

УДК 316.6:005.32

Іванов Євген Вікторович

*кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри публічної служби й управління навчальними закладами
ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»*

Ivanov Yevhen

*Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Public Service and
Management of Educational Institutions
State Institution «Luhansk Taras Shevchenko National University»*

**ПЕРЕЖИВАННЯ ВІЙНИ І ЙОГО ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ
ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ
THE IMPACT OF WAR EXPERIENCES ON MENTAL HEALTH:
ADVANCES IN CURRENT RESEARCH**

Анотація. У статті розглянуто психологічні наслідки переживання війни та їхній вплив на психічне здоров'я. Проаналізовано соціально-психологічні, клініко-психологічні й поведінкові реакції на травматичні події, включно з проявами ПТСР і депресії. Показано як фактори ризику, так і механізми стійкості населення, здатність до адаптації й відновлення, що визначають сучасні підходи до дослідження цієї проблематики.

Ключові слова: війна, психічне здоров'я, травма, посттравматичний стрес, психологічна стійкість.

Summary. The article examines the psychological consequences of experiencing war and their impact on mental health. It analyzes socio-psychological, clinical, and behavioral reactions to traumatic events, including

PTSD and depression. Both risk factors and resilience mechanisms are highlighted, emphasizing society's ability to adapt and recover, which defines contemporary research approaches to studying war-related psychological effects.

Key words: *war, mental health, trauma, post-traumatic stress, psychological resilience.*

Отримано велику кількість доказів тому, що люди, які пережили травматичну подію, згодом розвивають симптоми гострого і посттравматичного стресу [2, с. 146]. Дані емпіричних досліджень показують також, що люди, які безпосередньо не переживали вплив травматичної події, відчують подібні симптоми.

Інтенсивний стресовий вплив війни на психіку населення перевершує психологічний збиток від природних катастроф. У порівнянні з природними лихами, ймовірність виникнення ПТСР у жертв антропогенних та техногенних загроз безпеки значно вища. Так, в науковій літературі наводяться дані, згідно з якими після теракту в м. Оклахома поширеність ПТСР серед мешканців склала понад 30% [1, с. 64].

Виділяють соціально-психологічні, клініко-психологічні і власне психологічні наслідки війни. До соціально-психологічних наслідків терористичної загрози відносять загострення конфліктів, загострення індигенних конфліктів (розшарування суспільства на групи), міграція населення, недовіра до держави, збільшення споживання цигарок, алкоголю й марихуани, звернення до релігії. Клініко-психологічні наслідки виявляються у вигляді гострого стресу, безсоння, тривожності, розладів афективно-тривожного спектру, ознак ПТСР. Психологічні наслідки можуть включати безліч емоційних, поведінкових і когнітивних реакцій. Так, люди можуть відчувати страхи, занепокоєння про власну безпеку, тривогу, вразливість, гнів, втрату життєвих перспектив.

Однак, у низці досліджень показано, що описані симптоми мають тенденцію до зниження і навіть зникають з часом. Тобто, стійкі інтенсивні реакції стресу і дезадаптації характерні для особливої, вразливої частини населення. Більшість людей має здатність відновлюватися після травмуючих подій і не відчуває симптоми дистресу занадто довго [4, с. 23]. Наприклад, епідеміологічні дослідження, проведені в США, показали, що ризику отримання травми схильні 50-60% американців, проте у переважній більшості жертв травматичних подій не розвиваються хронічні симптоми посттравматичного стресу.

На великій вибірці працівників з ліквідації наслідків теракту 11 вересня У США (що не брали участь у рятувальних операціях) встановлено, що через 4 роки повний діагноз ПТСР спостерігався лише у 8,4% обстежених, частковий ПТСР – 8,9%. Через 6 років повний ПТСР зафіксовано у 5,8% ліквідаторів, частковий ПТСР – 7,7%. Автори досліджень виділяють як найбільш сильні предиктори тривалого ПТСР (протягом 6 років) наступні фактори: як клінічну депресію протягом 1-2 років після теракту, попередній травматичний досвід, ступінь залучення до стресової ситуації теракту [4].

З одного боку, можна припускати, що оцінка більшої ймовірності постраждати від війни пов'язана із актуальною ситуацією у регіоні проживання, з іншого боку, загроза війни міцно зайняла місце однією з найважливіших загроз безпеці і, мабуть, у суспільстві має спостерігатися адаптація до інформації про подібні події.

