

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСТРЕСУ ОСІБ, ЯКІ БУЛИ ВИМУШЕНІ ПЕРЕЇХАТИ ЧЕРЕЗ ВІЙНУ

О.С. Аврамчук, Н.В. Гринько, Ю.В. Герман

Український Католицький Університет, м. Львів, Україна

**Ключові слова:** депресія, тривожні розлади, ПТСР, емоційне уникнення, порушення психосоціального функціонування, міжособистісні проблеми.

Буковинський медичний вісник. 2024. Т. 28, № 1 (109). С. 28-34.

DOI: 10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.5

**E-mail:**

avramchuk.md@ucu.edu.ua;  
grinko@ucu.edu.ua;  
yuliia.herman@ucu.edu.ua

**Резюме.** Психологічні наслідки війни та конфліктів мають серйозний вплив на психічне здоров'я населення, зокрема на тих, хто змушений переїхати через них. Існує висока поширеність розладів психічного здоров'я серед цивільного населення, залученого до захисту та бойових дій, що вимагає систематичного скринінгу та надання підтримки тим, хто потребує лікування. Наукові дослідження та клінічна практика підтверджують необхідність надання довготривалої медико-психологічної підтримки та супроводу для зменшення негативних наслідків травматичного досвіду війни та переїзду.

**Мета роботи** - дослідити та вивчити клініко-психологічні особливості осіб, які вимушені були переїхати через війну впродовж 2022 року з метою надання рекомендацій щодо медико-психологічної допомоги та підтримки.

**Матеріал і методи.** У дослідженні використані діагностичні інтерв'ювання, побудовані на скринінгових методиках оцінки психічного стану, зокрема депресії, тривожних станів, впливу травматичних подій та оцінки психоемоційного дистресу в робочій та повсякденній діяльності. Дослідження доповнено методикою SCL-90-R, що сприяло кращому узагальненню даних про психічний стан, і методикою AAQ-II, що дозволило оцінити схильність до емоційного уникнення як механізму порушень психічної адаптації.

**Результати.** Продемонстровано наявність клінічно значущої тривожно-депресивної симптоматики, що асоціюється з впливом травматичних подій та зумовлює психоемоційний дистрес у повсякденному житті. Описано фактори-предиктори, які зумовлюють дистрес та порушення психосоціального функціонування у різних сферах і можуть бути використані як цілі для медико-психологічних інтервенцій. Представлено аналіз відмінностей за статтю.

**Висновки.** Основними предикторами дистресу в робочій та повсякденній діяльності виявлено вплив травматичного досвіду, схильність до емоційного уникнення та симптоми депресивних станів. Чоловіки переважали по рівню дистресу в значущих сферах, що пов'язані з роботою та підтриманням побуту. Медико-психологічні інтервенції розвитку усвідомлених стратегій опанування дистресу та подолання емоційного уникнення є перспективними для подальших досліджень та клінічної практики.

## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF DISTRESS IN PERSONS WHO WERE FORCED TO MOVE DUE TO THE WAR

O.S. Avramchuk, N.V. Grynko, Yu.V. Herman

**Key words:** depression, anxiety disorders, PTSD, emotional avoidance, impaired psychosocial functioning, interpersonal problems.

Bukovinian Medical Herald. 2024. V. 28, № 1 (109). P. 28-34.

**Resume. Aim** – to investigate and study the clinical and psychological characteristics of persons who were forced to move due to the war in 2022 to provide recommendations for medical and psychological care and support.

**Material and methods.** Diagnostic interviews used in the study are based on screening methods for assessing mental status, in particular depression, anxiety states, the impact of traumatic events, and assessment of psycho-emotional distress in work and everyday activities. The study was supplemented with the SCL-90-R method, which contributed to a better generalization of data on the mental state, and the AAQ-II method, which made it possible to assess the tendency to emotional avoidance as a mechanism of mental adaptation disorders.

