

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра практичної психології

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ ПОРУШЕНЬ СНУ ЦИВІЛЬНОГО
НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Студентки 2 курсу,
групи ППм-1-24-1.4з
другого (магістерського) рівня
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми 053 002 Практична
психологія
Карпець Вікторії Ігорівни

Науковий керівник:
Плескач Б.В., кандидат
психологічних наук,
старший викладач
кафедри практичної психології

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ 1. Теоретичні основи вивчення порушень сну в умовах воєнного стану	6
1.1 Сон як фізіологічний стан, його функції та значення	6
1.2 Порушення сну, їхні прояви, причини та наслідки	15
1.3 Психологічна модель порушень сну в умовах воєнного стану	21
1.4 Методи когнітивно-поведінкової терапії безсоння	28
Висновки до 1 розділу	36
Розділ 2. Емпіричне дослідження порушень сну в умовах воєнного стану	38
2.1 Програма та організація дослідження	38
2.2 Кількісний та якісний аналіз результатів емпіричного дослідження ..	43
2.3 Зміст та впровадження психокорекційної програми на основі когнітивно-поведінкової терапії безсоння	56
Висновки до 2 розділу	79
Загальні висновки	81
Список використаних джерел	83
Додатки	88

ВСТУП

Актуальність дослідження. Російське вторгнення в Україну почалося 24 лютого 2022 року. Важка артилерія, ракетні та авіаційні удари, руйнування цивільної інфраструктури, масові поранення, вбивства та катування мирних жителів стали звичною справою в Україні. Російське вторгнення впливає на психічне здоров'я українського цивільного населення, включаючи підвищений рівень стресу, тривогу, які можуть супроводжуватися порушеннями сну.

Безсоння – один із найпоширеніших порушень сну, що включає труднощі з засинанням, неперервністю сну та/або ранні пробудження, незадоволенням кількістю або якістю сну. Враховуючи воєнний стан, порушення сну можуть бути значущим індикатором психологічного дистресу.

Дослідження сну та його порушень є актуальними в психології, медицині, нейробиології. Зокрема, цю тему вивчали такі науковці як Morin (когнітивно-поведінкова терапія безсоння), Harvey (механізми безсоння, роль розладів настрою при порушеннях сну), Espie (розробка втручань при порушеннях сну) на основі КПТ-I), Ong, Shapiro (досліджували комбіновані методи терапії безсоння) та інші.

На сьогодні вже добре досліджено механізми сну, нейрофізіологічні процеси, які відбуваються під час нього (Dijk, 2019), зв'язок між безсонням та психічними розладами (Steiger, 2019). Проте досі недостатньо вивчено вплив війни на порушення сну, які фактори підвищують або знижують розвиток безсоння, і як це пов'язано з ознаками тривоги та стресу. Тому в цій роботі буде розглянуто основні психологічні складові порушень сну серед цивільного населення України під час воєнного стану.

Об'єкт дослідження – психологічні аспекти порушення сну.

Предмет дослідження – психологічні складові порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану.

Мета дослідження – дослідити психологічні складові порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних досліджень проблеми психологічних особливостей сну та чинників його порушення в екстремальних умовах.
2. Виявити та охарактеризувати психологічні складові, які можуть призводити до порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану.
3. Експериментально дослідити особливості порушень сну та їх психологічні складові.
4. Розробити і впровадити психологічну програму корекції порушень сну для цивільного населення в умовах воєнного стану.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали концепція «діатез-стресу», транзактна модель стресу Лазаруса та Фолкмана, соціально-когнітивна теорія особистості Бандури, трифакторна модель безсоння Спілмана, а також концептуальні ідеї когнітивно-поведінкової терапії безсоння (Bootzin, Morin, Harvey, Espie).

Методи та організація дослідження. Для вирішення поставлених завдань та перевірки висунутої гіпотези було використано наступні методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення результатів теоретичних та експериментальних досліджень, висвітлених у науковій літературі); психодіагностичні («Пітсбурзький індекс якості сну» - PSQI, «Шкала тривоги Спілбергера» - STAI, «Шкала сприйняття стресу» - PSS); описова статистика (середнє значення, стандартне відхилення, частоти та відсотки, медіани); кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона, r); порівняльний груповий аналіз (t-тест Уелча, обчислення р-значень).

Надійність та вірогідність результатів забезпечується методологічною обґрунтованістю вихідних положень дослідження, узгодженості теоретичної моделі досліджуваного явища з методами його дослідження, комплексним використанням методів і методик, що відповідають меті, об'єкту, предмету та завданням дослідження; застосуванням методів математичної обробки емпіричних даних.

Емпіричне дослідження проводилося у квітні-травні 2025 року на базі онлайн-платформи Google Forms серед цивільного населення України (n=42) з таких міст як Київ, Львів і Рівне. Апробація розробленої психокорекційної програми здійснювалася під час переддипломної практики на базі Рівненського державного гуманітарного університету в онлайн-форматі у вигляді групового тренінгу в вересні-жовтні 2025 року. Груповий тренінг складався з 8 сесій тривалістю 90 хвилин кожна.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження: розширено, доповнено та уточнено уявлення про психологічні складові порушень сну серед цивільного населення; уточнено зв'язок між рівнем стресу, ознаками тривоги та якістю сну в умовах воєнного стану; розроблено та апробовано програму для покращення якості та кількості сну.

Практична значущість результатів дослідження: результати дослідження можуть використовуватися психологами для впровадження інтервенцій для покращення кількості та якості сну серед цивільного населення під час воєнного стану. Також, розроблену програму можна використовувати як частину підтримки психологічного здоров'я.

Структура та обсяг роботи: Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (76) та 8 додатків. Основний зміст роботи викладено на сторінці 2 (загальний обсяг роботи 103 сторінки). У роботі міститься 11 рисунків та 4 таблиці.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1 Сон як фізіологічний стан, його функції та значення

Сон – це періодичний стан зниженої чутливості, що зазвичай пов’язаний із нерухомістю. Усі види тварин мають певну форму сну (або відпочинку, який вважається еквівалентом сну у рептилій, амфібій, риб і безхребетних), і всі потребують сну для відновлення, якщо не сплять довше звичного. (Darwall-Smith, 2021: 10-11). Сон пов’язаний з багатьма фізіологічними функціями, такими як підтримка імунної системи, гормональна регуляція, нейрогенез (Маслова, Бельська 2024: 14-15). І навпаки, дефіцит сну має шкідливі наслідки, наприклад, підвищення артеріального тиску, підвищений ризик розвитку діабету, ожиріння, зниження рівня гормонів росту. Однак, вплив сонної депривації на ментальний та когнітивний стан людини є найбільш помітним (Medic, 2017). Таким чином, сон може виконувати важливі фізіологічні та психологічні функції.

Аби краще розуміти вплив сну на психологічний добробут та здоров’я людини, важливо розглянути основні фази сну. Загалом, виділяють дві фази сну:

1. Фаза швидкого сну (REM, Rapid Eye Movement);
2. Фаза повільного сну (NREM, Non-Rapid Eye Movement).

Фаза повільного сну також поділяється на три стадії, від N1 до N3. Так само, кожна фаза та стадія сну характеризується певними змінами м’язового тону, патернами мозкових хвиль і рухів очей. Тіло проходить усі ці етапи приблизно 4-6 разів щоночі, і кожен такий цикл в середньому триває 90 хвилин. Варто враховувати, що депресія, старіння, черепно-мозкові травми, ліки та порушення циркадного ритму можуть впливати на якість сну та тривалість кожної зі стадій сну (Memar, 2018).

Сон відбувається в п’ять стадій: пробудження, N1, N2, N3 і REM. Стадії від N1 до N3 вважаються фазою повільного сну, без швидких рухів очей (NREM),

причому кожна стадія призводить до поступового глибшого сну. Приблизно 75% сну займає фаза повільного сну (NREM), до того ж більша частина на стадії N2 (Morin, 2012 : 72-74). Типовий нічний сон складається з 4-5 циклів сну з прогресуванням стадій сну в такому порядку: N1, N2, N3, N2, фаза швидкого сну REM. Повний цикл сну займає приблизно від 90 до 110 хвилин. Перша фаза швидкого сну (REM) є короткою, і впродовж ночі фази швидкого сну (REM) стають тривалішими, а фази глибокого сну (NREM) скорочуються в тривалості. Тривалість кожної стадії сну змінюється з віком людини, і часто загальна біологічна потреба уві сні змінюється з часом. (Feinberg, 2018).

Розглянемо детальніше кожен з цих етапів, аби краще розуміти, що відбувається під час сну.

1. N1 (перша стадія) – легкий сон (5%)
2. N2 (друга стадія) – глибший сон (45%)
3. N3 (третя стадія) – найглибший NREM сон (25%)
4. REM – фаза швидкого сну (25%)

N1 найчуйніша стадія сну, яка характеризується активністю альфа-хвиль у мозку, що притаманно стану неспання. М'язи знаходяться у тонусі, а дихання є регулярним. Ця стадія триває приблизно 1-5 хвилин, що становить 5% загального часу сну (Gompf, 2020).

Під час стадії N2 відбувається глибший сон, оскільки частота серцевих скорочень та температура тіла знижуються. Ця стадія також характеризується наявністю К-комплексів та піків, що є короткими, потужними сплесками нейронного збудження у верхній скроневій звивині, передній поясній корі, островцевій частці та таламусі. Вважається, що цей механізм є невіддільною частиною синаптичної пластичності. Численні дослідження показують, що піки є важливими для консолідації пам'яті, зокрема процедурної та експліцитної пам'яті (Antony JW, 2019).

К-комплекси – це довгі дельта-хвилі, які тривають приблизно одну секунду і, як відомо, є найдовшими та найвиразнішими з усіх мозкових хвиль. Дослідження показують, що К-комплекси пов'язані з безперервністю сну та

консолідацією пам'яті (Маслова, 2024 : 73).

Ця стадія сну триває приблизно 25 хвилин у першому циклі та подовжується з кожним наступним циклом, зрештою становлячи приблизно 45% загальної тривалості сну. На цьому етапі сну відбувається бруксизм, скрегіт зубами (Antony JW, 2019).

N3 називають повільним сном, адже він характеризується сигналами з нижчою частотою та більшою амплітудою, відомими як дельта-хвилі. Під час цієї стадії прокинутися найважче, наприклад, деяких людей не пробудять навіть гучні звуки (понад 100 децибелів). Цей етап сну є важливим для відновлення організму, формування кісткових та м'язових тканин, а також для зміцнення імунної системи. Також, під час цієї стадії відбувається сноходіння, нічні жахіття та енурез. З віком, повільний дельта-хвильовий сон скорочується, а стадія N2 стає навпаки тривалішою. Дослідження показують, якщо людина прокидається під час цієї стадії, як правило, розумова діяльність є помітно зниженою протягом 30-60 хвилин, що свідчить про когнітивні порушення (Hilditch, 2019).

Фаза швидкого сну, REM, асоціюється зі сновидіннями і не вважається стадією спокійного сну. В той час, як електроенцефалографія під час цієї фази сну подібна до стану неспання, скелетні м'язи є атонічними та не рухаються, за винятком очей і діафрагмальних м'язів, які залишаються активними. Однак частота дихання не є регулярною. Кожен REM цикл подовжується впродовж ночі. Перший цикл зазвичай триває 10 хвилин, а останній – до 1 години. Під час швидкої фази сну виникають сни та кошмари (Morin, 2012 : 95).

Важливі характеристики швидкої фази сну:

- REM пов'язаний зі сновидіннями та нерегулярними рухами м'язів, а також швидкими рухами очей.
- Люди, як правило, спонтанно прокидаються вранці під час швидкої фази сну.
- Підвищення рівня ацетилхоліну, нейротрансмітера, що відіграє важливу роль у таких процесах як пам'ять, навчання, увага, збудження.

- Мозок є дуже активним протягом швидкої фази сну, що прискорює метаболізм мозку до 20% (Della, 2018).

Механізм, за допомогою якого запускається та підтримується процес сну, можна назвати балансом між двома системами розташованими в мозку: *гомеостатичною* та *циркадною*. Гомеостатичні процеси визначають потребу організму у сні, а циркадні ритми слугують внутрішнім добовим годинником для циклу сон-неспаннн (Маслова, 2024 : 86-87).

Гомеостатична регуляція фізіології сну була об'єктом дослідження з перших днів сучасних досліджень сну. Найчастіше використовуються протоколи повної депривації сну, наприклад, обмеження в сні протягом 40-64 годин, аби задокументувати гомеостатичну регуляцію тривалості сну, потяг до сну та структуру сну для його відновлення. Чим більший потяг до сну, тим швидше людина засинає; а депривація сну збільшує суб'єктивний та об'єктивний потяг до сну. Такі втручання також призводять до зменшення кількості пробуджень після початку сну, тобто безперервність сну збільшується зі збільшенням гомеостатичної потреби сну (її ще називають «тиском» до сну) (Dijk, 2019 : 441-481).

Циркадна ритмічність разом із гомеостазом сну формує час та структуру циклу сон-неспаннн. Люди – це вид, що веде денний спосіб життя, і у дорослих людей сон зазвичай відбувається вночі, а неспаннн – вдень, хоча в сучасних розвинутих суспільствах із доступом до штучного освітлення може бути незрозуміло, коли закінчується день і починається ніч. Сон не завжди є монофазним, тому денний сон може бути як нормальним, так і патологічним. Час сну визначається часом доби коли виникає сон і зазвичай пов'язаний з природними циркадними ритмами та чергуванням дня та ночі. Гормони кортизолу, мелатонін, температура тіла також змінюються під час циркадних процесів (Schwartz, 2019).

У ссавців центральний циркадний годинник розташований у супрахіазматичному ядрі гіпоталамуса. Він налаштовує внутрішній фізіологічний ритм відповідно до 24-годинного добового циклу. Вироблення

мелатоніну активується супрахіазматичним ядром і пригнічується світлом, по суті повідомляє про настання темряви циркадному годиннику та запускає фізіологічні процеси, що пов'язані з нічним часом, наприклад, змінює кров'яний тиск та впливає на метаболізм (Dijk, 2019 : 441-481).

Мелатонін – це гормон, який виробляється шишкоподібною залозою вночі. Він є часовим сигналом для біологічного годинника та сприяє очікуванню сну в мережі пасивного режиму роботи мозку. Це пояснює зростання потягу до сну при розладах циркадного ритму сну (Sollars, 2015). З віком і певними захворюваннями, стійкість циркадної системи знижується, а вироблення мелатоніну зменшується або зміщується у часі. Відхилення у циркадних ритмах та погана якість сну пов'язані зі збільшенням ризику серцево-судинних захворювань, метаболічних і когнітивних порушень, а також низької якості життя та смертності (Darwall-Smith, 2019 : 29-30).

На клітинному рівні, *ГАМК*, гамма-аміномасляна кислота (GABA), діє як основний гальмівний нейромедіатор центральної нервової системи. ГАМК зв'язується з рецепторами ГАМК-А в мозку, що запускає механізм сну. Нейрони, що сприяють цьому процесу, вивільняють ГАМК у передньому гіпоталамусі. Алкоголь, зокрема, впливає на передачу ГАМК, і більшість снодійних засобів впливають на цей нейромедіатор (Gottesmann, 2002).

Аденозин також сприяє сну, пригнічуючи орексинові нейрони. Його накопичення сприяє зростанню потягу до сну. Також, високий рівень аденозину в міжклітинному просторі знижує чутливість до світла. Кофеїн безпосередньо впливає на рецептор аденозину, блокуючи його (Маслова, 2024 : 87).

Нейрохімічні речовини, такі як *ацетилхолін*, *дофамін*, *норадреналін*, *серотонін*, *гістамін* і пептиди *орексину*, працюють разом, щоб підтримувати стан неспання. Коли ми засинаємо, їхній рівень збільшується впродовж ночі (Dijk, 2019 : 441-481).

Найвищий рівень вивільнення *ацетилхоліну* відбувається під час пробудження та є найменшим під час повільної фази сну. Ацетилхолін бере участь у регуляції швидкої фази сну, іннервуючи ділянки кори головного мозку.

Це, зі свого боку, створює цикл сон-неспанння та впливає на інші стадії сну (Oh J, 2019).

Серотонін відіграє важливу роль у якості та тривалості сну, а також є необхідним для секреції мелатоніну, що теж регулює цикл сну-неспанння. Загальний ефект серотоніну полягає в тому, щоб сприяти неспанню, хоча він також впливає на якість глибокого сну (Dijk, 2019 : 441-481).

Нейромедіатор *норадреналін* підтримує загальне збудження та сприяє пробудженню. Під час швидкої фази сну він припиняє вивільнення, що запускає активність головної кори під час сну. Окрім його ролі в регуляції нормального та патологічного сну, норадреналін також має велике значення для ефективності фармакотерапії сну, адже може сприяти як пробудженню, так і самому сну (Watson, 2010).

Важливо зазначити, що під час депресії порушується активність медіаторів *серотоніну* та *норадреналіну*, що впливає на запуск REM, фази швидкого сну. Такі порушення впливають на загальну сонливість впродовж дня, адже відпочинок не є достатнім. Причому, як і скорочення, так і подовження REM фази мають негативний ефект (Маслова 2024 : 119-120).

