодії, формування довіри, а також первинну актуалізацію тілесної обізнаності як базового елементу емоційної регуляції. Воно має виразно психоедукаційний і тілесно-орієнтований характер, оскільки учасники лише починають знайомитися з концепцією «психічної саморегуляції» та власним тілом як індикатором і провідником емоційного стану.

На початку заняття проводиться коротке знайомство (з дотриманням принципу добровільності), після чого фасилітатор презентує мету програми, етичні засади участі, структуру і методичні засоби. Також пропонується ввести загальний для групи «договір безпеки» – систему правил взаємодії, що підвищує рівень психологічної безпеки та сприяє формуванню атмосфери довіри. Далі вводиться концепція «контейнера» як метафори для переживань: психіка потребує простору, в якому емоції можна розмістити та дослідити. У цьому сенсі тіло виступає як природний контейнер – чутливий, рухливий, енергетичний.

Основна частина заняття присвячена навчанню учасників базовим практикам тілесної обізнаності. Впроваджуються техніки сканування тіла (body scan), дихальні вправи (наприклад, діафрагмальне дихання), фокус на відчуттях «опори» та «заземлення». Особливу увагу приділено тілесним сигналам тривоги, напруги, скутості як формам прояву внутрішнього стресу. Фасилітатор надає учасникам лаконічну психоедукацію щодо зв'язку між соматизацією та психоемоційним перенавантаженням, опираючись на дані дослідження (високі показники за шкалою соматоформних порушень у частини респондентів).

Важливо, що під час заняття учасники не лише виконують вправи, але й вербалізують свої відчуття: спочатку в парі, а потім у колі. Це сприяє не тільки розвитку рефлексії, а й зміцненню відчуття безпеки у групі. Наприкінці сесії відбувається короткий підсумковий круг: що було корисним, що здивувало, що викликало напругу. Завершується заняття вправою на ресурсне образне завершення (наприклад, «внутрішній спокій як колір» або «місце сили»), що дозволяє емоційно стабілізувати учасників перед виходом із групової динаміки.

Таким чином, перше заняття закладає підвалини психологічної безпеки, розпочинає процес тілесної інтеграції й відкриває учасникам доступ до первинного ресурсу – власного тіла як джерела стабільності, заспокоєння й контролю в умовах невизначеності. У подальших заняттях цей фундамент буде послідовно розширено й поглиблено за рахунок когнітивної, емоційної та соціальної складових.

Друге заняття. «Тривога як сигнал: розпізнати, прийняти, трансформувати». Друге заняття програми фокусується на роботі з тривожністю – найбільш поширеним психоемоційним феноменом, який згідно з результатами емпіричного дослідження, має високий рівень прояву серед молоді, зокрема за шкалами BAI та 4DSQ. Метою цього заняття є формування у учасників здатності до ідентифікації проявів тривожного стану, осмислення його функцій та оволодіння методами регуляції.

Заняття розпочинається з короткого кола, під час якого учасники мають змогу поділитися переживаннями після першої сесії, висловити очікування або запит щодо теми тривоги. Фасилітатор вводить психоедукаційний блок про природу тривоги як еволюційного механізму: тривога не є патологією, а сигналом про потенційну загрозу, що вимагає мобілізації ресурсів. Пояснюється відмінність між страху та тривогою, із зазначенням ключових соматичних, когнітивних та емоційних маркерів.

Далі пропонується виконання проективно-рефлексивної вправи «Образ моєї тривоги», яка дає змогу символізувати індивідуальні переживання у вигляді метафори, малюнку чи вербального опису. Це сприяє деконструкції тривожного стану та активує механізми зовнішнього контролю. Учасники діляться в парах, що дозволяє поглибити рефлексивний досвід та створює простір емпатійної взаємодії.

Основний блок заняття містить техніки роботи з тілесними та дихальними реакціями тривоги: вправа «Квадратне дихання», метод «чергування напруги і розслаблення» (прогресивна релаксація), техніка самозаспокоєння через сенсорну фіксацію («5-4-3-2-1»). Впроваджується також елемент когнітивної реструктуризації, учасники навчаються виявляти автоматичні тривожні думки та переформульовувати їх у більш адаптивні твердження.

Заняття завершується вправою «Я у моменті безпеки», яка закріплює відчуття контролю та спроможності впоратися із хвилюванням. Під час заключного обговорення учасники відзначають нові стратегії, що можуть бути застосовані в повсякденному житті.