**Results.** The presence of clinically significant anxiety-depressive symptoms associated with the impact of traumatic events and causing psycho-emotional

*distress in everyday life has been demonstrated. Predictor factors determining distress and psychosocial functioning in various areas are described and can be used as targets for medical and psychological interventions. An analysis of gender differences is presented.*

**Conclusions.** *The main predictors of distress in work and everyday activities were found to be the impact of traumatic experience, tendency to emotional avoidance, and symptoms of depressive states. Men prevailed in the level of distress in significant areas related to work and household maintenance. Medical-psychological interventions for the development of conscious strategies for coping with distress and overcoming emotional avoidance are promising for further research and clinical practice.*

**Вступ.** Актуальні події воєнного стану зумовлюють постійне відчуття напруги, надмірної пильності, ангедонії та виснаженості. За об'єктивних обставин адаптації до надзвичайних подій, люди можуть демонструвати вразливість до тих викликів і проблем, з якими мали досвід раніше, включаючи проблеми з психічним здоров'ям.

Наукові дослідження та спостереження клінічної практики засвідчують як серйозні наслідки, які приносить війна: необхідність переміщення (евакуації) у межах країни чи виїзд за кордон, розлука із сім'єю та втрата близьких можуть впливати на психічне здоров'я людей [1]. Військові дії та конфлікти можуть призводити до постійного дистресу, пережиття травми та психічної нестійкості, які часто не можуть бути повністю описані в типових скаргах або мають відтермінований характер проявів. Оскільки люди в часі війни мають досвід різних проблем, як труднощі в підтриманні сну, повторювані спогади, тривога, і використовують неадаптивні стратегії опанування (переживання) горя чи гніву, часто постає питання доготривалої медико-психологічної підтримки чи супроводу.

Важливо відзначити, що впродовж останнього десятиліття в Україні багато цивільних осіб були залучені до захисту та бойових дій. Дослідження вказують, що психоемоційні зміни, які проявляються як виснаженість, депресія, клінічна тривога, гнів та почуття самотності, і корелюють із віком, соціальним статусом та статтю, є очікуваними наслідками пережитого травматичного досвіду [2]. Варто відзначити, що зміни в психоемоційному стані також асоціюються з аспектами особистісної витривалості та є наслідком копінг стратегій опанування травматичного чи перитравматичного досвіду [3]. Дослідження Predko V, Schabus M, та Danyliuk I продемонструвало, що частина українського населення (вибірка дослідження складала 608 осіб) має низький рівень особистої витривалості, що може зумовлювати додатковий емоційний дискомфорт, робить цих людей більш вразливими до стресу та хвороб [3]. Автори статті коментують цей механізм з огляду на схильність до «дистанціювання від проблеми», що в довгостроковій перспективі є «руйнівним» захисним механізмом. Важливо також враховувати, що кожна людина демонструє власні механізми подолання, який, на жаль, може включати негативні звички та залежності від алкоголю,

наркотиків, насильства або азартних ігор. Відзначено, що використання психоактивних та психотропних речовин (включно зі вживанням алкоголю, знеболювальних та снодійних) збільшується зі зростанням почуття самотності, а також пов'язані зі персистувальним страхом, почуттям вигорання та низькою психологічною стійкістю [2].

Висока поширеність розладів психічного здоров'я серед населення вказує на те, що необхідно проводити систематичний скринінг та надавати підтримку тим, хто потребує лікування [4]. Це важливий аспект реабілітації після військових конфліктів і війн, який необхідно враховувати при розробці програм і політики підтримки вразливих груп населення, що зумовлює актуальність досліджень.

**Мета роботи** - дослідити та вивчити клініко-психологічні особливості осіб, які вимушені були переїхати через війну впродовж 2022 року з метою надання рекомендацій щодо медико-психологічної допомоги та підтримки.