Нейрони *гістаміну* сприяють неспанню, бо активують нейрони в корі головного мозку, які викликають збудження, а також гальмують нейрони, що навпаки сприяють сну. Крім того, орексини сильно активують нейрони, що виробляють гістамін. На думку дослідників, це може бути ключовим механізмом, що сприяє пробудженню та регуляції сну (Scammel, 2019).

Орексин, нейропептид, відіграє важливу роль у регуляції швидкої фази сну REM та апетиту. Пригнічуючи REM сон, і, меншою мірою, сприяючи пробудженню, орексин допомагає підтримувати баланс між сном та неспанням. Також, орексин має властивість регулювати метаболічні процеси та інтегрувати циркадні сигнали. При нарколепсії, рівень цього нейропептиду суттєво знижується (Watson, 2019).

Розглянувши фізіологію сну, нам важливо дослідити його функції. Попри велику кількість досліджень цього питання, вчені не з'ясували точної функції

сну. Далі ми хочемо оглянути можливі функції сну, що впливають як на центральну нервову систему, так і в загальному на організм людини.

Певні стадії сну можуть відігравати *роль у розвитку нервової системи*. Припускається, що ця функція виконується під час REM, швидкої фази сну. Такий сон може забезпечувати ендогенну стимуляцію, особливо під час розвитку плоду (Anderson, 2013). Швидкий REM сон також може бути важливим для *нейрогенезу*. Дослідження показали, що депривація REM сну у щурів призводить до порушення нейрогенезу в гіпокампі (Xie, 2013).

Сон також може відігравати певну роль у *синаптичній пластичності*, що забезпечує гнучкість нервової системи. Стверджується, що під час сну регулюється сила зв'язків між нейронами, що допомагає консолідувати спогади та оптимізувати роботу мозку. До того ж сон збалансовує синаптичну силу для підтримки ефективної роботи нервової системи. Однак припускають, що на синаптичну пластичність також впливає циркадний ритм, оскільки було виявлено циркадні коливання в синаптичній пластичності: деякі синаптичні зв'язки посилюються або послаблюються залежно від добових ритмів (Frank MG, 2014). Таким чином, не тільки сон, але й інші фактори, такі як циркадні ритми, можуть сприяти рівню синаптичної пластичності.

Існують дослідження, які показують, що порушення сну можуть сприяти *розвитку деяких психіатричних захворювань*, таких як тривожні розлади та депресивні розлади (Jansson-Frojmark, 2008). Багато досліджень описують позитивний вплив лікування порушень сну на психічне здоров'я (Boland, 2023; Steiger, 2019). Хоч і природа цього зв'язку до кінця не з'ясована, здається очевидним, що сон відіграє ключову роль у психологічному добробуті. Ми приділимо більше увагу цьому в наступному підрозділі.

Велика кількість досліджень стосується *консолідації спогадів* та ролі сну в цьому процесі (Antony JW, 2019). Одним із прикладів може бути його вплив на декларативну (експліцитну) пам'ять. Це дослідження виявило позитивний вплив на негайне розпізнавання обличчя. Інші дослідники стверджують, що сон не покращує навички запам'ятовування, зокрема рухових послідовностей, хоча він

може запобігати їхньому забуттю. Як визнали самі автори, існувало багато потенційних факторів, наприклад, попередньої депривації сну. Миттєвого покращення запам'ятовування послідовних рухових завдань взагалі не спостерігалось (Krueger, 2016). Таким чином, вплив сну на пам'ять є неоднорідним і може відрізнятися між окремими типами пам'яті. Ба більше, згідно з іншими дослідженнями, вплив сну на пам'ять найбільш помітним серед здорових молодих дорослих. Точну роль сну в старінні, погіршенні пам'яті та нейродегенерації ще належить з'ясувати.

Іншою важливою функцією сну є *зміни метаболічних функцій*. Зниження швидкості метаболізму та температури тіла під час сну допомагає відновити втрату енергії, яка відбувається під час неспання, ймовірно, сприяючи NREM, повільній фазі сну. Під час NREM, повільні хвили зрештою зменшують потребу в глюкозі. Зменшення потреби в енергії може бути не лише специфічним для мозку, але й для всього тіла. Загалом, зниження потреби в енергії може бути наслідком грубої м'язової гіпотонії або атонії уві сні, оскільки активні м'язи споживають велику кількість енергії. Сон може бути необхідним для відновлення енергії та регуляції обміну речовин під час неспання (Xie, 2013). До того ж неспання пов'язане з великою кількістю зовнішніх подразників, які необхідно постійно фільтрувати. Таким чином, зниження метаболізму центральної нервової системи під час сну та подальших процесів відновлення енергії може бути спричинено вищим порогом до цих зовнішніх подразників. Крім того, багато генів у центральній нервовій системі змінюють свою транскрипцію під час сну, а їхні продукти беруть участь у синтезі складних макромолекул, що, серед іншого, призводить до відновлення нейромедіаторів, які використовувалися під час періоду неспання (Krueger, 2016). Таким чином, роль сну в обміні речовин є ключовою.

Давно досліджується зв'язок між сном та *імунною системою*. Цитокіни, невеликі пептидні інформаційні молекули, які допомагають клітинам імунної системи обмінюватися інформацією між собою, та TNF (tumor necrosis factor), кодований геном білок, що бере участь у запальних реакціях, регулюють NREM,

повільну фазу сну. Сон також позитивно впливає на титри антитіл після імунізації. Це свідчить про існування тісного зв'язку між сном й імунною системою (Zielinski, 2016).

Сон також сприяє *підтримці загального здоров'я*. Тисячі генів у центральній нервовій системі змінюють свою експресію після депривації сну, більшість з яких відповідають за ферменти синтезу холестерину та транспорт білків. Таким чином, недостатня кількість сну може призвести до структурних змін центральної нервової системи. Було виявлено, що на ферментативному рівні депривація сну знижує активність супероксиддисмутази в мозку щурів. Загалом, не спостерігалось фатальних змін тканини центральної нервової системи, навіть коли депривація сну була критичною (Cirelli 1999, Frank and Cantera 2014). Однак у цьому експерименті щури помирали. Таким чином, можна стверджувати, що ефект відсутності сну, який спочатку виникав в тканинах, які не були частиною центральної нервової системи, спричиняв смерть тварин. Крім того, депривація сну впливає на різні системи органів людини. Нестача сну пов'язана з ожирінням, діабетом, непереносністю глюкози, серцево-судинними захворюваннями (Darwall-Smith, 2021 : 61-63). З іншого боку, більша за нормальну кількість сну не забезпечує кращу роботу організму (Dijk, 2019 : 205-206). Однак, можна стверджувати, що сон допомагає підтримувати хороше самопочуття, адже виконує не лише функції на рівні центральної нервової системи, але й у всьому організмі за допомогою різних механізмів. Також існує припущення про еволюційну роль сну, оскільки сон певним чином є важливим для більшості видів тварин. Однак, враховуючи неоднорідність моделей сну, ця роль може бути складнішою і мати багато відмінних механізмів (Peigneux, 2014).

Отже, сон є фундаментальним для виживання. Існує кілька аспектів сну, які можна назвати його функціями. Наведені вище результати депривації сну ілюструють його важливість. Основні функції сну полягають у підтримці роботи як центральної нервової системи, так і всього організму. Сон підтримує синаптичну пластичність, бере участь у консолідації пам'яті, а також грає невід'ємну роль в обміні речовин. Він тісно пов'язаний із психологічним

здоров'ям, а його відсутність спричиняє структурні зміни в центральній нервовій системі.

1.2 Порушення сну, їхні прояви, причини та наслідки

Порушення сну є поширеною проблемою. Вони характеризуються складнощами з засинанням або підтримкою сну. Також, сон може мати низьку якість та бути недостатньо відновлювальним (Brandon, 2020 : 35-36). Хронічні проблеми зі сном найчастіше спостерігаються серед тих, хто має психічні розлади (Morin, 2012 : 177). В середньому, приблизно 50-80% дорослих пацієнтів із психічними захворюваннями мали труднощі з засинанням або безперервністю сну протягом року (Hertenstein, 2023). Дослідження показують, що безсоння тісно пов'язане з психічними розладами, і воно може бути первинним або вторинним. Взаємозв'язок між сном і психічними розладами описується як складний, і, можливо, відзначається двоспрямованою причинністю: дві змінні взаємно впливають одна на одну (Boland, 2023).

Згідно з даними масштабного проєкту Epidemiologic Catchment Area, 40% пацієнтів з безсонням відповідають критеріям принаймні одного психіатричного розладу, причому 23% з них мають підтверджений діагноз великого депресивного розладу, 24% мають тривожні розлади, 7% зловживають алкоголем і 4% психоактивними речовинами (Eaton, 1981). Докази, що підтверджують цей взаємозв'язок, показали, що лікування певних психічних розладів може допомогти покращити сон, а лікування порушень сну може мати сприятливий вплив на їхнє психіатричне лікування (Hertenstein, 2022).

Деякі психіатричні розлади постійно згадуються в літературі через їхній тісний зв'язок з порушеннями сну. Такими розладами є великий депресивний розлад, біполярний розлад, тривожні розлади та розлади шизофренічного спектра. Депресія, безперечно, є найбільш дослідженою з погляду порушень сну. Згідно з дослідженнями, 90% з великим депресивним розладом повідомляють

про порушення сну. На додаток, проблеми зі сном є одним з симптомів депресії (Steiger, 2019). При біполярному афективному розладі діагностичні критерії вказують на те, що може спостерігатися зниження потреби у сні під час маніакальної фази та зниження можливості спати під час депресивної фази, причому це стосується 69-99% пацієнтів (Aiken, 2022). Безсоння також поширене серед тих, хто скаржиться на тривогу, особливо через пацієнтів з генералізованим тривожним розладом і посттравматичним стресовим розладом, враховуючи те, що порушення сну є одним з діагностичних критеріїв цих розладів (Peters, 2020 : 214). Також, часто повідомляється про проблеми зі сном серед пацієнтів із шизофренією, що можливо є вторинним через підвищене збудження, спричинене психотичними симптомами. Було встановлено, що приблизно 40% амбулаторних хворих відповідали критеріям клінічного безсоння (Batalla-Martín, 2020).

Наявність симптомів безсоння може мати несприятливі наслідки для пацієнтів з погляду їхнього емоційного та психічного здоров'я, а також якості життя. Вдень, наприклад, збільшується ризик нещасних випадків, простежується зниження продуктивності праці, концентрації, а також погіршення повсякденної продуктивності (Zielinski, 2015). Серед осіб з психічними розладами, наявність порушень сну, незалежно від первинного діагнозу пацієнтів, пов'язана з вищою тяжкістю симптомів та нижчим рівнем функціонування (Morin, 2012 : 45-49). Також, це впливає на перебіг лікування, яке є менш ефективним.

П'яте видання Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V) пропонує розглядати порушення сну незалежно від наявності супутніх психічних і медичних захворювань. З нього було видалено розмежування на первинне та вторинне безсоння. Замість цього, тепер використовується єдиний діагноз безсоння з одночасним визначенням клінічно супутніх захворювань. Ця суттєва зміна в діагностичних критеріях підкреслює значення порушень сну для загального добробуту і наголошує, що його потрібно розглядати не лише як супутній симптом іншого розладу (APA, 2022 : 407-409).

Нам важливо оглянути складники порушень сну згідно з класифікацією

DSM-V, адже ця класифікація допоможе структурувати типи порушень сну, що можуть бути викликаним стресом або іншими психологічними станами, такими як депресія та тривожність, через війну в Україні.

Розлади сну (в новій редакції їх називають розладами сну-неспання) мають такі спільні характеристики як проблеми з якістю, часом і кількістю сну, що призводить до дистресу протягом дня та негативно впливає на щоденне функціонування. Існує кілька типів розладів сну-неспання, з яких найпоширенішим є безсоння. Інші розлади сну-неспання включають розлади сну пов'язані з диханням, гіперсонливість, нарколепсію та розлади циркадного ритму. Ми розглянули основні категорії та типи порушень сну (APA 2022 : 407-476) та описали їх в Таблиці 1.1., що знаходиться в додатку А.

Розглянувши основні розлади сну, важливо дослідити їхні причини, що мають різне походження.

Згідно з останніми дослідженнями, незадоволеність сном є більш поширеною серед жінок, що трапляється майже вдвічі частіше порівняно з чоловіками (Sidani, 2019).

Причини порушень сну можна класифікувати за такими факторами: *біологічні компоненти* (наприклад, вік, стать), *психологічні* (такі як ознаки депресії та тривожності), *соціальні* (роль у суспільстві, робочі та домашні обов'язки, соціально-економічний стан) і *когнітивні* (переконання про сон та психологічна ригідність).

Старіння відіграє важливу роль у біологічному та соціальному контекстах. Воно пов'язане з фрагментацією сну, симптомами безсоння, циркадними розладами, змінами в архітектурі сну, скороченням тривалості повільного сну та REM фази сну, а також з частішими пробудженнями (Della, 2018). Усі вище перераховані фактори можуть бути пов'язаними зі скаргами на порушення сну, особливо враховуючи важливість якісного сну при вікових змінах. Так, дослідження проведене серед населення Бразилії, показало, що безсоння та поверхневий сон частіше спостерігалось у літніх людей (як чоловіків, так і жінок) (Hirotsu, 2014).

Серед соціальних факторів, рівень доходу та освіти, теж мають кореляцію з рівнем безсоння. Деякі дослідження показали, що поширеність безсоння була вищою серед осіб з нижчими доходами та освітою. Однак ці результати можуть бути суперечливими, адже ці самі компоненти аналізувалися як незалежні фактори ризику симптоматики безсоння (Ohayon, 2004). Ще одне дослідження виявило, що овдовілі та розлучені жінки, а також пенсіонери та безробітні частіше страждають від безсоння. Важливо згадати, що в них були присутні ознаки тривоги та депресії (у 37,9% та 21% респондентів відповідно) (Torrens, 2019).

Безсоння зазвичай супроводжується декількома психологічними розладами, зокрема тривогою та депресією, і в літературі згадується, що порушення сну є виразнішим за наявності супутніх захворювань (Jansson, 2008). Сучасні дослідження розглядають порушення сну як незалежну діагностичну одиницю, яка може прискорити появу депресивного розладу та дійшли висновку, що покращення сну позитивно впливає на усунення симптомів депресії (Steiger, 2019). Наразі роль порушення сну розглядається як початковий симптом виникнення та розвитку депресії. В цьому ж дослідженні наголошується на важливості лікування розладів сну до, під час і після депресії (McCall, 2010). Тейлор та інші розробили перехресне та ретроспективне дослідження, порівнюючи ознаки депресії та тривоги при різних типах безсоння. Вибірка складалася з 772 суб'єктів (чоловіків і жінок), які проходили опитувальники для визначення здоров'я, якості та кількості сну, депресії та тривоги. Дослідження показало, що учасники з безсонням демонстрували вищий рівень депресії та тривоги, ніж їхні однолітки без безсоння, і ймовірність клінічно значущої депресії та тривоги була в 9,82 та 17,35 рази вищою відповідно (Taylor, 2005).

Хоча когнітивні чинники здійснюють значний вплив на стійкість та довготривалість безсоння, висока поширеність симптомів безсоння серед жінок пов'язують з біологічними факторами, і лише декілька досліджень зосереджуються на когнітивних факторах. Якщо подивитися на порушення сну через цю призму, два процеси можуть підтримувати безсоння: процес

інтерпретації та процес уникнення (Hertenstein, 2022).

Під процесом інтерпретації мається на увазі роль переконань та думок про сон, що можуть створювати та підтримувати порушення сну. Морін та інші припускають, що такі когніції як помилкові очікування, переконання про сон, сприйняття та надмірні хвилювання щодо сну відіграють важливу роль у розвитку цієї проблеми (Morin, 2012 : 77-80). Наприклад, деякі люди можуть мати певні очікування щодо того, скільки і як вони повинні спати, тому безсоння та його потенційні наслідки можуть викликати психоемоційне збудження перед сном, що безпосередньо впливатиме на сон (Morin, 2012 : 81).

У своєму дослідженні, вчені проаналізували переконання про сон респондентів з безсонням та без нього. Результати показати, що люди, які страждають на безсоння, мали сильні переконання щодо негативних наслідків безсоння, боялися втратити контроль над своїм сном, а також відчували безнадійність та безпорадність (Morin, 2007). Таким чином, ці переконання щодо сну можуть сприяти порочному колу безсоння, і робота з ними є корисною для подолання безсоння.

Інший процес, уникнення, виникає через фізіологічне та когнітивне збудження, що може виникнути як реакція на тригерну подію. Це збудження супроводжується бажанням уникнути неприємні відчуття та позбутися супутніх думок, що може мати зворотній ефект (McCracken, 2021).

Нещодавні дослідження продемонстрували зв'язок між психологічною ригідністю та тяжкістю безсоння та порушень сну (McCracken, 2021). Наприклад, дослідження, проведене Като серед 320 жінок з хронічним болем, продемонструвало, що психологічна ригідність корелювала з вищим рівнем депресії та порушень сну (Kato, 2020). МакКракен та інші отримали схожі результати у дослідженні з 1102 учасниками в контексті епідемії коронавірусу (McCracken, 2021). Згідно з результатами, психологічна ригідність позитивно корелює з симптомами депресії, тривоги та безсоння.