Таким чином, друге заняття спрямоване на формування у учасників навичок усвідомленої роботи з тривожним станом, зменшення дезадаптивних тілесних реакцій і розвиток нових способів реагування на внутрішню та зовнішню напругу. Це створює передумови для подальшого поглиблення процесу психологічної саморегуляції.

Третє заняття. «Дистрес і виснаження: від втоми до відновлення». Третє заняття психопрофілактичної програми зосереджується на феномені дистресу та його впливі на психофізіологічний стан особистості. Актуальність теми підтверджується результатами емпіричного дослідження, де понад половина респондентів продемонстрували середній або високий рівень дистресу за шкалою 4DSQ. Сутнісною метою заняття є розвиток навичок самоспостереження, виявлення особистісних симптомів перевантаження, а також опанування стратегій м'якого відновлення.

Заняття традиційно починається з короткого рефлексивного кола, де учасники мають змогу поділитися враженнями від попередніх практик. Після цього фасилітатор пропонує інтерактивну міні-лекцію про природу дистресу: розмежування понять «стрес» та «дистрес», вплив тривалого напруження на нервову систему, імунну функцію та психоемоційний баланс. Вказується, що дистрес – це не просто втома, а стійке виснаження адаптаційних ресурсів, що потребує системного відновлення. У презентації акцент робиться на ознаках дистресу, які часто ігноруються в умовах воєнного життя.

Основна частина заняття присвячується тілесним і психоемоційним технікам, що сприяють зниженню внутрішнього навантаження. Серед них – вправа «Соматична мапа дистресу» (учасники позначають ділянки тіла, де накопичується напруга), вправа «Темп мого життя» (визначення особистих патернів перевантаження), техніка стабілізуєчого дихання. Значну частину заняття займає робота з ресурсом сну та спокою: фасилітатор презентує короткі науково обґрунтовані поради щодо гігієни сну, рутин відновлення, використання технік «тілесного сканування перед сном».

Учасникам пропонується виконати вправу «Моя особиста формула відновлення»: у групах або парах вони визначають три доступні ресурси (тілесний, емоційний, соціальний), які реально використовувати щоденно. Ця вправа має не

лише терапевтичну, а й прикладну цінність – вона формує індивідуальні стратегії відновлення, адаптовані до особистого стилю життя.

Завершується заняття рефлексією та технікою «Дихання на ресурс», яка дозволяє емоційно інтегрувати здобутий досвід і залишити простір внутрішньої стабільності.

Таким чином, третя сесія поглиблює тілесно-емоційну самосвідомість учасників, трансформує ідеї про відпочинок і ресурс, закладає основу для формування стійкого відновлювального ритму навіть в умовах хронічного стресу, спричиненого війною.

Четверте заняття. «Емоційна стійкість: усвідомлення, прийняття, інтеграція». Четверте заняття програми є ключовим з точки зору розвитку емоційної компетентності – базового захисного чинника у подоланні наслідків травмуючих подій. Емпіричні дані показали наявність у значної частини респондентів високих або помірних рівнів афективної напруги, зокрема за показниками депресивних симптомів, тривожності та дистресу. У цьому контексті особливої ваги набуває навчання учасників навичкам емоційної регуляції через усвідомлення, прийняття і безпечну інтеграцію переживань.

На початку заняття фасилітатор знайомить учасників із теоретичною рамкою емоційної регуляції: поняттями афекту, емоційного контейнування, механізмами уникнення та витіснення. Окрема увага приділяється феномену «емоційної сліпоти» – поширеному захисному патерну в умовах хронічної травматизації. Через обговорення і короткі кейси учасники отримують змогу проаналізувати власні емоційні стратегії та їхню ефективність.

Основною практикою сесії є «емоційна карта» – вправа, під час якої учасники ідентифікують ті емоції, які були актуальні для них упродовж останнього тижня, визначають їхнє розташування в тілі та когнітивне пояснення. Цей етап виконує як діагностичну, так і терапевтичну функцію, сприяючи процесу афективної інтеграції.

Далі група переходить до вивчення та застосування технік емоційної регуляції: методики «пауза – дихання – дія», техніка «запис емоцій у щоденник», вправа «емпатійне дзеркало» (праця в парах, де учасник описує емоційний стан, а партнер намагається назвати й віддзеркалити емоцію). Застосування подібних вправ дозволяє знизити інтенсивність негативного афекту, підвищити толерантність до сильних переживань та активізувати процеси самопідтримки.