**Матеріал і методи.** Вибірку склали 401 людина, які вимушені були переїхати через війну й зверталися за психологічною чи психіатричною допомогою в межах волонтерських проектів медичної допомоги чи проектів психосоціальної підтримки в амбулаторних умовах. 66% вибірки склали жінки, середній вік 28,3 року. Первинні консультації проводилися лікарем-психіатром чи лікарем-психологом, у межах яких особи надали інформовану згоду на анонімне використання даних скринінгового опитування та результатів заповнених психодіагностичних методик оцінки психічного стану. Всі процедури відповідали етичним нормам досліджень з участю людей і були проведені відповідно до принципів Гельсінської декларації.

На першому етапі використано напівструктуроване інтерв'ювання, що базувалося на запитаннях методик для скринінгу депресивного стану – PHQ-9, клінічних симптомів тривожних розладів – GAD-7, впливу травматичних подій – IES-R та психоемоційного дистресу – WS&S [5]. На другому етапі між консультаційними зустрічами пропонувалося пройти онлайн-опитування, що містило запитання з методик – SCL-90-R та PSS-10 (загалом 100 запитань) [6, 7]. Під час наступної зустрічі додатково використовувався опитувальник – AAQ-II [8]. Оскільки всі опитувальники містять інструкції щодо оцінки психоемоційного стану від кількох тижнів до

## Оригінальні дослідження

останнього місяця, тому тривалість між зустрічами в кілька днів та зміни на момент зустрічей під впливом призначеного медикаментозного лікування не передбачались як не суттєві.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ознаки клінічних симптомів вказують на наявність клінічно-значущих проявів тривожно-депресивних станів помірного ступеня та підвищеного рівня суб'єктивного дистресу під впливом травматичних подій/обставин: PHQ-9 10,89 (3,67); GAD-7 10,14 (3,49) та IES-R 26,05 (5,65). Рівень за шкалою IES-R вважається значущим для скринінгу ПТСР чи розладів, асоційованих із травматичним досвідом за умови виконання усіх інших критеріїв діагностики, зокрема досвіду пережиття подій чи обставин, які загрожували життю.

Дані скринінгу під час первинного інтерв'ювання узгоджуються з результатами за опитувальником симптомологічного дистресу, а показники кореляції є статистично значущими (при  $p < 0,05$ , див. табл. 1).

Аналіз предикторів дистресу в робочій діяльності та підтриманні працездатності (див. табл. 3) вказує, що високі бали на показниках пережиття впливу травматичних подій (IES-R) та симптомів психічних розладів (зокрема скарг на нав'язливі тривожні переживання та стійкий пригнічений настрій, за SCL-90-R субшкали OCD та DEP відповідно) зумовлюють ризик виникнення додаткового дистресу на робочому місці через психологічні та емоційні труднощі, які вони засвідчують. Клінічні ознаки депресивних станів, самі по собі, можуть поглиблювати стрес та втому, що впливатиме на продуктивність та ефективність на робочому місці. Поруч із цим низькі бали на показниках прийняття емоційних змін та стресу (AAQ-II) можуть свідчити про знижену здатність до адаптації та ефективного управління стресом на робочому місці. Слід вказати, що ще одним предиктором виступив вік. Оскільки досліджувана група складалася з людей, які вимушені були переїхати через війну, то, змінюючи не тільки місце проживання, вони змушені були змінювати робоче середовище, часом професію чи спосіб матеріального заробітку. На нашу думку, прямо пропорційні кореляції між віком та рівнем дистресу в робочій діяльності вказують, що чим старша людина, тим важче було адаптуватися до нових обставин. І незважаючи, що досвід міг виступати протективним фактором, необхідність змінювати типові робочі звички та проходити додаткове навчання, невизначеність щодо можливостей та подальших перспектив (включаючи тривогу щодо військового призову серед чоловіків), і зацікавленість роботодавців у більш молодих фахівцях могли зумовлювати дистрес, пов'язаний із підтримання працездатності.