Психологічна ригідність характеризується сталим патерном поведінки, яке передбачає уникнення внутрішнього досвіду (думок, почуттів, відчуттів) та

відірваність від цінностей. Це відбувається через шість ключових процесів: уникнення досвіду, когнітивне злиття, відсутність усвідомлення теперішнього моменту, стан «я-як-предмет», відсутність контакту з цінностями та бездіяльність (Levin, 2014). Вважається, що психологічна ригідність та уникнення досвіду сприяють розвитку, підтримці та загостренню широкого спектра психологічних проблем, в тому числі й безсоння. Психологічна ригідність є фокусом роботи в АСТ (Acceptance and Commitment Therapy), терапії прийняття та зобов'язання, що ставить за мету розвиток психологічної гнучкості, усвідомлення теперішнього моменту, що дозволяє людям коригувати свою поведінку відповідно до своїх цілей та цінностей (Levin, 2014).

Нам важливо враховувати вищеперераховані фактори, що можуть впливати на виникнення та ступінь вираженості порушень сну, аби мати змогу розробити цілеспрямовані стратегії втручання. В цій роботі, ми хочемо зосередитися саме на таких психологічних складниках як ознаки тривоги та стресу аби побачити їх зв'язок з порушенням сну, особливо в контексті воєнного стану. Психологічні складники є важливими у формуванні та підтримці порушень сну, тому у нашій роботі ми хочемо зосередитися саме на їх оцінці. До того, нам важливо побачити, наскільки важливим є сон для підтримки психологічного здоров'я індивіда, проаналізувавши наслідки порушень сну.

Здатність людини мислити та приймати рішення сильно залежить від якості та кількості сну. Сповільненість реакцій, проблеми з увагою, проблеми з рівновагою, так само, можуть збільшити ризик нещасних випадків і травмувань (Zielinski, 2015). Функціональні порушення є одним з очевидних наслідків безсоння, що особливо негативно впливає на якість життя людини. Когнітивні порушення, проблеми з увагою та пам'яттю призводять до зниження функціональної ефективності людини. Так, наприклад, люди з діагностованим безсонням частіше потрапляють в ДТП через погіршення уваги, сонливість та повільну швидкість реакції (Krueger, 2016).

Супутні з безсонням розлади неодноразово згадуються як фактори ризику для подальшого зниження якості життя. Такі розлади як депресія та тривога

часто називають загрозою для здоров'я (Steiger, 2019). Встановлено, що існує зв'язок між кількістю сну та регуляцією глюкози. Коротка тривалість сну часто призводить до порушень регуляції глюкози, що, так само, збільшує ризик розвитку діабету (Benz, 2023).

Депривація сну тісно пов'язане з розумінням хронічного болю. Люди, які страждають на безсоння, часто повідомляють про біль через такі захворювання як остеоартрит, рак, або цукровий діабет (McCracken, 2021). Як наслідок, це негативно впливає на щоденне життя, активність, а також фінансовий стан людей через високу ціну медичних послуг.

Якщо говорити про вплив на загальне здоров'я, сонливість у денний час через недостатню кількість сну вночі вважається фактором ризику розвитку деменції, а також рекурентної депресії (Wong, 2023). Також згадується, що люди з діагностованим безсонням мають подвійний ризик серцево-судинних захворювань, інсульту та раку (Benz, 2023).

Порушення сну також впливають на отримання задоволення від соціального життя. Пацієнти з діагностованим безсонням є більш вразливими й мають більші складнощі справлятися з незначними роздратуваннями, що може впливати на їхні взаємостосунки. Це, так само, може чинити негативний вплив на якість життя (Beattie, 2015)

Підсумувавши вище сказане, ми можемо побачити, що наслідками порушень сну є когнітивні порушення, проблеми з психологічним та фізичним здоров'ям, що так само може повпливати на емоційний стан та якість життя людини.

1.3 Психологічна модель порушень сну в умовах воєнного стану

Безсоння є найпоширенішим розладом сну, що зустрічається приблизно у 6-10% населення і, як ми вже з'ясували є фактором ризику багатьох психологічних та медичних розладів (Torrens, 2019). Війна є сильним стресором,

що суттєво впливає на ментальний добробут, й існує багато досліджень впливу війни на поширеність психологічних розладів серед населення, що зазнало її впливу. Згідно зі статистикою ООН, приблизно 22% людей, що пережили воєнні події можуть мати психіатричні розлади у легкій та помірній формі, і ще близько 9% спостерігатимуться стійкі зміни у поведінці, що значно впливає на якість життя. Найпоширенішими з них є великий депресивний розлад, генералізований тривожний розлад та безсоння (УКГС, 2023).

Аби краще зрозуміти модель безсоння під час воєнного стану, важливо розглянути літературу для виявлення найпоширеніших проявів та причин безсоння саме серед людей, що зазнали впливу війни. Ми також концептуалізуємо появу та підтримку безсоння, щоб розуміти, як на нього можна вплинути та скоригувати.

За результатами одного з перехресних досліджень палестинських біженок в Йорданії, 65% опитуваних мали порушення сну, 73% мали високі показники депресії та 60% тривоги. У цьому ж дослідженні було зафіксовано, що 39% опитуваних мали нічні кошмари по'язані з війною. Тяжкі порушення сну були пов'язані з втратою родичів або друзів на війні, а також з втратою зв'язку з родичами та друзями (Gammoh, 2024).

Іншим стресором під час війни, що може повпливати на рівень депресії та тривоги, а також викликати безсоння, може бути перегляд новин, пов'язаних із війною. Так перехресне дослідження в 5 арабських країнах показало зв'язок між рівнем стресу, депресії, переглядом новин, та їхнім впливом на безсоння. Згідно з результатами, перегляд новин значно вплив на рівень депресії та сприйняття стресу, що, відповідно, було пов'язано з інтенсивністю порушень сну (Fekih-Romdhane, 2024).

Наразі мало відомо про поширеність безсоння та його зв'язки з різними психологічними змінними серед українців під час воєнного стану.

Відповідно до одного з досліджень, що проводилося серед студентів, 98% відчували вплив війни на собі, 86% повідомляли про нічні жахи з воєнною тематикою, 49% мали симптоми безсоння, а 27% відповідали критеріям ПТСР.

Аналіз виявив значний вплив наявності симптомів ПТСР на частоту нічних жахів і тяжкості симптомів безсоння (Pavlova, 2023).

Відомо, що хронічний стрес призводить до надмірної активності симпатичної нервової системи, що також впливає до збільшення рівня кортизолу та адреналіну. Як наслідок, це призводить до надмірного збудження, що негативно впливає на швидкість засинання та безперервність сну (Овчаренко, 2023 : 230-231). Існують дослідження, які демонструють значне підвищення стресу серед українського населення впродовж війни. Зокрема, було виявлено, що рівень стресу істотно залежить від обставин, в яких вони опинилися: найвищий рівень було зафіксовано серед українців, що виїхали за кордон, нижчий був серед проживаючих в зонах активних бойових дій, а найнижчий рівень стресу був серед населення, що живе в місцях без активних бойових дій. Також проілюструвалися прояви стресу: погіршення пам'яті, концентрації, швидка втомлюваність та проблеми зі сном, такі як нічні кошмари та безсоння (Предко, 2022).

Варто згадати ще одне вивчення зв'язку ознак тривоги та депресії на порушення сну внаслідок війни. Всі респонденти проживали на території України і серед третини були зафіксовані порушення сну різного ступеня тяжкості. Додатково, було виявлено зв'язок між проблемами зі сном та рівнем тривоги (Морозюк, 2023).

Проаналізувавши дослідження з різних регіонів, ми можемо чітко побачити вплив війни на цивільне населення під час воєнного стану. Війна є потужним стресором, що спричиняє психологічні проблеми, провокує розвиток депресії, тривоги, ПТСР, впливаючи і на сон. Для глибшого розуміння причин виникнення та підтримки безсоння, нам потрібно звернутися до сучасних моделей порушень сну. Однією з них є трифакторна модель Спілмана (Spielman, 1987).

Згідно з трифакторною моделлю безсоння Спілмана, існує три фактори, які спричиняють його розвиток:

1. Фактори схильності – риси характеру або психологічні стани (наприклад,

висока емоційна реактивність), які роблять людину вразливою до розвитку безсоння;

2. Провокуючі фактори – ситуаційні умови (наприклад, стресові життєві події), які запускають безсоння;
3. Підтримувальні фактори – поведінка та когніції, які сприяють переходу від гострого до хронічного безсоння та підтримують порушення у довгостроковій перспективі (Spielman, 1987).

Одним з ключових аспектів цієї моделі є те, що безсоння може утримуватися тривалий час, навіть після усунення стресора, що його викликало. Вважається, що це відбувається через підтримувальні фактори, наприклад, якщо людина починає раніше лягати спати, щоб компенсувати малу кількість сну; або через занепокоєння щодо незмоги повноцінно функціонувати вдень (Peters, 2020 : 88).

Фактори схильності до безсоння охоплюють генетичну, біологічну або психологічну вразливість до стресу, та/або хронічні проблеми зі здоров'ям. Модель «діатез-стресу» припускає, що люди мають діатез або фактори схильності, що підвищують вразливість до негативної відповіді на стрес і його наслідки. Такі характеристики включають генетичні фактори ризику, соціально-демографічні фактори, ранні травми, риси особистості, біоповедінкові фактори розвитку (Романець, 2015 : 73). Травматичний досвід в ранньому віці також пов'язується з погіршенням психологічного та фізичного здоров'я в дорослому віці, що може підвищити подальшу вразливість до стресорів. Дослідження показують, що діти є найбільш вразливими, і вплив воєнного стану є помітним на їх ментальний добробут через ризик виникнення депресії, тривожних розладів, зокрема ПТСР (Catani, 2018).

Крім того, люди з високим базовим рівнем чутливості до стресу (тобто вищим базальним рівнем кортизолу та схильністю до негативних/тривожних думок) мають більшу схильність до розвитку безсоння. Чутливість до стресу характеризується гіперактивністю надниркової залози (тобто підвищеним рівнем кортизолу) і зниженою емоційною та когнітивною регуляцією, що

проявляється нездатністю спати в ситуаціях сильного стресу (Drake, 2014).

Провокуючими факторами є значні стресові події в житті або навколишньому середовищі людини, що викликають порушення сну. Як зазначалося вище, саме взаємодія між факторами схильності та зовнішніми стресорами (провокуючими факторами) викликає реакцію на стрес (Monroe, 1991). Під час воєнного стану різні стресори можуть викликати симптоми безсоння. Наприклад, такими стресорами можуть бути обстріли, вимушене переміщення, постійні зміни в планах й інформаційний стрес. Ці фактори можуть співіснувати одночасно або відбуватися поступово. Однак варто пам'ятати, що саме це накопичення стресорів є причиною безсоння (Морозюк, 2023).

Окрім цього, варто згадати транзактну модель стресу Лазаруса та Фолкмана, що ґрунтується на моделі діатезу-стресу. Вона припускає, що реакція на стрес залежить від «транзакції», тобто взаємодії між особою та довкіллям (оточенням). Ця модель пояснює, як людина оцінює стресову ситуацію і які дії вона обирає для копіngu зі стресом. Наприклад, під час обстрілу, людина намагається зрозуміти, наскільки ця подія є загрозовою для життя. Потім, вона оцінює, чи цю ситуацію можна уникнути, чи потрібно справитися з нею в активний спосіб. Хтось має схильність розв'язувати проблеми, а хтось навпаки намагається справитися з ними емоційно. Наявність підтримувального середовища є сприятливим фактором для проживання стресових подій. Всі ці фактори можуть вплинути на поведінку людини (Зливков, 2015 : 21-23). Таким чином, несамотійність, відсутність адаптивних копінгових стратегій, недостатня соціальна підтримка можуть бути причинами не звернення за допомогою щодо проблем зі стресом та безсонням.

Гостре безсоння стає хронічним через підтримку дезадаптивних патернів поведінки щодо сну та пов'язане з ним збудження внаслідок неможливості заснути або безперервно спати, що, як наслідок, веде до змін патерну сну. *Підтримуючими факторами* безсоння є некорисна поведінка, що використовується як копінг з незадовільним сном: дотримання нерегулярного

графіка сну, надмірний час у ліжку у стані неспання, споживання кофеїну для бадьорості або алкоголю для сну (Morin, 2007). Згідно з транзакційною моделлю стресу, позитивні копінги для подолання безсоння зменшують його симптоми, в той час, як перераховані способи навпаки загострюють проблему. Багато з цих стилів поведінки породжують почуття розчарування, втоми та тривоги, що може асоціюватися зі сном та часом проведеним в ліжку, що закріплює негативні переконання про сон. Згодом, ці негативні думки та поведінка посилюють нездатність швидко засинати та підтримувати якісний сон без пробуджень (Зливков, 2015 : 60-61). Такі негативні асоціації та підкріплення є характеристиками класичного та оперантного обумовлення відповідно.

Соціально-когнітивна теорія особистості Бандури висвітлює декілька понять, які є ключовими для адаптивної поведінки та покращення здоров'я (Столяренко, 2012 : 58-60). Якщо згадати їх в контексті сну, це може допомогти пояснити механізм роботи підтримувальних факторів Спілмана, зокрема те, як некорисні когніції разом із поведінкою починають асоціюватися зі сном. По-перше, опираючись на ідею взаємного детермінізму, наша поведінка та навколишнє середовище постійно впливають один на одного. По-друге, тривала дезадаптивна поведінка зменшує здатність людини до саморегуляції для підтримки корисної поведінки, яка б допомогла відновити здоровий сон (Столяренко, 2012 : 58-60). Врешті-решт, хронічні проблеми та фрустрація через нездатність добре спати викликають негативні очікування у людини. Вони, так само, перешкоджають зміні дезадаптивної поведінки та розвиток здорових копінг-стратегій.

Хоча трикомпонентна модель безсоння є структурною та допомагає добре зрозуміти ризики, розвиток та підтримку порушень сну, вона не була розроблена для психологічної корекції цієї проблеми. Модель припускає, що безсоння переживається односторонньо, лінійно, та припускає, що порушення сну лікуються через роботу з підтримувальними факторами.

Так, в контексті когнітивно-поведінкової терапії безсоння (СВТ-І) саме ці підтримувальні фактори безсоння є основним фокусом втручання. Більше про це

ми говоритимемо в наступному пункті дослідження. В цьому пункті, нам важливо розглянути війну як провокуючий фактор в моделі безсоння, як вона може слугувати тригером до розвитку порушень сну.

Враховуючи всі перераховані вище складові та фактори безсоння, ми можемо концептуалізувати безсоння під час воєнного стану:

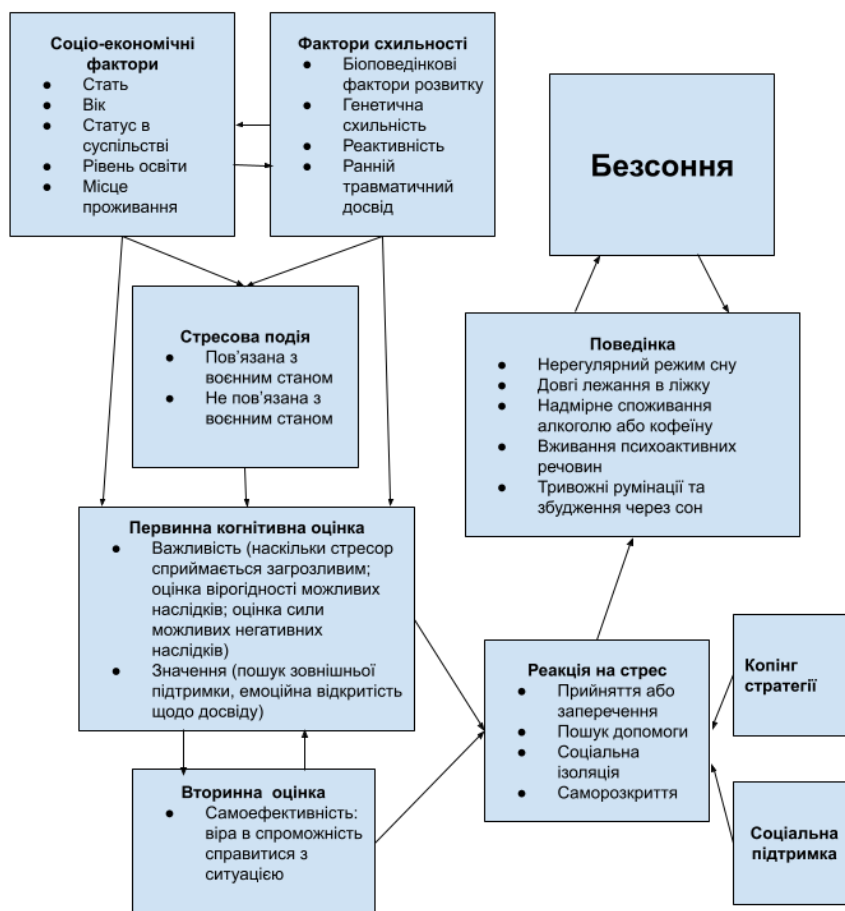


Рис. 1.1. Модель безсоння під час воєнного стану.