На завершення заняття фасилітатор вводить коротку медитативну практику «емоційне дихання» як засіб м'якого емоційного завершення. Після цього проводиться обговорення та колективне формулювання «внутрішніх дозволів»: учасники вербалізують ті позитивні афірмації або твердження, які допомагають їм приймати себе та власні емоційні реакції.

Таким чином, четверте заняття спрямоване на підвищення рівня емоційної самосвідомості, розвиток здатності до конструктивного реагування на психотравмувальні переживання та формування стійких моделей емоційної адаптації. Цей етап програми є центральним у формуванні внутрішньої психологічної стійкості, що має ключове значення в умовах війни.

П'яте заняття. «Мої ресурси, моя стійкість: інтеграція та підтримка». П'яте, завершальне заняття психопрофілактичної програми виконує функцію інтеграції отриманого учасниками досвіду, консолідації знань і навичок, а також фокусування на формуванні відчуття внутрішньої стійкості та ресурсної основи для подальшого подолання психоемоційних труднощів. На цьому етапі особливий акцент робиться на закріпленні позитивного зворотного зв'язку з власними досягненнями, нормалізації переживань та актуалізації підтримувальних ресурсів.

Заняття починається з рефлексивного обговорення, у якому учасники у вільній формі діляться тим, що вони винесли з попередніх сесій, які зміни помітили у своєму стані, поведінці або мисленні. Цей етап слугує не лише підсумком, а й дозволяє учасникам емоційно налаштуватися на подальшу глибшу роботу.

Основним блоком заняття є вправа «Карта ресурсів», під час якої учасники заповнюють індивідуальну ресурсну матрицю, що включає чотири сфери: внутрішні особистісні ресурси (характер, навички, цінності), тілесні (рух, сон, харчування), соціальні (люди, групи, спільноти) та духовні (віра, сенси, ідеї). В процесі обговорення в малих групах учасники розширюють свої уявлення про джерела підтримки, вчаться верифікувати ресурси як постійно доступні та відновлювані.

Після цього фасилітатор пропонує вправу «Послання собі в майбутнє»: учасники пишуть листа самому собі з підтримкою, словами віри у власну здатність впоратися з труднощами. Ця вправа має глибокий терапевтичний ефект – вона формує внутрішній діалог і створює довготривалий ефект самопідтримки.

Заключною практикою заняття є техніка візуалізації «Я у точці стабільності», що дозволяє емоційно зафіксувати стан безпеки, впевненості та внутрішньої рівноваги. У завершальному колі учасники вербалізують метафору своєї «внутрішньої опори», яка символізує стійкість, здобуту упродовж програми.

Таким чином, п’ята сесія завершує програму логічно та психологічно, інтегруючи ключові результати попередніх занять, актуалізуючи внутрішні та зовнішні ресурси, а також формуючи платформу для тривалого збереження психічної стійкості у складних життєвих обставинах, зокрема в умовах війни.

3.2. Практичні рекомендації

В умовах воєнного стану психічне здоров’я особистості зазнає системного впливу постійної загрози, втрати безпеки, вимушеної міграції, інформаційного перевантаження та соціальної нестабільності. Тривала дія стресових чинників призводить до виснаження адаптаційних ресурсів організму, що може спричиняти посилення вже наявних психічних розладів або формування нових

Війна створює умови хронічного стресу. Постійна активація симпатичної нервової системи викликає підвищення рівня кортизолу та адреналіну, що при

тривалому впливі негативно відображається на психічному та соматичному здоров'ї. У результаті можуть спостерігатися: панічні стани; депресивні реакції; розлади сну; соматичні скарги (тахікардія, головний біль, біль у шлунку); дратівливість і агресивність; емоційне виснаження.

Тому практичні рекомендації повинні бути спрямовані не лише на усунення симптомів, а й на відновлення адаптаційних ресурсів особистості.

Головними завданнями під час організації психологічної допомоги населенню в умовах війни є, зниження рівня суб'єктивного дистресу, тривоги та депресивної симптоматики, а також зміцнення життєстійкості учасників. Відповідно вирішення ряду практичних завдань: формування в учасників усвідомлення зв'язку між психічними та соматичними проявами дистресу; розвиток здатності до самоспостереження і розпізнавання власних емоцій; опанування ефективних стратегій подолання тривожності та афективної напруги; стимулювання процесів рефлексії і соціальної взаємодії; а також актуалізація внутрішньоособистісних і соціальних ресурсів, які сприяють стабілізації психоемоційного стану.

