

Одеський національний університет імені І.І.Мечникова

Факультет психології та соціальної роботи

кафедра практичної та клінічної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

«Психічне здоров'я та розлади сну, як наслідки травматичного досвіду»

«Mental health and sleep disorders as consequences of traumatic experience»

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія

Кузьменко Валерія Олегівна

Керівник к.психолог.наук, доцент

Кирилішина Марина Геннадіївна

Рецензент: завідувачка лабораторії психологічних,
мистецтвознавчих та інших видів досліджень

Одеського науково-дослідного інституту

судових експертиз канд.пед. н. Ласунова С.В.

Рекомендовано до захисту:

протокол засідання кафедри

№ _____ від _____ 202__р.

Завідувач кафедри

(підпис)

Литвиненко О.Д.

(ПІП)

Захищено на засіданні ЕК №

протокол № _____ 202__р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою,
шкалою ECTS, бали)

Голова ДЕК

(підпис)

(ПІП)

Одеса–2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДІВ СНУ, ЯК НАСЛІДКІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ.....	6
1.1. Теоретичний аналіз поняття травматична подія та класифікація травматичних досвідів.....	6
1.2. Теоретичні основи та емпіричні дослідження впливу травматичних подій на психічне здоров'я.....	16
1.3. Критерії психічного здоров'я та методи його оцінки у контексті травматичного досвіду.....	23
1.4. Дослідження розладів сну як наслідків травматичного досвіду.....	30
Висновки до розділу 1.....	40
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДІВ СНУ, ЯК НАСЛІДКІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ.....	42
2.1 Організація емпіричного дослідження.....	42
2.2. Методи діагностики та оцінки психічного здоров'я та якості сну у постраждалих.....	43
2.3. Характеристика методичного інструментарію емпіричного дослідження.....	48
Висновки до розділу 2.....	50
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДІВ СНУ, ЯК НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ.....	52
3.1. Дослідження показників психічного здоров'я особистості.....	52
3.2. Дослідження впливу травматичного досвіду особистості на її психічне здоров'я та розлади сну.....	57

3.3. Рекомендації покращення психічного здоров'я та психотерапевтичної допомоги для осіб, які зазнали травматичного досвіду.....	60
Висновки до розділу 3.....	76
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТОНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	82
ДОДАТКИ.....	91

ВСТУП

Актуальність теми. Війна – одна з найбільших трагедій, які можуть спіткати людство. Це залишає величезний слід у психіці людини. Драматичні події надовго залишаються в пам'яті воїнів, мирних жителів, а також людей, які допомагали постраждалим. Проблема травматизації студентів особливо актуальна в Україні нині у зв'язку з високим рівнем міграції населення внаслідок війни. У внаслідок цього студенти з багатьох областей змушені проживати та навчатися у вузах інших областей та регіонів, перебуваючи в значної віддаленості від будинку та рідних, а іноді й переживаючи психічну травму війни, пов'язану з загрозою знищення, втратою близьких, втратою майна та руйнуванням звичного життя. Травматичний досвід, може порушити психічне здоров'я та призвести до прикордонних чи клінічних станів, неврозів, психосоматичних захворювань.

Поняття «психологічна травма» особливо активно застосовується тоді, коли важливо оцінити вплив подій війни на психіку людини. Небезпека буває різною. Але небезпека, пов'язана із захистом та збереженням життя або навіть спостереженням за ситуацією, що загрожує іншим людям, досить сильно впливає на психіку людини.

Спеціальний радник Всесвітньої організації охорони здоров'я Мішель Казачкін зауважив, що, за оцінками організації, зараз кожна четверта людина в Україні перебуває під загрозою тяжких психічних захворювань. Але люди, проживаючи одні й самі події війни, можуть реагувати ними по-різному.

Різноманітність реакцій насамперед залежатиме від того, наскільки сильною, тривалою, безвихідною і раптовою була або є зовнішня подія. Будуть впливати на це й індивідуальні психологічні характеристики людини, та її життєвий досвід.

Проблема здоров'я людини, особливо психічного в даний час є однією з найбільш актуальних та обговорюваних проблем у медицині, теоретичній та прикладній психології, психіатрії. Різні аспекти даної проблеми

досліджувалися такими зарубіжними дослідниками як А. Адлер, В. Франкл, К. Роджерс, Ф. Перлз, К.Г. Юнг, З. Фройд, А. Маслоу, В. Райх, Н. Сарторіус, Р. Мей та ін. В Україні дослідженням психічного здоров'я займалися М. Є. Андос, В. І. Барко, О. І. Василевська, І. А. Власенко, Н. В. Гончаренко, О. В. Завгородня, Л. М. Карамушка, О. Л. Корольчук, І. Я. Коцан, С. Д. Максименко, Д. Р. Міронов, Н. О. Світлична, С. А. Тітаренко, І. В. Шаронова, А. М. Шевченко та ін.

В представлений роботі, розглянуто проблему психічного здоров'я та розладу сну в наслідок травматичного досвіду. Актуальність зазначеної проблеми обумовили вибір теми нашої роботи «Психічне здоров'я та розлад сну в наслідок травматичного досвіду».

Мета дослідження: вивчення впливу травматичного досвіду на психічне здоров'я та якість сну у осіб, які пережили травматичні події.

Завдання:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз дослідження психічного здоров'я особистості, розладів її сну, як наслідків травматичного досвіду.
2. Провести дослідження показників психічного здоров'я особистості
3. Дослідити вплив травматичного досвіду особистості на її психічне здоров'я та розлади сну
4. Розробити рекомендації покращення психічного здоров'я та психотерапевтичної допомоги для осіб, які зазнали травматичного досвіду

Об'єкт дослідження – психічний стан та якість сну у осіб з травматичним досвідом.

Предмет дослідження – психічне здоров'я та розлади сну як наслідки травматичного досвіду

Методи дослідження: Для розв'язання поставлених завдань у роботі були використані методи теоретичного й емпіричного дослідження: теоретичні методи: аналіз психологічної літератури; емпіричні: психодіагностичні методики; методи математичної обробки даних: статистичні та аналітичні.

До психодіагностичного інструментарію увійшли такі методики:

- 1) Особистісний опитувальник Г.Айзенка (EPI).
- 2) Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (MHAІ – MentalHealthAssesmentInstrument);
- 3) Пітсбургський індекс якості сну (PSQI);
- 4) Шкала надмірної денної сонливості Епворта.

Організація і база проведення дослідження. В емпіричному дослідженні взяли участь студенти магістри психологи - 25 осіб і психологи, які отримують додаткову психологічну освіту (гештальт напрям) – 25 осіб.

Практична значущість роботи полягає в тому, що результати дослідження можна впроваджувати в практичну роботу психологів, для розробки програм психологічної допомоги.

Апробація роботи: за темою роботи надруковано тези «Вплив травматичного досвіду на психічне здоров'я та сон», які представлено на II Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасна вища освіта: досягнення, виклики та перспективи розвитку в умовах невизначеності», у секції «Тенденції розвитку вищої освіти в Україні та за кордоном», Збірник матеріалів Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; Запоріжжя – Мелітополь, 04–05 жовтня 2024 року .

Структура роботи. Дана робота складається зі вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 91 найменування. Основний зміст роботи, викладений на 78 сторінках комп'ютерного набору, містить 4 таблиці та 8 малюнків. Загальний обсяг роботи – 97 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДІВ СНУ, ЯК НАСЛІДКІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

1.1. Теоретичний аналіз поняття травматична подія та класифікація травматичних досвідів

На своєму життєвому шляху люди стикаються з різноманітними подіями, які можуть сприйматися як яскраві, емоційно забарвлені, цікаві, значущі, трагічні. Подієво-біографічний підхід наголошує на унікальності, неповторності життя кожної людини. У психології ці питання розглядаються у рамках напряму дослідження життєвого шляху особистості, в якому визначається життєва подія як поворотний етап у психології життєвого шляху, коли приймаються важливі рішення на тривалий період. Проблема взаємодії внутрішнього світу особистості із зовнішніми обставинами розглядається та ін. Поняття «життєва подія» широко висвітлюється у загальній психології та психології особистості; однак таку життєву подію, як травматичну, у цих галузях досі не було приділено достатньої уваги.

З початку 80-х. ХХ ст. у зарубіжній психології сформувалося дослідницький напрямок, що займається вивченням проблеми екстремальних навантажень. В результаті склалися такі поняття, як «психічна травма», «травматичні навантаження», «травматична подія», «травматичний стрес».

Травма є результатом обставин з якою людина не може впоратися. Виникнення цих обставин може бути викликано несподіваною подією, яка (на відміну від криз розвитку) не входить до фаз життєвого циклу. Проте вивчення психологічної травми часто супроводжується медичним обґрунтуванням та психіатричними діагнозами, оскільки люди звертаються за кваліфікованою допомогою після травматичних подій тільки з появою яскраво виражених психологічних наслідків, таких як розлад сну, панічні напади, інтрузії [25].

Розуміння травми неможливе без розуміння, яка ж подія може називатися травмуючою, що викликає психотравмуючі переживання. Спроби позначити процес переживання як самостійний діяльнісний акт, а не як феномен психіки визначили цілу плеяду наукових досліджень травмуючих подій. М. А. Козірога відзначає, що людина завжди сама і тільки сама може пережити події, обставини та змінити своє життя, що породили кризу [26].

Згідно з О. А. Бліновим, з травматичні події руйнують системи підтримки, які надають людям почуття контролю, зв'язку та сенсу [2].

Травматична подія, як правило, описується, як явище, що володіє трьома характеристиками:

- 1) настає раптово та несподівано
- 2) пов'язано з загрозою життю чи тілесній недоторканності
- 3) за межами діапазону нормального життєвого досвіду [55].

Ці три ознаки відрізняють «травму» від інших, що викликають дистрес, подій, таких як соматична хвороба або розрив взаємин. Виділяють два типи психологічної травми:

1) тип I, пов'язаний з обмеженою в часі поодинокую подією (нещасний випадок, аварія, катастрофа тощо);

2) тип II, викликана тривалим або повторюваним впливом травматичної події (насильство, тортури, бойова обстановка тощо) [88].

Також травми умовно можна поділити на дві категорії:

1) великою «Т» - наслідком травм може бути стресовий розлад через те, що людина пережила загрозу власному життю, стала свідком загрози життю інших; стала свідком лиха, яке трапилося з іншою людиною (особливо близькою). Такі травми пов'язані з ПТРС. Це зазвичай щось дуже потужне, але те, що відбулося одноразово: війна, в якій ми можемо бути як учасником, жертвою, так і свідком, аварії, техногенні катастрофи тощо;

2) малою «т» - травми, що належать до дитячих і з'являються внаслідок стресових подій (булінгу, конфліктів тощо). Такі травми можуть

повторюватися безліч разів та бути розтягнутими у часі, за, можливо, меншої інтенсивності [68].

При зіткненні із ситуаціями, що нагадують пережиту травматичну подію, у людини може спостерігатися конверсійна симптоматика (сліпота, глухота, нервові тремтіння, параліч). Надмірне збудження та невмотивована тривога можуть супроводжуватися епізодами депресивного настрою, що виражаються у притупленості почуттів, розпачі та безвиході у повсякденному житті та на роботі. Крім основної симптоматики під час обстеження пацієнтів, неврологи часто відзначають підвищену чутливість та реактивність вегетативної нервової системи при мінімальних стресових фактори [55].

Незважаючи на те, що у четвертій редакції (DSM-IV) травматичні події були визначені, як «події, які являють собою реальну смерть чи загрозу смерті, чи серйозної травми, чи загрозу тілесної недоторканості щодо себе чи інших людей», і які супроводжуються почуттям «сильного страху, безпорадності або жаху», у DSM-5 виключено критерій суб'єктивної реакції на травму, який був обов'язковим у DSM-IV (критерій A2), оскільки необхідність у цьому критерії при діагностиці гострої реакції на стрес (ОРС) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не підтверджується даними наукових досліджень (Stoddardetal, у публікації) [70].

За визначення DSM-5, травматична подія має на увазі не тільки те, що людина знаходиться під прямим впливом (тобто є жертвою) і є свідком травматичного події, але також дізнається про те, що травматична подія, яка сталась з її родичем чи близьким другом. Визначення DSM-5 включає також інтенсивне та повторюваний вплив деталей травматичних подій, що викликають вкрай неприємні почуття, але виключає вплив через засоби масової інформації, якщо це не пов'язано з виконанням службових обов'язків (наприклад, поліцейські, які багаторазово переглядають фотографії та відеозаписи скоєного нападу) [70].

Травматичні події можуть бути пов'язані з фактичною смертю або загрозою життю або тяжких тілесних ушкоджень, загрози тілесній

недоторканості себе чи інших осіб. На основі аналізу літератури К. Канястий виділив типи подій, що може призвести до травми:

- 1) стихійні лиха (землетруси, повені, пожежі тощо);
- 2) техногенні катастрофи (аварії на повітряному, наземному та морському транспорті, промислові аварії, ядерні аварії тощо);
- 3) акти масового насильства (вулична стрілянина та снайперські атаки, війни, вибухи бомб та інші акти);
- 4) інші види насильства (наприклад, насильство в сім'ї), зґвалтування та сексуальні домагання, що також виходять за рамки сучасних способів подолання та викликають специфічні фізіологічні, психологічні та соціальні ефекти [20].

Події, що призводять до травми, включають ті, які класифікуються як акти масового насильства (наприклад: революція, державний переворот, колоніальне завоювання, примусова міграція чи депортація, геноцид). Особливості потенційно травматичних подій, зазначені П. Штомпкою, потребують обговорення та доповнення. По-перше, не всі вони будуть швидкими. Причиною травматичної ситуації також може бути довготривала подія або послідовність подій, що тривають у часі та постійно впливають на людей (воєнні дії, окупація ворожою державою, глибокі економічні реформи, що призводять до системних змін) [87].

Не тільки люди, що безпосередню беруть участь в травматичних подіях, можуть переживати їх, а ще й ті, що становляться свідками цих подій (такі як лікарі, пожежники, поліцейські та інші), тобто досвід травми також може бути результатом подій, в яких особа не бере особистої участі. Потенційно травматична інформація може бути надана учасниками або свідками подій та іншими особами через засоби масової інформації. Важливість ЗМІ для переживання травми не зрозуміла. Все частіше передають та повідомляють про такі події, як теракти (наприклад, напад на будівлі Всесвітнього торгового центру і Пентагону в США в 2001 році), страти людей, терористи, війна. З одного боку, це може сприяти поширенню травматичного досвіду. З іншого

боку, велика кількість інформації про трагічні події може призвести до певного знайомства з ними. Відповідно, відносини про катастрофи, теракти та інші події вже не можуть викликати різкої реакції у глядачів [39].

Також розрізняють реальні та уявні травматичні події. До перших відносяться ті, які реально відбуваються або відбулися. До уявних травматичних подій відносяться ті, що не відбулися, а лише інформація про їх існування була поширена і в той же час вони сприймаються як події, що несуть реальну загрозу [29].

Не кожен учасник або свідок травматичної події відчуває травму. Та сама подія може викликати різні наслідки серед членів однієї спільноти, які будуть робити різні дії в результаті. Крім того, люди можуть відрізнятися реакціями на ті самі події, що відбуваються в певний проміжок часу. Вище наведені спостереження призводять до зв'язку травми з визначенням ситуації. У. І. Томас ввів поняття визначення ситуації як попереднього елемента діяльності індивідів і соціальних груп. Він описує ситуацію як набір цінностей і установки, з якими індивід або група мають справу в процесі діяльності і відповідно до яких діяльність планується та оцінюються результати. Визначаючи ситуацію, індивіди використовують схожі значення та поділяють певні цінності, характерні для даної соціальної спільноти. Водночас значення та цінності, які вони використовують під час виконання дій, вони становлять окремі ресурси, що виникають під час унікального процесу соціалізації та життєвого досвіду [90].

Знання людини або набір цінностей і установок, які вона використовує, характеризуються ієрархією, як і інтерсуб'єктивний світ значень, який їй надається – це, те, які цінності та значення знаходяться на вершині, також залежить від уподобань і попередній досвід особи. Можна припустити, що чим важливіше існує цінність для індивіда, яка порушується травматичною подією, тим більш вона буде вважатися травматичною. Травматична подія, вражаючи найважливіші цінності, руйнує порядок, торкається суті життя та ставить під сумнів основні принципи та очікування людей. Подібним чином,

чим більше травматична подія перешкоджає можливості продовження індивідуального «життєвого плану», тим більша ймовірність того, що вона буде визначена як травматична. Зрив або перешкоджання реалізації життєвої орієнтації, наприклад внаслідок вимушеного переселення під час війни призвести до трансформації ресурсів використовуваних цінностей і реорганізації життєвих цілей [13].

Трактування сутності психологічної травми розкривається такими представниками, як А. Бек, А. Елліс, Р. Янофф-Бульман, Г. Емеррі та іншими. М. А. Козірога зазначає, що травматичний досвід зовнішнього і внутрішнього характеру негативно впливає на базисні переконання людини щодо власного Я, навколишнього світу і майбутнього, формуючи дисфункціональні емоційно навантажені схеми [26].

Під психічною травмою слід розуміти сильне потрясіння, переживання особливої взаємодії людини та навколишнього світу. Вона може виникати при сильних переживаннях, що виявляються у нездатності до адекватної реакції на подію [45].

Психологія стресу визначає травму як особливу форму стресової реакції, відповідь організму на ситуацію. На думку Г. Сельє, стрес є неспецифічною реакцією організму на вимогу, що висувається ззовні, яка сприяє виживанню індивіда. При цьому він акцентує увагу на фізіологічній стороні реакції. На його думку, деяка частка стресу корисна організму, оскільки мобілізує людину до адаптації в нових умовах. Таку реакцію він назвав еустресом. Дістрес у трактуванні Г. Сельє - реакція, що призводить до пошкодження та негативних наслідків в адаптації [59].

Психологічна травма – це переживання, у центрі якого є певний емоційний стан. Емоції беруть участь в організації та інтеграції психічних процесів, а також відіграють ключову роль у взаємозв'язку психічних та соматичних систем особистості. Узагальнюючи досвід та уявлення про психологічну травму, Ю.С. Семенова запропонувала наступне її розуміння:

- 1) психотравма виникає при впливі на людину події, що виходить за рамки його повсякденного досвіду;
- 2) будь-яка травма - це насамперед загроза життю або безпеці індивіда;
- 3) подія часто трапляється одного разу, а внутрішнє переживання переслідує людину знову і знову;
- 4) особливості переживання травми залежать від умов, у яких людина її отримала;
- 5) події, що травмують, зазвичай приходять ззовні, а реакція при цьому внутрішня; вона може посилювати стан аж до саморуйнування;
- 6) травма виникає тоді, коли людська психіка не в змозі впоратися з власною реакцією на екстремальну подію [56].

Психічна травма, на думку, Л. І. Паливоди, це шкода, завдана психічному здоров'ю внаслідок впливу сильних стресогенних факторів, що часто триває протягом тривалого часу, внаслідок чого перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує її психологічний захист, що викликає глибоку тривогу і призводить до психологічних та фізіологічних порушень [45].

Основною ідеєю поділу посттравматичних розладів на «первинні» та «вторинні» було розуміння того, що людина може відчувати травматичну подію як прямо, так і опосередковано. Первинна психічна травма означає, що людина пережила травмуючу подію безпосередньо, тобто сама піддавалася загрозі поранення чи смерті чи хтось із близьких та рідних людей. Сенс «вторинної психічної травматизації» полягає у тому, що травмуватися може не лише жертва травматичної події, але й ті, хто намагається допомогти чи допомагає жертві. На противагу до первинної психічної травматизації вторинна психічна травматизація описує зміни у психіці, які утворюються через відомості про травматичну подію, що трапилася з іншою людиною, або через надання допомоги травмованій людині [4].

Серед сучасних українських дослідників, що вивчають травми та травматичні події можна видзначити О. Василюка.

О. Василюк, вивчаючи психотравму акцентує увагу на понятті «травматична пам'ять» і визначає її як психічний процес і результат відображення, збереження та відтворення реорганізованого травматичного досвіду особистості, який складається зі спогадів про прожиті травматичні події [8].

Г. О. Діденко вивчаючи травматичні події стверджує, що дана проблематика має міждисциплінарне значення і виділяє такі етапи дослідження травматичних подій в психологічній науці:

1) розвиток поглядів на травму через вивчення виникнення та протікання істерії у жінок (питання, що пов'язані не тільки з подоланням зовнішніх проявів істерії, а й розв'язанням внутрішніх причин);

2) етап, що пов'язаний з виникненням Російсько-японської, Першої та другої світовими війнами (воєна травматизація, виділення специфічних синдромів, вивчення факторів впливу бойових дій);

3) етап, що пов'язаний з виникненням війни у В'єтнамі та Афганістані (діагностика та корекція психологічних наслідків, вивчення відстрочених реакцій на травматичні події) [15].