Аналіз предикторів дистресу, що виникає в процесі підтримання побуту та виконання повсякденних справ (див. табл. 3) вказує, що вплив досвіду травматичних подій і загальний рівень психопатологічних симптомів (GSI за SCL-90-R) можуть свідчити на наявність широкого спектра психологічних проблем. Ці проблеми включають ознаки, відповідні клінічній

картині посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також депресію, тривогу та інші психічні розлади, які можуть суттєво впливати на здатність людини ефективно виконувати побутові справи. Низькі бали за AAQ-II вказують на тенденцію до уникання стресових ситуацій або недостатню готовність ефективно опанувати їх, тому варіанти емоційного чи когнітивного «дистанціювання» можуть ускладнити виконання побутових обов'язків. Оскільки в умовах війни тригери дистресу можуть бути непередбачуваними, часом люди нехтують піклуванням про побутові аспекти для забезпечення продуктивності та функціонування в інших сферах. Водночас загальна виснаженість та втома як через об'єктивні обставини, так і через психоемоційні стани, що зумовлені тривожно-депресивною симптоматикою, можуть підсилити схильність до прокрастинації, нехтування побутом чи зменшення відчуття задоволення від повсякденних рутинних справ. Слід вказати на фактор віку: з віком люди можуть зазнавати фізичних обмежень, таких як зниження мобільності чи погіршення здоров'я, що може ускладнювати виконання певних побутових обов'язків. Крім того, з віком може зменшуватися здатність до адаптації до нових умов та стресових ситуацій, що також може впливати на виконання побутових справ.

Предикторами дистресу, що супроводжує підтримання соціальної активності (див. табл. 3) виступили досвід проживання травматичних подій, суб'єктивний рівень сприйнятого стресу (PSS-10) та схильність до емоційного уникнення. Обмеження соціальної активності та залученості може бути описана в типових проявах ПТСР та розладів, що асоційовані з травматичним досвідом. Одні з типових проявів цих розладів — емоційне відчуження, уникнення нагадувань про травму, а також відчуття відокремленості від інших людей та спільноти. Ці симптоми можуть суттєво обмежувати бажання та можливість особи брати участь у соціальних заходах, спілкуванні з оточуючими та залученні до громадського життя. Схильність до емоційного уникнення також може поглиблювати ці обмеження. Люди, які уникають емоційних ситуацій або намагаються позбутися негативних емоцій, можуть уникати соціальних взаємодій, які стають джерелом стресу або викликають неприємні емоції. Це може призвести до ізоляції від спільноти та обмеження соціальної активності. Поруч із цим, виявлений вплив міжособистісної чутливості, яку вимірює субшкала INT за SCL-90-R, може також зміцнювати ці ефекти. Особи з високим рівнем міжособистісної чутливості можуть бути більш схильними до відчуття соціальної неспроможності або вразливості, що призводить до прагнення уникати соціальні ситуації та залучення до громадського життя, а постійна тривога - зумовлювати загострення проявів соціального тривожного розладу.

Високі бали на показниках шкали впливу травматичних подій, депресії, субшкал ворожості й фобії (субшкали HOS та PHOB за SCL-90-R відповідно) виступили предикторами дистресу в

Таблиця 1

**Кореляційні зв'язки між показниками діагностичного скринінгу та наявним симптомологічним дистресом\***

SCL-90-R	PHQ-9	GAD-7	PSS-10	IES-R
Індекс загальної тяжкості дистресу -GSI	0,49	0,46	0,48	0,49
Соматизація - SOM	0,42	0,43	0,37	0,46
Обсесивно-компульсивні симптоми - OCD	0,45	0,44	0,50	0,42
Міжособистісна сенситивність - INT	0,49	0,42	0,44	0,47
Депресія - DEP	0,72	0,68	0,49	0,46
Тривожність - ANX	0,65	0,74	0,53	0,46
Ворожість - HOS	-	-	-	-
Фобічна тривожність PHOB	0,44	0,44	0,39	0,51
Параноїдні ідеї - PAR	0,42	0,42	0,35	0,47
Психотизм - PSY	-	-	-	-
Додаткові симптоми - Other	-	-	-	-

\*усі кореляційні зв'язки статистично значущі при  $p < 0,01$ , відсутність кореляції позначена «-».