У дослідженні безпосередніх і віддалених наслідків С. Брендон та А. Сілке було запропоновано евристичну модель, яка дозволяє класифікувати реакції людей. Науковці виділяють можливі чотири типи реакцій: 1) *ослаблення, розсіювання* напруги з часом; 2) *адаптація*; 3) *звикання*; 4) *сенситизація*. Наприклад, масштабні поодинокі події викликають широку суспільну реакцію, що розсіюється з часом. Після

теракту 9/11 протягом 3-5 днів близько 90% жителів Нью-Йорка і Вашингтона повідомляли про те, що вони відчувають себе засмученими, їх турбують небажані спогади, їм складно сконцентруватися на чомусь і вони зазнають труднощів із засинанням і сном [6, с. 133]. Проведені дослідження свідчать про опосередкованість цих реакцій ступенем впливу терактів. Хоча про симптоми дистресу повідомлялося по всій країні, у місці проведення теракту вони були сильнішими і зберігалися довше. Адаптивна поведінка у цій ситуації включає пошук соціальної підтримки, позитивні емоції, когнітивну та афективну переоцінку. У випадку з атаками, що повторюються, найбільш ймовірними реакціями є звикання і сенситизація. Ефект звикання був продемонстрований у дослідженні, проведеному на вибірці із 500 ізраїльтян. Через 19 місяців після початку Інтифади Аль-Акси, в ході якої було вбито понад 300 осіб і постраждали понад 3900 осіб, приблизно 10% ізраїльтян зазнавали ПТСР, 77% – повідомили принаймні про один симптом травматичного стресу, 59% – зазнавали депресії [2, с. 135].

Значна частка опитаних вже мала попередній досвід у вигляді війн, терактів або Голокосту. Незважаючи на це, інтенсивність емоційної відповіді ізраїльтян на теракти можна вважати помірною в порівнянні з жителями Вашингтона через 2 місяці після 9/11, що говорить про звикання ізраїльтян до атак, що постійно повторюються. Ефекти сенситизації продемонстровані в дослідженнях ПТСР у дітей, які мають негативні наслідки конфлікту в Секторі Газа. Виявлено високий або дуже високий рівні ПТСР, що утримується з часом, серед дітей, які втратили свої домівки в ході бомбардувань, у порівнянні з дітьми, які безпосередньо не піддавалися обстрілу і зберегли своє помешкання [6].

Серед реакцій людини на вплив психотравмуючих факторів надзвичайної ситуації можна виділити два основних типи. Перший – непатологічні психоемоційні реакції, які володіють психологічним змістом і

безпосередньо залежать від ситуації (страх, психічна напруженість, різні афективні реакції, почуття тривоги та ін.).

Другий тип реакцій – патологічні стани – психогенії (реактивні реакції), що є хворобливим станом, надовго виводить людину з адекватного стану. Психопатологічні порушення, які є наслідком впливу психотравмуючих обставин умов надзвичайних ситуацій, мають багато спільного з клінікою порушень, що розвиваються в звичайних умовах [2].

К. Сахарова та Н. Липовська зазначає, що психологічний вплив особливо залежить від типу надзвичайної ситуації. Стихійне лихо часто сприймається як знеособлена руйнівна сила, і це може допомогти населенню разом знайти мотивацію, щоб почати знову. Конфлікт або тоталітарний режим, навпаки, супроводжується вбивством, яке може викликати більш ендемічний жах, підозру, почуття провини та депресію. Всі люди, які постраждали від кризи, стали жертвами цієї події і відчувають себе подоланими через її непередбачуваний і масовий характер. У цьому випадку можемо говорити про індивідуальну чи колективну вразливість [2].

Тривалість конфлікту, як і його інтенсивність, має очевидний вплив на стійкість населення та наявні ресурси. Більше того, конфлікти можуть характеризуватися різним рівнем насильства і руйнування: одні пов'язані з звірствами щодо населення (катування, напади на життєво важливі соціальні зв'язки), а інші характеризуються знищенням майна (спалені будинки, села), що спричиняє масштабні переміщення населення, що зараз, на жаль, характерно для російського вторгнення в Україну.

Проблеми ментального здоров'я широко поширені в суспільствах, що постраждали від конфліктів. За оцінками, від третини до половини цих людей страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який характеризується нав'язливими спогадами, уникненням обставини, пов'язаних зі стресом, порушенням сну та недостатньою концентрацією [1].

Масштабні епідеміологічні дослідження свідчать, що ПТСР та депресія у постраждалих від конфлікту груп населення можуть у 7–10 разів перевищувати вихідний рівень у нетравматизованих груп [1].

Систематичні огляди, проведені у цьому напрямі показали, що 30% дорослих, які зазнали військових конфліктів і переміщень страждали як від депресії, так і від ПТСР [1]. Прогнозується, що у 15%–20% дорослого населення буде діагностовано легкий психічний розлад, 10% – психічні розлади середньої важкості і близько 4% страждатимуть від важких розладів таких як важка депресія та психоз.

За оцінками ВООЗ, 32% переміщених осіб страждають від посттравматичного стресового стресу, а 74% потребують послуг у сфері психічного здоров’я, які їм недоступні [5, с. 57].

Перебування в місцях активних, воєнних дій у ролі військового чи мирного жителя формує свої етапи та особливості переживання психологічної травми.

Науковець О. Лентянчик називає наступні етапи переживання психологічної травми під час війни:

1. Етап очікування. Це період, коли ми вже очікуємо небезпеку, але сподіваємося, що все мине. На такому етапі можливе відчуття паніки. Корисно в такій ситуації розробити план дій; підготувати запас води, їжі, ліків; зібрати тривожну валізку; пройти курси першої медичної допомоги тощо. Така діяльність позбавляє зайвої паніки і дає можливість відчувати контроль.