Г. О. Діденко у своєму дослідженні акцентує увагу на сучасний етап вивчення травматичних подій, що пов'язаний з дослідженням психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб, учасників воєнних дій на сході України [15].

О. Л. Туріна у своїй праці узагальнює основні риси травмуючої ситуації:

1) нова реальність для особистості, що принципово відрізняється від повсякденних умов;

2) вплив на картину світу людини і переживання фундаментальної невразливості;

3) характеризується подвійністю – з одного боку несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з другого – провокує до стійкості, створює можливості для конструктивних змін;

- 4) руйнування цілісності життєвого світу особистості, поділення життя до травмуючої ситуації та життя після;
- 5) утруднення реалізації прогнозу подальших подій;
- 6) обмеження самореалізації людини та ускладнення можливості в задоволенні потреб [60].

У своїй дисертації А. О. Харченко, вивчаючи психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, визначив, що особи з та без постстресовою психологічною дезадаптацією розрізняються нервово-психічною напругою, а саме наявністю фізичного дискомфорту, розладом сну, низькими показниками розумової працездатності, психічним дискомфортом, частотою та тривалістю виникнення станів напруги», значною вираженістю репрезентацій, близьких до тематик інфантильних травм «покинутості», «припинення» та «несправедливості» [62].

Г. М. Громова визначила, що толерантність до невизначеності робить значущий внесок у трансформацію наслідків травматичних подій, який реалізується у вигляді прямого впливу на наслідки травматизації. Як зазначає авторка, толерантність до невизначеності виконує роль призми, яка або посилює посттравматичні стани, або пом'якшує зіткнення з несподіваним, складним, непередбачуваним та сприяє виходу зі стресової реакції. Окрім толерантності до невизначеності, значущими предикторами проявів посттравматичних станів є травматичний досвід життя та відхилення від збалансованого часового профілю. Часові перспективи як негативного, так і позитивного минулого та гедоністичного теперішнього роблять значущий внесок у прояви посттравматичних станів [12].

Таким чином, теоретичний аналіз поняття травматична подія та класифікація травматичних досвідів дозволив визначити травматичну подію як подію, що настає раптово та несподівано, пов'язана з загрозою життю чи

тілесній недоторканності та за межами діапазону нормального життєвого досвіду.

Виділяють два типи психологічної травми: тип I, пов'язаний з обмеженою в часі поодиноким подією (нещасний випадок, аварія, катастрофа тощо); тип II, викликана тривалим або повторюваним впливом травматичної події (насильство, тортури, бойова обстановка тощо).

Виділяють типи подій, що може призвести до травми: стихійні лиха (землетруси, повені, пожежі тощо); техногенні катастрофи (аварії на повітряному, наземному та морському транспорті, промислові аварії, ядерні аварії тощо); акти масового насильства (вулична стрілянина та снайперські атаки, війни, вибухи бомб та інші акти); інші види насильства (наприклад, насильство в сім'ї), зґвалтування та сексуальні домагання, що також виходять за рамки сучасних способів подолання та викликають специфічні фізіологічні, психологічні та соціальні ефекти. Події, що призводять до травми, включають ті, які класифікуються як акти масового насильства (наприклад: революція, державний переворот, колоніальне завоювання, примусова міграція чи депортація, геноцид). Також розрізняють реальні та уявні травматичні події.

Узагальнюючи досвід та уявлення про психологічну травму, можна запропонувати наступне її розуміння: психотравма виникає при впливі на людину події, що виходить за рамки його повсякденного досвіду; будь-яка травма - це насамперед загроза життю або безпеці індивіда; подія часто трапляється одного разу, а внутрішнє переживання переслідує людину знову і знову; особливості переживання травми залежать від умов, у яких людина її отримала; події, що травмують, зазвичай приходять ззовні, а реакція при цьому внутрішня; вона може посилювати стан аж до саморуйнування; травма виникає тоді, коли людська психіка не в змозі впоратися з власною реакцією на екстремальну подію.

1.2. Теоретичні основи та емпіричні дослідження впливу травматичних подій на психічне здоров'я

Деякі люди стикаються з подіями у своєму житті, які перевищують їхні можливості та здатність справлятися з повсякденним функціонуванням. Це так звані травматичні події. Прикладами таких подій можуть бути такі випадки, як: зґвалтування, війни, викрадення, жертви насильства, участь у аварії чи катастрофі, тортури, стихійні лиха.

Першою реакцією на травматичну подію, що загрожує життю та здоров'ю людини, може бути гостра стресова реакція, яка характеризується інтенсивним фізичним або психічним напруженням. Симптоми, які можуть виникнути, включають шок, обмежену здатність зосереджуватися, дезорієнтацію, гнів, депресію, депресивний настрій, неефективну та надмірну активність, психомоторне збудження та паніку. Симптоми гострої травматичної події можуть з'явитися протягом кількох хвилин після інциденту та повинні зникнути протягом 4 тижнів після події. Якщо симптоми не зникають після гострої реакції на стрес, у людини може розвинути посттравматичний стресовий розлад, або так званий ПТСР (Посттравматичний стресовий розлад). У ситуації, коли особа була учасником або спостерігачем подій, які могли загрожувати її життю, фізичному чи психічному здоров'ю або порушити її тілесну недоторканність, може виникнути комплекс симптомів, характерний для групи розладів, які діагностуються як посттравматичний стресовий розлад [49].

Характерні симптоми, які з'являються в результаті пережитої травми, включають відчуття непереборного страху, безсилля, безпорадності і навіть жах, а також підвищену настороженість у ситуаціях, які потенційно не становлять загрози безпеці людини. Вони виникають після події, яка спричинила травму та перешкоджає нормальному, ефективному функціонуванню особистості в повсякденному житті [67].

До типових симптомів належать болючі та повторювані спогади та сни, пов'язані з пережитою травмою, через які здається, ніби вона переживає її заново. Людина з діагнозом посттравматичний стресовий розлад часто

відчуває сильну тривогу та соматичні реакції на те, що нагадує людині про перенесену травму. Важливим фактором також є поява поведінки, спрямованої на уникнення спогадів, а також ситуацій, речей або навіть людей і місць, які можуть викликати думки та спогади, пов'язані з травмою. Також можливі проблеми з концентрацією уваги, розлади сну, імпульсивна поведінка, чутливість до різного роду несподіваних сигналів з оточення, проблеми з проявом почуттів, соціальна ізоляція [54].

Психічні травми особливо негативно позначається на стані психічного здоров'я. Очевидно, що психологічні травми, які супроводжують травматичні події, позначалися і на наших предках. Перші згадки про психічні проблеми згадуються ще сягають часів Гомера. Він представив у своїй роботі під назвою: «Одіссея» психологічну картину головного героя - Одіссея, для якого травматичні та споріднені образи з'являються в його в розладу сні і пов'язані з його переживаннями під час битв за Трою. До роботи також увійде опис синдрому «провини вцілілого», який мучить головного героя трагедії [91].

Описи посттравматичних станів можна знайти і в літературі XVI-XVIII ст. Варто згадати таких діячів, як Семюел Пепіс і Чарльз Діккенс. Перший з них у своїх мемуарах описує велику пожежу в Лондоні, яка невблаганно наближалася в бік свого будинку. Автор подає у своїх спогадах особисту реакцію на ситуацію (має проблеми із засипанням). З іншого боку, Чарльз Діккенс описує залізничну катастрофу у своїй книзі: яку він пережив у 1865 році. Читаючи його щоденники, можна зробити висновок, що він пережив травму, пов'язану з подорожжю потягом, а також все частіше знаходимо згадки про минулу катастрофу, що може свідчити про розвиток травматичних психічних розладів автора [91].

В літературі ми можемо знайти описи розладних станів, що свідчать про наявність психологічних проблем сотні чи навіть тисячі років тому. Більш глибокий інтерес до цієї теми виник менше трьох століть тому. У 19 столітті вони з'явилися перші дискусії про травматичні неврози. Під час досліджень було помічено зв'язок між травмою та психічним захворюванням у

французькій лікарні Сальпетрієр. У цей період деякі вчені вважали, що психологічна травма є наслідком молекулярних змін у мозку, про що говорить Оппенгейм, а Пейдж стверджував тезу про те, що вони тісно пов'язані з тривогою, яка з'являється після переживання травматичної події [91].

Пірге Жанет була однією з перших авторів, яка представила поняття «травма» та лікування її наслідків. Вона вважала, що центральною проблемою цих розладів є нездатність інтегрувати травматичні спогади. Коли люди зазнають насильства, їхній розум не в змозі вписати жахливі переживання в існуючі когнітивні моделі. В результаті вони залишаються відокремлені, відмежовані від існуючих когнітивних патернів і не підлягають вольовому контролю [84]. Тобто, після травматичної події людина не може інтегрувати травматичні спогади з їх поточним схематичним мисленням.

Англійський хірург Джон Еріксен почав дослідження на людях які пережили залізничні аварії. Хірург посилався на теорії «спінального шоку», які були строго пов'язані з молекулярними порушення нервової системи, що призводять до психічних розладів. Завдяки сучасній медицині ми вже знаємо, що зв'язок психічної травми зі спінальним шоком - річ абстрактна. Спінальний шок є окремим захворюванням, яке зустрічається в невідкладній медичній допомозі. Це наслідок функціональних розладів вегетативної нервової системи, що призводить до розладів, пов'язані з напругою стінок кровоносних судин і серцевим викидом. Характерним симптомом спінального шоку є депресія, артеріальний тиск, повільне серцебиття, яке спочатку залишається нормокардичним, і шкіра з нормальною температурою та кольором. У здорової людини артеріальний тиск залишається на нормальному рівні завдяки контрольованому вивільненню катехоламінів (адреналіну та норадреналіну) із мозкової речовини надниркових залоз [19].

Інший науковець, який намагається знайти основу психічної хвороби – З. Фройд. Дослідник припускав, що «травма виникає, коли висока інтенсивність подразників надмірно стимулює психіку, порушуючи захисний бар'єр. Він намагався довести, що кожен має свій власний суворий

специфічний стимуляційний бар'єр, який посилюється з появою небезпеки, яка зменшує потік подразників, що несуть інформацію та енергію, захищаючи людину від надмірного перевантаження [19].

Варто також згадати психоаналітичну концепцію травми та посттравматичного стану. Бретта, який описує три способи визначення травми, вперше дає модель для створення симптомів, які виникають при пожвавленні конфліктів. Під впливом фрустрації відбувається регресія, точка фіксації початкового конфлікту. Тому поточні симптоми стають відображенням почуттів і захисту, які діяли в нас ранній період дитинства. Триваюча фрустрація досить сильний основний фактор, що визначає патологію. Ось чому основною терапією в такій ситуації є лікування раннього дитячого конфлікту [3].

Психоаналітична концепція, представлена А. Кардінером, дозволяє поглянути на проблему травми з абсолютно іншої точки зору. Він вважав, що механізм розвитку хвороби характер і тип події, що відбувається, а не окремі обставини. Він також стверджував, що ряд психічних змін відбуваються лише після закінчення травматичної події. Таку ж позицію він займає по відношенню до посттравматичного синдрому, який не може бути строго пов'язаний з раніше виниклими симптомами і безпосередньо пов'язаний з виниклим стресором [80].

Т. Гінкер і Дж. Шпігель у своїй книзі під назвою «Чоловіки під стресом» описували як досвід, так і реакції солдат війни, передуючи цьому опису глибоким психоаналізом. На думку авторів, клінічний опис невротичних реакцій на сильний бойовий стрес включає багато психологічних і психосоматичних симптомів і дезадаптивну поведінку. Найпоширеніші симптоми включають: нервозність, дратівливість та агресивну поведінку, втома після пробудження та млявість, труднощі із засипанням, суб'єктивну тривогу, легку втому, реакцію здивування, депресію, розлади особистості та пам'яті, тремор і симптоми гіперактивності нервової системи, труднощі з

концентрацією, відчуття втраченості та збільшення споживання алкоголю [78].

Інша група, яка мала контакт із сильним стресом, пов'язаним з виникненням психічних розладів, - це в'язні нацистських концтаборів. Для цієї групи людей були створені такі терміни, як посттабірна астения, прогресуюча астения або KZ-синдром, який асоціювався з нездатністю адаптуватися до решти суспільства. Післятабірна астения характеризувалася насамперед: передчасне та швидке старіння, втрата ваги і судинні розлади. З психічних розладів спостерігається депресія, розлади сну і травної системи, потовиділення і труднощі адаптації, нервова астения і психічні захворювання та дистимія зі зниженням власної значущості [19].

Вищезазначені концепції були попередниками сучасних теорій, які передусім говорять про дисоціативні наслідки. Як Міжнародна організація охорони здоров'я, так і Американська психіатрична асоціація у своїх класифікаціях виділяють низку розладів, що виникають після пережитої травматичної події. Протягом сотень років було розроблено багато теорій про реакцію людини на травматичні події. Ці події викликають низку наслідків у психіці людини, тому серед теоретичних підходів до психічних розладів людини можна виділити ряд негативних реакції організму людини. До них належать: невротичні розлади, розлади особистості, розлади поведінки та розлади настрою [69].

Діагностика психологічної травми є дуже важливою важкою діяльністю. Це пов'язано з необхідністю розпізнавати психічні стани інших людей, що передбачає суб'єктивну оцінку особи, яка ставить діагноз пацієнту, спостереження за особою з діагнозом, опис його чи її переживань і думки тих, хто в нього або її найближче оточення. Симптоми, які часто проявляються, неоднозначні. Спочатку психічні розлади описуються як набори симптомів, які діагностуються як специфічне психічне захворювання лише тоді, коли певні симптоми посилюються або виникають разом з іншими специфічними розладами поведінки [49].

Після травматичної події кожна людина реагує на цю ситуацію певним чином і має боронний характер. Ця реакція призначена для виживання та захисту життя. Спочатку виникає відчуття нереальності події і заперечуючи це є прогалини в пам'яті, осмислених дій небагато, а потім приходить до усвідомлення того, що ця подія дійсно відбулася, що запускає захисні механізми, до яких відносяться: збої в часі, придушення больових відчуттів, загострення або поглиблення сенсорних відчуттів, дисоціація (ізоляція емоцій, відчуття буття поза тіла), мислення стає холодним, логічним і емоційним. Також може проявлятися так звані стратегії виживання: прагнення зберегти мир будь-якою ціною шляхом повторення слів молитви, мови або мовчання, крику або плачу [49].

Гострий стресовий розлад зазвичай з'являється через два дні і триває до чотирьох тижнів. Гострий посттравматичний стресовий розлад триває від одного до 3 місяців, тоді як ситуація, коли він не вщухає через три місяці, називають хронічним посттравматичним стресовим розладом [32].

Посттравматичні стресові розлади з'являються через півроку після події, такі розлади називають відстроченим посттравматичним стресовим розладом. Крім цих реакцій, можна також виділити фобії, генералізовані або панічний розлад, маніакальні та obsесивно-компульсивні розлади, нездатність контролювати емоції, спроби суїциду, імпульсивна та ризикована поведінка, соматичні скарги, нездатність довіряти іншим, схильність завдавати шкоди іншим або знову ставати жертвою насильства. Можуть також з'явитися вторинні симптоми, такі як: аутоагресивна поведінка, цинізм, залучення інших до дискусій або провокування суперечок, відсторонення від людей через зростаючий гнів, втрата надії, відчуття самотності, ізоляції та відчуття втрати ідентичності [36].

Травматичні події також пов'язані з втратою почуття безпеки відсутністю контролю над власним життям, втратою самоповаги, довіри до людей або справедливості і віри у власні сили. Відчуття соціальної підтримки зменшується, а соціальні зв'язки слабшають. Крім виникаючих психічних

розладів, виникає часто поганий настрій і смуток, які є реакцією на багатовимірний і тривалий стрес, тут ми також маємо справу з тривогою, депресією та фізичними розладами. До останніх належать: зловживання алкоголем, наркотиками, сигаретами або психоактивними речовинами, розлади сну [75].

Вчені виявили, що люди, які страждають від серйозних наслідків травми, таких як розвиток посттравматичного стресового розладу, мають вищий ризик розвитку аутоімунних захворювань, серцево-судинних захворювань, інфекцій, що загрожують життю, і нейродегенеративних захворювань. Дослідження показують, що розлади, пов'язані з травмою, тісно пов'язані з серйозними соматичними захворюваннями, значною мірою незалежними від генетичних факторів або впливу навколишнього середовища на ранній стадії розвитку [36].

О. Л. Туриніна відзначає, що студенти з наявністю посттравматичного стресового розладу або його окремих симптомів виявлено у групі студентів, які приїхали з зони проведення бойових дій; відзначається велика виразність емоційних та поведінкових наслідків травматичних подій; виявлені несприятливі емоційні та поведінкові наслідки пережитих травматичних подій пов'язані з темою війни; студенти з ознаками посттравматичного стресу характеризуються нижчою життєстійкістю, залученістю та переконаністю у своїй цінності порівняно зі студентами без ПТСР [60].

Постановка діагнозу психічних розладів базується на ряді психологічних досліджень, до яких належать фізичне обстеження, клінічне інтерв'ю, спостереження за суб'єктом, анкетування та психологічні тести.

Таким чином, переживання травматичних подій, безсумнівно, створює ризик розвитку патологічних реакцій і погіршення психічного здоров'я. Протягом сотень років було розроблено багато теорій про реакцію людини на травматичні події. Ці події викликають низку наслідків у психіці людини, тому серед теоретичних підходів до психічних розладів людини можна виділити ряд негативних реакції організму людини. До них належать: невротичні розлади,

розлади особистості, розлади поведінки та розлади настрою. Крім виникаючих психічних розладів, виникають фізичні розлади: зловживання алкоголем, наркотиками, сигаретами або психоактивними речовинами, розлади сну.

Постановка діагнозу психічних розладів базується на ряді психологічних досліджень, до яких належать фізичне обстеження, клінічне інтерв'ю, спостереження за суб'єктом, анкетування та психологічні тести.

1.3. Критерії психічного здоров'я та методи його оцінки у контексті травматичного досвіду

Неможливо встановити універсальні стандарти психічного здоров'я. Необхідно враховувати історичний період, соціально-політичні умови, соціальну групу, еволюційні етапи. Порухення норм суспільного життя (незвичайна поведінка, злочини) не свідчить про психічне захворювання. Відхиленням від психічної норми може бути також недорозвинення або неприйнятна форма поведінки. Беручи до уваги інтелект і емоційне життя, нормою можна вважати розвиток інтелекту, що дозволяє адаптуватися до мінливих умов життя та розвиток морально-етичних, гуманітарних і родинних почуттів, а також соціальні зв'язки, які дають змогу гармонійно реалізувати власні потреби та цілі з іншими людьми та соціальним життям.

Визначення психічного здоров'я важко сформулювати чітко й універсально, оскільки його можна розглядати в різних аспектах. Найважливіші концепції психічного здоров'я представлені таким чином:

1) психічне здоров'я – це стан повного фізичного та психічного благополуччя, а не лише відсутність захворювання чи інвалідності (за даними ВООЗ). Це визначення не визначає психічне здоров'я комплексно, оскільки не враховує фактор розвитку. Благополуччя, у свою чергу, виключає те, що притаманне життю кожного людськi явища, такі як внутрішні конфлікти, страждання, важкі досвід;

2) психічне здоров'я – це: рівень психофізичного розвитку людини, що дозволяє їй переслідувати власні цілі та потреби в гармонії з іншими людьми;

3) психічне здоров'я – це: діяльність центральної нервової системи, яка досягла такого рівня еволюції, що дозволяє вільно, свідомо контролювати поведінку, внаслідок чого діяльність людини дозволяє їй оптимально адаптуватися, не порушуючи норм соціального життя, і передбачати майбутнє на основі минулого досвіду. З цього визначення випливає, що психічне здоров'я можна розглядати у зв'язку з рівнем індивідуального розвитку (критерії будуть іншими для 10-річної дитини, іншими для 40-річної особи) і у зв'язку з нормами групового життя;

4) психічне здоров'я – це: здатність розвиватися в напрямку всебічності розуміння, переживання, відкриття та створення все більш високої ієрархії реальності і цінності, аж до конкретного індивідуального і соціального ідеалу [53].