Таблиця 2

**Предиктори психоемоційного дистресу серед осіб, які були вимушені переїхати через війну**

	Предиктори*	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F Change	df1	df2	Sig. F Change
WS&S-1	IES-R	0,701	0,504	0,495	9,304	1	395	0,002
	SCL-90-R: OCD							
	AAQ-II							
	Вік							
	PHQ-9							
WS&S-2	SCL-90-R: DEP	0,656	0,431	0,425	10,142	1	397	0,002
	IES-R							
	AAQ-II							
	Вік							
WS&S-3	SCL-90-R: GSI	0,584	0,341	0,328	12,424	1	396	0,001
	IES-R							
	SCL-90-R: INT							
	PSS-10							
WS&S-4	AAQ-II	0,505	0,255	0,244	10,675	1	395	0,001
	IES-R							
	PHQ-9							
	SCL-90-R: HOS							
	Стать							
WS&S-5	SCL-90-R: DEP	0,666	0,444	0,424	8,287	1	394	0,004
	SCL-90-R: PHOB							
	IES-R							
	AAQ-II							
	PSS-10							
	GSI							
	PHQ-9							
Вік								

\*вказані лише предиктори, що продемонстрували статистичну значущість й увійшли до загальної моделі; предиктори вказані в порядку спадання внеску до загальної регресійної моделі. Дані таблиці 2 демонструють результати множинного регресійного аналізу щодо суб'єктивного психоемоційного дистресу в робочій та повсякденній діяльності.

піклуванні про себе або підтриманні власного дозвілля в умовах війни (див. табл.3). Симптоми клінічної депресії, такі як втрата інтересу, енергії та задоволення від звичних занять, можуть ускладнити здатність людини до піклування про себе та збереження власного дозвілля як ресурсних активностей. Водночас

інформаційне навантаження та соціальні стереотипи щодо дозвілля в часі війни можуть самі по собі провокувати відчуття дистресу та стати причиною міжособистісних конфліктів, підтримувати упередженість і недовіру в міжособистісних стосунках. На нашу думку, нав'язлива тривога та

## Оригінальні дослідження

повторюваний досвід проживання дистресу через вплив травматичних подій також може зумовлювати некритичну раціоналізацію повсякденної активності з нехтуванням задоволення власних емоційних потреб та потреби у відновленні. Тому, поєднання скарг на дратівливість, невдоволення, неможливість отримувати задоволення від справ, які раніше були ресурсними, та відчуття надмірної втоми й пильності щодо соціальної думки можуть супроводжувати стани емоційного та професійного вигорання. Ще варто відзначити приналежність до жіночої статі як предиктор дистресу. Спираючись на дані, отриманні під час первинних інтерв'ю, ми висунули гіпотезу, що переважна кількість жінок, які взяли участь у опитуванні або втратили чоловіків під час війни, або їх чоловіки перебували на фронті чи зникли безвісти. Тому нехтування піклуванням про себе може бути опосередковано переживанням втрати чи горюванням.

Предикторами останньої категорії досліджуваного психоемоційного дистресу — дистрес, що виникає в підтриманні міжособистісного стосунку (включає стосунки в родині та з іншими значущими особами) виступили досвід впливу травматичних подій, рівень сприйнятого стресу, клінічні ознаки депресивних станів, загальний показник інтенсивності симптомологічного дистресу, схильність до емоційного уникнення та вік (див. табл. 3). Особи, які пережили травматичні події, можуть мати складнощі у встановленні та підтриманні міжособистісних стосунків через різні причини, включаючи здатність довіряти іншим, розуміти свої власні емоції та реагувати на емоційні потреби інших людей. Постійний стрес може безпосередньо впливати на

підтримання близьких стосунків через постійне відчуття напруги та емоційної нестабільності й може свідчити про загальну негативну психологічну стійкість. У той час як симптоми депресії, такі як втрата інтересу до соціальних взаємодій, відчуття вини та безнадійності, можуть перешкоджати позитивним (ресурсним) взаємодіям з іншими людьми. Демонструючи схильність до емоційного уникнення, люди можуть уникати конфліктів та важких емоційних розмов, що може впливати на якість та стабільність міжособистісних стосунків, а також обмежувати опрацювання травматичного досвіду.