Тема зв'язку війни та безсоння серед цивільного населення все ще не є детально дослідженою. Однак численні дослідження в різних країнах, і в тому числі в Україні, показують, що війна є важливим фактором у розвитку психологічних розладів, що також можуть впливати на розвиток порушень сну. Війну пов'язують з хронічним стресом і вона може бути частиною травматичних спогадів, що веде до надмірної реактивності нервової системи.

Також війна призводить до змін в середовищі індивіда та вносить в життя невизначеність і відчуття загрози, що є ключовим у розвитку ознак тривоги. Навіть непрямий вплив війни (наприклад, через перегляд новин) може

погіршувати сон.

Таким чином, війна створює додаткові виклики для ментального та фізичного добробуту українців. Нам особливо важливо розглянути методи психологічних втручань, що можуть позитивно вплинути на сон. Як вже згадувалося раніше, одним з найефективніших методів у роботі з безсонням є когнітивно-поведінкова терапія безсоння (CBT-I) і в наступному пункті ми розглянемо, як вона може бути корисною для покращення тривалості та якості сну.

1.4 Методи когнітивно-поведінкової терапії безсоння

Когнітивно-поведінкова терапія безсоння – це багатокomпонентний метод лікування безсоння, а саме складнощів з засинанням або підтримкою безперервного сну. Це втручання має два основні компоненти: *терапію покращення стимулів* і *терапію обмеження сну*. Також виділяють два додаткових компоненти: *гігієну сну* та *когнітивну терапію* (Morin, 2012). Більшість сучасних протоколів й опублікованих посібників виділяють терапію покращення стимулів та обмеження сну додатковими (Morin, Hertenstein, Zielinski).

Терапія обмеження сну базується на уявленні про те, що найважливішим підтримувальним фактором хронічного безсоння є подовжений час в ліжку (Spielman, 1987). Мається на увазі прагнення людини компенсувати «втрачений» сон, збільшивши кількість часу у ліжку. Прикладами може бути така поведінка як дрімання, спроба лягти спати раніше або, навпаки, провести більше часу в ліжку зранку. Як наслідок, є різниця в тому скільки людина проводить часу в ліжку і скільки фактично спить. Основна мета цього втручання в тому, щоб збільшити гомеостатичний потяг до сну та з часом скоротити кількість часу необхідну для засинання, що також зменшує кількість нічних пробуджень і позитивно впливає на якість сну.

Згідно з оригінальним формулюванням, терапія обмеження сну відбувається в наступні етапи:

1. За допомогою щоденника сну, визначити середню тривалість часу сну. Клієнт повинен вести записи 1-2 тижні.
2. Наступний тиждень, клієнт буде проводити в ліжку час, що дорівнює середній тривалості сну. Цей час називають «призначеним часом у ліжку».
3. Визначається час підйому, і клієнт не повинен проводити в ліжку більше відведеного часу.
4. Клієнт продовжує вести щоденник сну весь подальший час втручання. Обов'язково фіксується ефективність сну. Якщо вона зростає, то щотижня додається 15 хвилин на час проведений в ліжку та режим відповідно змінюється (Spielman, 1987).

Іншим компонентом когнітивно-поведінкової терапії безсоння є *терапія покращення стимулів*, що було розгорнуто описано Бутзіном (Bootzin, 1972). Вона базується на біхевіористичних принципах та ідеї, що один і той самий стимул може викликати різні реакції, залежно від історії обумовлення. Тобто у людей, які не мають проблем зі сном, пов'язані зі сном стимули (наприклад, ліжка, спальня тощо) асоціюються з процесом сну, тому вони швидше засинають і краще сплять, коли у нього потрапляють. У клієнтів з безсонням часто немає послідовного ритму сну. Ці самі стимули у них можуть асоціюватися з іншою діяльністю, наприклад, переглядом фільмів, читанням книжок, лежанням в ліжку тощо. Така поведінка у ліжку сприяє дезадаптивному патерну обумовлення, що зменшує спроможність швидко заснути. Найважливіше те, що така поведінка зміцнює асоціативний зв'язок між ліжком/спальною та неспанням.

Основними рекомендаціями щодо контролю стимулів є наступні:

1. Лягати спати лише тоді, коли ви відчуваєте сонливість.
2. Уникати використання ліжка для будь-якої іншої активності окрім сну чи сексу.
3. Вставати з ліжка, якщо не можете заснути протягом 15-20 хвилин.

Знову лягати спати лише тоді, коли знову відчуваєте сонливість.

4. Повторяти ці кроки протягом ночі, якщо потрібно.
5. Прокидатися та вставати з ліжка щодня в один і той самий час.
6. Не дрімати вдень/увечері.

Ці рекомендації є основою для розвитку хороших звичок щодо сну, тому їх варто дотримуватися навіть після покращення сну (Morin, 2007; Morin 2012).

Психоедукація клієнтів про *гігієну сну* може покращити якість і тривалість сну (Morin, 2012). Як самостійне втручання, гігієни сну може бути недостатньо для значного покращення сну (Bootzin, 1972), однак це необхідний елемент протоколу когнітивно-поведінкової терапії безсоння (Morin, 2012; Peters, 2020). Зазвичай це інформація про різні фактори навколишнього середовища, що можуть вплинути на сон. Наприклад, поради щодо споживання кофеїну та алкоголю перед сном, обмеження дрімання, створення комфортного середовища для сну, регулярні фізичні вправи. Гігієна сну є найбільш корисною, якщо адаптована під конкретний стиль життя клієнта, а саме його звички пов'язані зі сном/неспанням.

Основною метою *когнітивної терапії* є розвиток більш адаптивного та гнучкого мислення щодо сну, а також коригування тривожних очікувань ((Morin, 2012). Це відбувається в наступний спосіб:

1. Визначення некорисних думок та переконань про сон, що підтримують безсоння або викликають надмірне збудження.
2. Тестування думок на реалістичність/корисність.
3. За необхідності, зміна цих думок на більш раціональні та корисні.

Дослідження впливу дисфункційних переконань про сон та когнітивне упередження висвітлюють необхідність когнітивної реструктуризації як найважливішого компонента когнітивно-поведінкової терапії безсоння (Beattie, 2015).

Як і в класичній когнітивно-поведінковій терапії, клієнту пропонується помітити тригер, непомічні когніції та пов'язані з ними емоційні реакції, а потім занести їх до бланка. Також клієнт повинен вказати інтенсивність емоційної

реакції. Далі, ці переконання тестуються за допомогою допоміжних питань, щоби виявити можливі викривлення або неточності мислення, аби мати змогу замінити їх більш адаптивними думками та переконаннями, що сприяли б кращому сну. Врешті, клієнтові пропонують переглянути нове переконання та відмітити зміну емоцій або їх інтенсивності через кероване відкриття. Як результат, клієнт може усвідомити, що не всі переконання є точними та корисними, а їх зміна може позитивно відобразитися на сні (Morin, 2007).

На додаток до ключових компонентів когнітивно-поведінкової терапії безсоння, корисними втручаннями можуть бути техніки релаксації, глибокого дихання, прогресивного розслаблення м'язів, майндфулнес. Відзначається, що найбільший ефект мало додавання тренінгу усвідомлення до програми когнітивно-поведінкової терапії безсоння. Тренінг майндфулнес вводився для роботи з когнітивним збудженням, що з'являлося через переконання про сон. Замість оскарження думок та когнітивної реструктуризації, клієнтам пропонувалося зосередитися на спостереженні за своїми думками та емоціями без осудження та оцінки, замість боротьби з ними. Таким чином, це спонукало до прийняття таких думок та мало позитивний вплив на загальне збудження, що покращувало якість сну (Ong, 2008).

Існують численні дослідження, що демонструють загальну ефективність когнітивно-поведінкової терапії сну. Згідно з метааналітичними оцінками, середній розмір ефекту втручання коливаються від 1,0-1,2, що говорить про 50% зменшення індивідуальних симптомів безсоння (Smith, 2002; Morin, 2012; Straten 2018). Ці розміри ефекту є навіть більшими, коли оцінюється загальна тяжкість безсоння (наприклад, за шкалою ISI) (Straten, 2018). Не менш важливо, що ефекти когнітивно-поведінкової терапії безсоння є стабільними протягом тривалого часу (близько 24 місяців після лікування) (Morin, 2007; Morin, 2012). Також, одне дослідження показало, що когнітивно-поведінкова терапія безсоння може бути ефективною для лікування безсоння серед пацієнтів з коморбідними медичними та поведінковими розладами (Perlis, 2000).

Структура когнітивно-поведінкової терапії безсоння зазвичай є наступною

(Perlis, 2000):

Перша зустріч. Відбувається збір анамнезу щодо наявних проблем зі сном, історія життя та розвитку проблеми, терапевт збирає інформацію щодо тяжкості симптомів безсоння. Зокрема, необхідно зібрати всі скарги клієнта, дослідити супутні розлади. Основа мета цієї в тому, щоб зрозуміти, що клієнтові підходить це втручання, а також соціалізувати клієнта з методом. Після цієї сесії, клієнт повинен заповнювати щоденник сну.

Друга зустріч. Введення терапії обмеження сну та терапії покращення стимулів. На сесії переглядається щоденник сну та відбувається психоедукація щодо трикомпонентної моделі сну. Також терапевт обґрунтовує важливість обмеження сну та контролю стимулів. Визначається час у ліжку на наступний тиждень і встановлюється режим сну.

Третя зустріч. Знову оглядається щоденник сну. Терапевт ознайомлює клієнта з концепцією гігієни сну. Важливо переконатися, що клієнт дотримується нового режиму. Разом визначаються потенційні проблеми й шляхи їх усунення або заміни на більш адаптивні поведінкові стратегії.

Четверта зустріч. Введення когнітивного компонента терапії та ознайомлення з методом тестування думок. Так само продовжується перегляд щоденника сну та визначення потенційних проблем, що можуть перешкоджати прогресу.

П'ята-сьома зустріч. Якщо відбувається істотне покращення якості та тривалості сну, а ефективність сну досягає 90% і вище, можна одразу переходити про профілактики рецидиву. На цьому етапі втручання, продовжується ведення щоденника, робота з думками та гігієною сну.

Восьма зустріч. Мета цієї зустрічі: попередження рецидиву. Разом з клієнтом обговорюється прогрес лікування та можливість рецидиву. Важливо разом переглянути всі втручання, та який ефект вони мали, аби клієнт мав змогу самостійно справлятися зі схожими труднощами в майбутньому. Також рекомендується запланувати зустріч через три місяці для контролю прогресу.

Такі зустрічі можуть відбуватися раз на тиждень, як в індивідуальному, так

і груповому форматі. Середня тривалість таких зустрічей 30-60 хвилин (Perlis, 2000).

Відсутність ефекту від цього втручання часто пояснюється недотриманням інструкцій. Важливо зрозуміти, чому клієнт може не дотримуватися рекомендацій і пропускати певні кроки. Зрозумівши це, варто відкрито це обговорити з клієнтом та разом прийти до сумісного рішення. Також варто робити це у відкритий спосіб, з цікавістю, ні в якому разі не критикувати клієнта, оскільки це може негативно вплинути на подальший прогрес лікування. Далі ми хочемо розглянути найпоширеніші проблеми, які можуть виникнути в процесі терапії (за Perlis, 2005).

Часто клієнтам не подобається ідея щодо обмеження сну, адже вони й так незадоволені його тривалістю. Ідея обмеження сну часто здається абсурдною. Важливо пояснити, як їхні звичайні стратегії проведення часу в ліжку не працюють, і, навпаки, підсилюють проблему. Потрібно добре проінформувати клієнта про гомеостатичний процес сну і пояснити, що якість сну збільшуватиметься з часом, а занепокоєння щодо сну навпаки зменшуватиметься. Також, варто нагадати, що з часом буде збільшуватися приписаний час в ліжку, тобто це обмеження є короткочасним.

Деяким клієнтам може бути складно вставати з ліжка в призначений час. Важливо заохочувати клієнтів використовувати будильник для встановлення постійного часу для пробудження, навіть якщо вони цього не робили раніше. Іншою корисною стратегією буде класти телефон (або будильник) на певній відстані від ліжка, щоб було складніше його вимкнути, а клієнт мав більше шансів прокинутися. Також помічним може бути будівання ранкових планів або залучення партнера в терапію. Дійсно важливо проінформувати клієнта про наш внутрішній годинник та роботу циркадної системи сну.

Часто призначений час для сну є занадто пізнім для клієнта і вони можуть засинати раніше, особливо, якщо вони займаються спокійною діяльністю. В таких випадках, клієнтам рекомендується планувати соціальні активності або

займатися чимось активним та наголосити на важливості відходити до сну згідно зі встановленим режимом.

Клієнти також часто можуть лежати в ліжку понад 15-20 хвилин, коли не можуть заснути. Це відбувається через інстинктивне бажання залишитися в ліжку, щоб «не прокинутися остаточно», або для «відпочинку». Також, клієнтам може здаватися, що їм стане тривожніше або вони зможуть заважати іншим. Заохочуйте клієнтів планувати активність на такі моменти (наприклад, залишити м'яке світло у вітальні, підготувати книжку). Чим детальніший план, тим більше шансів, що клієнти будуть йому слідувати.

Клієнти можуть дрімати вдень або увечері, щоб впоратися з денною сонливістю через обмеження сну. Важливо повторити психоедукацію клієнтам щодо формування потягу до сну. Також корисно запланувати альтернативні дії на цей час, щоб уникнути бажання подрімати. Денну сонливість слід розглядати як ознаку того, що поведінкові стратегії успішно підвищують їхній потяг до сну вночі.

Відхилення від призначеного режиму сну частіше всього відбувається на вихідних. Важливо просити клієнтів уникати винятків під час терапії. Варто повторити обґрунтування регулярності та послідовності у режимі сну, а також підкреслити, що це скоротить їх лікування. Знову ж, можна допомогти клієнтам запланувати ранкову рутину, що пробудила б їх на вихідних, а також повторити психоедукацію про формування потягу до сну.

Клієнти часто просять суттєво збільшити час у ліжку, особливо якщо помічають збільшення в ефективності сну на початку терапії. Варто нормалізувати це бажання та проємпатувати клієнту, однак наголосити на тому, що потрібно більше часу на налагодження біологічного годинника та сталого ритму. Також може бути корисним підкреслити тривалість їхньої проблеми з безсонням і швидкістю змін, щоб показати, що зміни потребуватимуть більше часу. Коригування допустимі, якщо ефективність сну складає більш як 85% (Perlis, 2005).

Отже, ми можемо побачити, що когнітивно-поведінкова терапія безсоння

є одним з найбільш ефективних методів лікування порушень сну. Це втручання містить в собі декілька важливих компонентів, а саме терапію обмеження сну, терапію покращення стимулів, гігієну сну та когнітивну терапію. Як результат, клієнт може зменшити вплив негативних переконань про сон та очікувань, знизити вплив тривожних переживань, а також сформувати стабільний режим сну та звички, що будуть його підтримувати в довготривалій перспективі.

Враховуючи поширеність психологічних проблем серед цивільного населення України в воєнний час та пов'язані з ним порушення сну, когнітивно-поведінкова терапія безсоння постає як можливий ефективний і немедикаментозний психокорекційний метод.

У наступному розділі, ми проведемо емпіричне дослідження, яке допоможе виявити специфіку порушень сну серед цивільного населення у воєнний період, визначити його зв'язок зі стресом, ознаками тривоги, щоб оцінити можливості використання когнітивно-поведінкової терапії безсоння для корекції порушень сну.

ВИСНОВКИ ДО 1 РОЗДІЛУ

Сон – це складний біологічний процес, який регулюється двома системами розташованими в мозку: гомеостатичною та циркадною. Гомеостатичні процеси визначають потребу організму у сні, а циркадні ритми слугують внутрішнім годинником для регуляції циклу сон-неспанья. На клітинному рівні, нейромедіатори ГАМК й аденозин сприяють сну, а такі нейрохімічні речовини як ацетилхолін, дофамін, норадреналін, серотонін, гістамін і пептиди орексину, працюють разом, щоб підтримувати стан неспанья. Виділяють дві фази сну: REM (фазу швидкого сну) і NREM (фазу повільного сну), які тіло проходить приблизно 4-6 разів щоночі, і кожен цикл сну в середньому триває 90 хвилин. Важливість сну для когнітивного функціонування людини, підтримки імунної системи, а також ментального здоров'я є доведеною, а депривація сну може призводити до багатьох психологічних (таких як депресія, тривожні розлади) та медичних розладів (наприклад, серцево-судинні захворювання, діабет).

Згідно за DSM-5, розлади сну-неспанья мають спільні характеристики: порушення якості, кількості та/або тривалості сну, що впливають на почуття втоми та сонливості, а також мають негативний ефект на щоденне функціонування людини. Так, найпоширеніше порушення сну – це безсоння, воно характеризується складнощами з засинанням, підтримкою безперервності сну або ранніми пробудженнями. Причини порушень сну можна розділити на біологічні (вік, стать, генетична схильність), психологічні (стрес, тривога, депресія), соціальні (почуття небезпеки, соціально-економічний статус тощо) та когнітивні (психологічна ригідність та когнітивна негнучкість).