Сучасна психологія визначає психічне здоров'я як зрілу, добре пристосовану та оптимально функціонуючу особистість. Психічно здорова людина добре пристосована до навколишнього середовища. Вона реалістично ставиться до своїх проблем, усвідомлює свої недоліки, а також недосконалість оточуючих людей [53].

Показниками психічного здоров'я вважаються емоційні та особистісні властивості, які дозволяють справлятися з життєвими труднощами і запобігати психічним зривам при їх зустрічі. До них належать психосоціальні здібності та навички, які забезпечують оптимальне функціонування в особистому житті, роботі та соціальних стосунках. Тут важливі індивідуальні ресурси, ефективні стратегії та навички подолання стресу. Умовою збереження доброго психічного здоров'я є здатність задовольняти правильно сформовані потреби та виконувати життєві завдання відповідно до віку та етапів розвитку [11].

Як інструмент діагностики психічного здоров'я можна виділити такі критерії:

1) загальні – визначають ставлення людини до дійсності та світу,

- 2) егоцентричні – визначають ставлення людини до себе,
- 3) соціальні – визначають відношення людини до суспільства, соціального життя та спільнот,
- 4) етичні – визначають моральний рівень людини [64].

Психічне захворювання - це розлад центральної нервової системи, внаслідок чого виникають психопатологічні симптоми, що порушують будь-який свідомий контроль поведінки, утруднюють або унеможлиблюють адаптацію до існуючих умов. У припущеннях сучасної психіатрії:

- 1) жодна людина не є повністю психічно здоровою, і жоден психіатричний пацієнт не є психічно хворим у всіх сферах свого функціонування;
- 2) хронізація психічної хвороби не означає, що вона невиліковна;
- 3) хронічно хвора людина є умовно здоровою через психічну хворобу, де спостерігаються численні коливання, як позитивні, так і негативні [64].

Загальновідомо, що стрес порушує емоційну рівновагу та становить загрозу для психічного здоров'я. Біологічні та психосоціальні теорії щодо причин психічних розладів підкреслюють важливість стресу як фактора, що активує біологічну схильність до розвитку, наприклад, депресивних або шизофренічних розладів. Зменшити кількість стресових ситуацій неможливо, вони всюдишні і неминучі. Однак сучасні моделі стресу підкреслюють, що ми не зовсім беззахисні перед ним. Ми можемо вплинути на це, оскільки у нас є захисні буфери, які пом'якшують силу стресової події. Ми захищені більш ефективними стратегіями подолання стресу, розвитку потенціалу здоров'я та імунних ресурсів. Здатність розвивати та використовувати імунні ресурси, наприклад, відчуття злагодженості, адаптаційні навички - гнучкість, динамічна здатність реагувати на мінливі життєві вимоги, впливає на ефективність подолання емоційно складних ситуацій та змінює вплив стресу на здоров'я [9].

Результатом пошуку причин психічного здоров'я, а не хвороби, є визначення психосоціальних предикторів здоров'я. До них належать, серед іншого:

- 1) високий рівень самооцінки;
- 2) оптимізм;
- 3) самоприйняття, позитивне ставлення до себе. Усвідомлення власних позитивних і негативних характеристик;
- 4) потреба досягнень і впливу на власне життя;
- 5) вміння розпізнавати власні потреби;
- 6) здатність задовольняти власні потреби;
- 7) уміння розпізнавати власні можливості та обмеження;
- 8) уміння ефективно вирішувати життєві завдання;
- 9) вміння ефективно спілкуватися;
- 10) позитивні стосунки з іншими. Здатність встановлювати та підтримувати стосунки з іншими. Здатність відчувати задоволення від близького спілкування з іншими;
- 11) уміння виражати емоції та справлятися з ними;
- 12) здатність до емоційного самоконтролю;
- 13) уміння знижувати рівень емоційної напруги. Оптимальні схеми емоційного реагування.
- 14) здатність адаптуватися до ролей і умов життя;
- 15) наполегливість – уміння захищати власні права, поважаючи права інших.
- 16) відчуття автономності – здатність самостійно приймати рішення, автономно мислити та задовольняти власні потреби.
- 17) самоефективність;
- 18) почуття компетентності.
- 19) здатність до особистісного розвитку та використання власного потенціалу та здібностей;

20) система цінностей – усвідомлення власної ієрархії цінностей – постановка життєвих цілей і шляхів їх досягнення [Кісіль].

До несприятливих властивостей відносяться:

- 1) почуття меншої гідності;
- 2) відсутність здатності справлятися з життєвими завданнями;
- 3) відсутність вміння відстоювати власні права;
- 4) почуття соціальної відчуженості;
- 5) відсутність вміння встановлювати міжособистісні контакти;
- 6) надмірний тягар відповідальності [25].

Психічне здоров'я та психосоціальні проблеми в кризових ситуаціях тісно пов'язані один з одним, але можуть бути соціальними або психологічними. До важливих соціальних проблем належать ті проблеми, що викликані кризовою ситуацією (наприклад, розлука сім'ї, розрив соціальних зв'язків, руйнування соціальних структур, зростання насильства або вимушена міграція). До проблем психологічного характеру відносяться попередні проблеми (наприклад, серйозні психічні розлади, зловживання алкоголем); проблеми, викликані травматичною подією (наприклад, хронічний стрес, депресія та тривожні розлади, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [25].

Залежно від характеру події, певні групи людей є особливо вразливими до психологічних проблем. Хоча багато ключових форм підтримки мають бути широко доступними для постраждалого населення, зокрема, забезпечення відповідної підтримки для тих, хто входить до груп ризику, яких необхідно виявити для кожної конкретної події. Нижче перераховані групи людей, які мають підвищений ризик до різних проблеми в кризових ситуаціях:

- 1) жінки – вагітні жінки, матері, одинокі матері, вдови;
- 2) чоловіки – колишні учасники бойових дій, безробітні чоловіки, які втратили кошти, молоді люди, яким загрожує вимушена мобілізація і ін.;

3) діти та молодь – діти, включаючи дітей-сиріт, діти, завербованих і експлуатованих силами або групами збройних сил, діти, які виконують небезпечну роботу, діти, які живуть або працюють на вулиці;

4) літні люди – особливо, коли вони втратили членів сім'ї, які були поруч з ними;

5) люди, які зазнали надзвичайно стресових подій/травм – люди, які втратили близьких родичів або все своє майно, жертви зґвалтування та тортури, свідки звірств тощо;

6) люди, які особливо схильні до порушень прав людини – політичні активісти, етнічні або мовні меншини, особи, які раніше зазнавали порушень прав людини [48].

Травматичні події та кризові ситуації викликають низку проблем, які виникають на рівні особи, сім'ї, громади та суспільство. На всіх цих рівнях події послаблюють стандартні захисні механізми, посилюють ризик виникнення різних проблем і, як правило, посилення існуючих раніше проблеми. Травматичні події мають довгострокові наслідки і впливають як на структури мозку, так і на психічне і фізичне здоров'я людини. Проте можна нівелювати негативні наслідки за допомогою стимулювання захисних відносин. Тому більшість утручань щодо зменшення наслідків несприятливих умов для осіб має бути спрямована на людей, які оточують таких осіб. Згідно з В.В. Левченко, взаємодія значущих людей із особами, які зазнали травматичних подій війни, передбачає: підтримку та захист людей, допомогу розуміти події та власні переживання цих подій, побудову нових захисних стосунків [32].

Таким чином, найважливіші концепції психічного здоров'я представлені таким чином: 1) психічне здоров'я – це стан повного фізичного та психічного благополуччя, а не лише відсутність захворювання чи інвалідності; 2) психічне здоров'я – рівень психофізичного розвитку людини, що дозволяє їй переслідувати власні цілі та потреби в гармонії з іншими людьми; 3) психічне здоров'я – це: діяльність центральної нервової системи, яка досягла такого

рівня еволюції, що дозволяє вільно, свідомо контролювати поведінку, внаслідок чого діяльність людини дозволяє їй оптимально адаптуватися, не порушуючи норм соціального життя, і передбачати майбутнє на основі минулого досвіду; психічне здоров'я – це: здатність розвиватися в напрямку всебічності розуміння, переживання, відкриття та створення все більш високої ієрархії реальності і цінності, аж до конкретного індивідуального і соціального ідеалу.

Критеріями психічного здоров'я є: емоційні та особистісні властивості, які дозволяють справлятися з життєвими труднощами і запобігати психічним зривам при їх зустрічі (психосоціальні здібності та навички, індивідуальні ресурси, ефективні стратегії та навички подолання стресу). Умовою збереження доброго психічного здоров'я є здатність задовольняти правильно сформовані потреби та виконувати життєві завдання відповідно до віку та етапів розвитку.

Психічне здоров'я та психосоціальні проблеми в кризових ситуаціях тісно пов'язані один з одним, але можуть бути соціальними або психологічними. До важливих соціальних проблем належать ті проблеми, що викликані кризовою ситуацією (наприклад, розлука сім'ї, розрив соціальних зв'язків, руйнування соціальних структур, зростання насильства або вимушена міграція). До проблем психологічного характеру відносяться попередні проблеми (наприклад, серйозні психічні розлади, зловживання алкоголем); проблеми, викликані травматичною подією (наприклад, хронічний стрес, депресія та тривожні розлади, включаючи посттравматичний стресовий розлад. Травматичні події та кризові ситуації викликають низку проблем, які виникають на рівні особи, сім'ї, громади та суспільство. На всіх цих рівнях події послаблюють стандартні захисні механізми, посилюють ризик виникнення різних проблем і, як правило, посилення існуючих раніше проблеми.

1.4. Дослідження розладів сну як наслідків травматичного досвіду.

Сон - це добре організована фізіологічна діяльність організму, а її компоненти мають певний порядок. Безперервний перебіг сну у здорової людини складається з чергування фаз сну з швидкими рухами очей (REM) і фаз сну без цих рухів (non-rapideyemovement - NREM). Сон ділиться на 80-120-хвилинні цикли, причому в межах одного циклу NREM-сон поділяється на стадії I і II - легкий сон, і стадію III - глибокий сон. Один цикл сну закінчується однією стадією REM. NREM-сон був розділений на три стадії на основі різних хвиль, які генерує мозок сплячої людини. III стадія NREM-сну характеризується найбільшими та найповільнішими дельта-хвилями мозку та високою глибиною сну. I і II стадії супроводжуються легким, поверхневим сном, який домінує більшу частину ночі [89].

Через постійну тривогу та втому, пов'язану з нинішньою ситуацією, під час війни порушуються елементарні правила гігієни сну. Порушується основний ритм сну. Нестача нічного сну призводить до появи шкідливих звичок, наприклад, нічних перекусів, що, у свою чергу, може призвести до збільшення ваги, шлункового рефлюксу та погіршення безсоння. Нестача сну може мати багато наслідків для здоров'я, від депресії до високого кров'яного тиску до високого ризику серцевого нападу чи інсульту. У цьому замкнутому колі безсоння є додаткові наслідки віддаленої роботи – стирання кордонів між активністю та відпочинком, відсутність доступу до здорової поведінки, фізичних вправ і соціальних стосунків. Неможливість заснути пов'язана з панічним страхом, що під час сну станеться щось жахливе.

Під час війни порушення сну виникають і у людей, які не приймають участь в війні, але стикаються з його соціальними наслідками. Відсутність відчуття інформаційної, організаційної та медичної безпеки посилює тривожно-депресивні симптоми у сфері гострої стресової реакції, розладу адаптації та комплексного посттравматичного стресового розладу. Медійний потік страхітливої та часто суперечливої інформації про загрозу, відсутність чітких і точних повідомлень щодо ситуації в країні, екзистенційної

невпевненості та відчуття економічної загрози, пов'язаної з секторами економіки, переживання раптової та несподіваної смерті близьких – усе це викликає відчуття загрози, безпорадності, поганий настрій і депресію. Спектр депресивних розладів включає розлади сну, особливо безсоння.

Серйозною проблемою під час війни стали порушення сну серед підлітків і молоді. Закриття шкіл, вимушений виїзд в інші міста, перехід на дистанційну систему навчання, майже постійне перебування вдома, позбавлення їх можливості спілкуватися з однолітками та фізичної активності – окрім низки емоційних розладів, призводить до порушення гігієни сну. Спостерігається, що активність у соціальних мережах у цій вікових групах зміщується до пізньої ночі. Дистанційне навчання та соціальне спілкування за допомогою світловипромінюючих мультимедійних пристроїв порушує фізіологічний режим сну, тривалість сну скорочується. Підвищена вечірня активність супроводжується прийомом продуктів, що містять кофеїн та інші психостимулятори. Затримка засинання в цій групі супроводжується затримкою ранкового пробудження на 3-4 години, засипанням під час дистанційного навчання та дрімотою вдень. Існує серйозний ризик того, що порушення гігієни сну внаслідок війни у молоді можуть перерости в хронічну форму порушення сну [42].

Розлади сну є неоднорідною категорією, яка включає як окремі симптоми, так і їх синдроми. Безсоння, яке є основним розладом сну, клінічно описується як труднощі із засипанням, збереженням сну та раннім пробудженням. Безсоння - це стан, етіологія якого до кінця не вивчена. Можна говорити про генетичну схильність до прояву симптомів і важливу роль стресів і життєвих подій. Безсоння може бути спричинено раптовими перепадами настрою та може бути результатом прийому ліків. Патогенетична модель включає також попереднє виникнення соматичних і неврологічних захворювань, хронічних больових синдромів, розладів дихання та рухових розладів [83].

Безумовно, велике значення має застосування лікарських засобів: кортикостероїдів, бронхолітичних засобів (агоністів β -рецепторів) або агоністів дофаміну, а також психоактивних речовин: алкоголю, кофеїну, нікотину, теофіліну [83].

Останнім часом все частіше з'являються повідомлення про те, що неправильне застосування антидепресантів, особливо селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (SNRI) та інші атипіві інгібітори, можуть сприяти безсонню. Також звертається увага на можливий ятрогенний ефект антидепресантів та їх негативний вплив на архітектуру сну, що при біполярному розладі (БР) може проявлятися раптовим переходом до манії. З клінічної практики відомо, що важливе значення має і час призначення цих препаратів протягом доби [86].

Одночасне виникнення безсоння з депресією є одним із прикладів коморбідності, але, незважаючи на значну проблему, яку безсоння створює в картині депресії, воно діагностується не у всіх пацієнтів. Зазвичай припускають діагноз депресивний епізод і ігнорують діагноз безсоння. Причина в тому, що розлади сну розглядаються як явний симптом депресії, а безсоння як окреме захворювання не діагностується. Коли було помічено, що в групі пацієнтів, які намагалися покінчити з собою або успішно реалізували цей намір, це часто відбувалося в дуже ранні години, звернули увагу на необхідність моніторингу якості сну в профілактиці суїциду [71].

Існує багато способів класифікації безсоння. Залежно від тривалості цього розладу розрізняють хронічне безсоння та безсоння, спричинене ситуаційними та стресовими факторами: випадкове безсоння (кілька днів) і короточасне безсоння (2–3 тижні). Хронічне безсоння триває не менше місяця і найчастіше повторюється після короточасного зникнення симптомів. До його причин відносяться: психічні розлади і хвороби, залежності (алкоголь, наркотики), а також так звані первинні розлади сну (синдром апное уві сні та синдром неспокійних ніг, періодичні рухи кінцівками, синдром уповільненої

фази сну, парадоксальна інсомнія, психофізіологічна інсомнія, порушення циркадного ритму) [91].

Класифікація Американської психіатричної асоціації розрізняє первинне безсоння, яке не має встановленої причини, триває до 1 місяця за відсутності інших симптомів, які можуть свідчити про наявність супутніх захворювань, і вторинне безсоння, спричинене іншими психічними чи загальними медичними розладами або вживання психоактивних речовин. Якщо лікування первинної інсомнії пов'язане з покращенням якості сну та усуненням його наслідків, то лікування вторинної інсомнії потребує розробки більш широкого терапевтичного плану після визначення комплексу її причин. У діагностиці безсоння велике практичне значення має Міжнародна класифікація розладів сну (ICSD-2) та інші симптоматичні класифікації безсоння. Кожен із цих підрозділів безсоння намагається посилатися на його причини. Класифікація ICSD-2, описуючи діагностичні критерії безсоння, виділяє супутні клінічні симптоми, характерні для скарг пацієнтів, які лікуються не стільки з приводу розладів сну, скільки з приводу депресії. Можна сказати, що симптоми, які вписуються в критерії діагностики безсоння, складають спектр симптомів депресії [70].

Відповідно до діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації розладів сну та дослідницьких діагностичних критеріїв, безсоння може бути діагностовано при:

- 1) труднощі із засипанням і/або збереженням сну;
- 2) пробудження занадто рано
- 3) сон не дає відпочинку [37].

Ці симптоми повинні виникати, незважаючи на відповідні можливості та обставини, що сприяють засипанню. Крім того, повинен бути присутнім хоча б один із симптомів порушення працездатності протягом дня:

- 1) втома або загальне нездужання;
- 2) порушення уваги, концентрації або пам'яті;
- 3) соціальні або професійні розлади або низька успішність;

- 4) розлади настрою або дратівливість;
- 5) денна сонливість;
- 6) зниження мотивації, енергії або ініціативи;
- 7) схильність робити помилки або нещасні випадки на роботі або під час водіння автомобіля;
- 8) емоційна напруга, головні болі або шлунково-кишкові симптоми через відсутність сну, страхи та занепокоєння щодо проблем, пов'язаних зі сном [37].

Діагностичні критерії безсоння згідно з DSM-IV (класифікація психічних розладів Американської психіатричної асоціації) включають: наявність скарг на: труднощі з засипанням, проблеми з підтримкою сну або сон, що не приносить відпочинку, симптоми тривають щонайменше місяць, викликають клінічно значні страждання або труднощі в соціальній, професійній діяльності чи інших важливих сферах життя [70].

В якості основного діагнозу необхідно виключити інші розлади сну. Тут слід згадати:

- 1) синдром обструктивного апное (посилення хропіння, порушення дихання уві сні);
- 2) синдром періодичних рухів нижніх кінцівок під час сну і синдром неспокійних ніг (відчуття тремтіння або напруги і тривоги в ногах з бажанням поворухнути ними, пробудження через різкі рухи ніг),
- 3) нарколепсія (раптові та несподівані епізоди засинання протягом дня, раптові падіння або раптова дуже сильна м'язова слабкість, викликана емоціями, наприклад сміхом);
- 4) порушення циркадного ритму сну (сам по собі сон нормальний, але регулярно виникає в «невідповідний час»);
- 5) парасомнії (аномальна поведінка виникає під час сну, що викликає тривогу у пацієнта/близьких або є загрозливою) [52].

Також необхідно виключити соматичні розлади (наприклад, біль, захворювання серця або легенів), неврологічні розлади (наприклад, хвороба

Паркінсона або цереброваскулярні захворювання) або психіатричні розлади (наприклад, депресія, тривожні розлади або зловживання психоактивними речовинами), які можуть бути причиною безсоння [52].

Початок безсоння зазвичай пов'язаний із певною проблемою, такою як травматична подія (наприклад, втрата роботи чи сімейна криза) або щось, що змінює звички до сну. У деяких людей ця гостра форма безсоння переходить в хронічну. Фактори, які можуть сприяти стійкості безсоння, включають занепокоєння щодо сну, погані звички до сну та вразливість до розладів регуляції сну. Стійкість стресора, який викликав безсоння, також може бути важливою. Іноді безсоння може бути наслідком інших психічних розладів (особливо тривожно-депресивних розладів) або може виникати разом із ними та соматичними захворюваннями (наприклад, злоякісними пухлинами, артритом). Вважається, що майже половина випадків безсоння пов'язана з психічними розладами [50].

Психологічні фактори є однією з найпоширеніших причин проблем зі сном. Безсоння може бути викликано депресією, тривогою і надмірним стресом. У багатьох випадках фактором, що викликає безсоння, є стресова подія. Коли безсоння виникає як самостійний розлад, воно називається первинним безсонням [50].

Для багатьох пацієнтів, які страждають від депресії, помічено, що безсоння часто є одним із перших симптомів цього розладу. Тоді ми говоримо про вторинне безсоння. Труднощі зі сном також можуть виникати як побічний ефект деяких психотропних препаратів, включаючи антидепресанти [6].