Рівень вираженості суб'єктивного сприйняття стресу на 31,5 % був детермінований досвідом впливу травматичних подій, скринінговими показниками за шкалами депресії та тривоги й віком ( $R^2=0,315$ ,  $F(1; 397)=8,201$ ,  $p=0,004$ ). Оскільки досвід травматичних подій може призвести до посилення реакції на стрес, а показники депресії та тривоги можуть впливати на сприйняття та оцінку стресових ситуацій, показник сприйняття стресу може відображати здатність до адаптації та стресостійкість у надзвичайних умовах. Зокрема, ця інформація може бути корисною для розуміння та прогнозування, які фактори можуть бути важливими для управління стресом та підвищення рівня ресурсів для подолання стресу. Такий аналіз може також допомогти розробляти індивідуалізовані стратегії психологічної підтримки та інтервенцій для осіб, які переживають стресові ситуації.

Наприкінці ми провели порівняльний аналіз психоемоційного дистресу за статтю, і результати дали підстави стверджувати, що статистично значущі показники помітного дистресу демонстрували

Таблиця 3

Психоемоційний дистрес та симптомологічні прояви залежно від статі\*

		M	SD	F	Sig.	Effect Sizes Eta-squared [95% CI]
WS&S-1	male	6,06	1,60	24,967	0,000	0,059 (0,02-0,11)
	female	5,21	1,77			
WS&S-2	male	5,98	1,63	29,427	0,000	0,069 (0,03-0,12)
	female	5,04	1,80			
WS&S-5	male	6,11	1,53	15,844	0,000	0,038 (0,01-0,08)
	female	5,49	1,55			
PSS-10	male	23,78	5,09	8,837	0,003	0,022 (0,002-0,057)
	female	21,90	7,09			
IES-R	male	27,55	5,02	23,462	0,000	0,055 (0,02-0,10)
	female	24,88	5,82			
SCL-90-R: HOS	male	0,74	0,61	3,878	0,010	0,010 (0,00-0,04)
	female	0,88	0,76			
SCL-90-R: PHOB	male	0,70	0,76	6,072	0,014	0,015 (0,00-0,05)
	female	0,54	0,59			
AAQ-II	male	35,45	6,75	6,027	0,013	0,014 (0,00-0,05)
	female	34,22	6,32			

\*вказані лише показники, що продемонстрували статистичну значущість

чоловіки (табл. 3). Зокрема, вищі показники психоемоційного дистресу виявлено у сферах підтримання робочої і побутової активності, а також у сфері підтримання міжособистіних стосунків. Це може вказувати на те, що для чоловіків стресові ситуації, пов'язані із цими сферами, є особливо важкими або емоційно неприйнятними.

Незважаючи, що не було продемонстровано суттєвих відмінностей щодо вираженості й поширеності скринінгових ознак тривожно-депресивних симптомів, дистрес, що асоціюється з травматичним досвідом та його суб'єктивний вплив на психосоціальне функціонування, виявився вищим серед чоловіків. Високим показником також відзначено схильність до емоційного уникнення, що демонструє труднощі в психологічній гнучкості в процесі адаптації до нових життєвих обставин та досвіду.

Цікавим спостереженням відзначено, що єдиний показник, який виявився статистично вищим серед жінок, це показник ворожості за методикою SCL-90-R, що може вказувати на особливості їхньої реакції на стрес або спосіб вираження емоційного навантаження. Це може бути пов'язано зі специфічними соціально-культурними очікуваннями, які призводять до того, що жінки відчують тиск щодо прояву власної слабкості або вразливості, і вони виражають свої емоції через «агресивніше» вираження: роздратованість, вимогливість, образа. Крім того, жінки можуть виявляти ворожість у зусиллях захистити себе або своїх близьких від потенційних загроз або стресових ситуацій. Це може бути пов'язано з бажанням захистити свою сім'ю чи дітей від будь-якої шкоди або небезпеки, що може виникнути у стресових ситуаціях, які асоціюються з війною чи її наслідками.