Згідно з трифакторною моделлю безсоння за Спілманом, існують три фактори, які запускають та підтримують механізми порушень сну. Вона включає фактори схильності (риса характеру, висока емоційна реактивність), що роблять людину більш вразливою до безсоння; провокуючі фактори (стресові події), які запускають порушення сну; та підтримувальні фактори (дезадаптивні когнітивні та поведінкові стратегії), які сприяють закріпленню порушення сну. Одним з

ключових аспектів цієї моделі є те, що безсоння може утримуватися тривалий час, навіть після усунення стресора, що його викликало. Вважається, що це відбувається через підтримувальні фактори, наприклад, якщо людина починає раніше лягати спати, щоб компенсувати малу кількість сну; або через занепокоєння щодо незмоги повноцінно функціонувати вдень. Аналіз зарубіжних досліджень показав, що війна може бути потужним тригером для розвитку безсоння, через підвищення рівня стресу та впливу на психологічний стан людини.

Когнітивно-поведінкова терапія безсоння – це багатокomпонентний метод лікування безсоння, а саме складнощів з засинанням або підтримкою безперервного сну. Вона є одним з найбільш ефективних та науково обґрунтованих методів втручання при хронічних проблемах зі сном. Її основні компоненти це терапія обмеження сну (скорочення часу у ліжку без сну), терапія покращення стимулів (створення стійкої асоціації між ліжком та сном), гігієна сну (впровадження здорових звичок щодо сну) та когнітивна терапія (виявлення та зміна некорисних переконань про сон).

Розуміння механізмів сну, причин його порушення та моделі формування та підтримки безсоння у поєднанні зі здобутками когнітивно-поведінкової терапії безсоння дозволяє розробити психокорекційну програму допомоги для цивільного населення під час воєнного стану. Подальше дослідження буде зосереджене на дослідженні поширеності порушень сну серед цивільного населення та виявленні зв'язку між рівнем вираженості ознак тривоги та стресу. Також, ми розробимо програму корекції порушень сну на основі когнітивно-поведінкової терапії безсоння.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.

2.1 Програма та організація дослідження

На основі теоретичного огляду літератури, присвяченої проблемі сну та його порушень, зокрема в умовах психоемоційної напруги, пов'язаної з воєнним станом, ми з'ясували, що порушення сну включають труднощі з засинанням, неперервністю сну та/або ранні пробудження, незадоволенням кількістю або якістю сну. Сон є базовою фізіологічною потребою людини, а його порушення можуть бути значущим індикатором психологічного дистресу. На тлі бойових дій, постійного відчуття небезпеки, вимушених життєвих обставин – порушення сну набувають широкого поширення, а їхній характер часто відображає рівень психологічного навантаження, що сигналізує про стрес. Проаналізувавши сучасну літературу, було виявлено, що найтиповішими реакціями на стрес є підвищений рівень тривожності, безпосередньо суб'єктивне сприйняття стресу, а також порушення сну як наслідок. Це обґрунтовує вибір даних показників для подальшого дослідження.

Аби дослідити взаємозв'язок цих психологічних складників серед цивільного населення в умовах воєнного стану, ми обрали три стандартизовані апробовані психологічні опитувальники, валідність яких була доведена шляхом тестувань у різних популяціях. Нам важливо оцінити загальну якість сну («Пітсбурзький індекс якості сну»), рівень реактивної та особистісної тривожності («Шкала тривоги Спілбергера») та рівень суб'єктивного стресу («Шкала сприйнятого стресу»). За допомогою перерахованих методик, у нас буде можливість дослідити як якісні характеристики сну (тривалість, латентність, ефективність), так і психологічні змінні, що можуть його порушувати. Комплексне використання цих методик дозволяє встановити зв'язки між психологічно-емоційним станом людини й особливостями її сну.

Першим етапом нашого дослідження є збір даних про якість сну протягом

минулого місяця за допомогою «Пітсбурзького індексу якості сну» (Додаток Б). Це формалізований опитувальник для самостійного заповнення, який широко використовується клініцистами та науковцями для загальної оцінки декількох аспектів сну, аби виявити можливі порушення. Цей інструмент є простим для заповнення та інтерпретації.

Він складається з 19 питань: 15 питань вимагають самостійної оцінки, і 5 питань вимагають оцінки особи, яка перебуває в одному ліжку з респондентом під час сну (якщо така є). Ці питання досліджують 7 окремих шкал: суб'єктивну якість сну, латентність сну (скільки часу потрібно для засинання), тривалість сну, ефективність сну, порушення сну, вживання снодійних препаратів, та денну дисфункцію.

Мінімальна сума балів за «Пітсбурзьким індексом якості сну» становить «0», а максимальна сума балів – «21». Діапазон балів для питань з 5 по 10 становить від «0» до «3» балів, де «0» вказує на відмінну якість сну, а «3» на найгіршу якість сну. Варто наголосити, що результати «Пітсбурзького індексу якості сну» не вказують на наявність порушень сну з клінічного погляду. Основна функція інструменту – оцінка якості сну. Результати шкал обраховуються наступним чином:

Тривалість сну (PSQIDURAT): якщо відповідь на запитання 4:

≥ 7 годин = 0 балів

6-7 годин = 1 бал,

5-6 годин = 2 бали,

< 5 годин = 3 бали.

Порушення сну (PSQIDISTB): вимірює частоту порушень сну. Для обчислень враховуються відповіді на підпункти запитання 5 (b-j). Якщо немає додаткових причин, вона рахується як 0. Бал визначається за сумою відповідей (де 0 – немає порушень, 3 бали – часті або сильні порушення).

Латентність сну (PSQILATEN): обчислюється за допомогою відповідей на запитання про тривалість засинання (перекодування питання 2) та частоту проблем із засинанням (питання 5). Це обраховується наступним чином:

0-15 хвилин на засинання = 0 балів,

16-30 хвилин = 1 бал,

31-60 хвилин = 2 бали,

>60 хвилин = 3 бали.

Перекодування питання 5 буде характерною для інших питань з чотирма варіантами відповіді щодо частоти труднощів:

Ніколи за останній місяць = 0 балів,

Менше ніж раз на тиждень = 1 бал,

1-2 рази на тиждень = 2 бали,

3 і більше разів на тиждень = 3 бали.

Денна дисфункція (PSQIDAYDYS): оцінюється вплив сонливості на функціонування людини впродовж дня, а саме на рівень втоми та труднощі з підтримкою звичної активності. Обраховується сума питань 8 та 9. Якщо їхня сума 0 балів, то значення шкали 0, якщо сума балів 1-2, то значення 1, сума 3-4 дорівнює значенню 2, і сума 5-6 буде дорівнювати значенню 3.

Ефективність сну (PSQIHSE): визначається як відсоток часу сну від загального часу перебування в ліжку. Розраховується наступним чином:

Ефективність сну (%) = (Фактична тривалість сну (питання 1 – питання 3) / Загальний час перебування в ліжку) x 100

Ефективність сну >85% = 0 балів,

75-85% = 1 бал,

65-75% = 2 бали,

<65% = 3 бали.

Якість сну (PSQISLPQUAL): визначається як показник загальної якості сну, оцінюється відповідь на запитання 6 (0 – краща якість сну, 3 – гірша якість сну).

Вживання снодійних препаратів (PSQIMEDS): стосується частоти використання медикаментів для засинання, оцінюється відповідь на запитання 7 (0 балів – ніколи, 3 бали – часте вживання).

Сумарний бал PSQI це сума перерахованих вище 7 показників.

Результати інтерпретуються наступним чином:

1-5 балів – хороша якість сну

6 балів і вище – погана якість сну

(Buysse et al., 1989; українська версія)

Наступна методика, яку планується використовувати у дослідженні психологічної складової порушень сну, а саме тривожності, це **«Шкала реактивної й особистісної тривожності»** (Спілбергер, Ханін) *(Додаток В)*. Зазначена методика спрямована на визначення рівня ситуативної тривожності (наскільки людина відчуває тривогу на цей момент) та особистісної тривожності (загальної тривожності, що зберігається впродовж життя). Ці показники є актуальними в контексті даної роботи, адже підвищена реактивна тривожність (наприклад, внаслідок війни, стресу тощо) може спричиняти порушення сну, а висока особистісна тривожність може посилювати вплив стресу на сон.

Опитувальник містить 20 питань з варіантами відповідей для оцінки **реактивної тривожності**, і 20 питань з варіантами відповідей для оцінки **особистісної тривожності**. Кожне запитання оцінюється за 4-бальною шкалою (від 1 до 4 балів за твердження). Деякі твердження мають зворотнє кодування, для них інвертуються оцінки. Після цього, бали за всі твердження додаються. Вищі бали вказують на вищий рівень тривожності. Кінцева кількість балів знаходиться в діапазоні між 20 та 80 балами.

Шкала реактивної тривожності запитує в респондентів, як вони почуваються «зараз», використовуючи твердження, які відповідають суб'єктивним почуттям занепокоєння, напруги, нервозності, що свідчить про активацію вегетативної нервової системи. Відповіді за шкалою оцінюють інтенсивність поточних почуттів на цей момент: «ніколи», «майже ніколи», «часто», «майже завжди».

Шкала особистісної тривожності оцінює відносно стабільні аспекти схильності до тривожності, включаючи загальні стани спокою, впевненості та безпеки. Відповіді за шкалою оцінюють частоту почуттів загалом: «ніколи», «майже ніколи», «часто», «майже завжди».

Результати інтерпретуються наступним чином:

20-30 балів = низький рівень тривожності

31-44 балів = помірний рівень тривожності

45-80 балів = високий рівень тривожності

(Спілбергер, Ханін)

Ще однією методикою, спрямованою на вивчення психологічної складової порушень сну, а саме сприйнятого стресу, є **«Шкала сприйнятого стресу»** за Коеном. Шкала була розроблена Коеном та співавторами (1983) та адаптована українською Вельдбрехт і Тавровецькою (2022). Цей формалізований опитувальник було створено саме для оцінки суб'єктивного стресу. Важливо пам'ятати, що навіть за однакових життєвих обставин, стрес може відчуватися по-різному. Ця методика вимірює відчуття, наскільки непередбачуваним та напруженим здається життя, що є особливо актуальним у рамках даної роботи.

Респондентам пропонується обрати відповіді на запитання, що стосуються почуттів та думок за останній місяць. Кожне питання має п'ять варіантів відповіді та оцінюється відповідно: 0 – ніколи, 1 – майже ніколи, 2 – іноді, 3 – досить часто, 4 – дуже часто. Всього опитувальник містить 10 питань. Деякі твердження мають зворотне кодування, для них інвертуються оцінки. Після цього, бали за всі твердження додаються. Вищі бали вказують на вищий рівень сприйнятого стресу. Кінцева кількість балів знаходиться в діапазоні між 0 та 40 балами.

Результати інтерпретуються наступним чином:

0-13 балів = низький рівень стресу

14-26 балів = помірний рівень стресу

27-40 балів = високий рівень стресу

Отже, обрані нами методики мають на меті комплексну оцінку якості сну, щоб виявити наявність його порушень, а також рівня тривожності та суб'єктивного рівня сприйнятого стресу, що допоможе глибше зрозуміти психологічні чинники, які можуть бути з ними пов'язаними. Такий підхід допоможе краще дослідити проблему та закласти основу для подальших

психокорекційних втручань.

Далі, ми проводили описовий та інференційний статистичний аналіз за допомогою Microsoft Excel та PyCharm (використовувалися бібліотеки Scipy і Numpy). На основі результатів опитувань, були обраховані середні значення та стандартне відхилення. Категорійні змінні (такі як стать, категорії якості сну, вікові групи) були представлені як частоти та відсотки.

Коефіцієнти кореляції Пірсона були обраховані для оцінки залежності між показниками якості сну, рівнями ситуативної, реактивної тривожності, а також рівня сприйнятого стресу.

Для порівняння відмінностей між групами використовувався Т-критерій Стюдента з поправкою для нерівних дисперсій Уелча (t-тест Уелча). По групах обраховувалися медіани, середні значення та стандартні відхилення, а потім порівнювалися відмінності між ними за допомогою незалежного t-тесту. А саме, порівняння проводилося між якістю сну (хороша або погана) й рівнями тривожності та стресу; між статтю та якістю сну; між віковими групами та якістю сну. Також цей тест охоплював обрахунок р-значень для визначення статистичної значущості.

2.2 Кількісний та якісний аналіз результатів емпіричного дослідження

Дані дослідження були зібрані за допомогою структурованого онлайн-опитування у квітні-травні 2025 року. Кінцева вибірка складається з 42 респондентів. Обов'язковою умовою участі в дослідженні було проживання на території України протягом повномасштабного вторгнення, цивільний статус особи (не перебування на військовій службі) та вік старше 18 років. Участь в анонімному опитуванні була добровільною: респонденти були проінформовані про мету дослідження, надали інформовану згоду на обробку результатів.

Опитування складалося з декількох частин. Перша структурна частина збирала соціодемографічну інформацію: місто проживання, вік, стать і статус особи. Після цього слідували психодіагностичні методики, вибір яких був

обґрунтований у попередньому підрозділі, аби провести кореляційне дослідження та визначити статистичний зв'язок між такими змінними як якість сну, тривожність (реактивна й особистісна) та рівень сприйнятого стресу. Ми збирали інформацію за стандартизованими та надійними опитувальниками для самостійного заповнення. Це були «Пітсбурзький індекс якості сну» для оцінки вираженості порушень сну; «Шкала реактивної й особистісної тривожності» для вимірювання реактивної та особистісної тривожності; та «Шкала сприйнятого стресу» для визначення суб'єктивного відчуття стресу. Відповіді респондентів фіксувалися в Google Forms та переносилися в Excel для статистичного аналізу та в Rycharm для порівняння груп за допомогою t-тесту Уелча. Після цього, ми аналізували дані за допомогою описової статистики, кореляційного аналізу та порівняння груп, аби встановити патерни та зв'язки між змінними. Повні результати опитувальників, середні значення та стандартне відхилення наведені в додатку Д.

Для початку, нам важливо описати склад вибірки. Всього в опитуванні взяло участь 42 респонденти, з них 40.58% чоловіків ($n=17$) і 59.52% жінок ($n=25$).

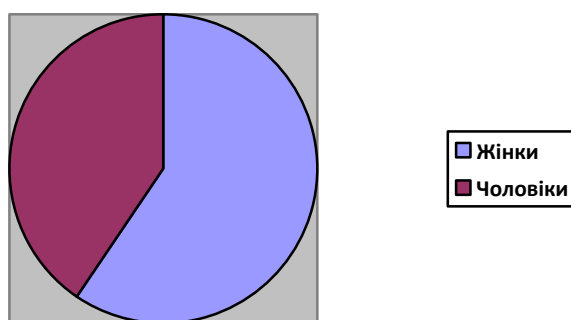


Рис. 2.1. Гендерний розподіл вибірки.

Вік респондентів варіювався: наймолодшому респонденту було 23 роки, найстаршому – 64, тобто середній вік (M) складає ≈ 34 роки, а стандартне відхилення (SD) = 11.59.

Ми розділили респондентів на три групи за їхнім віком: <30 років ($n=16$, 38.10%), 30-45 років ($n=17$, 40.48%), >45 років ($n=9$, 21.42%). Нижче ми

хочемо показати розподіл респондентів за віковими групами:

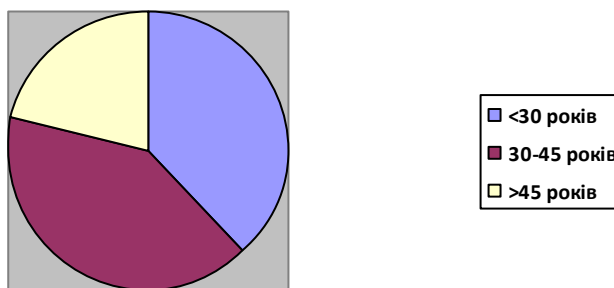


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за віковими групами.

У дослідження взяли участь респонденти з трьох міст України: Києва (n=25, 59.52%), Львову (n=3, 7.14%) та Рівного (n=14, 33.34%), аби врахувати дані як і жителів мегаполіса, так і менших міст західної України.

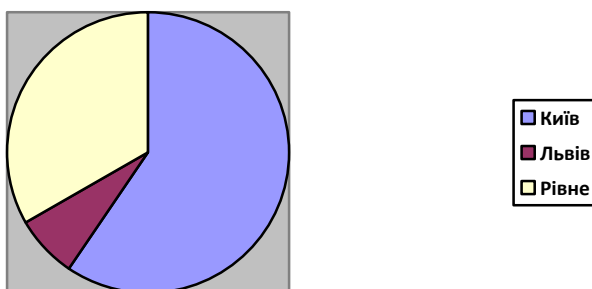


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за місцем проживання.

Що стосується сну, середня тривалість сну склала 7.02 ± 1.26 годин, що є нормальним показником. Мінімальна середня тривалість сну була 4.5 години, а максимальна 12 годин. 38.10% респондентів (n=16) повідомили про сон менше ніж 7 годин уночі.