Відносно нове явище, яке слід віднести до психологічних причин безсоння, - це ортосомнія. Цей розлад сну вражає все більше людей. Це нещодавно виявлений феномен описується як нав'язлива гонитва за ідеальним сном. Багато людей, які відчують проблеми зі сном, починають приділяти занадто багато уваги оптимізації свого сну, відстежуючи дані та результати, зібрані з різних програм і пристроїв для моніторингу сну. Будь-яке, навіть найменше, відхилення від очікуваного результату може спровокувати стан

тривоги і, як це не парадоксально, замість покращення якості сну викликає та/або поглиблює розлади сну. Наприклад, людина, яка бореться з ортосомнією і записала 7 годин 15 хвилин сну, може бути стурбована тим, що не досягла «ідеальних» 8 годин сну. Вона може почати шукати симптоми безсоння. У результаті вона буде прагнути досягти 8 годин сну щоночі, тому що тільки після цього часу вона почуватиметься повністю комфортно [66].

Нездоровий спосіб життя також може сприяти безсонню. Під час прийому психоактивних речовин може бути важко заснути (особливо вдень і ввечері). Крім того, погані звички до сну, такі як нерегулярне пробудження та сон, можуть порушити наш біологічний годинник. Безсоння може бути викликане соматичними захворюваннями, такими як астма, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, захворювання щитовидної залози, захворювання серця, діабет і неврологічні захворювання (наприклад, хвороба Паркінсона та Альцгеймера). Крім того, деякі ліки, які використовуються для лікування цих розладів, можуть впливати на якість сну [50].

Іншою поширеною причиною труднощів зі сном і безсоння є синдром неспокійних ніг і апное сну. Синдром неспокійних ніг викликає неприємні відчуття в ногах, які посилюються вночі, через що важко заснути. Апное уві сні, з іншого боку, є розладом, при якому пацієнт проходить через епізоди пауз у диханні під час сну, що часто призводить до раптових повторних пробуджень протягом ночі, неоптимальної якості сну та відчуття недосипання/втоми під час сну [57].

Дослідження Форда і Камероу з 1989 року виявили, що безсоння, яке триває 2 тижні у молодій та здорової людини, є фактором ризику розвитку великої депресії в наступні 3 роки [74].

При депресії порушується безперервність і глибина сну. Його тривалість скорочується, кількість пробуджень збільшується, а пробудження настає дуже рано. Глибокий сон переходить від циклу I до II, і в той же час NREM стадії III скорочується. Це змушує пацієнтів скаржитися на поверхневий, активний сон, який не забезпечує відпочинку і якому передують тривалі, приблизно одну

годину, очікування. Сни виникають у фазі швидкого сну. Під час депресії змінюється режим швидкого сну. Латентність швидкого сну, тобто період від засинання до появи першого швидкого сну, скорочується, а загальний час сну зменшується. Зміна режиму REM супроводжується кошмарами, через які ви відчуваєте втому та виснаження [89].

Тому, слід розібрати ще один із важких видів розладу сну в результаті травматичних подій – це появлення нічних кошмарів – розлад сну, що відноситься до парасомнії, який виникає під час швидкої фази сну і проявляється у вигляді інтенсивного, емоційного заспокоєння, лякаючих сновидінь і швидким пробудженням. Вивчення сутності нічних кошмарів вимагає комплексного підходу, включаючи аналіз сну, травми, а також спостереження за фізіологічними процесами. Ознаки кошмарів:

- 1) супроводження сну сильними страхами;
- 2) супроводження фізіологічними проявами, такі як підвищене серцебиття і потовиділення;
- 3) впливають на фізичне та психологічне благополуччя пацієнта, вимагають уваги та підтримки в лікуванні;
- 4) супроводжується криком, пітливістю, спантеличеністю;
- 5) відсутність спогадів про погані сни чи кошмари [44].

Ніхто не може точно визначити етіологію розладів. Але існує думка, що кошмарні розлади тісно пов'язані з хронічним або гострим стресом, а також з психічними розладами, такими як посттравматичний стресовий розлад, тривожний розлад, біполярний афективний розладом і депресією. Діагностика нічних кошмарів:

- 1) час, в який епізод відбувається під час сну
- 2) вік початку захворювання
- 3) частота і тривалість епізоду
- 4) опис епізоду, включаючи поведінку, емоції та думки під час та після події
- 5) реакція особи на зовнішні подразники під час епізоду

- 6) свідомість або усвідомленість особи в час, коли її пробудили від епізоду
- 7) тригери або провокуючі фактори
- 8) медичний, психіатричний та неврологічний анамнез
- 9) історія вживання ліків та психоактивних речовин
- 10) нічна полісомнографія, ЕЕГ за показами [35].

Порушення сну, особливо безсоння, є серйозною проблемою зі здоров'ям, яка потребує лікування. Перше завдання лікаря полягає не в тому, щоб почати медикаментозне лікування, а в тому, щоб навчити пацієнта можливостям впливу на правильну гігієну сну та зміну звичок і способу життя. Ретельні діагностичні дослідження допоможуть виявити супутні захворювання, одним із симптомів яких є порушення сну. Часто вирішення емоційних проблем і психологічно складних для пацієнта ситуацій значно покращує його сон. У сфері фармакологічних втручань більшість пацієнтів пробують свої власні шляхи вирішення, перш ніж звернутися до лікаря з проблемою безсоння. Часто це починається із вживання алкоголю та безрецептурних фармацевтичних препаратів, у тому числі рослинних препаратів. Однак їхня ефективність є випадковою і найчастіше надто слабкою, короткочасною, а також обтяженою шкідливими для здоров'я ефектами [52].

Таким чином, розлади сну є неоднорідною категорією, яка включає як окремі симптоми, так і їх синдроми. Психологічні фактори є однією з найпоширеніших причин проблем зі сном. Безсоння може бути викликано депресією, тривогою і надмірним стресом. У багатьох випадках фактором, що викликає безсоння, є стресова подія.

Існує багато способів класифікації безсоння. Залежно від тривалості цього розладу розрізняють хронічне безсоння та безсоння, спричинене ситуаційними та стресовими факторами: випадкове безсоння (кілька днів) і короткочасне безсоння (2–3 тижні). Хронічне безсоння триває не менше місяця. Також розрізняють такі види розладу сну: синдром обструктивного

апноє (посилення хропіння, порушення дихання уві сні); синдром періодичних рухів нижніх кінцівок під час сну і синдром неспокійних ніг (відчуття тремтіння або напруги і тривоги в ногах з бажанням поворухнути ними, пробудження через різкі рухи ніг); нарколепсія (раптові та несподівані епізоди засинання протягом дня, раптові падіння або раптова дуже сильна м'язова слабкість, викликана емоціями, наприклад сміхом); порушення циркадного ритму сну (сам по собі сон нормальний, але регулярно виникає в «невідповідний час»); парасомнії (аномальна поведінка виникає під час сну, що викликає тривогу у пацієнта/близьких або є загрозовою).

Висновки до розділу 1

1. Теоретичний аналіз поняття травматична подія та класифікація травматичних досвідів дозволив визначити травматичну подію як подію, що настає раптово та несподівано, пов'язана з загрозою життю чи тілесній недоторканності та за межами діапазону нормального життєвого досвіду. Виділяють два типи психологічної травми: тип І, пов'язаний з обмеженою в часі поодинокую подією (нещасний випадок, аварія, катастрофа тощо); тип ІІ, викликана тривалим або повторюваним впливом травматичної події (наси́льство, тортури, бойова обстановка тощо).

Серед сучасних українських дослідників, що досліджувати різні аспекти травми та травматичних подій можна відзначити О. Василюка (дослідження травматичної травми), Г. О. Діденко (вивчення етапів дослідження травматичних подій в психологічній науці), О. Л. Туріну дослідження основних рис травмуючої ситуації), А. О. Харченко (дослідження структури травматичного емоційного досвіду), Г. М. Грозову (дослідження

толерантності до невизначеності як чинника трансформації травматичного досвіду особистості) та ін.

2. Критеріями психічного здоров'я є: емоційні та особистісні властивості, які дозволяють справлятися з життєвими труднощами і запобігати психічним зривам при їх зустрічі (психосоціальні здібності та навички, індивідуальні ресурси, ефективні стратегії та навички подолання стресу). Умовою збереження доброго психічного здоров'я є здатність задовольняти правильно сформовані потреби та виконувати життєві завдання відповідно до віку та етапів розвитку. Травматичні події та кризові ситуації викликають низку проблем, які виникають на рівні особи, сім'ї, громади та суспільство. На всіх цих рівнях події послаблюють стандартні захисні механізми, посилюють ризик виникнення різних проблем і, як правило, посилення існуючих раніше проблеми.

3. Переживання травматичних подій, безсумнівно, створює ризик розвитку патологічних реакцій і погіршення психічного здоров'я. Ці події викликають низку наслідків у психіці людини, до яких належать: невротичні розлади, розлади особистості, розлади поведінки та розлади настрою. Крім виникаючих психічних розладів, виникають фізичні розлади: зловживання алкоголем, наркотиками, сигаретами або психоактивними речовинами, розлади сну.

4. Аналіз теоретичних досліджень дозволив визначити, що розлади сну є неоднорідною категорією, яка включає як окремі симптоми, так і їх синдроми. Психологічні фактори є однією з найпоширеніших причин проблем зі сном. Безсоння може бути викликано депресією, тривогою і надмірним стресом. У багатьох випадках фактором, що викликає безсоння, є стресова подія.

Існує багато способів класифікації розладу сну: синдром обструктивного апное (посилення хрипіння, порушення дихання уві сні); синдром періодичних рухів нижніх кінцівок під час сну і синдром неспокійних ніг (відчуття тремтіння або напруги і тривоги в ногах з бажанням поворухнути ними,

пробудження через різкі рухи ніг); нарколепсія (раптові та несподівані епізоди засинання протягом дня, раптові падіння або раптова дуже сильна м'язова слабкість, викликана емоціями, наприклад сміхом); порушення циркадного ритму сну (сам по собі сон нормальний, але регулярно виникає в «невідповідний час»); парасомнії (аномальна поведінка виникає під час сну, що викликає тривогу у пацієнта/близьких або є загрозовою).

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДІВ СНУ, ЯК НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

2.1 Організація емпіричного дослідження

Метою нашої роботи є вивчення впливу травматичного досвіду на психічне здоров'я та якість сну у осіб, які пережили травматичні події.

Для реалізації мети емпіричного дослідження необхідно розв'язати наступні завдання:

1. Провести дослідження показників психічного здоров'я особистості
2. Дослідити вплив травматичного досвіду особистості на її психічне здоров'я та розлади сну

3. Розробити рекомендації покращення психічного здоров'я особистості

В емпіричному дослідженні взяли участь студенти магістри психологи - 25 осіб і психологи, які отримують додаткову психологічну освіту (гештальт напрям) – 25 осіб. Всього у дослідженні прийняло участь 50 осіб. У нашому

дослідженні репрезентативність вибірки забезпечувалась наступними факторами:

1) кількісним складом ($n = 50$, що перевищує мінімальний поріг для отримання надійних даних $n \geq 50$);

2) якісним складом: віковий діапазон респондентів відповідає предмету дослідження;

3) розподіл респондентів за сферою діяльності розподілилися рівномірно: студенти-психологи і психологи, які отримують додаткову психологічну освіту (рис.1).

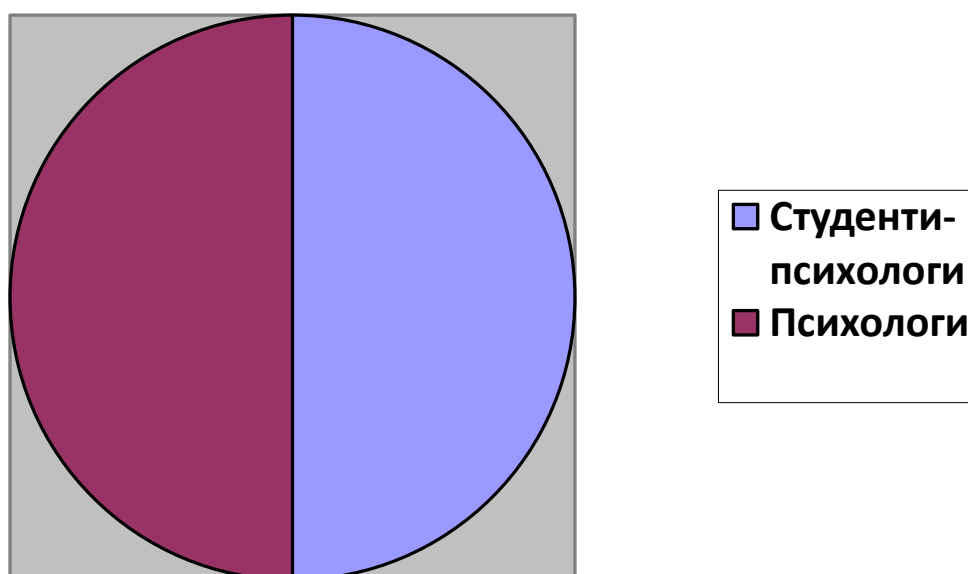


Рис. 1. Розподіл респондентів за сферою діяльності

Емпіричне дослідження було здійснено за допомогою психодіагностичного блоку, до якого увійшли надійні та валідні методики, а саме: для вивчення індивідуально-типологічних особливостей використовувався «Особистісний опитувальник Айзенка» ЕРІ; для визначення показників психічного здоров'я використовувалась «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я); для оцінки показників якості сну використовувалися «Тест для сну» (PSQI).

2.2. Методи діагностики та оцінки психічного здоров'я та якості сну у постраждалих

Психодіагностика дає можливість встановити рівень розвитку психічних процесів, властивостей та станів особистості, а також ступінь їх відхилення від норми у людей певного віку та в осіб, які займаються певною професією. Основним засобом, застосовуваним у практичній психології на вирішення цих завдань, є тести.

Тести є набором стандартизованих, вивіrenих випробувань, результати яких певним чином інтерпретуються. Залежно від того, які властивості особистості вивчаються, застосовується та відповідний набір тестів.

Психічні властивості - це клас найбільш стійких психічних явищ, які зберігаються протягом життя, майже незмінні в часі і визначають способи взаємодії індивіда зі світом. Як правило, до них відносяться особистісні властивості, уявлення особистості про себе (самосвідомість) і міжособистісні відносини [30].

Зміст інтерпретацій і конкретних методик, які психодіагностики застосовують в своїй роботі, безпосередньо залежить від того, який методологічний позиції, яких методологічних принципів вони дотримуються. Можна виділити чотири базові підходи до психодіагностики особистості: типологічний; психодинамічний; блоковий; інтерактивний [16].

Типологічний підхід до діагностики особистості розглядає особистість як сукупність рис характеру. Типи - це комбінації змістовних характеристик особистості, між якими існують закономірні і необхідні зв'язки. Риса особистості вимірюється кількісно, вона біполярна: є два яскраво виражених полюса, і існує норма - середня вираженість кожної з цих рис, які є в тесті. Аналіз результатів здійснюється за допомогою виявлення профілю особистості. Риса - це певна змінна, яка фіксує таку стратегію поведінки людини, яка складається під дією системи фізіологічного, соціально-

нормативного та особистісного рівнів регуляції. Більш переконливою сьогодні є континуально-ієрархічна модель рис особистості. Всього можливо виділити три типи особистісних рис:

1) конституціональні риси – вроджені характеристики, обумовлені властивостями організму. Опис ґрунтується на базі нейрофізіологічних теорій і клінічних спостережень (темперамент; здатності);

2) індивідуальна риси – обумовлені досвідом життєдіяльності в визначених, відносно широких, соціально-нормативних ситуаціях (акцентуації характеру)

3) власне особистісні риси – формуються самою людиною свідомо, коли вона ставить осмислені завдання перед собою; цей процес іноді називається самореалізацією (спрямованість; самооцінка; образ «Я») [30].

Психодинамічний підхід до психодіагностики особистості розглядає особистість як єдине ціле. Методики, які відносяться до цього підходу, називаються проєктними в основі яких лежить класичний метод словесних асоціацій. Теоретичні основи психодинамічного підходу складають ряд концепцій: психоаналіз; холістична психологія; школа траєктивного сприйняття [14].

Блоковий підхід до діагностики особистості:

1) спрямованість особистості – переконання, світогляд, ідеали, прагнення, інтереси, бажання; біологічного майже немає, соціальна обумовленість;

2) соціальний досвід – звички, уміння, навички, знання; соціально-біологічна обумовленість

3) особливості психічних процесів – воля, почуття, сприйняття, мислення, відчуття, емоції, пам'ять; біосоціальна обумовленість

4) біопсихічні властивості – темперамент, статеві, вікові властивості; соціального майже немає, біологічна обумовленість [16].

При застосуванні такого підходу виникають суттєві втрати, які не дозволяють в повній мірі оцінити унікальність і глибину особистості. Однак

при вирішенні цілого ряду наукових і практичних завдань блочно-структурний підхід найбільш прийнятний в силу простоти застосування, можливості не досліджувати особистість у всьому її різноманітті, а сконцентруватися на одному або двох «блоках» [14].

Отримати більше інформації про стан психічного здоров'я людини дозволяють психометричні методи. Фахівець використовує стандартизовані шкали (які пройшли наукові дослідження) з метою оцінки психічних порушень у балах: тривоги, депресії, манії, деменції. Психометрія дає додаткові відомості про тяжкість порушення, а також ефективність лікування. За допомогою психодіагностичних методів при використанні батареї стандартизованих тестів, завдань і шкал можна оцінити основні сфери психіки: мислення, увага, емоції, волю, пам'ять, інтелект, особистісні особливості людини. При дослідженні психічного здоров'я особистості слід психодіагностичні методики поділити на блоки:

1) Методики для діагностики складових та спрямованості психічного здоров'я особистості. До цього блоку можна включити:

- Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка)

- тест «Стійкість до стресу»

- Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (K.A. Wallston, B.S. Wallston, and R. DeVellis) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)

- методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positivementalhealthscale (PMH-Scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. vanderVeld, and E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко)

2) Методики для діагностики структурних компонентів психічного здоров'я:

- опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («TheMentalHealthContinuum – ShortForm») (К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак)
- методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя» (The modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)) (Р. Pontin, М. Schwannauer, S. Tai, and M. Kinderman)
- методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко)
- опитувальник «Індекс Благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index);
- «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я) – дослідження осіб з високим рівнем симптомів депресії, ПТСР, тривожності [40].

Для дослідження показників порушення сну використовують:

- 1) Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
- 2) «Тест для сну» (PSQI) – дослідження загальної якості сну;
- 3) Шкала надмірної денної сонливості Епворта – дослідження рівня денної сонливості;
- 4) Каролінська шкала сонливості (Karolinska Sleepiness Scale) – оцінка сонливості за допомогою фізіологічних і поведінкових змін;
- 5) Індекс тяжкості безсоння (ISI);
- 6) Бергенська шкала безсоння (BSAS);
- 7) Індикатор стану сну (ICC) [36].

Таким чином, для вивчення проблеми психічного здоров'я та розладів сну використовують психометричні методи. За допомогою психодіагностичних методів при використанні батареї стандартизованих тестів, завдань і шкал можна оцінити основні сфери психіки. При дослідженні психічного здоров'я особистості слід психодіагностичні методики поділити на блоки: методики для діагностики складових та спрямованості психічного здоров'я особистості (Опитувальник «Самооцінка станів тривожності,

фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка); тест «Стійкість до стресу»; Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я; методика «Шкала позитивного ментального здоров'я»); Методики для діагностики структурних компонентів психічного здоров'я: опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»; методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя»; методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко); опитувальник «Індекс Благополуччя ВООЗ-5»; «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я).

Для дослідження показників порушення сну використовують: «Госпітальну шкалу тривоги та депресії» (HADS); «Тест для сну» (PSQI); Шкалу надмірної денної сонливості Епворта; Каролінську шкалу сонливості; Індекс тяжкості безсоння (ISI); Бергенську шкалу безсоння (BSAS); Індикатор стану сну (ICC).

2.3. Характеристика методичного інструментарію емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було здійснено за допомогою психодіагностичного блоку, до якого увійшли надійні та валідні методики, а саме: для вивчення індивідуально-типологічних особливостей використовувався «Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ»; для визначення показників психічного здоров'я використовувалась «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я); для оцінки показників якості сну використовувалися «Тест для сну» (PSQI). Розглянемо докладніше кожну психодіагностичну методику.

Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ

Мета — дослідження оцінки симптомокомплексу екстра-версії-інтроверсії й нейротизму

Даний опитувальник містить 57 запитань, з яких за 24 запитаннями оцінюються екстраверсія-інтроверсія, інші 24 запитання характеризують нестабільність-стабільність, а останні 9 - входять в шкалу відвертості і вірогідності результатів дослідження.

Обробка проводиться за допомогою ключа, починаючи із шкали відвертості. Потім підраховуються бали за шкалою екстраверсії та нейротизму.

«Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я)

Мета — дослідження осіб з високим рівнем симптомів депресії, ПТСР, тривожності

Опитувальник корисний для скрінінгових досліджень популяції, вивчення ефективності програм психосоціальної допомоги, психотерапевтичних і реабілітаційних програм.

Опитувальник складається з 19 тверджень. Респонденту необхідно оцінити кожне твердження, де: 0 — ніколи; 3 — майже завжди. Інтерпретація результатів проводиться за допомогою підрахунку балів за кожною шкалою: депресія, посттравматичний стресовий розлад, тривожність та зловживання алкоголем.

«Тест для сну» (PSQI)

Мета — дослідження загальної якості сну

Опитувальник складається з 19 питань плюс 5 додаткових (розроблені для партнера або співмешканця респондента, включені з клінічною метою)

В тесті є сім підкатегорій: суб'єктивна якість сну, прихована сонливість, тривалість сну, звичайна ефективність сну, розлади сну, споживання снодійних препаратів, а також денна дисфункція.

Шкала надмірної денної сонливості Епворта

Мета — оцінка наявності та ступеня виразності денної сонливості

Тест складається із 8 ситуацій, які зазвичай зустрічаються в повсякденному житті (наприклад, сидячи і читаючи, дивлячись телевізор,

будучи пасажиром в машині тощо). Респондентам необхідно оцінити ймовірність того, що вони можуть заснути у цих ситуаціях від 0 до 3 балів, де 0 - ймовірність задрімати відсутня, 3 - висока ймовірність задрімати. Обробка та інтерпретація тесту відбувається за допомогою підрахунків балів. Вищі бали свідчать про більшу схильність до засинання.

Висновки до розділу 2

Для вивчення проблеми психічного здоров'я та розладів сну використовують психометричні методи. За допомогою психодіагностичних методів при використанні батареї стандартизованих тестів, завдань і шкал можна оцінити основні сфери психіки. При дослідженні психічного здоров'я особистості слід психодіагностичні методики поділити на блоки: методики для діагностики складових та спрямованості психічного здоров'я особистості (Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка); тест «Стійкість до стресу»; Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я; методика «Шкала позитивного ментального здоров'я»); Методики для діагностики структурних компонентів психічного здоров'я: опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»; методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя»; методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко); опитувальник «Індекс Благополуччя ВООЗ-5»; «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я).

Для дослідження показників порушення сну використовують: «Госпітальну шкалу тривоги та депресії» (HADS); «Тест для сну» (PSQI);

Шкалу надмірної денної сонливості Епворта; Каролінську шкалу сонливості; Індекс тяжкості безсоння (ISI); Бергенську шкалу безсоння (BSAS); Індикатор стану сну (ICC).

Емпіричне дослідження було здійснено за допомогою психодіагностичного блоку, до якого увійшли надійні та валідні методики, а саме: для вивчення індивідуально-типологічних особливостей використовувався «Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ»; для визначення показників психічного здоров'я використовувалась «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ — опитувальник оцінки психічного здоров'я); для оцінки показників якості сну використовувалися «Тест для сну» (PSQI). Розглянемо докладніше кожну психодіагностичну методику.

У дослідженні прийняло участь 50 осіб, репрезентативність вибірки забезпечувалась наступними факторами: кількісним складом ($n = 50$, що перевищує мінімальний поріг для отримання надійних даних $n \geq 50$); якісним складом: віковий діапазон респондентів відповідає предмету дослідження; розподіл респондентів за сферою діяльності розподілилися рівномірно.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДІВ СНУ, ЯК НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

3.1. Дослідження показників психічного здоров'я особистості

В емпіричному дослідженні взяли участь 50 осіб, з них 25 осіб студенти-магістри та 25 осіб – здобувачі додаткової освіти в гештальт підході.

З рис. 3.1.1 бачимо, що серед студентів-магістрів більшість знаходяться в Україні, а саме 16 осіб (64%), за кордоном перебувають 9 осіб (36%). Серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході 13 осіб (52%) знаходяться в Україні і 12 осіб (48%) перебувають за кордоном.

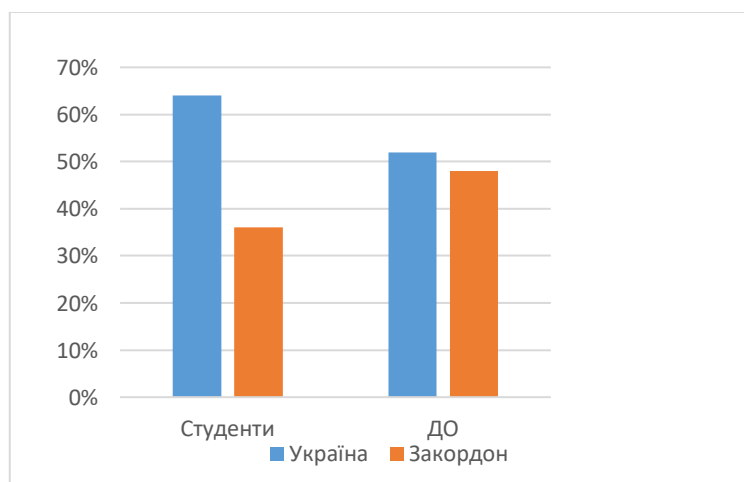


Рис. 3.1.1 Місце проживання досліджуваних

З рис. 3.1.2 бачимо, що основний віковий діапазон досліджуваних обох груп – це вік 25-44 роки. Серед студентів-магістрів вік 18-24 роки мають 4 особи (16%), вік 25-44 роки мають 13 осіб (52 %), вік 45-59 років мають 8 осіб (32%). Серед здобувачів додаткової освіти у гештальт підходів більшість досліджуваних віком 25-44 років, а саме 19 осіб (76%), ще 6 осіб (24%) мають вік 45-59 років.

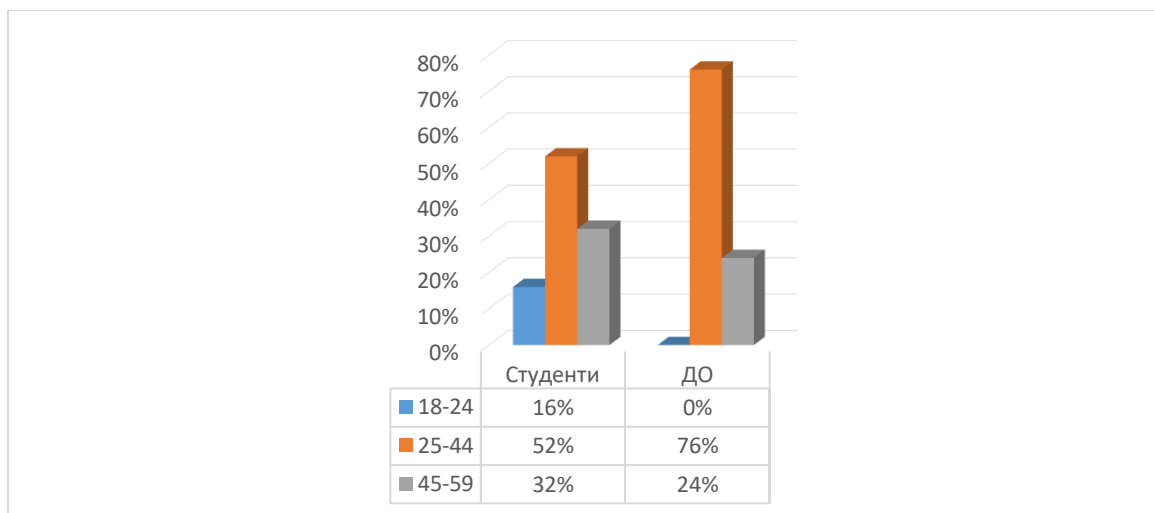


Рис. 3.1.2 Розподіл досліджуваних за віком

За Особистісним опитувальником Г.Айзенка (ЕРІ) визначили, що серед студентів-магістрів 9 осіб (36%) можна назвати екстравертами та 16 осіб (64%) – інтроверти. Також для 15 осіб (60%) характерний нейротизм та для 10 осіб (40%) емоційна стійкість. Серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході екстравертами можна назвати 10 осіб (40%), інтровертами – 15 осіб (60%). Нейротизм властивий для 14 досліджуваних (56%), емоційна стійкість характерна для 11 осіб (44%) (рис. 3.1.2, 3.1.3).

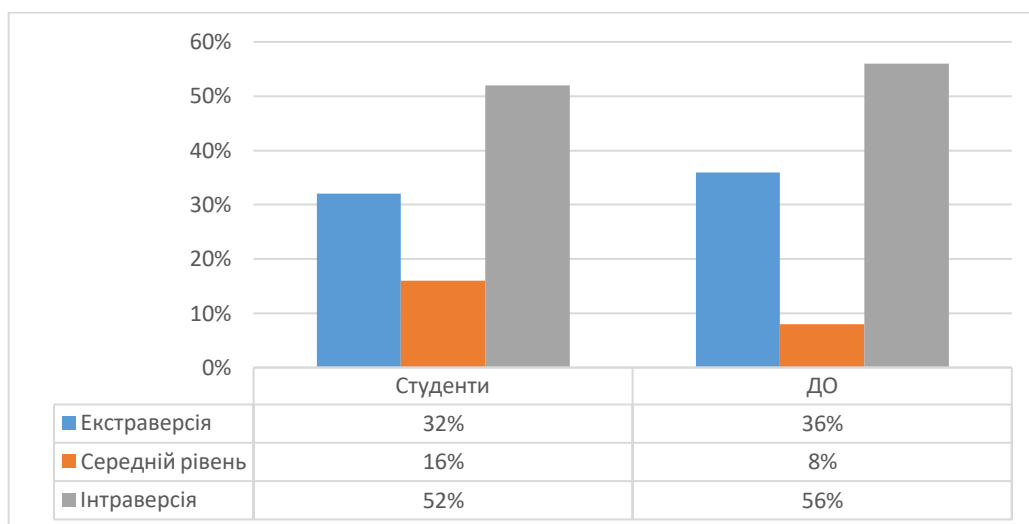


Рис. 3.1.3 Результати дослідження за Особистісним опитувальником Г.Айзенка (EPI) (Екстраверсія-інтроверсія)

Тобто, що серед студентів-магістрів, що серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході, більшість досліджуваних характеризуються тривожністю, чутливістю, мають труднощі з адаптацією, слабкістю нервової системи, їм складно пристосовуватися до незвичайних ситуацій і важко входити до чужого для них світу почуттів інших людей.

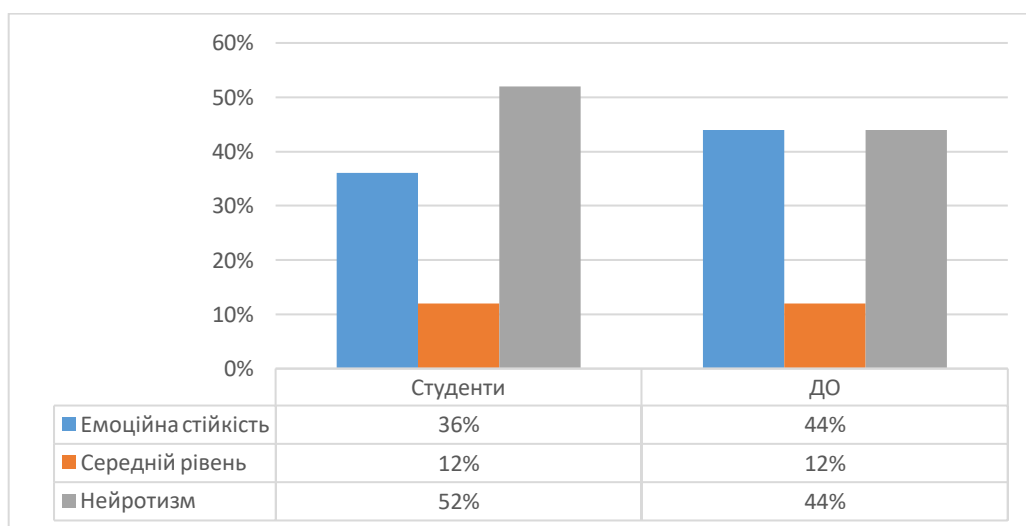


Рис. 3.1.4 Результати дослідження за Особистісним опитувальником Г.Айзенка (EPI) (Нейротизм- Емоційна стійкість)

На рис. 3.1.5 представлені результати дослідження за Опитувальником оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (MHAІ – MentalHealthAssesmentInstrument). Серед студентів-магістрів ознаки депресії

мають 8 осіб (32%), ознаки посттравматичного стресового розладу властиві 14 досліджуваним (56%), у 8 осіб (32%) виявлено ознаки зловживання алкоголем, 10 досліджуваних (40%) мають ознаки тривоги, також для 4 осіб (16%) характерно поєднання ознак депресії і посттравматичного стресового розладу, ще для 2 досліджуваних (8%) властиве поєднання ознак депресії, зловживання алкоголем і посттравматичного стресового розладу, 2 осіб (8%) мають ознаки поєднання депресії, посттравматичного стресового розладу та тривоги, і у 2 досліджуваних (8%) виявлено поєднання ознак депресії, посттравматичного стресового розладу, тривоги і зловживання алкоголем.

Серед здобувачів додаткової освіти у гештальт підході ознаки депресії виявлені у 11 досліджуваних (44%), 13 осіб (52%) мають ознаки посттравматичного стресового розладу, у 3 осіб (12%) виявлено ознаки зловживання алкоголем, 1 досліджуваний (4%) має ознаки тривоги, ще у 5 осіб (20%) виявлено ознаки поєднання депресії та посттравматичного стресового розладу, 3 досліджуваних (12%) мають ознаки поєднання депресії, посттравматичного стресового розладу та зловживання алкоголем, у 1 досліджуваного (4%) виявлено поєднання ознак депресії, посттравматичного стресового розладу та тривоги.

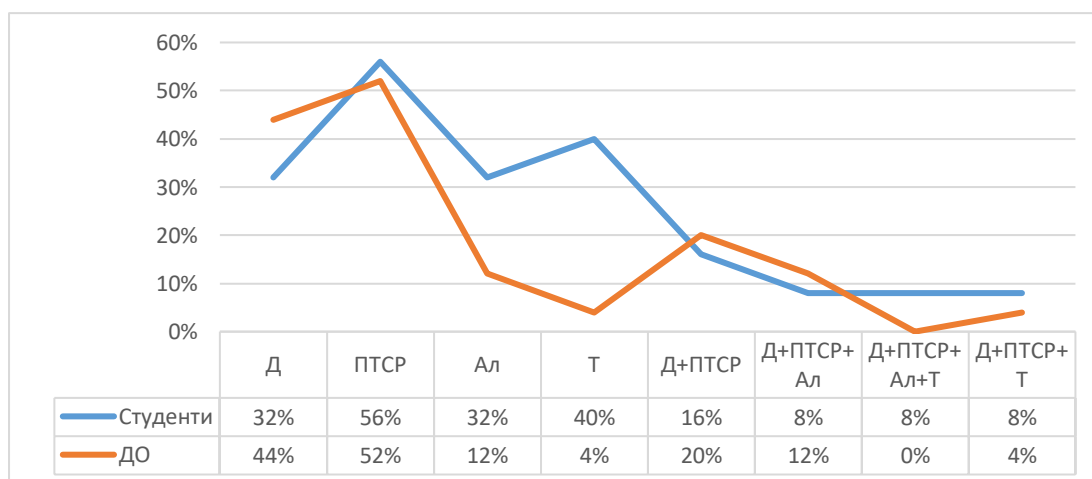


Рис. 3.1.5 Результати дослідження за Опитувальником оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНAI – MentalHealthAssesmentInstrument)

Для більш детального аналізу для порівняння показників психічного здоров'я в двох групах досліджуваних застосували t-критерій Стьюдента (табл. 3.1.1).

З таблиці 3.1.1 бачимо, що існують статистично значущі відмінності між групами студентів-магістрів та здобувачів додаткової освіти в гештальт підході у прояві ознак зловживання алкоголем та ознак тривоги. Ознаки зловживання алкоголем та ознаки тривоги більш властиві студентам-магістрам ($p < 0,05$). Можемо припустити, що студенти-магістри не мають в своєму арсеналі психологічних інструментів, які б давали їм можливість екологічно впоратися зі своїми проблемами, тому вони часто намагаються знайти вирішення в алкоголі.

Таблиця 3.1.1

Порівняння показників психічного здоров'я особистості у студентів-магістрів та здобувачів додаткової освіти в гештальт підході (за t-критерієм Стьюдента)

	Студенти-магістри	Здобувачі додаткової освіти в гештальт підході	t-знач.	p
Д	8	6	-1,021	0,312
ПТСР	11	10	-1,214	0,231
Ал	5	2	-2,462	0,017
Т	4	3	-2,267	0,028
Е-І	10	10	0,486	0,629
Н-Ем.ст	15	13	-1,400	0,168

Таким чином, за результатами дослідження визначили, що серед студентів-магістрів, що серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході, більшість досліджуваних мають інтровертний тип особистості та емоційну нестійкість, тобто для досліджуваних характерна тривожність, чутливість, можуть виникати труднощі з адаптацією, їм складно пристосовуватися до незвичайних ситуацій і важко входити до чужого для них світу почуттів інших людей. В обох групах була виявлена значна кількість осіб з високим рівнем симптомів депресії, ПТСР, зловживання алкоголем і тривоги, що може бути пов'язано з реаліями сьогодення: вимушеною еміграцією або навпаки постійним перебуванням у небезпечних умовах, зі щоденною загрозою обстрілів. Тому в подальшому важливо дослідити як впливає травматичний досвід особистості на психічне здоров'я та розлади сну.

3.2. Дослідження впливу травматичного досвіду особистості на її психічне здоров'я та розлади сну

Для діагностики розладів сну у респондентів застосували Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) (рис. 3.2.1). Серед студентів-магістрів значні порушення сну мають 10 осіб (40%), висока якість сну властива 15 досліджуваним (60%). Серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході значні порушення сну властиві 10 досліджуваним (40%), високу якість сну мають 15 осіб (56%). Тобто, більшість досліджуваних в обох групах мають високу якість сну.

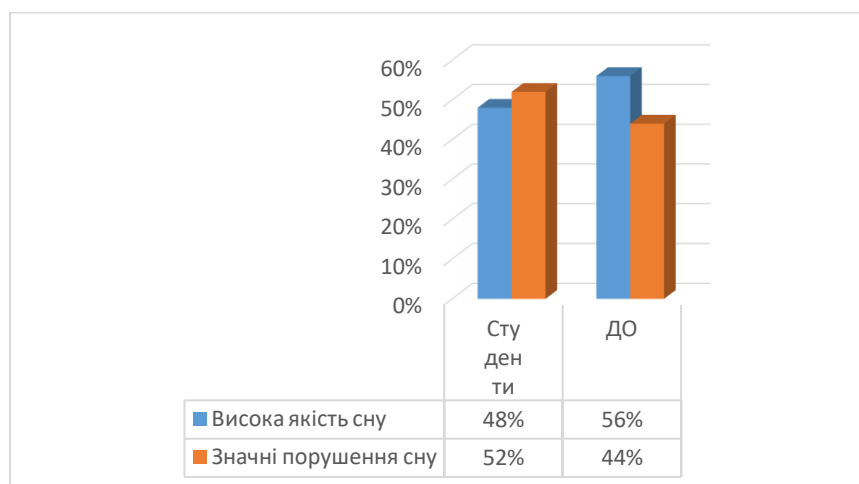


Рис. 3.2.1 Результати дослідження за Пітсбурзьким індексом якості сну (PSQI)

За Шкалою надмірної денної сонливості Епворта, визначили що серед студентів-магістрів нормальний сон мають 12 осіб (48%), ще 12 досліджуваних (48%) властива аномальна сонливість і 1 особа (4%) має помірну сонливість. Серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході 20 досліджуваних (80%) мають нормальний сон та ще по 2 осіб (8%) мають помірну та аномальну сонливість відповідно (рис. 3.2.2).