**Висновки.** За результатами дослідження виявлено, що особи, які змушені були переїхати через війну, демонстрували помірні рівні тривожно-депресивної симптоматики, що асоціюється з травматичним досвідом та суб'єктивним сприйняттям стресу. Основними предикторами дистресу в робочій та повсякденній діяльності виявлено вплив травматичного досвіду, схильність до емоційного уникнення та симптоми депресивних станів. Описані особливості психоемоційного дистресу в різних сферах психосоціального функціонування з огляду на

фактори, що зумовлювали його або впливали на підтримання психічного тягаря. На основі отриманих даних та якісного аналізу запитів щодо медико-психологічної підтримки можна запропонувати наступні рекомендації:

1. Організувати доступ до психологічної підтримки та терапії для осіб, які пережили війну і переїхали через неї. Це може включати індивідуальну та групову терапію, де особлива увага приділяється розвитку стратегій копіngu зі стресом та подоланню емоційного уникнення.

2. Створити сприятливі умови в робочих місцях для виявлення та підтримки осіб, які можуть демонструвати тривожно-депресивну симптоматику. Це може включати надання можливостей для психологічної консультації та підтримку у вирішенні проблем, пов'язаних із травматичним досвідом.

3. Забезпечити навчання та інформування співробітників та громадськості про важливість психічного здоров'я та стратегій його підтримки. Це може сприяти зменшенню стигматизації психічних проблем та збільшенню підтримки для тих, хто потребує допомоги.

4. Створити або підтримувати соціальні мережі підтримки для осіб, які пережили травматичні події, де вони можуть обмінюватися досвідом, знаходити підтримку та отримувати інформацію про доступні ресурси.

5. Регулярно моніторити рівень психічного дистресу серед осіб, які пережили війну та переїхали через неї, і вживати заходів для виявлення та реагування на симптоми тривоги та депресії. Це може включати проведення анонімних опитувань, організацію спеціалізованих консультацій та співпрацю з місцевими службами психічного здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у додаткових дослідженнях ефективних психологічних та психіатричних інтервенцій для осіб, які пережили війну та переїхали через неї. Створення та впровадження програм психосоціальної реабілітації, спрямованих на полегшення адаптації до нового середовища для осіб, які пережили травматичні події. Розширення доступності психологічної та психіатричної допомоги для вразливих груп населення, зокрема для тих, хто переїхав через війну.

#### Список літератури

- Jain N, Prasad S, Czárth ZC, Chodnekar SY, Mohan S, Savchenko E, et al. War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221106625. DOI: 10.1177/21501319221106625.
- Haydabrus A, Santana-Santana M, Lazarenko Y, Giménez-Llort L. Current War in Ukraine: Lessons from the Impact of War on Combatants' Mental Health during the Last Decade. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10536. DOI: 10.3390/ijerph191710536.
- Predko V, Schabus M, Danyliuk I. Psychological characteristics of the relationship between mental health and hardiness of Ukrainians during the war. *Front Psychol*. 2023;14:1282326. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1282326.
- Rakhman LV, Plevachuk OY, Shpylovyi IV, Dzis MO, Suvalo OB. An anxiety as a response to distress and as a symptom of stress disorders in wartime. *Wiad Lek*. 2022;75(8 pt 1):1882-87. DOI: 10.36740/WLek202208111.
- The Improving Access to Psychological Therapies Manual (IAPT). London: National Collaborating Centre for Mental Health. Published 2018. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual>.
- Дембіцький С, Серета Ю. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідація в Україні.