Всі результати опитувальників і середні значення за Пітсбурзьким індексом якості сну, шкалою тривоги Спілбергера та шкалою сприйняття стресу знаходяться в Таблиці 2.1, що є Додатком Д.

Якщо аналізувати якість сну за загальною оцінкою Пітсбурзького індексу якості сну, 57.14% вибірки (n=24) отримали більше ніж 5 балів, що свідчить про погану якість сну, в той час, як 42.86% вибірки (n=18) мають хорошу якість сну, згідно з підсумковим значенням за PSQI. При цьому, середнє значення якості сну

у всій вибірці складає 6.40, що свідчить про дещо погану якість сну. Стандартне відхилення дорівнює 2.98, що говорить про досить значну варіативність якості сну серед вибірки.

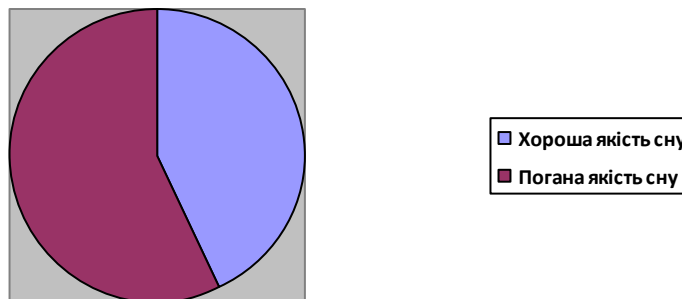


Рис. 2.4. Розподіл вибірки за якістю сну.

Наступним етапом дослідження є аналіз результатів за шкалами тривожності Спілбергера. Середнє значення реактивної тривожності складає 48.11 (стандартне відхилення 9.86), що відповідає категорії «високий рівень» реактивної тривожності та свідчить про помітно підвищений рівень тривожності серед учасників дослідження. Якщо детальніше розглянути результати за цією шкалою, 61.9% респондентів мають високий рівень реактивної тривожності (45-80 балів), в той час, як 35.71% демонструють помірний рівень (31-44 балів), і лише 2.38% повідомили про низьку тривожність (<31 балів). Згідно з цими результатами, ми можемо побачити, що більшість учасників дослідження відчують високий рівень емоційної напруги та збудження нервової системи через певні обставини на цей момент. Такі високі бали можуть свідчити про вплив гострих стресорів або сильну психологічну перенапругу, що є типовою психологічною реакцією на невизначеність, небезпеку та можливу загрозу життю через воєнний стан.

Результати також показали досить високий рівень особистісної тривожності серед вибірки, середнє значення якої склало 43.93 (стандартне відхилення 9.17). Через це, ми можемо допустити, що багато учасників опитування мають сталу схильність до відчуття тривоги в багатьох ситуаціях, не лише під час гострого стресу. Зокрема, 42.86% респондентів демонструють високий рівень

особистісної тривожності, 50% мають помірний рівень особистісної тривожності, і лише 7.14% відповідають показникам низького рівня особистісної тривожності.



Рис. 2.5. Розподіл вибірки за реактивною тривожністю.

Така тривожність вважається відносно сталою характеристикою, а її високий рівень у вибірці може свідчити про довготривалий психологічний вплив нестабільного життя під час воєнного стану, який триває вже декілька років. Важливо розуміти, що постійний вплив небезпеки та хронічного стресу посилює схильність до тривоги, що згодом може призвести до стану гіперпильності, постійних переживань і складнощів у регуляції емоцій.

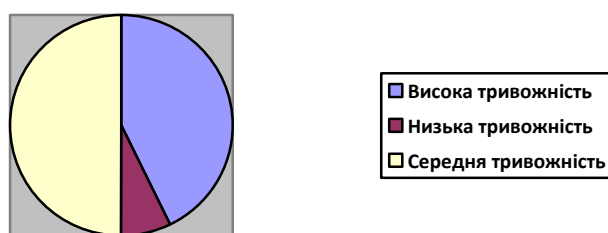


Рис. 2.6. Розподіл вибірки за особистісною тривожністю.

Ми також отримали дані щодо суб'єктивного сприйняття стресу серед учасників опитування. Середнє значення за цією шкалою складає 18.62 (стандартне відхилення 5.73), що говорить про помірний рівень стресу, в середньому. 78.57% респондентів відмітили помірний рівень стресу (14-26 балів за шкалою), 7.14% відчувають високий рівень стресу (27-40 балів), і лише 14.29%

(0-13 балів) респондентів повідомили про низький рівень стресу. З цього, ми можемо припустити, що життя в воєнний стан асоціюється з психологічними складнощами, навіть якщо цей стрес і не сприймається як значний.

Помірний рівень стресу свідчить про постійну необхідність справлятися з щоденними викликами, адаптуватися до змін, невизначеності, порушення повсякденного життя. Малий відсоток респондентів з низьким рівнем стресу може свідчити про їхню більшу резильєнтність. Також варто пам'ятати, що постійне перебування в небезпечному середовищі та хронічний стрес, як наслідок, можуть змінювати сприйняття індивідів «нормального» стресу. В цілому, результати відповідають наявній літературі про психологічні наслідки війни, демонструючи, як тривале відчуття загрози може суттєво змінювати суб'єктивне сприйняття стресу (Gammoh, 2024).

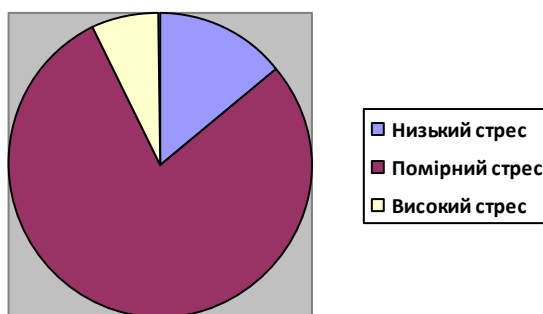


Рис. 2.7. Розподіл вибірки за рівнем сприйнятого стресу.

Далі, у межах дослідження, ми застосовували коефіцієнт кореляції Пірсона, аби подивитися на взаємозв'язок таких змінних як якість сну та тривожність (реактивна/особистісна), а також рівень сприйнятого стресу. Метою цього обрахунку було дослідити силу взаємозв'язків між якістю сну та психологічними змінними, особливо в контексті воєнного стану.

Відомо, що порушення сну часто пов'язані з підвищеним рівнем тривожності та стресу, а дослідження цих кореляцій може допомогти з'ясувати, чи гірша якість сну асоціюється з вищим психологічним дистресом.

Результати наших обрахунків представлені в Таблиці 2.2:

Таблиця 2.2

Коефіцієнти кореляції Пірсона між якістю сну, реактивною та особистісною тривожністю, й рівнем сприйнятого стресу.

	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Рівень сприйнятого стресу
Якість сну	0,508; $p < 0,01$	0,478; $p < 0,01$	0,456; $p < 0,01$

Кореляція між якістю сну та реактивною тривожністю є середньою та позитивною $r = 0,508$ та статистично-достовірною, що демонструє зв'язок між вищими рівнями реактивної тривожності та гіршою якістю сну. Це може свідчити про те, що індивіди з інтенсивними емоційними реакціями через ситуативні стресори, частіше повідомлятимуть про порушення сну. Надмірна активація нервової системи та почуття напруги, які є характерними для реактивної тривожності, можуть впливати на швидкість засинання, міцність сну, його загальну якість:

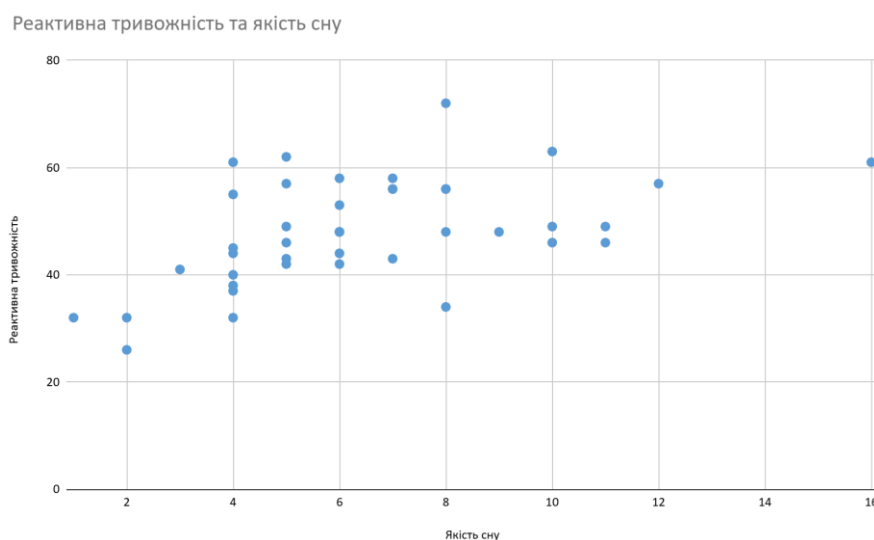


Рис. 2.8. Кореляція Пірсона між якістю сну та реактивною тривожністю.

Кореляція між особистісною тривожністю та якістю сну була помірною та позитивною ($r = 0,478$). Рівень достовірності є меншим за 1%, що означає кореляція скоріш за все існує в генеральній сукупності. Це свідчить про те, що особи зі схильністю до тривожності частіше погано сплять. На відмінну від реактивної тривожності, особистісна тривожність відображає довготривалу тенденцію до переживань й емоційної напруги, що може призводити до хронічного безсоння з часом. В контексті воєнного стану, цей зв'язок може бути ще більше вираженим, адже постійні стресори можуть закріплювати наявні тривожні патерни мислення та фізіологічне збудження, що ставатиме на заваді хорошому сну.

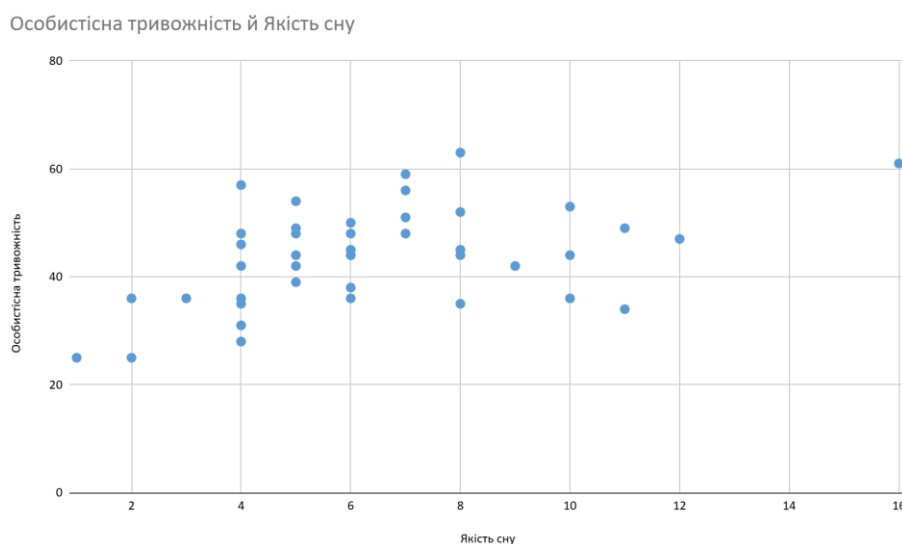


Рис. 2.9. Кореляція Пірсона між якістю сну та особистісною тривожністю.

Кореляція між сприйнятим стресом та якістю сну теж є помірною та позитивною ($r = 0,456$; $p < 0,01$). Це може свідчити про те, що вищі рівні стресу пов'язані з гіршою якістю сну. Індивіди, які відчуваються перевантаженими або нездатними справитися з життєвими викликами, особливо в контексті воєнного стану, мають схильність до серйозніших проблем зі сном. Підвищений рівень стресу також може призводити до складнощів із засинанням, частих пробуджень, невідновлювального сну. Це підсилює цикл: неякісний сон ще більше погіршує рівень стресу.

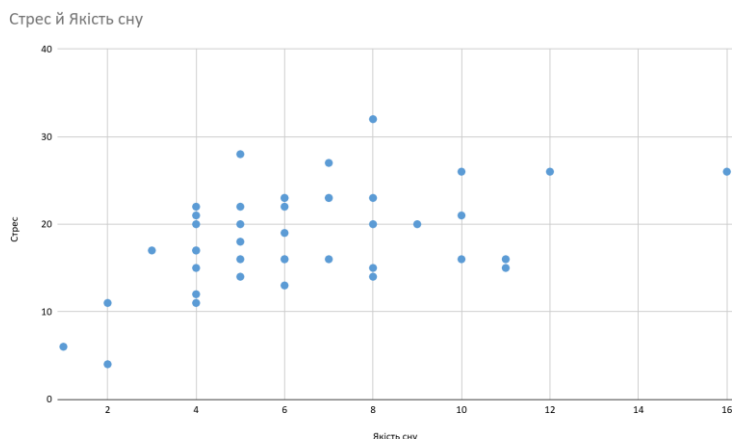


Рис. 2.10. Кореляція Пірсона між якістю сну та рівнем стресу.

Всі результати t-тесту Уелча знаходяться в Таблиці 2.2 (Додаток Е).

Ми вирішили з'ясувати, чи є зв'язок між такими змінними як стать і якість сну, тому провели статистичний t-тест Уелча між цими категоріальними змінними. Середнє значення якості сну за Пітсбурзьким індексом якості сну серед жінок склав 6,4, в той час, як серед чоловіків 6,41, що показує різницю у всього лише 0,01 бал. У той час, статистичний показник $t = -0,01$, а $p = 0,99$. Таким чином, не було з'ясовано зв'язку між статтю (жіноча/чоловіча) і якістю сну (хороша/погана).

Далі нам було важливо дослідити взаємозв'язок між віком та якістю сну, тому ми розділили респондентів на три вікові групи: <30 років, 30-45 років і >45 років, після чого ми провели незалежний t-тест, аби перевірити, чи є значуща різниця між середніми значеннями двох груп за цими змінними. Результати показали статистично значущу різницю між групою <30 років і 30-45 років ($t = 3,35$, $p = 0,0022$), згідно з якою, молодші індивіди повідомляють про гіршу якість сну (середнє значення PSQI = 7,53), ніж група середнього віку (середнє значення PSQI 4,75).

Статистично значущої різниці не було знайдено між групою <30 років і >45 років ($t = 0,22$, $p = 0,8323$). Подібним чином, порівняння між групами 30-45 років і >45 років не показало значущої різниці ($t = -1,83$, $p = 0,0954$). Це може свідчити про те, що якість сну не є значно кращою, ніж у старшої вікової групи (>45 років) у цій вибірці.

p-значення є важливою частиною цього аналізу, адже воно допомагає перевірити, чи спостережувані відмінності між віковими групами зумовлені випадковими чинниками. Якщо говорити про порівняння груп <30 років і 30-45 років, p-значення дорівнює 0,0022. Це значення є нижчим рівня статистичної значущості 0,05, а значить різниця між цими двома змінними є статистично значущою. На відміну від цього, вищі p-значення для інших порівнянь (0,8323 і 0,0954) вказують на відсутність вагомих доказів для припущення, що вікові відмінності в групах <30 років і 30-45 років значно впливають на якість сну.

Вищенаведені результати досліджень дають підстави стверджувати, що учасники дослідження 30-45 років схильні до кращого сну ніж обидві групи <30 років і >45 років, з найбільш вираженою розбіжністю в порівнянні з групою <30 років. Це можна пояснити тим, що молодші індивіди можуть більше страждати від стресових факторів, порушення звичного розпорядку дня, нестабільності. Тим часом люди середнього віку можуть мати більш структуроване життя та кращі копінгові стратегії, що може сприяти кращому сну. Хоч якість сну респондентів >45 років суттєво не відрізнялося від інших груп, відносно високе середнє значення PSQI (7,22) вказує на порушення сну.

Не менш важливо було проаналізувати взаємозв'язок між якістю сну та реактивною тривожністю за допомогою t-тесту. Ми порівнювали бали за шкалою реактивної тривожності серед респондентів з хорошим сном (PSQI <5) і поганим сном (PSQI >5). Наше дослідження виявило статистично значущу різницю між цими двома групами ($t=-2,79$, $p=0,0089$). Це свідчить про те, що якість сну суттєво пов'язана з рівнем реактивної тривожності. Учасники опитування з поганою якістю сну зазначають помітно високі рівні реактивної тривожності (середнє значення дорівнює 51,62, а стандартне відхилення 8,07), якщо порівнювати з другою групою хорошого сну (середнє значення дорівнює 43,44, а стандартне відхилення 10,29).

Згідно з цими результатами, ми можемо бачити підтвердження тому, що порушення сну можуть підсилювати емоційну реактивність та зменшувати опірність стресорам. В контексті воєнного стану, якісний сон може бути не лише

фізіологічним, але й емоційним ресурсом. Таким чином, ми припускаємо, що гірша якість сну може бути як наслідком, так і додатковим чинником емоційної напруги, що робить особливо актуальним вирішення проблем зі сном, як ширшої стратегії для регулювання тривоги, особливо в контексті війни.