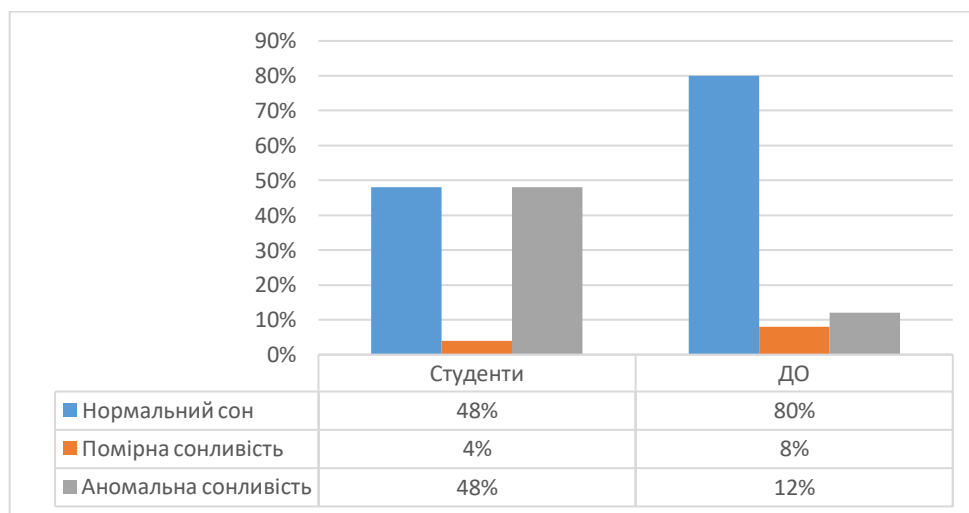


Рис. 3.2.2 Результати дослідження за Шкалою надмірної денної сонливості Епворта

За допомогою t-критерія Стюдента визначили, що існують статистично значущі відмінності за Шкалою денної сонливості у студентів-магістрів та здобувачів додаткової освіти в гештальт підході (табл. 3.2.1). Студенти-

магістри мають гірші показники якості сну в порівнянні зі здобувачами додаткової освіти в гештальт підході.

Таблиця 3.2.1

Порівняння показників якості сну у студентів-магістрів та здобувачів додаткової освіти в гештальт підході (за t-критерієм Стьюдента)

	Студенти-магістри	Здобувачі додаткової освіти в гештальт підході	t-знач.	P
PSQI	5	5	0,131	0,896
ШДС	9	5	2,214	0,031

Для виявлення взаємозв'язків між показниками психічного здоров'я та якістю сну скористалися коефіцієнтом кореляції Спірмена.

З таблиці 3.2.2 бачимо, що в групі студентів-магістрів виявлені статистично значущі прямі кореляційні зв'язки між:

- якістю сну та депресією ($r=0,740$, $p<0,01$), посттравматичним стресовим розладом ($r=0,792$, $p<0,01$), зловживанням алкоголем ($r=0,317$, $p<0,05$), тривогою ($r=0,675$, $p<0,01$), нейротизмом-емоціональною стабільністю ($r=0,735$, $p<0,01$);
- шкалою денної сонливості та депресією ($r=0,480$, $p<0,01$), посттравматичним стресовим розладом ($r=0,388$, $p<0,01$), нейротизмом-емоціональною стабільністю ($r=0,424$, $p<0,01$).

Також виявлено оберений зв'язок між якістю сну та екстраверсією-інтроверсією ($r=-0,466$, $p<0,01$).

Таблиця 3.2.2

Кореляційні зв'язки між показниками психічного здоров'я особистості та якістю сну у студентів-магістрів

	Д	ПТСР	Ал	Т	Е-І	Н-Ем.с.
PSQI	0,740* *	0,792* *	0,317*	0,675* *	-0,466**	0,735**
ШД С	0,480* *	0,388*	-0,002	0,268	-0,241	0,424**

Примітка: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

В групі здобувачів додаткової освіти у гештальт підході існують статистично значущі прямі кореляційні зв'язки між:

- якістю сну та депресією ($r=0,556$, $p < 0,01$), посттравматичним стресовим розладом ($r=0,533$, $p < 0,01$), зловживанням алкоголем ($r=0,421$, $p < 0,05$), тривогою ($r=0,322$, $p < 0,05$), нейротизмом-емоціональною стабільністю ($r=0,520$, $p < 0,01$)
- шкалою денної сонливості та депресією ($r=0,357$, $p < 0,05$), посттравматичним стресовим розладом ($r=0,311$, $p < 0,05$).

Обернений кореляційний зв'язок виявлено між шкалою денної сонливості та екстраверсією-інтроверсією ($r=-0,472$, $p < 0,01$) (табл. 3.2.3).

Таблиця 3.2.3

Кореляційні зв'язки між показниками психічного здоров'я особистості та якістю сну у здобувачів додаткової освіти у гештальт підході

	Д	ПТСР	Ал	Т	Е-І	Н-Ем.с.
PSQI	0,556* *	0,533* *	0,421*	0,322*	-0,100	0,520**
ШД С	0,357*	0,311*	-0,071	-0,193	-0,472**	0,189

Примітка: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Тобто, в цілому якість сну залежить від наявності у людини ознак депресії, посттравматичного стресового розладу або зловживання алкоголем. Ця тенденція прослідковується в обох групах. Але, на відміну від студентів-магістрів, у здобувачів додаткової освіти в гештальт підході показники якості сну вищі. На нашу думку, це можна пояснити наявністю у здобувачів

додаткової освіти у гештальт підході інструментів самодопомоги отриманих в процесі здобуття практичних навичок консультування.

Таким чином, травматичний досвід спричинений необхідністю вимушеного виїзду за кордон, або перебування в Україні в постійному стресі від тривог та обстрілів негативно впливає на психічне здоров'я особистості та якість сну. Однак, здобуття додаткової психологічної освіти дає змогу не лише допомогти оточуючим, але й в першу чергу отримати інструменти для самодопомоги в складних стресових ситуаціях.

3.3. Рекомендації покращення психічного здоров'я та психотерапевтичної допомоги для осіб, які зазнали травматичного досвіду

При аналізі літератури з проблеми психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду можна звернути увагу, що в різноманітті авторських позицій можна виділити певні.

Першим методом роботи з особами, які зазнали травматичного досвіду слід виділити метод EMDR - травмофокусована терапія. EMDR – це інтегративний психотерапевтичний підхід, процедурні елементи якого добре поєднуються з більшістю інших видів психотерапії [85]. Терапія розроблена на основі моделі АПІ, яка наголошує на ролі системи обробки інформації нашого мозку для розвитку як здорового функціонування людини, так і патології. В рамках моделі АПІ недостатньо перероблені спогади про дискомфортний або травматичний досвід розглядаються як первинне джерело будь-якої психопатології, не викликані органічними порушеннями. Переробка цих спогадів веде до вирішення проблеми шляхом відновлення системи та асиміляції даних спогадів у більш адаптивні зв'язки спогадів. EMDR являє собою 8-фазову терапію:

1) фаза 1 – збір анамнезу. Терапевт збирає загальні психологічні дані, приділяючи особливу увагу поточним сильним сторонам і утрудненням,

подіям у минулому, які пов'язані з поточними проблемами, ситуаціям, викликають проблеми, а також позитивним цілям у майбутньому;

2) фаза 2 – підготовка. Терапевт готує клієнта до переробки спогадів, встановлюючи терапевтичний альянс, проводячи психологічну підготовку з урахуванням його труднощів, і навіть пояснюючи процес EMDR, і навчає клієнта особливим видам релаксаційних технік, щоб допомогти клієнту підтримувати «подвійний фокус уваги» під час серії сесій;

3) фаза 3 – оцінка. Терапевт допоможе клієнту прояснити деталі спогади-мішені, включаючи центральну картинку, поточну негативну когніцію, бажану позитивну когніцію, емоції та фізичні відчуття, що випробовуються на даний момент, а також проводить деякі базові вимірювання за шкалами;

4) фаза 4 – десенсибілізація. Терапевт слідує за клієнтом, керуючи переробкою спогадів, що турбують, з минулого або поточного події-мішені. На пізнішій стадії також переробляються позитивні сценарії поведінки у майбутньому. Переробка включає зміни сенсорної, когнітивної, емоційної та соматичної інформації. Мета даної фази полягає в тому, щоб знизити занепокоєння, що асоціюється з цим спогадом, до максимально низького рівня, та сприяти особистісному зростанню шляхом набуття інсайту та нових точок зору, що призводить до формування нового самовідчуття та світогляду;

5) фаза 5 – інсталяція. Терапевт допомагає клієнту виявити бажане на даний момент позитивне переконання про себе щодо відпрацьованого спогаду, та посилює його, сприяючи інтеграції спогаду у зв'язки адаптивних спогадів.

6) фаза 6 - сканування тіла. Терапевт допомагає клієнту виявити та переробити будь-які залишкові соматичні відчуття, прагнучі повного соматичного дозволу.

7) фаза 7 – завершення. Терапевт дає клієнту зворотний зв'язок про сесію і про те, чи можна очікувати після закінчення сесії. Клієнта просять вести короткі записи про психологічні реакції між сесіями. При необхідності терапевт може використовувати релаксаційну техніку, щоб допомогти клієнту стабілізуватися перед закінченням сесії;

8) фаза 8 - повторна оцінка. Терапевт оцінює клієнта на початку наступної сесії, звертаючи особливу увагу на ефект від терапії та оцінюючи те, що відбулося у період між сесіями. Цей етап також включає повторну оцінку переробленої минулого разу мішені для оцінки стійкості ефекту терапії, а також для виявлення інших аспектів, які потенційно потребують додаткової переробки. Отриману інформацію терапевт використовує визначення наступного кроку (наступних кроків) у курсі терапії [76].

В даній терапії входить тричастковий протокол, що фокусується на:

- 1) спогадах, що стоять за поточними проблемами;
- 2) ситуаціях у теперішньому та тригерах, з якими необхідно працювати окремо, для того, щоб привести людину у стабільний стан психологічного здоров'я;
- 3) також на інтеграції позитивних сценаріїв спогадів для адаптивної поведінки в майбутньому [76].

Однією з відмінних рис EMDR є використання білатеральної стимуляції, зокрема рухів очей з боку в бік, почергових постукування по колінах або ж почергової аудіальної стимуляції, задіяної в стандартизованих процедурах і протоколах для роботи з усіма аспектами мережі спогадів, обраної в якості мішені.

EMDR вперше почали застосовувати в 1987, коли Ф. Шапіро відкрила вплив рухів очей на спогади, що викликають занепокоєння. Виходячи з цього, вона розробила протокол терапії, який назвала Десенсибілізація рухом очей (EMD). Оскільки спочатку Ф. Шапіро дотримувалася біхевіористських поглядів, то спочатку вирішила, що ефект від рухів очей схожий на систематичну десенсибілізацію, і вирішила, що в основі його лежить природна реакція розслаблення організму. Вона також припустила, що процес EMD пов'язаний з таким феноменом, як фаза швидкого сну (REM) та її впливом на людину [77]. REM — це фаза швидкого руху очей під час сну, коли відбуваються інтенсивні сни, вона безпосередньо пов'язана з травматичними спогадами. Під час цієї фази мозок активно обробляє емоції та інформацію, що

нагромадилася протягом дня. Вважається, що REM сприяє когнітивному процесу консолідації спогадів та обробці емоцій, подібно до того, як це відбувається під час EMDR. У REM це відбувається природно під час сну, тоді як у EMDR цей процес стимулюється терапією.

Ф. Шапіро продовжила розробку та вдосконалення процедур EMD, вийшовши за рамки поведінкової парадигми, і в 1991 змінила назву терапії на EMDR. Рішення додати слово «переробка» було пов'язане з розумінням того, що десенсибілізація є лише одним із результатів терапії, яка насправді має більш глибокий вплив, який можна краще зрозуміти, виходячи з теорії переробки інформації [77].

Завдяки великому матеріалу емпіричних досліджень, що накопичився за останні 20 років, EMDR-терапія визнана ефективною терапією травми та включена до клінічних керівництв багатьох професійних організацій та рекомендована міністерствами охорони здоров'я різних країн

Далі розглянемо до корекції психотерапевтичної допомоги та реабілітації – поведінковий. Предмет поведінкового підходу - поведінка людини та вплив на неї через який відбувається гармонізація емоційних реакцій особистості; впливу піддаються емоційні чинники, що відображаються в поведінці. Суть цього підходу, який походить від теорії Б. Скіннера, полягає в модифікації поведінкових стереотипів через використання принципів теорії навчання. Поведінкові та емоційні проблеми розуміються як закріплені в результаті заохочення і підкріплення дезадаптивних відповідей на середовищні подразники [43].

Початкові погляди на техніки корекційного впливу ґрунтувалися на позиціях класичного біхевіоризму, і будувалися ці техніки як моделі класичного обумовлення за схемою «стимул - реакція» і оперантного обумовлення. У зв'язку з цим корекційна та розвиваюча роботи фокусувалися на зовнішній поведінці. Далі в концептуальну модель поведінки були введені внутрішні детермінанти когнітивного процесу. Таким чином, когнітивні процеси, що зумовлюють поведінку, стають центром психологічних впливів.

Виходячи з робіт А. Бандури (концепція самоєфективності та теорія соціального навчання), базова теоретична модель внутрішніх детермінант поведінки і навчання була ускладнена включенням процесів саморегуляції; особливого значення набув і механізм наслідування соціальним і культурним паттернам поведінки [58]. Таким чином, ключовою ланкою поведінки стала вважатися активність суб'єкта, а внутрішні психічні процеси (когнітивні процеси, саморегуляція, мотиви і цінності) стають фокусом при здійсненні психологічного втручання.

Слід зазначити, що техніки, які використовуються в даному напрямку, частіше мають директивний характер: психолог використовує специфічний вплив в ході тієї чи іншої техніки, спрямовуючи поведінку і реакції людини. Поведінкові методи психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду сприяють формуванню нових соціальних умінь, оволодіння психологічними прийомами саморегуляції, подолання шкідливих звичок, зняття стресу, зниження тривожності та агресії, позбавлення від емоційних травм і ін. Найефективнішою методикою в усуненні тривоги з поведінкових актів є м'язова релаксація [24].

В когнітивному підході основна увага приділяється пізнавальним структурам психіки, тому упор робиться на особистість і на логічні здібності. В основі когнітивного підходу лежать теорії, що описують особистість з точки зору організації пізнавальних структур. Методи когнітивної психотерапевтичної роботи орієнтовані на сьогодення, активні і орієнтовані на проблеми зняття емоційного напруження клієнтів. Дані методи сприяють зміні в сприйнятті себе і навколишньої дійсності, які впливають на поведінку особистості в певних ситуації. Завданням психологів є з'ясування неусвідомлюваних категорій мислення (які є джерелом негативних переживань) і навчання клієнта новим способам мислення, в зміні переконань, що підтримують неадаптивні емоції і поведінку, більш оптимістичним сприйняття себе і навколишнього, зміна негативного афекту в позитивний [24].

Психодинамічний підхід бере початок від принципів і методів психоаналізу, що виходить з динамічного розуміння психічних явищ як прояви боротьби душевних сил, як вираження цілеспрямованих тенденцій, які працюють згідно один з одним або один проти одного. Мета психологічної корекції емоційних порушень - зрозуміти і вирішити внутрішні емоційні конфлікти, що виникли в найбільш ранніх відносинах, що визначають суб'єктивне значення подальшого досвіду і відтворюються в подальшому житті. У своїх дослідженнях Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар предметом психодинамічного підходу виділяють переживання і імпресій (кошти емоційної виразності) [29, с. 27].

У практиці психотерапевтичної роботи широко використовуються техніки недирективної (ненаправленої) ігротерапії, недирективної казкотерапії (міфотерапії), арттерапії: арттерапія - різні види мистецтва: музика, література, живопис, театр.

Основна мета арттерапії пов'язана з гармонізацією особистості через розвиток її здібностей самовираження і самопізнання. Найбільш ефективна арт-терапія в корекції агресивних станів у особистостей. Мистецтво як символічна діяльність стимулює творчі здібності людини, і тому арттерапія заснована на мистецтві і творчих продуктивних формах активності [28].

Ще одним помічником в психологічній роботі є музика. Кожна людина знає, якими лікувальними властивостями володіє мелодія або улюблена пісня. Вони можуть змушувати людину зануритися в смуток або навпаки піти від неї, підбадьоритися, підняти настрій. Внаслідок цього була запропонована музикотерапія, як метод корекції за допомогою музики. Її використовують в психотерапевтичних цілях не тільки для лікування нервово-психічних, але і соматичних захворювань, в корекції емоційних відхилень, страхів, рухових і мовленнєвих розладів, відхилень у поведінці, при комунікативних труднощі, а також для розвитку творчої уяви і фантазії, зняття підвищеного м'язового тону, релаксації [33].

Давно відомо, що музика має як бадьорий так і заспокійливий ефект. Чуйно підібрані музичні композиції певним чином заспокоюють людину, розслабляючи і відволікаючи її від негативних емоційних переживань. Для того щоб музика контактувала з людиною, вона повинна відповідати її емоційному стану. Наприклад ритм маршу надає бадьорість, а заспокійливий ефект може послужити ритм вальсу. Тому музика вибирається з метою, того якого результат необхідно досягти. До основних напрямків в музичній терапії відносять слухання музики (бесіди або заняття, коли музика звучить фоном, спеціальне прослуховування музичних творів або їх фрагментів з аналізом почутого); виконавство. В якості психологічних механізмів корекційного впливу музикотерапії виділяють:

- 1) полегшення усвідомлення власних переживань;
- 2) конфронтація з життєвими проблемами;
- 3) формування нових відносин і установок, підвищення соціальної активності;
- 4) емоційна розрядка, регулювання емоційного стану;
- 5) придбання нових засобів емоційної експресії [33].

Також музичну терапію можна використовувати в активній формі, що включає в себе гру на музичних інструментах, хоровий спів, хореографію (танці). Для гри на музичних інструментах можна використовувати барабан, трикутник, ксилофон. Вокалізація в музичній терапії найчастіше використовується з депресивними, егоцентричними людьми. Новизна ситуації з використанням музики полегшує освоєння особистістю прийомів аутогенного тренування, що допомагає в подальшому контролювати свої емоції [33].

Невід'ємною частиною всієї музичної терапії є танцювальні рухи. Танець допомагає налагодити взаємини і взаєморозуміння. Танцювальна терапія застосовується при роботі з людьми, що мають емоційні розлади, порушення спілкування, міжособистісної взаємодії. Мета терапії - розвиток усвідомлення власного тіла, створення позитивного образу тіла, розвиток

навичок спілкування, дослідження почуттів і придбання групового досвіду. Танцювальна терапія спонукає до свободи і виразності руху, розвиває рухливість і зміцнює силу, як на фізичному, так і на психічному рівні [65].

Казкотерапія - це процес пошуку смислів, розшифровки знань про світ і системі взаємовідносин в ньому. Казкотерапія застосовується для вирішення найрізноманітніших проблем і має багато можливостей. Важливою умовою цього методу є внутрішнє бажання особистості зануритися в казковий світ, фантазії і творчості, де все можливо. Метою даної техніки є установка контакту між особистістю і фахівцем, розкриття глибин власного внутрішнього світу особистості, розвиток її самосвідомості, рішення проблем психологічного характеру, використовуючи різні методи. Психолог повинен налаштувати їх спілкування на одну мову казок. Зазвичай казкотерапія використовується у роботі з дітьми. Метод казкотерапії заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки і з улюбленою іграшкою. Корекція поведінки досягається шляхом розігрування на ляльках в парі з батьками або однолітками типових конфліктних ситуацій, взятих з життя дитини. Але деякі елементи казкотерапії можна використовувати у роботі з дорослими. Психологи вважають, що використання казкотерапії найбільш ефективно в роботі з замкнутими особами, або з особами, що мають неконтрольовану агресією; з завищеною самооцінкою; страждаючими фобіями [7].

Велике місце в казкотерапії займає емоційний аспект. Занурюючись в казку, людина може накопичити сили, відкрити нові можливості для творчої зміни реальної ситуації. Це напрямок психології допомагає людині впоратися з внутрішнім опором і розібратися з проблемою, яку в звичайному житті не може озвучити. Виділяють такі можливості роботи з казкою:

- 1) малювання за мотивами казки;
- 2) обговорення поведінки і мотивів дій персонажа;
- 3) творча робота за мотивами казки;
- 4) використання казки як метафори;

- 5) відтворення епізодів казки;
- 6) використання казки як притчі-моралі [7].

Основні завдання казкотерапії в корекційно-розвивальній роботі з дорослою людиною включають в себе:

- 1) розширення рольового діапазону особистості людини;
- 2) стабілізацію психічних процесів;
- 3) розвиток емоційної сфери;
- 4) відпрацювання саморегуляції і самоконтролю;
- 5) розвиток гнучкості і довільності поведінки;
- 6) усунення страхів, тривожності, невпевненості в собі, через мірних сумнівів в правильності своїх дій;
- 7) підвищення самооцінки особистості, набуття віри в себе;
- 8) розвиток фантазії, уяви, образного мислення [23].