У межах реалізації корекційної та профілактичної роботи передбачається комплексний підхід, який охоплює міждисциплінарний підхід, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих практик, позитивної психотерапії та технік усвідомленої присутності (майндфулнес).

Очікуваними результатами є зниження рівня суб'єктивного стресу та тривожності, покращення здатності до емоційної регуляції, підвищення рівня усвідомленості, стабілізація соматичних реакцій, розвиток когнітивних стратегій подолання напруження, а також формування підтримуючого соціального середовища, що сприяє зниженню відчуття ізольованості та безпорадності.

Основними завданнями програми психологічної підтримки є:

1. Зниження рівня суб'єктивного стресу та тривожності
2. Покращення здатності до емоційної регуляції

3. Підвищення рівня усвідомленості
4. Стабілізація соматичних реакцій
5. Розвиток когнітивних стратегій подолання напруження
6. Формування підтримуючого соціального середовища, що сприяє зниженню відчуття ізольованості та безпорадності.

Висновки до розділу 3

У межах третього розділу на основі отриманих результатів було розроблено авторську психопрофілактичну програму «Психічна стійкість у часи війни», що включає п’ять тематичних занять із використанням технік тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової та емоційно-фокусованої терапії. Програма передбачає розвиток навичок емоційної регуляції, самоспостереження, стабілізації, а також актуалізацію внутрішніх і соціальних ресурсів.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розширенні вибірки, подальшому кількісному та якісному аналізі впливу окремих стресорів на психічне здоров’я різних вікових та соціальних груп, а також в апробації й емпіричній валідації розробленої психопрофілактичної програми в рамках контрольованого дослідження її ефективності.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання кваліфікаційного дослідження було здійснено комплексне теоретико-емпіричне вивчення феномену психічних розладів у контексті війни, що дало змогу отримати науково обґрунтовані результати з високим рівнем прикладного значення.

У межах реалізації першого завдання встановлено, що поняття «психічні розлади» є міждисциплінарним та поліструктурним, охоплює широкий спектр порушень когнітивного, емоційного та поведінкового рівнів психіки. Концептуальна розбіжність у класифікаціях МКХ-11 і DSM-5 була проаналізована крізь призму сучасних наукових підходів, що засвідчило необхідність врахування соціокультурного та ситуативного контекстів при постановці психіатричного діагнозу, особливо в умовах масової травматизації. Розмежування між психічними, психосоматичними й соматоформними розладами дозволило виокремити феномени, що часто маскуються під соматичну симптоматику, ускладнюючи діагностику і втручання. Особливу увагу приділено проблемі стигматизації, яка, як показано, значною мірою знижує імовірність своєчасного звернення за допомогою та впливає на динаміку розладів, що набуває особливої актуальності в умовах війни.

В процесі визначення психофізіологічних та нейропсихологічних механізмів формування, підтримки та посилення психічних розладів у кризових умовах, встановлено, що тривалий стресовий вплив, пов’язаний з воєнними подіями, спричиняє дезорганізацію нейрофізіологічних структур, насамперед гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі, системи лімбічного реагування, а також функцій префронтальної кори. У дослідженні акцентовано увагу на ролі психовегетативних реакцій як проявів неврологічної дезінтеграції під впливом хронічної загрози. Поглиблений аналіз механізмів адаптації засвідчив, що внутрішньоособистісні ресурси, життєстійкість і суб’єктивне відчуття контролю є буферними змінними у формуванні патологічної відповіді на травму. Запропоновано багаторівневу модель

взаємодії нейропсихологічних та психосоціальних чинників, що дозволяє комплексно пояснити феномен посилення симптоматики в умовах війни.

У межах вивчення клініко-психологічних особливостей прояву психічних розладів у цивільного населення в умовах війни було узагальнено сучасні теоретичні джерела та емпіричні дані, що свідчать про суттєве зростання рівня тривожних, депресивних, постстресових і соматоформних станів серед цивільних осіб, особливо внутрішньо переміщених, тих, хто пережив втрату, бойові дії чи перебуває у зоні підвищеної небезпеки. За результатами теоретичного аналізу наукової літератури, ми дійшли висновку, що війна змінює структуру клінічних проявів, що спричиняє їх поліморфність, зростання соматизації, зміну афективних патернів і загальну динаміку реагування. Таким чином, саме комплексний вплив травматизації, невизначеності, втрати соціальних опор і хронічної загрози формує багатовимірну клініко-психологічну картину, що потребує інтегративного підходу у подальшій корекції.