## Оригінальні дослідження

---

Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2015;4:40-71. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm\\_2015\\_4\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm_2015_4_5).

7. Вельдбрехт ОО, Тавровецька НІ. Шкала сприйнятого стресу (pss-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Problems of Modern Psychology*. 2022;2:16-27. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>.

8. Широка А, Миколайчук М. Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (AAQ-II) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. *Scientific Bulletin of KSU Series Psychological Sciences*. 2021;3:101-12. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14>.

### References

1. Jain N, Prasad S, Czárth ZC, Chodnekar SY, Mohan S, Savchenko E, et al. War psychiatry: Identifying and managing the neuropsychiatric consequences of armed conflicts. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221106625. DOI: 10.1177/21501319221106625.

2. Haydabrus A, Santana-Santana M, Lazarenko Y, Giménez-Llort L. Current war in Ukraine: Lessons from the impact of war on combatants' mental health during the last decade. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10536. doi: 10.3390/ijerph191710536.

3. Predko V, Schabus M, Danyliuk I. Psychological characteristics of the relationship between mental health and hardiness of Ukrainians during the war. *Front Psychol*. 2023;14:1282326. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1282326.

4. Rakhman LV, Plevachuk OY, Shpylovyi IV, Dzis MO, Suvalo OB. An anxiety as a response to distress and as a symptom of stress disorders in wartime. *Wiad Lek*. 2022;75(8 pt 1):1882-87. DOI: 10.36740/WLek202208111.

5. The Improving Access to Psychological Therapies Manual (IAPT). London: National Collaborating Centre for Mental Health. Published 2018. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual>.

6. Dembits'kyi S, Sereda Yu. Symptomatychnyi opytual'nyk Leonarda Derogatsya (SCL-90-R): validyzatsiia v Ukraini [Leonard Derogatis Symptomatic Questionnaire (SCL-90-R): validation in Ukraine]. *Sotsiolohiia: teoriia, metody, marketynh*. 2015;4:40-71. Available from: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm\\_2015\\_4\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm_2015_4_5). (in Ukrainian).

7. Vel'dbrekht OO, Tavrovets'ka NI. Shkala spryiniatoho stresu (pss-10): adaptatsiia ta aprobsiia v umovakh viiny [The Perceived Stress Scale (pss-10): adaptation and validation in a war setting]. *Problems of Modern Psychology*. 2022;2:16-27. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>. (in Ukrainian).

8. Shyroka A, Mykolaichuk M. Adaptatsiia ukrainomovnoi versii opytual'nyka pryiniattia ta dii (AAQ-II) na normatyvni ta subklinichni hrupakh doslidzhuvanykh [Adaptation of the Ukrainian version of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) on normative and subclinical groups of subjects]. *Scientific Bulletin of KSU Series Psychological Sciences*. 2021;3:101-12. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14>.

### Відомості про авторів

**Аврамчук О.С.** – канд. психол. наук, доцент кафедри клінічної психології Факультету наук про здоров'я Українського Католицького Університету, м.Львів, Україна.

**Гринько Н.В.** – канд. мед. наук, доцент кафедри клінічної психології Факультету наук про здоров'я Українського Католицького Університету, м.Львів, Україна.

**Герман Ю.В.** – асистент кафедри клінічної психології Факультету наук про здоров'я Українського Католицького Університету, м. Львів, Україна.

### Information about the authors

**Avramchuk O.S.** – Ph.D. in Psychological Sciences, Associate Professor at the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Health Sciences, Ukrainian Catholic University, Lviv, Ukraine.

**Hrynko N.V.** – Ph.D. in Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Health Sciences, Ukrainian Catholic University, Lviv, Ukraine.

**Herman Yu. V.** – assistant at the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Health Sciences, Ukrainian Catholic University, Lviv, Ukraine.

*Надійшла до редакції 11.01.24*

*Рецензент – проф. Юрценюк О.С.*

*© О.С. Аврамчук, Н.В. Гринько, Ю.В. Герман, 2024*