Казкотерапія є одним з методів психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду, оскільки у казках можна відобразити все життя. За допомогою казки людині стає зрозуміліше почуття іншої людини, її внутрішній світ. Казка допомагає дитині випробувати на собі всі почуття і переживання героїв. Емоційний розвиток більшою мірою здійснюється в постановці і показі казці. Розігруючи яку-небудь казку, особи освоюють позитивну взаємодію один з одним, різні почуття героїв, вчаться виражати свої емоції. Пізнають навколишній світ за допомогою квітів, звуків, образів. Казки дозволяють отримати нові емоції, підвищують рівень міжособистісної взаємодії, а також розвиваються психічні процеси і особистість людини [10].

Ігрова терапія – застосовується в роботі з дорослими для того, щоб допомогти їм подолати поведінкові проблеми, що часто виникають внаслідок імпульсивності, складності саморегуляції. Метою ігрової техніки, на думку Н. І. Буркало, є перенос негативних емоцій особистості на ігровий образ. Людина перекладає свої погані думки, негативні емоції на будь-який ігровий образ, або ігровий предмет. В процесі ігротерапії особистість починає краще

розуміти свої почуття, вчиться приймати самостійні рішення, робити вибір. Гра сприяє підвищенню самооцінки людини, поліпшенню комунікативних навичок, допомагає встановити доброзичливі відносини між учасниками психологічної роботи. Виділяють основні функції фахівця, що використовує ігрові техніки в корекційно-розвивальній роботі:

- 1) створення атмосфери прийняття особистості;
- 2) емоційна емпатія особистості;
- 3) відображення і вербалізація почуттів і переживань особистості в максимально точній і зрозумілій їй формі;
- 4) забезпечення в процесі ігрових занять умов, концентруючи переживання особистістю почуття досягнення власної гідності і самоповаги [5].

Ще одним методом психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду можна відзначити сугестивний метод. Даний метод є необхідною частиною будь-якого спілкування психолога і клієнта. За даним методом здійснюються роз'яснювальні бесіди, формуються емоційно позитивне ставлення людини до даного методу і здійснюється власне навіювання. Навіювання може здійснюватися в стані неспання, перед засинанням або пробудженням, гіпнотичного і наркотичного снів наказовим тоном або шляхом багаторазового автоматичного повторення однієї і тієї ж формули, що знижує напруженість. Можливість розслаблятися, суб'єктивно і психологічно впливати на м'язовий тонус є найважливішою умовою зняття збудження, викликаного тривогою. Методами релаксації є:

- 1) нервово-м'язова релаксація;
- 2) довільна регуляція дихання;
- 3) медитація;
- 4) аутогенне тренування [18].

Релаксаційні методи використовуються для формування нового стереотипу поведінки, якого раніше не було в діяльності людини. Дані методи сприяють формуванню нових соціальних умінь, оволодіння психологічними

прийомами саморегуляції, подолання шкідливих звичок, зняття стресу, позбавлення від емоційних травм і ін. Ефективним методом для зняття стресу є метод довільної регуляції дихання, за допомогою якого людина свідомо контролює число дихальних рухів [18].

Одним із сучасних методів зниження тривожності є практика хатха-йоги. Безперечна користь хатха-йоги, її користь як для фізичного тіла, так і для психологічного здоров'я, стає все більш популярною темою дослідження в психологічній науці. Розглядаючи визначення хатха-йоги, її можна охарактеризувати як найпоширеніше напрямлення йогічної традиції, як духовну практику, метою якої є просвітлення, шлях до якого проходить через самопізнання. Методика хатха-йоги - це набір прийомів, методів, засобів, способів і принципів вирішення завдань, які допомагають досконало налаштувати комплекс інструментів, використовуючи які людина може максимально реалізувати весь свій потенціал. Хатха-йога включає в себе кілька ступенів, практикуючи які «досягається абсолютна гармонія душі і тіла»:

- 1) яма - дотримання встановлених моральних заповідей;
- 2) ніяма - самодисципліна, правильне харчування, підтримка позитивного настрою, боротьба зі своїми вадами за допомогою сили волі, самоосвіта, проходження вищої мети;
- 3) асана - комплекс фізичних вправ;
- 4) пранаяма - комплекс дихальних вправ для управління потоками енергії [61].

Метод хатха-йоги самодостатній і виступає системою духовного вдосконалення через практику очищення, фізичних навантажень і усвідомленого дихання, спрямована на управління емоціями, розумінню, чим вони викликані і що потрібно зробити, щоб їх нейтралізувати. Хатха-йога - це засоби і техніки, включають в себе психологічні і фізіологічні особливості організму. Засоби хатха-йоги – це комплекс «свідомих установок» про самовідчуття, світогляді, самоконтролі, ставлення до емоцій (яма, вам),

комплекс «фізичних практик», що підкріплюють волю особистості і впливають на фізичне самовідчуття (асани), комплекс «дихальних практик» (пранаяма) і медитативних практик (дхьяна, дхарана), що гармонізують психоемоційний стан особистості, навчання її зосередженню на собі і ясності думки впливаючи на фізичне тіло певним чином, можливо зміна психологічного і фізіологічного стану людини, тим самим можна зробити висновок про те, що при корекційному впливі на фізичне тіло, відбудеться зниження тривожності [61].

Однією з методик, що відноситься до методу навіювання, є аутогенне тренування. Ефект зняття емоційного напруження особистості заснований на дії релаксації і цілеспрямованого самонавіювання. Дана методика набула найбільшого поширення з сугестивних методів в зв'язку з її ефективністю впливу на емоційний стан людини [63].

Також існує техніка самоуправління, яка необхідна для того, щоб довести до автоматизму нові способи поведінки. Самоконтроль розуміється як особливий випадок саморегуляції, коли поведінкові альтернативи знаходяться в конфлікті. Основні цілі самоконтролю:

- 1) навчитися управляти власною поведінкою в певних ситуаціях (наприклад, в конфліктних);
- 2) навчитися розпізнавати спеціальні фізіологічні види збудження і емоції (наприклад, тривога, гнів), впливати на них або по можливості уникати їх;
- 3) навчитися впливати на когнітивні процеси (наприклад, недооцінені думки) і приводити їх у відповідність до власних уявлень про мету [63].

Стабільних змін у роботі з особами, які зазнали травматичного досвіду можна досягти за допомогою комплексних психологічних тренінгів. Такий підхід змінює процес взаємодії, оскільки в рольових іграх виробляються, формуються і закріплюються нові способи поведінки, які потім реалізуються людьми в повсякденному житті. Комплексні психологічні тренінги припускають роботу в групі і можуть використовуватися як в профілактичних,

так і корекційних цілях. Також існують деякі вікові та індивідуальні особливості дій психотерапевтичної роботи:

- 1) динамічний зміст розвитку в різних вікових періодах по-різному і результати психотерапевтичного впливу відрізнятимуться;
- 2) ефективність роботи залежить від якості змісту програми, її своєчасності та адекватності;
- 3) ефективність роботи також залежить від ступеня відповідності індивідуальним особливостям особи [28].

При виборі методів психотерапевтичної роботи відповідно для кожної фази корекції емоційної сфери та пов'язаних з нею порушень процесів можна використовувати певні методи корекції. На фазі «напруження» можна використовувати інтеракційно-комунікативні методи (психодрама, гештальт-техніка, трансактний аналіз). Метод психодрами, модифікований за системою Д. Морено як особлива форма групової психотерапії зі збереженням трьох її складових частин: розминки, власне психодраматичної гри, «обміну почуттями» та оцінками. Використовуються такі техніки, як зміна ролі, монолог, дзеркало та інші. За допомогою психодрами:

- 1) відбувається пізнання способів вербального та невербального спілкування;
- 2) розблокування емоцій, безпечне реагування, визначення чутливості до стресу;
- 3) навчення жити «тут і зараз», прояв себе у конкретних ситуаціях (захисні механізми; робота з агресією, як із природним емоційним проявом, необхідним для кожної людини; тип реакції);
- 4) розвитку емоційної чутливості до позитивних якостей – доброти, чесності, серцевості, внутрішньої краси [22].

У ході групових занять застосовуються окремі елементи гештальт-техніки та методу трансактного аналізу. Можна використати сугестивні методи. З групових сугестивних методів використовується модифікація аутогенного тренінгу, виходячи з механізмів самонавіювання та

систематичних вправ, що впливають на психічний стан, м'язову напругу та нервову систему. З самого початку використання сугестивних методів зміни позицій клієнта передбачає його активну участь у цьому процесі. Досягаючи стану розслаблення шляхом гетеросугестії, клієнт повинен навчитися впливати на регулюючі функції організму. Опанування цього мистецтва надає особі впевненість і зміцнює її віру у свої можливості [1].

На фазі «резистенції» необхідно у клієнта розвинути пізнавальні потреби, розвинути навички використання «внутрішньої підтримки» та незалежність від чужих думок, «направити» клієнта на саморозвиток, сформувати здатність приймати себе всупереч своїм слабкостям. Тут можна використовувати методи, засновані на невербальній активності - арттерапію та музикотерапію [22].

Використання групової тренінгової роботи як методу психотерапевтичної роботи є обґрунтованим у зв'язку з тією особливою роллю, яку відіграють людське суспільство, різні групи, міжособистісна взаємодія у процесі формування індивідуальної системи відносин, цінностей, установок, стереотипів поведінки. Багатьма авторами зазначається, що цінність групової психотерапії у тому, що вона є моделлю природних груп, клієнт переносить у групу властиві йому стереотипи поведінки. Проте структура і зміст зворотного зв'язку у процесі групової психотерапії дозволяють зробити корекцію навичок спілкування, і певних внутрішньо-особистісних структур; при цьому спостерігається розширення поля інформації, велика безпосередність та глибина емоційних переживань [21].

У психотерапевтичній роботі необхідно спрямовувати на зняття напруги, життя «тут і зараз», усвідомлення та прийняття самого себе, розуміння та зміна стереотипів поведінки, емоційного реагування, на саморозвиток та особистісне зростання. Ця форма групової роботи широко використовується з метою стимулювання процесів особистісного зростання. Перенесення навичок та цінностей позарольового спілкування, отриманих у ході тренінгових занять, у сферу щоденних комунікацій є одним із внутрішніх

психологічних ресурсів людини, її загальної психологічної культури, ефекти якої виявляються, насамперед, у зверненні людини до нових сторін особистості, нових способів і засобів самовираження та рефлексії [21].

В процесі групового тренінгу розширюється сфера усвідомлення людиною самого себе; з'являється тенденція приділяти своїм відносинам з іншими людьми стільки ж уваги, скільки змісту спілкування (зокрема, ділового); виникає прагнення приймати та реалізовувати нестандартні, творчі ідеї; найімовірнішим виявляються конструктивні рішення міжособистісних розбіжностей та проблем; підвищується самооцінка; посилюються почуття емпатії та близькості по відношенню до інших людей та навколишнього світу загалом; зміни спілкування спостерігаються як у професійній сфері, так і у сфері відносин із близькими людьми [46].

У певних випадках можна застосовувати так звані «повчальні стратегії», принцип яких ґрунтується на трьох елементах соціального навчання:

- 1) поведінкові стратегії передаються за допомогою вербальних інструкцій і реалізуються під час рольових ігор;
- 2) надається можливість тренування набутих навичок під час групового тренінгу;
- 3) дається завдання — використовувати отримані навички в повсякденному житті [28].

У змістовному плані досить близьким до «наставницької стратегії» є «стратегія перенавчання», яка спрямована на вироблення соціально адаптивних звичок та копінг-стратегій. Звички входять в форми соціального контролю, тому що, по-перше, вони формуються під впливом суспільних норм і вимог, по-друге, коли вони вже сформовані, то буквально диктують людині шаблони соціальної поведінки. В даному випадку зусилля фахівців спрямовані на те, щоб люди засвоїли адаптивні форми реагування в проблемних для них ситуаціях, і з часом в процесі постійних вправ, вони перетворилися в звичку. Після цього нові форми поведінки, копінг-стратегії починають здійснюватися спонтанно, на неусвідомлюваному рівні [21].

В процесі корекційного комплексу впливів як підкріплюючих стимулів нерідко використовується допомога членів сім'ї. При цьому концентрується увага на певних соціальних аспектах, таких як зоровий контакт, посмішка, емоційний контакт і ін. У цьому підході значна роль відводиться також найближчому оточенню, як медіатора психологічного втручання. Для цього залучалися соціально компетентні друзі, які сприяли соціальній поведінки своїх дезадаптованих товаришів, орієнтували на них свою поведінку і близько спілкувалися з ними. Навіть в тому випадку, якщо оточуючі завдали шкоди людині, між ними емоційні зв'язки залишаються, і на них слід звернути особливу увагу і спиратися в психологічній роботі [49].

При здійсненні психотерапевтичної роботи спеціаліст повинен мати професійну готовність. Сюди включається:

- 1) теоретична підготовленість фахівця (знання основ психотерапевтичної роботи);
- 2) володіння методами та техніками психотерапевтичної роботи в практичній діяльності;
- 3) особистісна готовність [49].

Аналіз сучасного стану підходів до психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду дозволяє зробити висновок про те, що спостерігається тенденція до зближення і взаємозбагачення теоретичних позицій в рамках багатьох підходів, що дозволяє нам об'єднати в ціле основні методи та техніки психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду (ігротерапія, арттерапія, музикотерапія, танцювальна терапія, казкотерапія) і комплексно застосувати окремі техніки в роботі.

Висновки до розділу 3

За результатами емпіричного дослідження визначили, що серед студентів-магістрів, що серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході,

більшість досліджуваних мають інтровертний тип особистості та емоційну нестійкість, тобто для досліджуваних характерна тривожність, чутливість, можуть виникати труднощі з адаптацією, їм складно пристосовуватися до незвичайних ситуацій і важко входити до чужого для них світу почуттів інших людей. В обох групах була виявлена значна кількість осіб з високим рівнем симптомів депресії, ПТСР, зловживання алкоголем і тривоги, що може бути пов'язано з реаліями сьогодення: вимушеною еміграцією або навпаки постійним перебуванням у небезпечних умовах, зі щоденною загрозою обстрілів.

Студенти-магістри мають гірші показники якості сну в порівнянні зі здобувачами додаткової освіти в гештальт підході.

Якість сну залежить від наявності у людини ознак депресії, посттравматичного стресового розладу або зловживання алкоголем. Ця тенденція прослідковується в обох групах. Але, на відміну від студентів-магістрів, у здобувачів додаткової освіти в гештальт підході показники якості сну вищі.

Травматичний досвід спричинений необхідністю вимушеного виїзду за кордон, або перебування в Україні в постійному стресі від тривог та обстрілів негативно впливає на психічне здоров'я особистості та якість сну. Однак, здобуття додаткової психологічної освіти дає змогу не лише допомогти оточуючим, але й в першу чергу отримати інструменти для самопомоги в складних стресових ситуаціях.

При аналізі літератури з проблеми психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду можна виділити певні підходи у роботі: поведінковий (предмет - поведінка людини та вплив на неї через який відбувається гармонізація емоційних реакцій особистості; впливу піддаються емоційні чинники, що відображаються в поведінці); когнітивний (основна увага приділяється пізнавальним структурам психіки, тому упор робиться на особистість і на логічні здібності); психодинамічний (мета – зрозуміти і вирішити внутрішні емоційні конфлікти, що виникли в найбільш

ранніх відносинах, що визначають суб'єктивне значення подальшого досвіду і відтворюються в подальшому житті). У практиці психотерапевтичної роботи використовуються техніки ненаправленої ігротерапії, недирективної казкотерапії, арттерапії: різні види мистецтва: музика, література, живопис, театр; сугестивний метод.

ВИСНОВКИ

Психічне здоров'я та розлади сну є важливими аспектами сучасної психології, оскільки вони значно впливають на якість життя та загальне функціонування людини. В умовах глобальних криз, таких як війни, природні катастрофи, міграція, а також особисті травматичні переживання, проблеми психічного здоров'я стають все більш актуальними. Травматичний досвід може призводити до ряду порушень психічного здоров'я та приводити до виникнення розладів, які часто супроводжуються порушеннями сну.

Сон є важливою частиною процесу відновлення як фізичного, так і психічного здоров'я а його розлади можуть порушувати здатність мозку переробляти травматичні спогади та посилювати симптоматику розладів. Актуальність проблеми зумовила вибір теми дослідження: «Психічне здоров'я та розлади сну, як наслідки травматичного досвіду».

Метою дослідження стало вивчення впливу травматичного досвіду на психічне здоров'я та якість сну у осіб, які пережили травматичні події.

Проведене дослідження дозволило розв'язати поставлені завдання та дійти наступних висновків:

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз дослідження психічного здоров'я особистості, розладів її сну, як наслідків травматичного досвіду дозволив визначити травматичну подію як подію, що настає раптово та несподівано, пов'язана з загрозою життю чи тілесній недоторканності та за межами діапазону нормального життєвого досвіду.

Визначено, що критеріями психічного здоров'я є: емоційні та особистісні властивості, які дозволяють справлятися з життєвими труднощами і запобігати психічним зривам при їх зустрічі (психосоціальні здібності та навички, індивідуальні ресурси, ефективні стратегії та навички подолання стресу).

Проаналізовано, що переживання травматичних подій, безсумнівно, створює ризик розвитку патологічних реакцій і погіршення психічного здоров'я. Ці події викликають низку наслідків у психіці людини, до яких належать: невротичні розлади, розлади особистості, розлади поведінки та розлади настрою. Крім виникаючих психічних розладів, виникають фізичні розлади: зловживання алкоголем, наркотиками, сигаретами або психоактивними речовинами, розлади сну.

Визначено, що розлади сну є неоднорідною категорією, яка включає як окремі симптоми, так і їх синдроми. Психологічні фактори є однією з найпоширеніших причин проблем зі сном. Безсоння може бути викликано депресією, тривогою і надмірним стресом. У багатьох випадках фактором, що викликає безсоння, є стресова подія. Існує багато способів класифікації розладу сну: синдром обструктивного апное (посилення хропіння, порушення дихання уві сні); синдром періодичних рухів нижніх кінцівок під час сну і синдром неспокійних ніг (відчуття тремтіння або напруги і тривоги в ногах з бажанням поворухнути ними, пробудження через різкі рухи ніг); нарколепсія (раптові та несподівані епізоди засинання протягом дня, раптові падіння або раптова дуже сильна м'язова слабкість, викликана емоціями, наприклад сміхом); порушення циркадного ритму сну (сам по собі сон нормальний, але регулярно виникає в «невідповідний час»); парасомнії (аномальна поведінка виникає під час сну, що викликає тривогу у пацієнта/близьких або є загрозливою).

2. Проведено дослідження показників психічного здоров'я особистості. За результатами якого визначили, що серед студентів-магістрів, що серед здобувачів додаткової освіти в гештальт підході, більшість досліджуваних

мають інтровертний тип особистості та емоційну нестійкість, тобто для досліджуваних характерна тривожність, чутливість, можуть виникати труднощі з адаптацією, їм складно пристосовуватися до незвичайних ситуацій і важко входити до чужого для них світу почуттів інших людей. В обох групах була виявлена значна кількість осіб з високим рівнем симптомів депресії, ПТСР, зловживання алкоголем і тривоги, що може бути пов'язано з реаліями сьогодення: вимушеною еміграцією або навпаки постійним перебуванням у небезпечних умовах, зі щоденною загрозою обстрілів.

3. Досліджено вплив травматичного досвіду особистості на її психічне здоров'я та розлади сну. Визначили, що студенти-магістри мають гірші показники якості сну в порівнянні зі здобувачами додаткової освіти в гештальт підході. Якість сну залежить від наявності у людини ознак депресії, посттравматичного стресового розладу або зловживання алкоголем. Ця тенденція прослідковується в обох групах. Але, на відміну від студентів-магістрів, у здобувачів додаткової освіти в гештальт підході показники якості сну вищі.

Травматичний досвід спричинений необхідністю вимушеного виїзду за кордон, або перебування в Україні в постійному стресі від тривог та обстрілів негативно впливає на психічне здоров'я особистості та якість сну. Однак, здобуття додаткової психологічної освіти дає змогу не лише допомогти оточуючим, але й в першу чергу отримати інструменти для самопомогти в складних стресових ситуаціях.