У межах організації й проведення емпіричного дослідження динаміки психічних розладів цивільного населення в умовах війни було реалізовано повноцінне онлайн-опитування із застосуванням надійних психодіагностичних методик (PSS-10, BAI та 4DSQ). Аналіз отриманих результатів показав високий рівень суб’єктивного стресу, тривожності та дистресу серед учасників вибірки: понад половина респондентів продемонструвала високі рівні стресу та виражену тривожну симптоматику.

Виявлено кореляційні зв’язки між основними показниками, що свідчить про інтегровану структуру психоемоційних порушень: стрес тісно пов’язаний із дистресом, тривожністю, соматизацією та депресією. Отримані емпіричні дані підтвердили наявність у молоді тенденції до конвергенції афективних, когнітивних і соматичних симптомів під впливом воєнної травматизації, що визначає необхідність мультикомпонентного психопрофілактичного підходу.

У межах п’ятого завдання було розроблено авторську психопрофілактичну програму «Ресурс у дії: саморегуляція в умовах турбулентності», яка поєднує елементи тілесно-орієнтованих технік, когнітивно-поведінкових інструментів, методів емоційної регуляції та ресурсно-орієнтованих підходів. Програма складається з п’яти структурованих занять, що орієнтовані на стабілізацію, розвиток усвідомленості, опанування навичок регуляції тривоги та дистресу, а також формування внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Її концепція побудована на результатах, отриманих в процесі емпіричного дослідження, що забезпечує її високу практичну релевантність та ефективність.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розширенні вибірки, подальшому кількісному та якісному аналізі впливу окремих стресорів на психічне здоров’я різних вікових та соціальних груп, а також в апробації й емпіричній валідації розробленої психопрофілактичної програми в рамках контрольованого дослідження її ефективності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

арчук А. І., Мельничук І. В. Психосоматичні аспекти тривожних розладів органічної природи: сучасний науковий огляд. *Актуальні проблеми практичної психології* : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф., 16 травня 2025 р. Одеса, 2025. С. 450-452.

енгер О. П., Сас Л. М., Сас М. П. Афективні порушення в структурі соматизованих розладів. *Innovative technology in medicine: experience of Poland* Lublin, 2017. P. 18-21.

ірна Ж. П. Адаптаційний профіль задоволеності життям особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 2. С. 20-25.

алецька І. І. Психологічне здоров’я як проблема національної безпеки. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Сер. Психологічна*. 2012. Вип. 2(1). С. 49-58.

орбаль І. С. Соціально-психологічні чинники суб'єктивного благополуччя пенсіонерів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2016. 271 с.

усєва А. В., Комашко Л. Г. Кризи суспільних систем і психічне здоров’я особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 10. С. 196-204.

онць А. Класифікація та симптоматика розладів емоційної сфери. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи* : збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції, 4 листопада 2024 р. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2024. С. 20-23.

рузь О. В., Черненко І. О. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2017. № 25. Вип. 1. С. 45-48.

авгородня О. Проблема психологічного здоров'я: теоретичні та прикладні аспекти. *Психологія і суспільство*. 2007. № 3. С. 124-137.

ванюк В. В. Психовегетативні розлади у структурі порушень психічного здоров’я. *Психічне здоров'я*. 2012. № 1-2 (34-35). С. 21-24.

арамушка Л. М., Дзюба Т. М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організацій психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 1 (16). С. 22-33.

аргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта*. 2015. №3. С.48-55.

аргіна, Н. В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 : 05 / Державний заклад «Південноукр. нац. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського». Одеса, 2018. 269 с.

ашлюк Ю. І. Психологічне здоров'я і психологічне благополуччя особистості як складові задоволеності життям. *Психологічний часопис*. 2017. № 3 (7). С. 47-58.

ічук А. В. Основи психоемоційного здоров'я особистості : автореф. дис. ... д-ра псих. наук : 19.00.07. Одеса, 2021. 37 с.