Аналогічним чином, ми дослідили взаємозв'язок між якістю сну та особистісною тривожністю за допомогою t-тесту. Ми знову аналізували дві групи: учасників опитування з хорошою якістю сну (загальний бал нижче 5) та поганою якістю сну (загальний бал вище 5). Наше порівняння показало значущу різницю між цими групами ($t=-2,46$, $p=0,0192$). Учасники дослідження, якість сну яких була поганою, демонстрували вищі рівні особистісної тривожності (середнє значення склало 46,83, стандартне відхилення = 8), у той час, як група з хорошою якістю сну показала середнє значення 40,06 зі стандартним відхиленням 9,4.

Особистісна тривожність свідчить про загальну тенденцію до надмірних переживань за багатьох обставин, на відмінну від тимчасової реактивної тривожності. Наші спостереження можуть свідчити про те, що якість сну пов'язана не лише з гострими емоційними реакціями, але й з більш сталими темпераментними рисами. В контексті довготривалого впливу зовнішніх стресорів (в тому числі пов'язаних з війною), хронічні проблеми зі сном можуть підсилювати сприйняття світу як загрозового. Знову ж таки, це свідчить про двосторонній взаємозв'язок: як тривожність може впливати на сон, так і довготривале безсоння може зміцнювати тривожні патерни поведінки та мислення. Отже, покращення якості сну може поліпшити загальний психологічний стан.

Не менш важливим є встановлення взаємозв'язку між якістю сну та суб'єктивним сприйняттям стресу, тому ми провели аналогічний t-тест для порівняння середніх значень PSS серед двох груп: респондентів з хорошим сном ($PSQI < 5$) та поганим ($PSQI > 5$). Результати знову показали статистично значущу різницю між цими двома групами ($t=-2,49$, $p=0,0178$). Респонденти з поганою якістю сну демонстрували вищі рівні суб'єктивного стресу (середнє значення

20,46, стандартне відхилення 4,94), ніж респонденти з хорошою якістю сну (середнє значення 16,17, стандартне відхилення 5,91).

Це свідчить про чіткий зв'язок між порушеннями сну та підвищеним сприйняттям стресу. Шкала сприйнятого стресу вимірює наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і переобтяженим здається життя для індивідів, тому вищі оцінки за цією шкалою серед осіб з поганим сном може відображати зменшення психологічних ресурсів, щоб справлятися з зовнішніми викликами. Життя під час воєнного стану дійсно містить елемент хронічного стресу, тому якісний сон стає потужною протидією. Таким чином, погана якість сну стає додатковим фактором вразливості, може ще сильніше погіршувати суб'єктивне сприйняття стресу та вичерпувати емоційні ресурси для розвитку резильєнтності. Отже, здоровий сон може бути профілактичним і корекційним, слугувати психологічною підтримкою під час воєнного стану.

Тепер нам важливо підсумувати результати емпіричного та статистичного дослідження. Згідно з ним, 57,14% респондентів повідомили про погану якість сну, набравши більше понад 5 балів за Пітсбурзькою шкалою якості сну, з середнім значенням 6,4, що говорить про порушення сну в виборці. Такі показники викликають особливе занепокоєння, адже сон є фундаментальним фізіологічним й емоційним ресурсом, особливо в часи хронічного стресу.

В ході нашого дослідження було встановлено помірні, середні та сильні позитивні кореляції між якістю сну та іншими психологічними змінними. Так кореляція між якістю сну та реактивною тривожністю була позитивною та середньою ($r=0.508$). Це вказує на те, що особи з інтенсивними емоційними реакціями на ситуативні стресори частіше повідомляють про порушення сну. Схожим чином, особистісна тривожність показала помірну позитивну кореляцію з поганою якістю сну ($r=0,478$), що показує схильність до поганого сну серед осіб зі сталими тривожними рисами. Кореляція між сприйнятим стресом і якістю сну також була помірною та позитивною ($r=0,456$), що свідчить про зв'язок вищих рівнів стресу з гіршою якістю сну.

Ми також виявили, що вік є чинником порушень сну. Наймолодша вікова

група (до 30 років) частіше повідомляла про знижену якість сну (середнє значення PSQI склало 7,53) у порівнянні з іншими групами (де середнє значення PSQI було 4,75; $t=3,35$; $p=0,0022$). Ми припускаємо, що молодші люди можуть бути більш вразливими до порушень сну в контексті воєнного стану через менш розвинені копінгіві стратегії або недостатню структурованість рутини.

Також наше дослідження підтвердило двонапрямні взаємозв'язки між порушеннями сну та психологічним дистресом. Статистичний аналіз виявив, що респонденти з гіршою якістю сну демонстрували значно вищі рівні реактивної тривожності (середнє значення 51,62, у той час, як у групі з хорошим сном 43,44; $t=-2,79$; $p=0,0089$), особистісної тривожності (середнє значення 46,83, у той час, як у групі з хорошим сном 40,06; $t=-2,46$; $p=0,0192$) та сприйнятого стресу (середнє значення 20,46, у той час, як у групі з хорошим сном 16,17; $t=-2,49$; $p=0,0178$). Відповідно до цих результатів, гірша якість сну може бути як наслідком, так і причиною емоційної напруги, що створює замкнене коло проблем зі сном/погіршеного психоемоційного стану та навпаки.

Отримані емпіричні дані забезпечують міцну основу до розробки психокорекційної програми для покращення якості сну під час воєнного стану. Встановлені нами кореляції між якістю сну та такими змінними як рівень особистісної тривожності, реактивної тривожності та суб'єктивного сприйняття стресу підкреслюють необхідність комплексного підходу, який би враховував як гігієну сну, так і роботу з регулюванням тривоги та розвитку стресостійкості. Оскільки існує двонапрямний зв'язок між сном і тривожністю/сприйняттям стресу, покращення якості сну може бути як профілактичною, так і корекційною мірою, що може розірвати порочне коло незадовільного сну та психологічного дистресу.

Наше дослідження вказує на те, що програма з покращення сну може бути особливо корисною для молодих дорослих (до 30 років), адже вони демонстрували вищі рівні результати за шкалами. Враховуючи те, що якісний відновлювальний сон може слугувати потужним психологічним ресурсом під час воєнного стану, наступна частина нашої магістерської роботи

фокусуватиметься на створенні структурованої програми для покращення якості сну серед осіб з порушеннями сну під час воєнного стану. Ця програма буде спиратися на доказові інтервенції в галузі когнітивно-поведінкової терапії безсоння. Ми будемо використовувати отримані нами емпіричні дані для розробки цільових стратегій, які не лише покращать якість сну, але і слугуватимуть розвитку стресостійкості, адже сон є фундаментальною складовою підтримки ментального здоров'я, особливо в періоди довготривалої невизначеності та небезпеки.

2.3 Зміст та впровадження психокорекційної програми на основі когнітивно-поведінкової терапії безсоння

Враховуючи те, що якість сну є важливим складником психологічного добробуту та стресостійкості, ми вважаємо, що когнітивно-поведінкова терапія безсоння (CBT-I) є найбільш доказовим та ефективним методом для корекції проблем зі сном, особливо в контексті воєнного стану, який супроводжується хронічним стресом. Когнітивно-поведінкова терапія безсоння використовує ряд технік і втручань, що залучають роботу з думками і поведінкою, які підтримують патерн безсоння. В нашій роботі ми будемо враховувати особливості воєнного стану, тому візьмемо за фундамент основні принципи когнітивно-поведінкової терапії (виключенням буде терапія обмеження сну, що може бути додатковим стресовим фактором під час воєнного стану), а також додамо інтервенції саме для підвищення стресостійкості (терапія прийняття і зобов'язання, майндфулнес, релаксаційні техніки).

В рамках нашого дослідження, особливі переваги когнітивно-поведінкової терапії безсоння це можливість надати ґрунтовну психоедукацію про гігієну сну, навчити розпізнавати некорисні думки, розвинути навички емоційної регуляції, а також навчитися підтримувати нові звички. Інша перевага цього напрямку — це швидкість, адже відносно невелика кількість сесій показує високу ефективність та покращення сну в відносно короткий термін (Morin, 2007). Когнітивно-поведінкова терапія безсоння залучає учасників тренінгу до активного навчання,

отримані знання та навички можна інтегрувати у своє щоденне життя. Це досить активний метод, адже учасники матимуть змогу тестувати свої переконання, навчатися через зміну поведінкових патернів, спостерігати за результатами втручань, що розширить арсенал копінгових стратегій і навчить дивитися на проблеми по-новому. Також варто наголосити на чіткій структурі даного підходу: його зрозумілість створює додаткову мотивацію для покращення навичок, поведінкових змін, та допомагає закріпити нові здорові звички щодо сну (Smith, 2002).

Ми розробили психокорекційну програму згідно з головною метою нашого дослідження: покращення якості сну та зменшення симптомів безсоння серед українського цивільного населення під час воєнного стану. Аби досягти цієї мети, ми визначили конкретні кроки на основі соціопсихологічних складників, які ми виявили в теоретичній та емпіричній частинах нашої магістерської роботи. Психологічні чинники, які позитивно впливають на сон охоплюють: навички управління стресом, когнітивну гнучкість (особливо щодо невизначеності), адаптивні копінгові стратегії, навички емоційної регуляції, а також підтримку рутини. Поведінкові чинники містять в собі: чіткий розпорядок дня (особливо пробудження/відходу до сну), створення хороших умов для сну (облаштування спальні), обмеження активної поведінки перед сном, регулярне фізичне навантаження, дотримання правил гігієни сну. Наша програма бере до уваги ці чинники.

Знову ж таки, ми будемо використовувати методологічні засади когнітивно-поведінкової терапії безсоння (Morin, 2012). Також ми будемо використовувати методологічні засади терапії прийняття та відповідальності (АСТ) (Levin, 2014) що знаходиться в одній модальності. Ми вважаємо, що техніки АСТ є особливо корисними в когнітивній роботі, підвищенні стресостійкості через розвиток прийняття та самоспівчуття. До того ж, ми використовуватимемо майндфулнес як інший потужний інструмент в регуляції емоцій і розвитку резильєнтності (Ong, 2008). Це все особливо актуально в

умовах воєнного стану.

Наша психокорекційна програма розрахована на 8 сесій, кожна з яких триватиме 90 хвилин. Ми зупинилися на форматі тренінгу, аби створити ефективну програму для групової роботи. Частота зустрічей: раз на тиждень, адже для засвоєння отриманих навичок, потрібен мінімум тиждень, щоб їх опанувати. Кожна сесія матиме конкретну тему для втручання (психоедукація про сон, когнітивна реструктуризація, поведінкові втручання, релаксаційні техніки, контроль стимулів тощо). Ми вирішили вилучити важливий аспект когнітивно-поведінкової терапії безсоння, обмеження сну. Респонденти відмічали, що декілька разів на тиждень причини їхнього безсоння — це вибухи, робота ППО, повітряна тривога. Через знаходження в такому нестабільному середовищі, нам складно встановлювати та контролювати кількість сну, що може стати додатковим стресовим чинником.

Наша психокорекційна програма матиме фокус на наступних темах: психоедукація про сон і його порушення, обґрунтування моніторингу сну та надання інструментів для цього, постановка цілей, психоедукація про гігієну сну, зміна поведінкових патернів для покращення гігієни сну, контроль стимулів, розпізнавання негативних автоматичних думок, роз'єднання від думок, час на переживання, розпізнавання когнітивних фільтрів, тестування думок, майндфулнес, медитації, релаксація, самоспівчуття.

Як результат, ми очікуємо, що в учасників тренінгу покращиться якість сну та загальна оцінка за Пітсбурзькою шкалою безсоння (PSQI), також зменшиться час необхідний для засинання і кількість нічних пробуджень. Оскільки програма комплексно працює з регуляцією емоцій та стресостійкості, ми очікуємо, що це слідом знизить результати за Шкалою тривожності Спілбергера (STAI), а також Шкалою сприйнятого стресу (PSS).

Як показав попередній пункт нашої роботи, ця програма може бути особливо актуальною під час воєнного стану, адже проблема порушень сну є гострою на цей момент. Ми врахували двоспрямований взаємозв'язок між тривожністю/стресом і якістю сну, тому наша програма міститиме кроки для

роботи з цими психологічними складовими.

Важливо пам'ятати про те, що воєнний стан пов'язаний з багатьма зовнішніми стресорами, які ми не можемо повністю усунути чи контролювати. Це створює додаткові складнощі у дотриманні розпорядку дня та інших частин тренінгу, що теж може вплинути на ефективність. Однак ми враховуємо ці чинники та будемо спрощувати програму, наскільки то можливо, аби створити умови для покращення сну без додаткового тиску.

Далі ми наводимо детальний план нашої психокорекційної програми.

Тренінг “Подолати безсоння: корисні звички для відновлення здорового сну”

Мета тренінгу: покращити якість сну та зменшити симптоми безсоння серед українського цивільного населення під час воєнного стану

Завдання:

- Сприяти усвідомленню важливості сну, процесу сну, а також факторів, що впливають на його порушення через психоедукацію.
- Розвивати навички регуляції сну через моніторинг, постановку цілей, впровадження гігієни сну.
- Формувати прагнення до зміни дезадаптивних поведінкових звичок, що стосуються сну; впровадження контролю стимулів, планування здорових звичок.
- Розвивати когнітивну гнучкість через ідентифікацію, тестування та дистанціювання від негативних переконань та думок.
- Сприяти розвитку стресостійкості через практики майндфулнес, медитації, техніки релаксації й самоспівчуття.

Кількість тренінгових сесій: 8

Тривалість сесії: 90 хвилин

Цільова аудиторія: дорослі люди, які проживають в Україні під час воєнного стану. Особи з високим рівнем тривожності та стресу.

Сесія №1

Мета: знайомство з учасниками та створення стосунку, прояснення

організаційних моментів, психоедукація про сон, його порушення, важливість самоспостереження

Вступне слово ведучого: Доброго дня, шановні учасники тренінгу “Подолати безсоння”! Мене звати Вікторія, я є психологом у когнітивно-поведінковому напрямі, і я буду ведучою наступні декілька тижнів. Сьогодні ми з вами вирушимо у спільну подорож, щоб покращити ваш сон, а з ним і, хочеться вірити, рівень життя.

Перше, що я хочу зробити, це відзначити вашу сміливість, адже участь у подібному тренінгу в такий буремний час – це справжній крок турботи про себе і він вимагає багато зусиль. Порушення сну є надзвичайно поширеною проблемою.

Для того, щоб всім було комфортно й ми могли отримати максимум користі від взаємодії, нам важливо познайомитися один з одним. В роботі над чимось таким особистим як сон (емоційна регуляція, стресостійкість), почуття довіри та взаємопідтримки можуть бути надзвичайно цінними. Ми будемо ділитися нашим досвідом, аби побачити, як багато спільного в ньому є, і наскільки нормальним є проживати такі складнощі. Я сподіваюся, що у нас вийде створити безпечне середовище, де кожен зможе чомусь навчитися, відкрито ставити питання, ділитися своїми враженнями. Щирість у процесі є надзвичайно корисною для терапевтичного ефекту.

Знайомство: Розпочнімо з короткого знайомства. Кожен з учасників представиться, розкаже як почувається сьогодні та поділиться своїм очікуванням від програми, або чому ви тут. Почнімо з мене. [Після цього, кожен по колу буде відповідати на ці питання]

Вироблення правил групи: Перед тим як ми почнемо спільну роботу, нам важливо обговорити правила тренінгу. Не варто сприймати це як обмеження: навпаки, це певна структура, яка допоможе створити безпечний простір і організувати екологічну взаємодію. Тому я хочу наголосити на наступних правилах:

Правило пунктуальності: вчасно приходити та залишатися до кінця сесії.

Починаємо сесію за наявності половини учасників. На жаль, більше ніж 2 пропуски можуть суттєво вплинути на ефективність роботи, тому буде неможливо продовжити спільну роботу за таких умов.

Правило проактивності: розуміння важливості участі в тренінгу та активна робота над проблемою, з якою звернулися.

Правило конфіденційності та анонімності: події на тренінгу залишаються на тренінгу. Вони можуть обговорюватися з іншими лише за збереження анонімності.

Правило “Стоп”: Ви можете зупинитися будь-якої хвилини, відмовитися від участі в обговоренні, вправі.

Правило поваги: Ви можете говорити лише за умови піднятої руки, не перебивати інших.

Правило доброго ставлення: Це простір без насилля, тому ми зобов’язуємося бути чуйними та поважати права інших, не переходити на особистості. Порухення цього правила може бути вагомою причиною для завершення співпраці.

Психоедукація про сон та його порушення: Всі ми час від часу погано спимо. Так, не виспатися 1-2 рази на тиждень – неприємно, але зазвичай це не є чимось жахливим, і не так сильно впливає на наше життя. Однак, коли ми говоримо про порушення сну, безсоння, ми маємо на увазі стійкі та постійні проблеми зі сном. Це охоплює проблеми з засинанням (коли ми не можемо швидко заснути) і/або ранні пробудження (серед ночі, або занадто рано вранці, без можливості знову заснути). Згідно зі статистикою DSM-V, безсоння є досить поширеною проблемою, і одна третя дорослих мають його симптоми. Через погану якість сну може виникати відчуття втоми, недостатнього відновлення, навіть всупереч достатній кількості проведеного часу у ліжку (APA, 2022 : 407-409). Порушення сну впливають і на наш стан зранку: ми можемо відчувати сонливість впродовж дня, перепади настрою, зміни в когнітивних здібностях, щоденному функціонуванні. Існує багато досліджень, які показують, що недостатній сон впливає на наше фізичне здоров’я, тривалість життя та якість

життя загалом (Morin, 2012).