4. Розроблені рекомендації покращення психічного здоров'я та психотерапевтичної допомоги та реабілітації для осіб, які зазнали травматичного досвіду:

- використання EMDR – це інтегративна форма психотерапії, що включає елементи, сумісні з різноманітними підходами. Центральне місце в терапії тут займає тіло, проте когнітивний, емоційний і поведінковий аспект зберігають свою значущість. Одна з найважливіших переваг EMDR полягає в тому, що даний вид терапії може використовуватися і як чітко сфокусована,

короткострокова форма психотерапії (у випадках поодинокі травми), і як довгострокова, інтегративна, ширше застосовна форма терапії (у випадках комплексної травми). Робочою передумовою EMDR є твердження, що клієнт зцілює себе сам за належної стимуляції з боку терапевта, що призводить до поліпшення функціонування внутрішньої системи переробки інформації. У EMDR поточні проблеми розглядаються як головним чином пов'язані з дисфункціонально збереженими спогадами. Відбувається пряма робота з минулим досвідом, який не був адекватно перероблений та інтегрований до адаптивних зв'язків;

- використання поведінкового (предмет - поведінка людини та вплив на неї через який відбувається гармонізація емоційних реакцій особистості; впливу піддаються емоційні чинники, що відображаються в поведінці); когнітивного (основна увага приділяється пізнавальним структурам психіки, тому упор робиться на особистість і на логічні здібності); та психодинамічного підходів (мета – зрозуміти і вирішити внутрішні емоційні конфлікти, що виникли в найбільш ранніх відносинах, що визначають суб'єктивне значення подальшого досвіду і відтворюються в подальшому житті);

- використання технік недирективної (ненаправленої) ігротерапії, недирективної казкотерапії (міфотерапії), арттерапії: різні види мистецтва: музика, література, живопис, театр;

- використання сугестивного методу (роз'яснювальні бесіди, формуються емоційно позитивне ставлення людини до даного методу і здійснюється власне навіювання, аутогенне тренування); практика хатха-йоги.

Практичне значення роботи. Дослідження психічного здоров'я та розладів сну пов'язаних з травматичним досвідом надає можливість розробки ефективних програм реабілітації які мають включати комплексні підходи, що поєднують роботу з психічними станами та відновлення нормальних циклів сну з застосуванням сучасних методів психотерапії. Отримані результати можуть бути корисні психологам, лікарям, соціальним працівникам, та іншим фахівцям, які працюють з особами, що пережили травматичний досвід, для

впровадження програм психологічної допомоги, спрямованих на корекцію сну та підтримку психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрушко Я. С. Психокорекція: навч.-метод. посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2017. 212 с.
2. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.
3. Бремнер Дж., Бретт Е. Травматичні дисоціативні стани та довгострокова психопатологія при посттравматичному стресовому розладі. Журнал травми та стресу. 1997. С. 37-49.
4. Бондаревська Л. Л., Лещенко І.Т. Вплив психічної травми на переживання суб'єкта. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 3. № 3 2020. С. 60-64.
5. Буркало Н. І. Арт-терапія в сучасній психології. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. № 5. 2019. С. 189-204.
6. Бурчинський С. Г. Депресія, тривога і порушення сну: як вийти із замкненого кола. Міжнародний неврологічний журнал. Том 18. № 3. 2022. С. 25-29.
7. Василевська О. Казкотерапія як засіб психологічної роботи з різними віковими категоріями. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2020. Випуск 6. С. 24-31
8. Василюк О. Концептуальні межі поняття «травматична пам'ять» у зарубіжній і вітчизняній літературі. Український науковий журнал «ОСВІТА РЕГІОНУ». URL:<https://social-science.uu.edu.ua/article/1061>

9. Весельський В. К. Причини виникнення психічних розладів та захворювань. Симптоматологія психічних захворювань. Лекція з навчальної дисципліни «Судова медицина та психіатрія». 2018. 14 с.
10. Вознесенська О. Л. Арттерапія у подоланні психічної травми : практ. посіб. Київ : Золоті ворота, 2015. 148 с.
11. Волкова Д. С. Особливості психічного здоров'я та особистісних властивостей студентів-психологів. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 32 (71). № 1. 2021. С. 14-20
12. Громова Г.М. Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості: дисер. на здобуття наук. ступ. доктора філософії: Київ, 2023. 202 с.
13. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки: Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К.: Видавництво «Фенікс», 2012. Т. XII. Психологія творчості. Вип. 15. Част. II. С. 113-120.
14. Діагностика особистості. URL: https://stud.com.ua/37630/psihologiya/diagnostika_osobistosti
15. Діденко Г. О. Етапи дослідження травматичних подій в психологічній науці. Херсонський державний університет. URL: <http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle>
16. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : Методичний посібник / Н А. Агаєв та ін. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
17. Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період: дисер. на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук: 19.00.09. Київ, 2019. 285 с.
18. Інструментарій сугестивної технології. URL: <https://vseosvita.ua/library/embed/0100e3ik-de04.doc.html>

19. Історія вивчення та лікування ПТСР у військових.
URL: <https://babel.ua/texts/91098-ptsr-vidomiy-z-pradavnih-chasiv-yogo-opisuvav-shekspir-i-doslidzhuvav-freyd-soldativ-iz-nim-ckuvali-yak-boyaguziv-ale-v-1970-h-na-dopomogu-priyshli-feministki-zgaduyemo-istoriyu-vivchennya-cogo-rozlad>
20. Канястий К., Баран М. та ін. Вплив почуття небезпеки, почуття володіння країною та особистої влади на психологічний дистрес у поляків після вторгнення Росії в Україну: перспективний аналіз. Збірник тез українсько-польської наукової конференції. Львів, 2023. С. 19-20
21. Карпенко Є. Основи психотренінгу. Дрогобич, 2015. 78 с.
22. Каряка І.В. Психокорекція емоційного вигорання особистості засобами психодрами. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Херсон, 2019. С. 23-28.
23. Кльоц Л. Можливості казкотерапії у подоланні психічної травми. Житомирщина педагогічна. № 2 (26). 2022. URL: <https://imso.zippo.net.ua/wp-content/uploads/2022/07/4.-%D0%9A%D0%BB%D1%8C%D0%BE%D1%86-.pdf>
24. Кобилянська Т. В. Особистісні та професійно важливі якості майбутнього психолога. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, VI (74), Issue: 180, 2018. С. 78-80
25. Козігора М. А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, Будапешт, 2021. № IX (97). Вип. 246. С. 56-58.
26. Козігора М. А. Психологічні особливості прояву моральної травми під час воєнного конфлікту: дисер. на здобуття наукового ступеня доктора філософії: 19.00.09. Луцьк, 2023. 215 с.
27. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції: навчальний посібник. 2-ге видання, перероблене, доповнене. Суми: Університетська книга, 2020. 304 с.

28. Компетентнісний підхід у професійній підготовці майбутніх психологів: моногр. / авт. кол.; під наук. ред. Лозової О.М. Вінниця: Віндрук, 2014. 184 с.
29. Лагутіна С. Особливості функціонування пам'яті під час травматичних подій. 2020. [URL:uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/249](http://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/249)
30. Левченко В. В., Луценко О. В. Вплив військових подій на психічне здоров'я дітей. Психологія особистості. Габітус. Випуск 50. 2023. С. 85-92
31. Литвинчук Л. М. Особливості корекційного впливу музикотерапії. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України. 2012. Вип. 15. С.322-330.
32. Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/714552/1/%D0%9B%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0.pdf>
33. Лященко Ю. В. Диференційований підхід до корекції порушень сну при тривожно-депресивних розладах: дисер. на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дніпро, 2022. 234 с.
34. Мазур Л. П., Марущак М. І. Опитувальники як основні інструменти в діагностиці розладів сну. Вісник медичних і біологічних досліджень. №3 (9). 2021. С. 96-100.
35. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). URL: <https://mkb-10.com>
36. Михайлов Б.В., Чугунов та ін. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с
37. Міндей Ю. В. Механізми психологічного відновлення внаслідок травматичної події. Кривий Ріг : КДПУ, 2023. 64 с.

- 38.Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя особистості: психологічний практикум / за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
- 39.Мозок людини обробляє травматичні спогади як теперішні переживання – дослідження. URL:<https://life.pravda.com.ua/society/2023/12/03/258071/>
- 40.Морозюк К. Порухення сну внаслідок дистресу війни. РМГР. 2023. 8(2). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/428>
- 41.Науковий аналіз поведінки та особистості. URL: <https://ukrayinska.libretexts.org>
- 42.Нічні кошмари. URL:<https://universum.clinic.ua/service/vuzki-speczialisti/somnologiya/nichni-koshmari>
- 43.Оніщенко Н. В. Основні етапи переживання психічної травми. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3596/1/%D0%9E%D0%BD%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE_%D0%9D.%D0%92._.PDF
- 44.Організація проведення соціально-психологічного тренінгу / автор-укладач С.С. Левчук. Сквир: Джерело, 2010. 66 с.
- 45.Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 32 (71). № 6. 2021. С. 68-72.
- 46.Пачучі М. В. Психологічні проблеми особистості на сучасному етапі розвитку суспільства. Збірник матеріалів XI Міжнародної науковопрактичної конференції. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 258 с.
- 47.Півень М. А. Програма психологічної корекції емоційної сфери особистості. Теорія і практика сучасної психології. № 6. 2018. С. 28-34
- 48.Порухення сну: види, причини та вирішення проблеми. URL:<https://meclee.com/blog/obshchie/porushennya-snu-vidi-prichini-ta-virishennya-problemi>

49. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): симптоми та лікування.
URL: <https://darnytsia.ua/ptsr/posttravmatychnyy-stresovyy-rozlad-ptsr-symptomy-ta-likuvannya>
50. Причини та лікування розладів сну. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/4218-prichini-ta-likuvannya-rozladiv-snu>
51. Психічне здоров'я особистості як предмет психологічного дослідження.
URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/psychichne-zdorov-ya-osobystosti-yak-predmet-psychologichnogo-doslidzhennya/>
52. Кісіль З. Р. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. 312 с.
53. Кушнір Ю. В. Психодіагностика. Донецьк: КиЦ, 2012. 346 с.
54. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
55. Сандал О. С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. Випуск 2. 2021. С. 49-62.
56. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини і психології. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/1381/1/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%20%28%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%29.pdf>
57. Синдром неспокійних ніг: основні причини, ознаки, діагностика. URL: <https://esculab.com/blog-syndrom-nespokiyh-nih-osnovni-prychyny-oznaky-diahnostyka>
58. Соціальна когнітивна теорія. URL: <https://ukrayinska.libretexts.org>

59. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. 2020. URL: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/71356-teorya-stresu-ta-filosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin>
60. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
61. Фролов А.В. Йоготерапія. Хатха-йога як метод реабілітації. Практичне керівництво. Изд-во: Ориєнталія, 2016. 180 с.
62. Харченко А. О. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією: дисер. на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: 19.00.01. 2019. 204 с.
63. Хомуленко Т.Б. Психотехнології саморегуляції тілесного. Харків: Вид-во «Діса плюс», 2017. 45 с.
64. Черних О. А. Критерії та норми психічного здоров'я. Theoretical and practical aspects of modern scientific research. 2021. С.111-113
65. Чорна І. М. Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії. Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. 2017. Вип. 6. С. 286-293.
66. Що таке ортосомнія? URL: https://liza.ua/beauty/health-life/hto-takoe-ortosomniya/#google_vignette
67. Як розпізнати та подолати психологічні травми, які з'явилися під час війни. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2022/11/19/251391/>
68. Як травми впливають на наше життя. URL: <https://huxley.media/uk/kolesa-sansari-jak-travmi-vplivajut-na-nashe-zhittja>
69. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision. American Psychiatric Association, Washington 1994.

- 70.American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- 71.Armitage R. The effects of antidepressants on sleep in patients with depression. Can J Psychiatry 2000. № 45. P. 803-809.
- 72.Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., Przemoc w rodzinie, Kraków 2000.
- 73.Badura-Madej W., Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Warszawa 1996.
- 74.Basner RC. Shift-work sleep disorder. The glass is than half empty. N Engl J Med. 2005. №353. P. 519-521.
- 75.Bryant R. A., Harvey A. G. Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019.
- 76.EMDR-terapia – дуже ефективний та швидкий метод роботи з травмою.
URL:<https://kolesnikova-chmel.com/emdr>
- 77.EMDR-terapia при травмах, ПТСР, тривожних та панічних розладах.
URL: <https://neuroflex.ua/blog/emdr-terapiya-pry-travmah-ptsr-tryvoznyh-ta-panichnyh-rozladah>
- 78.Ginker T, Spiegel J. P.. Men Under Stress (New York: McGraw-Hill, 1986
- 79.Herman J. L., Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi, Gdańsk 1998. Kultura i Edukacja. 2005, № 1. P. 77-83.
- 80.Kardiner A. The traumatic neuroses of war. New York: Paul B. Hoeber.1942. 258 p.
- 81.Lis-Turlejska M., Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia, Warszawa 2002.
- 82.Mielczarek-Żejmo A. Pojęcie traumy w naukach społecznych. Kultura i Edukacja. № 1. 2016. P. 7-21.
- 83.National Institutes of Health State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. 2005. №28. P.1049-1057.

84. Rediscovering Pierre Janet: Trauma, Dissociation, and a New Context for Psychoanalysis. The History of Psychoanalysis Series. Taylor & Francis. 2019. 248 p.
85. Shapiro F. Introduction: Paradigms, processing, and personality development. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. 2002. p. 3-26.
86. Spielman AJ, Anderson MW. The clinical interview and treatment planning as guide to understanding the nature of insomnia: the CCNY Insomnia Interview. W: Chokroverty S (red.). Sleep disorders medicine: basic science, technical considerations, and clinical aspects. Butterworth-Heinemann, Boston 1999. P. 385-416.
87. Sztompka P., Trauma wielkiej zmiany, Warszawa 2000.
88. Terr L. C. Childhood traumas: An outline and overview. The American Journal of Psychiatry. 2009. № 148(1). P. 10-20
89. Thase ME, Kupfer DJ, Busse DJ i wsp. Electroencephalographic sleep profiles in single-episode and recurrent unipolar forms of major depression: I. Comparison during acute depressive states. Biol Psychiatry. 2015. № 38. P. 500-515.
90. Thomas W. I. The Child in America: Behavior problems and programs. 1996, 2nd ed., p. 572.
91. Wichniak A, Wierzbicka A, Jernajczyk W. Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności. Psychiatria w Praktyce Klinicznej. 2008. № 1(1). P. 30-39

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

С	Студенти-магістри
ДО	Здобувачі додаткової освіти в гештальт підході
Особистісний опитувальник Г.Айзенка (ЕРІ)	
Е-І	Екстраверсія-Інтроверсія
Н-Ем.ст	Нейротизм-Емоційна стійкість
Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (МНАІ – MentalHealthAssesmentInstrument)	
Д	Депресія
ПТСР	Постравматичний стресовий розлад
Ал	Зловживання алкоголем
Т	Тривога
Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)	
PSQI	Показник якості сну
Шкала надмірної денної сонливості Епворта	
ШНДС	Шкала надмірної денної сонливості

Додаток Б

Таблиця Б. 1.

Емпіричний матеріал, отриманий з допомогою дослідження показників психічного здоров'я та розладів сну

				Методики												
				Загальна інформація				Особистісний опитувальник Г.Айзенка (EPI)			Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (MHAІ – MentalHealthAssesmentInstrument)				Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)	Шкала надмірної денної сонливості Епворта
№ п/п		С т а т ь	Проживання	В і к	Академічна освіта	Д о д а т к о в а о с в і т а	Напрямок	До ст о в і р н і с т ь	Е- І	Н. - Ем .ст	Д	П Т СР	Ал	Т	PSQI	ESS
1	С	Ж	За кордоном	30	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	1	11	17	12	16	2	3	5	6
2	С	Ж	За кордоном	29	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	5	1	17	9	14	11	4	11	3
3	С	Ж	В Україні	35	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	1	8	15	4	5	3	2	3	7

4	С	Ж	В Україні	50	В процесі здобуття (магістр)	Так	Позитивна психотерапія	6	16	13	5	9	6	4	4	2
5	С	Ж	В Україні	38	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	4	8	13	12	20	5	7	4	17
6	С	Ж	В Україні	41	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	2	13	18	8	12	3	4	4	5
7	С	Ж	В Україні	50	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	4	6	19	11	19	2	6	7	10
<i>Продовження таблиці Б1</i>																
8	С	Ч	В Україні	45	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	3	15	11	2	6	2	3	4	3
9	С	Ж	В Україні	53	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	0	11	12	5	8	2	3	4	14
10	С	Ж	Закордоном	45	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	5	3	24	11	16	8	8	7	4
11	С	Ж	В Україні	24	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	3	10	11	2	3	0	3	1	5
12	С	Ж	Закордоном	50	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	7	10	7	4	6	2	2	2	5
13	С	Ж	В Україні	40	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	1	14	20	8	9	6	3	4	15

14	С	Ж	В Україні	44	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	2	5	24	13	22	2	5	10	16
15	С	Ж	В Україні	40	В процесі здобуття (магістр)	Так	Психоаналіз	6	14	7	4	6	7	2	2	4
16	С	Ж	В Україні	21	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	7	12	4	6	8	2	2	2	1
17	С	Ж	В Україні	23	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	5	15	9	5	4	8	2	2	13
18	С	Ч	В Україні	29	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	4	10	21	13	25	9	8	8	15
19	С	Ж	В Україні	29	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	4	13	21	11	17	7	3	5	6
20	С	Ж	Закордоном	37	В процесі здобуття (магістр)	Так	Позитивна психотерапія	3	13	8	5	7	3	2	6	5
21	С	Ж	Закордоном	30	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	1	11	17	12	16	2	3	5	6
Продовження Таблиці Б1																
22	С	Ж	Закордоном	29	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	5	1	17	9	14	11	4	11	3
23	С	Ж	Закордоном	45	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	5	3	24	11	16	8	8	7	4

24	С	Ж	В Україні	24	В процесі здобуття (магістр)	Ні	Ні	3	10	11	2	3	0	3	1	5
25	С	Ж	Закордоном	50	В процесі здобуття (магістр)	Так	Гештальт терапія	7	10	7	4	6	2	2	2	5
26	ДО	Ж	В Україні	56	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	6	10	11	3	4	2	2	4	3
27	ДО	Ж	Закордоном	41	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	4	13	5	2	2	3	2	5	7
28	ДО	Ж	В Україні	27	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	6	15	16	11	15	2	4	3	3
29	ДО	Ж	В Україні	48	Так, аспірантура вищого	Так	Гештальт терапія	2	15	17	9	13	2	4	6	4
30	ДО	Ж	В Україні	44	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	5	11	10	3	4	2	1	3	4
31	ДО	Ж	Закордоном	39	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	7	9	13	12	14	2	1	4	3
32	ДО	Ж	Закордоном	41	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	7	6	6	5	8	2	2	6	9
33	ДО	Ж	Закордоном	32	В процесі здобуття (бакалавр)	Так	Гештальт терапія	6	7	9	2	3	0	0	3	5
34	ДО	Ж	В Україні	32	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	2	8	16	5	7	0	3	1	5
Продовження Таблиці Б1																
35	ДО	Ж	Закордоном	40	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	7	9	15	7	11	3	3	3	5

36	ДО	Ж	В Україні	44	Так, аспірантура вище	Так	Гештальттера пія	7	6	15	12	16	7	3	10	4
37	ДО	Ч	В Україні	41	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	7	13	8	3	5	2	3	12	5
38	ДО	Ж	Закордоном	43	В процесі здобуття (бакалавр)	Так	Гештальттера пія	2	13	16	6	11	0	3	1	3
39	ДО	Ж	В Україні	57	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	5	10	13	7	10	9	3	2	3
40	ДО	Ж	Закордоном	49	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	4	6	19	12	22	2	6	3	4
41	ДО	Ж	В Україні	32	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	3	13	16	7	10	10	5	8	5
42	ДО	Ж	Закордоном	39	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	4	13	21	10	17	0	3	13	4
43	ДО	Ж	В Україні	25	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	3	15	11	3	6	3	4	8	14
44	ДО	Ч	В Україні	28	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	8	12	8	6	8	3	3	7	4
45	ДО	Ж	В Україні	52	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	5	13	12	6	9	0	4	1	8
46	ДО	Ж	Закордоном	39	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	7	9	13	12	14	2	1	2	3
47	ДО	Ж	Закордоном	41	Так, магістр	Так	Гештальттера пія	7	6	6	5	8	2	2	6	9

Продовження Таблиці Б1

48	ДО	Ж	Закордоном	32	В процесі здобуття (бакалавр)	Так	Гештальт терапія	6	7	9	2	3	0	0	3	5
49	ДО	Ж	В Україні	32	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	2	8	16	5	7	0	3	1	5
50	ДО	Ж	Закордоном	40	Так, магістр	Так	Гештальт терапія	7	9	15	7	11	3	3	3	5