ічук А. В. Психологічне здоров'я особистості як цінність і предмет сучасного психологічного знання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Психологічні науки*. 2019. Вип. 1. С. 36-40.

окун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

ондратюк С. М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 4. С. 78-83.

орнацький В. М. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров’я та якість життя населення. *Український кардіологічний журнал*. 2017. № 2. С. 106-113.

оструба Н., Фіщук О. Психічне здоров’я в умовах кризи : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2023. 180 с.

остюк Д., Костюк В. Психічне та психологічне здоров'я особистості: поняття,

зміст та критерії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. № 2 (50). С. 45-50.

очарян Г. С. МКХ-11. Стани, пов’язані із сексуальним здоров’ям: коди та о

бурова А. В. Психологічне благополуччя як емпіричний гарант психологічного здоров'я молоді в умовах невизначеності. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Сер. Психологія.* 2022. № 4. Т. 33 (72). С. 31-36.

евада О. А., Троян О. С. Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування. *Архів психіатрії*. 2018. Вип. 24. № 1. С. 6-14.

итивиненко О. Д. Психосоматичний підзід до проблем психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Психологічні науки*. 2016. Вип. 4. С. 52-57.

укомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. *Актуальні проблеми психології*. 2018. № 1 (14). С. 187-198.

укомська С. О. Тренінг життєстійкості особистості. *Психологія людини: свідомість і реальність* : збірник матеріалів VIII Міжнародної науково-практичної конференції, 30–31 жовтня 2018 р. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2018. С. 147-150.

ямець А. Актуальні класифікації обсесивно-компульсивного розладу. *Вісник післядипломної освіти. Сер. Соціальні та поведінкові науки. Сер. Управління та адміністрування*. 2019. № 7 (36). С. 118-133.

ямець А. Класифікації обсесивно-компульсивного розладу у XXI ст. *Psychological journal*. 2019. № 5 (1). С. 215-232.

алина О. Г. Психологічний аналіз проблеми стигматизації хворих на психічні розлади. *Проблеми сучасної психології*. 2016. № 2. С. 86-91.

алина О. Г. Соціально-психологічні механізми стигматизації хворих на психічні 3

.

розлади. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Психологічні науки*. 2017. № 2 (2). С. 176-180.

арута Н. О. Розлади психічного здоров’я у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2. С. 68-71.

арута Н., Каленська Х., Федченко В., Панько Т., Марута О. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. *Lviv*

арценковський Д. І. Клінічний поліморфізм та коморбідність психічних розладів у дітей та підлітків, що постраждали від гібридної війни на сході України. *Архів психіатрії*. 2017. Вип. 23. № 2. С. 91-95.

етодика та організація наукових досліджень : навчальний посібник / С. Е. Важинський, Т. І. Щербак. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.

оскаленко О. В., Блохіна І. О. До проблеми вивчення психологічного здоров'я особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Сер. Психологія*. 2022. № 2. Т. 33 (72). С. 92-96.

емченко А. С., Ляденко А. В. Аналіз епідеміологічного стану психічних розладів та фармацевтичного забезпечення пацієнтів лікарськими засобами урядом України. *Farmatsevtychnyi zhurnal*. 2022. № 1. С. 40-49.

авлик Н. В. Структура й критерії психологічного здоров'я особистості. *Психологія і особистість*. 2022. No 1 (21). С. 34-59.

авлова О. В. Психічні розлади у період воєнного стану. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 14-15 вересня 2023 р. Одеса, 2023. С. 232-235.

асічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. 2017. № 2. С. 27-31.

ідкоритов В. С., Сєрікова О. І., Дьяченко Л. І., Сазонов С. О., Скринник О. В.

Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України. *Український вісник психоневрології*. 2009. № 17. Вип. 2. С. 51-57.

оліванова О. Є., Гуляєва О. В. До проблеми визначення психологічного змісту поняття «психологічного благополуччя». *Вісник Харківського національного університету.* 2015. № 1150. С. 34-39.

ріб Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади. *Український вісник психоневрології*. 2010. № 18. Вип. 3. С. 144-144.

ріб Г. А. Поведінкова дисфункція у пацієнтів, які страждають на психічні розлади. *Український вісник психоневрології*. 2007. № 15. Вип. 2. С. 100-103.

сихічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрьова, В.М. Невмержицький. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.

ибалка О., Яланська С. Забезпечення психічногоздоров'я особистості в умовах кризи. *Витоки педагогічної майстерності*. 2023. Вип. 32. С. 199-203.