2. Етап удару. Це момент, коли власне настигла руйнівна подія, наприклад, початок військового вторгнення. Залежно від підготовки й стану психіки людина можете «завмерти» чи навпаки хаотично або більш-менш усвідомлено діяти.

3. Етап дії. Під час цієї стадії емоцій майже не існує, тривога та хвилювання пригнічуються, ніби «відключаються», у тілі домінує гормон

адреналін. Уся енергія переходить у дію, у так званий «режим ходу». У таких ситуаціях, звичайно, дуже допомагає «підготовка до кризової ситуації». Проте важливо дбайливо ставитися до себе, робити те, що вам під силу.

4. Етап медового місяця. На цьому етапі люди відчувають, що події поступово «вирівнюються». Можливі сильні перепади емоцій, від сліз до відчуття любові та вдячності. ЗМІ люблять висвітлювати подібні історії, демонструючи, як спільнота об'єднується та допомагає одне одному.

5. Етап усвідомлення. Люди починають усвідомлювати, із чим вони зіткнулися, та досліджувати свої втрати, наприклад, втрату родича, друга або колеги, фінансові втрати, втрату житла чи роботи; нематеріальні втрати, такі як втрату контролю, втрату віри, втрату влади тощо. На особистому рівні люди можуть відчувати дратівливість, погано спати, бачити жахіття в сні, мати поведінкові проблеми та сімейні конфлікти. Кожна людина по-різному реагує на такий стрес.

6. Етап відновлення. Етап відновлення має дві фази: Фаза 1 – фізичне та фінансове відновлення, щоби повернутися до того місця, де ви були до початку надзвичайної ситуації. Фаза 2 – духовне відновлення, яке може тривати більше часу, під час якого ви маєте прийняти та знайти нові сенси [4].

У проведеному огляді було розглянуто результати досліджень, що показують, що стресогенний вплив війни має високу інтенсивність, проте цей вплив має власну динаміку. Більшість людей виявляються здатними до подолання психопатологічної симптоматики, що викликається інформацією про війну. Виникнення переживання загрози війни залежить від багатьох факторів, а інтенсивний психотравмуючий вплив відчувається в особливо вразливій частині населення. Важливо відзначити, що очікування і сприйняття опосередковують вплив багатьох стресорів, і стресовий вплив події можливий в тій мірі, до якої вона була оцінена як ресурси, що перевищують, і загрожує благополуччю людини. Більшість же людей мають

значні можливості для виживання в надзвичайних ситуаціях. Більше того, люди не просто витримують напругу, що створюється цією загрозою, але й продовжують жити повним життям, активно розвиватися, будувати плани на майбутнє, досягати благополуччя і процвітання, і тощо.

Таким чином, зосередження уваги фахівців лише з руйнівних наслідків війни залишає неповним уявлення у тому, як ця загроза впливає на сучасне суспільство. Оскільки доведено, що інтенсивність негативних психопатологічних симптомів, що виникають як реакція на інформацію про війну, з часом знижується і більшість людей виявляється здатним повернутися на колишній рівень функціонування, то найбільш загальною відповіддю слід вважати стійкість населення щодо загрози війни.

Для політиків, громадянських лідерів й ЗМІ важливо виховувати в суспільстві життєздатність та життєстійкість, наголошувати на культурному сценарії опору нещастям і негараздам у своїх зверненнях до населення, дотримуючись обережності, щоб не перейти з мови мужності та стійкості на мову травм та жертв.

Погляд на патологію, заснований на списку симптомів, нехтує аспектами позитивного та психологічного функціонування інтегрованості, і може призвести до неправильного припущення, що людина потребує допомоги майже у всіх складних ситуаціях.

Активна розробка концепцій психологічної стійкості та життєздатності становить на сьогоднішній день сучасну тенденцію розвитку психологічного знання, яка може бути протиставлена численним дослідженням факторів уразливості й негативних психологічних наслідків переживання війни.

Література

1. Hajek A., König H. H. Post-traumatic stress disorder and depression among refugees: A systematic review. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health. 2021. Vol. 18, No. 22. 11832. DOI: 10.3390/ijerph182211832.

2. Kazlauskas E., Zelviene P. War trauma and mental health: The importance of culturally sensitive research. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. Vol. 13, No. 2. Article 2108895. DOI: 10.1080/20008198.2022.2108895.

3. Morina N., Akhtar A., Barth J., Schnyder U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. *World Psychiatry*. 2021. Vol. 20, No. 2. P. 216–232. DOI: 10.1002/wps.20892.

4. Марченко О. В., Клочко А. О. Резилієнтність як чинник подолання психологічних наслідків воєнних дій. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2022. Вип. 50(3). С. 112–124. DOI: 10.33120/ssj.vi50(3).365.

5. Михайленко О. І., Петренко С. В. Психологічна допомога військовослужбовцям у подоланні наслідків бойових дій. *Актуальні проблеми психології*. 2021. Т. 17, № 4. С. 73–81.

6. Савінов В. А., Кокун О. М. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу в умовах війни в Україні. *Психологічний журнал*. 2023. Т. 9, № 2. С. 45–59.