уденко Є. В., Антоненко П. Б., Антоненко К. О. Особливості психічних розладів в Україні: історичні передумови їх виникнення та сучасний стан (огляд літератури). *Медична освіта*. 2024. № 2. С. 83–90.

ердюк Л. Внутрішні ресурси психологічного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2021. № 2-3 (23). С. 91-99.

пицька Л. В. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Сер. Психологія*. 2023. № 16. С. 84-89.

піріна І. Д., Рокутов С. В., Шорніков А. В., Феденко Є. С. Непсихотичні психічні розлади у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2017. № 25 (3). С. 63-66.

итаренко Т. М. Індикатори психологічного здоров'я особистості. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2016. Вип. 9. С. 196-215.

итаренко Т. М. Психологічне здоров’я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018.

каченко Н. В., Алещенко О. В. Основні симптоми посттравматичного стресового розладу. *Journal of Psychology Research*. 2023. № 29 (12). С. 63-70.

варова С. Г. Особистість в умовах суспільної кризи. *Психологія і особистість*. 2016. № 1 (9). С. 163-173.

ещук В. В. Сон як фактор профілактики психічних розладів у студентів. *Актуальні проблеми психічного здоров’я* : збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської студентської інтернет-конференції, 25 травня 2023 р. Київ, 2023. С. 274-276.

абан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.

иханцова О. А. Позитивна психотерапія як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи* : зб. наук. праць. 2021. № 3 (56). Т. 1. С. 21-33.

орна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак С., Єлізарова О., Рибінський М., Павленко Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124). С. 28-39.

угаєвський А. А. Поняття та класифікація психічних розладів у контексті кримінального правосуддя. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Право*. 2025. № 3 (88). С. 354-360.

аронова І. В. Психічне здоров’я особистості як предмет психологічного дослідження. *Проблеми сучасної психології*. 2013. Вип. 20. С. 738-747.

афранський В. В. Психічне здоров’я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3. С. 12-18.

естопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О. Довіра до лікаря як чинник

формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади. *Медична психологія*. 2013. Вип. 8. № 4. С. 3-6.

естопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О. Особливості терапевтичного альянсу за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади. *Український вісник психоневрології*. 2010. № 18. Вип. 3. С. 158-158.

р'єва Л. М., Шустерман Т. Й., Ліхолетов Є. О. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медичні перспективи*. 2019. № 24 (4). С. 112-120.

рценюк О. С., Ротар С. С. Непсихотичні психічні розлади в осіб, які брали участь в збройному протистоянні на сході України. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2015. № 4. С. 85-87.

рема Н. Ю. Психологічне здоров'я особистості. *Юридична психологія*. 2015. № 2. С. 106-115.

цина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 7 (25). С. 554-567.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати за Шкалою PSS-10

PSS-10 Total	Інтерпретація
30	Високий рівень стресу
33	Високий рівень стресу
24	Помірний рівень стресу
14	Помірний рівень стресу
31	Високий рівень стресу
29	Високий рівень стресу
4	Низький рівень стресу
11	Низький рівень стресу
30	Високий рівень стресу
19	Помірний рівень стресу
16	Помірний рівень стресу
24	Помірний рівень стресу
11	Низький рівень стресу
11	Низький рівень стресу
6	Низький рівень стресу
30	Високий рівень стресу
26	Помірний рівень стресу
24	Помірний рівень стресу
20	Помірний рівень стресу
9	Низький рівень стресу
20	Помірний рівень стресу
11	Низький рівень стресу
11	Низький рівень стресу
17	Помірний рівень стресу
21	Помірний рівень стресу
17	Помірний рівень стресу
13	Низький рівень стресу
13	Низький рівень стресу

21	Помірний рівень стресу
7	Низький рівень стресу
14	Помірний рівень стресу
12	Низький рівень стресу
17	Помірний рівень стресу
25	Помірний рівень стресу
26	Помірний рівень стресу
19	Помірний рівень стресу
24	Помірний рівень стресу
20	Помірний рівень стресу
19	Помірний рівень стресу
18	Помірний рівень стресу
22	Помірний рівень стресу
24	Помірний рівень стресу
25	Помірний рівень стресу
25	Помірний рівень стресу
22	Помірний рівень стресу
21	Помірний рівень стресу
24	Помірний рівень стресу

Додаток Б

Результати за Шкалою тривоги Бека

Загальний бал (BAI)	Інтерпретація
36.0	Висока тривожність
33.0	Висока тривожність
17.0	Помірна тривожність
19.0	Помірна тривожність
18.0	Помірна тривожність
14.0	Легка тривожність
1.0	Мінімальний рівень тривоги
4.0	Мінімальний рівень тривоги
38.0	Висока тривожність
14.0	Легка тривожність
23.0	Помірна тривожність
29.0	Висока тривожність
11.0	Легка тривожність
8.0	Легка тривожність
4.0	Мінімальний рівень тривоги
28.0	Висока тривожність
36.0	Висока тривожність
12.0	Легка тривожність
18.0	Помірна тривожність
14.0	Легка тривожність
14.0	Легка тривожність
14.0	Легка тривожність
5.0	Мінімальний рівень тривоги
11.0	Легка тривожність
37.0	Висока тривожність
8.0	Легка тривожність
0.0	Мінімальний рівень тривоги
15.0	Легка тривожність
33.0	Висока тривожність

8.0	Легка тривожність
12.0	Легка тривожність
7.0	Мінімальний рівень тривоги
18.0	Помірна тривожність
50.0	Висока тривожність
54.0	Висока тривожність
7.0	Мінімальний рівень тривоги
50.0	Висока тривожність
41.0	Висока тривожність
42.0	Висока тривожність
38.0	Висока тривожність
42.0	Висока тривожність
30.0	Висока тривожність
42.0	Висока тривожність
42.0	Висока тривожність
43.0	Висока тривожність
40.0	Висока тривожність
24.0	Помірна тривожність

Додаток В

Результати опитувальника 4DSQ

Соматизація	Дистрес	Тривога	Депресія	Соматизація (рівень)	Дистрес (рівень)	Тривога (рівень)	Депресія (рівень)
15	21	6	1	помірний	високий	помірний	низький
8	19	10	8	низький	помірний	помірний	високий
11	21	11	3	помірний	високий	високий	помірний
8	17	8	0	низький	помірний	помірний	низький
4	15	8	1	низький	помірний	помірний	низький
7	11	3	3	низький	помірний	низький	помірний
0	2	1	0	низький	низький	низький	низький
6	2	0	0	низький	низький	низький	низький
12	22	8	3	помірний	високий	помірний	помірний
6	18	9	4	низький	помірний	помірний	помірний
7	9	7	0	низький	низький	помірний	низький
12	13	9	0	помірний	помірний	помірний	низький
5	7	5	0	низький	низький	низький	низький
7	1	3	0	низький	низький	низький	низький
2	2	0	0	низький	низький	низький	низький
14	17	16	2	помірний	помірний	високий	низький
18	22	16	5	помірний	високий	високий	помірний
6	15	11	4	низький	помірний	високий	помірний
11	13	3	1	помірний	помірний	низький	низький
11	5	2	0	помірний	низький	низький	низький
9	6	4	0	низький	низький	низький	низький
15	11	4	0	помірний	помірний	низький	низький
4	11	3	1	низький	помірний	низький	низький
10	15	9	2	низький	помірний	помірний	низький
16	20	15	10	помірний	помірний	високий	високий
4	4	2	0	низький	низький	низький	низький
0	0	0	0	низький	низький	низький	низький
2	6	5	0	низький	низький	низький	низький

7	6	3	0	низький	низький	низький	низький
3	7	5	0	низький	низький	низький	низький
7	8	5	0	низький	низький	низький	низький
8	6	5	0	низький	низький	низький	низький
6	14	8	0	низький	помірний	помірний	низький
17	24	16	6	помірний	високий	високий	помірний
30	30	22	10	високий	високий	високий	високий
4	12	3	2	низький	помірний	низький	низький
32	10	10	4	високий	низький	помірний	помірний
9	15	15	7	низький	помірний	високий	високий
9	9	6	6	низький	низький	помірний	помірний
20	20	10	1	помірний	помірний	помірний	низький
6	15	12	4	низький	помірний	високий	помірний
2	20	7	8	низький	помірний	помірний	високий
18	9	11	2	помірний	низький	високий	низький
12	24	10	6	помірний	високий	помірний	помірний
10	9	6	0	низький	низький	помірний	низький
12	12	12	4	помірний	помірний	високий	помірний
15	17	8	3	помірний	помірний	помірний	помірний