Існує багато причин, чому нам може бути так складно виспатися. І частіше всього, це сукупність декількох чинників. Тому хочеться сьогодні зосередитися на основних причинах.

Низький гомеостатичний потяг до сну. Потяг до сну – це фізіологічне бажання вашого тіла заснути. Коли ми спимо, потяг до сну знижується, і, навпаки, він зростає з кожною годиною бадьорості. Якщо ми маємо звичку дрімати впродовж дня або спати допізна на вихідних — це може негативно вплинути на потяг до сну та викликати проблеми зі сном (Dijk, 2019 : 441-481).

Проблеми з циркадними ритмами. У ссавців існує внутрішній біологічний годинник, центральний циркадний годинник, який регулює безліч фізіологічних процесів. Він налаштовує внутрішній фізіологічний ритм відповідно до 24-годинного добового циклу. Гормони кортизолу, мелатонін, температура тіла також змінюються під час циркадних процесів. Активується вироблення мелатоніну з настанням темряви (що пригнічується світлом), по суті повідомляє про настання темряви циркадному годиннику та запускає фізіологічні процеси, що пов'язані з нічним часом, наприклад, змінює кров'яний тиск та впливає на метаболізм. Ситуативні фактори, такі як робота в нічний час, зміни в розкладі, стрес, температура можуть порушити наші циркадні ритми, а разом з ними сон (Schwartz, 2019).

Тривожність та надмірні переживання. Такі емоції та думки зазвичай супроводжуються фізіологічним збудженням (напруга в тілі, пришвидшене серцебиття, метушливість) та когнітивним збудженням (занепокоєння про майбутнє, катастрофічне мислення, “пережовування” думок), що негативно впливає на сон (Steiger, 2019).

Негативні переконання й переживання про сон. Якщо проблеми зі сном стають хронічними та продовжуються тривалий час, не дивно, що у нас виникають стійкі негативні переконання про нього. Однак переживання про те, чи ви виспитесь завтра, яким буде день, не наближає вас до якісного сну та відпочинку (Зливков, 2015 : 60-61).

Вечірня рутина. Ми часто не дотримуємося гігієни сну, що негативно впливає на безсоння. Наприклад, синє світло від гаджетів заважає вивільненню мелатоніну. Пізні заняття спортом чи вечеря перед сном теж можуть бути проблемою (Schwartz, 2019).

Облаштування спальні. Існують зовнішні фактори, які можуть негативно впливати на наш сон (Morin, 2012). Це голосні сусіди, шум з вулиці, незручне ліжко тощо.

Речовини. Кофеїн, нікотин, цукор, алкоголь, деякі ліки та наркотики можуть впливати на наш сон. Стимулятори (як кофеїн, нікотин, цукор) в другу половину дня можуть негативно вплинути на ваш сон вночі. Алкоголь — може допомогти заснути, однак ваш сон не буде міцним і відновлювальним, адже він негативно впливає на тривалість фаз сну (Маслова, 2024 : 87).

Обговорення: Як ви гадаєте, чому у вас можуть бути труднощі зі сном? [Далі кожен має змогу коротко розповісти про свої здогадки]

Презентація щоденника сну: Перед тим як почати працювати над своїм сном, нам важливо дослідити його. Таким чином, ми матимемо змогу порівнювати результати, бачити, що працює, а що можна навпаки покращити.

Таким інструментом буде “Щоденник сну”. Вашим завданням буде заповнювати його щодня, аби мати готові результати до наступної сесії. Це буде “відправна точка” вашої роботи зі сном. За допомогою щоденника, ви зможете зібрати дані про ваш сон і усвідомити наявні патерни. Перша частина щоденника заповнюється звечора. Інша частина — зранку на наступний день.

Будь ласка, погляньте на роздатковий матеріал (Додаток Є). Далі ми з вами разом спробуємо заповнити один день як приклад. [спільне заповнення для виявлення потенційних питань]

Групова рефлексія: Дякую за сьогоднішню зустріч. Що було для вас корисним? Що сподобалося? Чого не вистачило? [коротке обговорення]

Сесія №2

Мета: постановка цілей, підтримка мотивації, обговорення гігієни сну, зміна поведінкових звичок

Коло настрою: Шановні учасники, доброго дня! Ми почнемо нашу зустріч з кола настрою [учасники діляться своїм настроєм, очікуваннями, щодо сьогоднішньої зустрічі].

Обговорення домашнього завдання: Чи було щось, що вас здивувало під час спостереження за вашим сном, заповненням щоденника? Що було важким? Як вам середні значення, які вийшло обрахувати?

Постановка цілей: Нам дійсно важливо фіксувати результати, аби відстежувати прогрес. Тому в ході роботи дуже важливо буде звертати увагу на середній час засинання, кількість годин сну, кількість пробуджень уночі, рівень втоми і загальну якість сну.

Ми хочемо запропонувати кожному з вас поставити цілі для тренінгу. Найкраще, щоб вони були конкретними та реалістичними. Якщо ціль занадто загальна, нам може бути складно досягнути її, що негативно вплине на відчуття прогресу.

Робота в групах: [Учасники записують по три цілі стосовно покращення сну та діляться ними з групами. Їм також пропонується обговорити, яка ціль здається наразі найважливішою].

Підтримка мотивації: Перед тим як почати, подумайте про момент чи подію у вашому житті, яка була складною, але ви з нею справилися. Можливо це був період значних змін. Які внутрішні ресурси вам допомогли в цьому? Як ви знаходили сили йти далі? Що підтримувало вашу мотивацію? [загальне обговорення]

Психоедукація про метод і гігієну сну: Когнітивно-поведінкова терапія безсоння – це багатокомпонентний метод лікування безсоння, а саме складнощів з засинанням або підтримкою безперервного сну. Вона є одним з найбільш ефективних та науково обґрунтованих методів втручання при хронічних проблемах зі сном (Morin, 2012). Сьогодні ми з вами поговоримо про один із найважливіших її компонентів — гігієну сну, впровадження здорових звичок, які будуть сприяти підтримці відновлювального сну.

Ось основні правила:

Відносно регулярний режим. У світі без війни, йти до ліжка та прокидатися в один і той самий час щодня — це звичка, яка підтримує ваш внутрішній циркадний годинник. В умовах воєнного стану, це можуть бути гнучкі вікна для сну, точки опори впродовж дня (наприклад, сніданок у той самий час) (Spielman, 1987).

Обмеження дрімання. Дрімання посеред дня знижує наш природний потяг до сну, що може впливати на сон вночі. Якщо ви відчуваєте сильне бажання спати, рекомендований час для сну вдень не більше 20-30 хвилин (Spielman, 1987).

Створення комфортного середовища для сну. Ваші матрац, подушка, ковдра, постільна білизна повинні бути зручними. Найкраща кімнатна температура для сну становить близько 18 градусів, а сама спальня має бути темною, тихою (Schwartz, 2019).

Звертайте увагу на кофеїн, нікотин, інші речовини. Кофеїн блокує вивільнення аденозину, що запускає ваш потяг до сну. Рекомендується перестати пити кофеїновмісні продукти за 5-7 годин до сну. В разі підвищеної індивідуальної чутливості, це можна робити й раніше. Пам'ятайте, кофеїн може міститися не лише в каві, але й в чаях, газованих напоях, енергетиках, деяких ліках, шоколаді. Декаф (кава без кофеїну) може містити до 30% кофеїну звичайної кави. Нікотин може викликати більш фрагментований і поверхневий сон. Алкоголь теж негативно впливає на глибокі фази сну, тому найкраще відмовитися від алкоголю мінімум за 3 години до відходу до сну. Деякі ліки теж можуть стимулювати вашу нервову систему, тому найкраще проконсультуватися з лікарем щодо можливих побічних ефектів (Morin, 2007).

Звертайте увагу на світло. Це пов'язано з добовими ритмами та вивільненням мелатоніну. Яскраве світло зранку — це хороший спосіб прокинутися та не відчувати сонливості. Хоча б за годину до сну, корисно зменшити кількість світла, відмовитися від використання гаджетів (Sollars, 2015).

Займайтеся регулярно спортом. Систематичне фізичне навантаження

пов'язують з довшим і кращим сном. Також регулярний спорт пов'язаний з кращим психологічним добробутом. Однак не варто займатися активним спортом пізно увечері (2-3 години перед сном) (Peters, 2020).

Рациональне харчування. Надмірне споживання вуглеводів, особливо цукру, асоціюється з менш глибоким сном і частішими пробудженнями. Також важливо уникати надто ситної вечері або йти спати голодним (якщо вам важко заснути). Не варто перекушувати перед сном солодкими напоями, цукерками, печивом, шоколадом тощо (Morin, 2012).

Вечірні ритуали. Створення рутини перед сном є надзвичайно важливою, адже вона сигналізуватиме вашому внутрішньому годиннику про розслаблення, що особливо важливо в воєнний стан. Це може бути читання, медитації, теплий душ, будь-яка приємна та спокійна активність (Perlis, 2000).

Групове обговорення: Чи була корисною ця інформація? Що вам відгукується найбільше?

Впровадження поведінкових змін: Цього тижня, ми пропонуємо вам обрати 1-3 стратегії гігієни сну та ввести їх в своє життя. Спробуйте обрати щось, в чому ви впевнені на 100% і це здається легким. Що це могло б бути?" [далі пропонується це обговорити в маленьких групах]

Фінальне коло настрою: обговорення вражень, настрою, ділення переживаннями щодо ефективності програми.

Сесія №3

Мета: закріплення нових поведінкових звичок, введення контролю стимулів, розвиток навички усвідомленості

Коло настрою та обговорення домашнього завдання: Як пройшов ваш тиждень? Чи покращився сон? Як ваші враження щодо гігієни сну? Чого ви навчилися? Що було найбільш корисним? Чи хочете поділитися висновками? [групове обговорення]. Важливо підсвідомити, що це нормально не відчувати суттєвих змін за один тиждень, і що методом проб і помилок кожен зможе вибудувати найбільш прийнятний режим сну.

Психоедукація про контроль стимулів: Сьогодні ми з вами поговоримо про ще один важливий аспект когнітивно-поведінкової терапії безсоння - терапію покращення стимулів. Вона базується на ідеї, що один і той самий стимул може викликати різні реакції, залежно від історії обумовлення. Тобто у людей, які не мають проблем зі сном, пов'язані зі сном стимули (наприклад, ліжка, спальня тощо) асоціюються з процесом сну, тому вони швидше засинають і краще сплять, коли у нього потрапляють. У людей з безсонням часто немає послідовного ритму сну. Ці самі стимули у них можуть асоціюватися з іншою діяльністю, наприклад, переглядом фільмів, читанням книжок, лежанням в ліжку тощо. Така поведінка у ліжку зменшує спроможність швидко заснути. Найважливіше те, що така поведінка зміцнює асоціативний зв'язок між ліжком/спальною та неспанням (Bootzin, 1972).

Основними рекомендаціями щодо контролю стимулів є наступні:

1. Лягати спати лише тоді, коли ви відчуваєте сонливість.
 2. Уникати використання ліжка для будь-якої іншої активності окрім сну чи сексу.
 3. Вставати з ліжка, якщо не можете заснути протягом 15-20 хвилин. Знову лягати спати лише тоді, коли знову відчуваєте сонливість.
 4. Повторяти ці кроки протягом ночі, якщо потрібно.
 5. Прокидатися та вставати з ліжка щодня в один і той самий час.
 6. Не дрімати ввечері та старатися не дрімати вдень за можливості.
- (Bootzin, 1972)

[Простір для запитань та обговорення]: Чи викликає ця стратегія сумніви? Наскільки складно дотримуватися її? Що ви про це думаєте?

Закріплення поведінкових змін (робота в групах): Учасникам пропонується об'єднатися в групи та обговорити свій план поведінкових змін на тиждень. Для кращого ефекту, рекомендується занотувати цей план письмово, аби дотримуватися його наступного тижня.

Практика усвідомленості: Дуже часто ми хочемося боротися з безсонням, однак, як ви можете помічати, часто це навпаки віддаляє нас від якісного сну.

Замість цього, розглянемо альтернативну стратегію: усвідомлення та прийняття безсоння. Прийняття — це про чітке розуміння того, що з вами відбувається і зменшення страждання в моменті через відпускання. Техніки майндфулнес – це корисний інструмент, який допоможе розвинути неупереджене ставлення до поточного моменту. Коли ви усвідомлюєте свої думки та почуття, то можете перенаправляти свою увагу. Тому спробуймо відчутти це на собі за допомогою короткої вправи. Її мета навчити вас змінювати перспективу, переводити увагу з того, що вам не подобається, на те, що є тут і тепер, за допомогою органів чуття. Це коротка вправа, яку ви зможете використовувати перед сном, чи коли не можете заснути.

«Звернуть увагу на думки, які у вас виникають тут і тепер. Це абсолютно нормально, що вони у вас є. Вам не потрібно намагатися змінити їх або відштовхувати. Дозвольте їм просто бути.

Тепер зосередьтеся на своєму диханні. Ваше дихання — це своєрідний якір, який допомагає заземлитися в тут і тепер. Зверніть увагу, як ви дихаєте, декілька циклів дихання. Спробуйте відчутти, як ваше тіло розслабляється на видиху.

Тепер запитайте себе, що ви відчуваєте? Можливо, ви відчуваєте як одяг торкається вашої шкіри. Можливо, ви чуєте своє дихання. Зверніть увагу на інші звуки в кімнаті. Вам не потрібно нічого робити. Просто спробуйте активувати органи чуття в цей момент.

Зверніть увагу на емоції, які виникають у вас в цей момент. Спостерігайте за ними неупереджено, без оцінки. А тепер, поверніть фокус на ваше дихання. Продовжуєте усвідомлене дихання, поки ви не будете готові завершити вправу». Це адаптація класичної вправи майндфулнесу (MBSR). (Kabat-Zinn, 1990).

Обговорення вправи в колі: Учасники діляться враженнями від вправи, як їм було в ній. Обговорення, коли ця вправа може бути корисною, як її інтегрувати в щоденне життя

Фінальна рефлексія: Учасники діляться настроєм, своїми планами на тиждень, зворотним зв'язком.

Сесія №4

Мета: навчитися розпізнавати непомічні думки, базово дистанціюватися від них, закріплення отриманих навичок

Обговорення домашнього завдання та коло настрою: Що ви дізналися про себе цього тижня? Чи був прогрес? Які зміни давалися легко/складно? Чи були перешкоди на вашому шляху? Що б ви врахували наступного тижня?

Психоедукація про роль думок в нашому житті: Дуже часто безсоння може супроводжуватися нав'язливими думками. Наприклад, ми можемо переживати про те, що знову не зможемо заснути. Такі думки викликають тривогу, а тривога супроводжується цими думками, виходить таке собі порочне коло. Дуже часто, ми навіть не усвідомлюємо, про що думаємо, хоча і відчуваємо сильні емоції через це. Тому надзвичайно важливо усвідомлювати думки, дивитися на них ніби зі сторони, аби вони мали менший вплив на вас і ваш добробут.

Обговорення в колі: наведіть приклади думок, які виникають у вас під час безсоння. Чи є у вас більш стійкі переконання про сон загалом? [обговорення]

Вправа “Про що ви зараз думаєте?”: Наш мозок схожий на комп'ютер. Ми постійно думаємо, плануємо, розв'язуємо задачі, згадуємо, переживуємо думки, фантазуємо, переживаємо тощо. Звісно, дуже просто потрапити на гачок думок, навіть не усвідомивши цього. Зараз ми спробуємо разом невелику вправу для розвитку здатності “вхоплювати” тривожні та/або некорисні думки. Візьміть ваші записники та ручки. Я встановлю таймер на 3 хвилини й попрошу вас записувати все-все, що проноситься в голові. [учасники записують свої думки]

Продовження вправи у двійках: А тепер, я хочу, щоб ви в парах поділилися тим, що відбулося. Скільки думок вам вдалося ідентифікувати й записати? Чи ви помічали думки про ваш процес мислення, можливо, засудження чи просто оцінку? Як вам відчувався процес записування думок?

Вправа на дистанціювання “У мене є думка...”: “Дякую, що взяли участь в невеликому експерименті. Зараз ми з вами спробуємо дещо, щоб попрацювати

з думками.

Запишіть думку, яка у вас виникає (X). А тепер спробуйте її записати, але вже в такому форматі “У мене є думка, що X...”

Ми з вами спробуємо піти ще далі. Спробуйте відділитися від неї ще сильніше: “Я помічаю, що у мене є думка, що X...”

Таким чином, ви можете дистанціюватися від думки та подивитися на неї зі сторони, як не на факт, а на думку. (Гарріс, 2024)

Це вправа на дистанціювання з терапії прийняття та зобов’язання.

Обговорення вправи в колі.

Вправа “Дякую тобі, мозок”. Мозок нас часто бомбардує катастрофічними сценаріями, переживаннями, нав’язливими думками. І знову спробуємо відділитися від них. Але тепер спробуємо сказати: “Дякую тобі, мозок”. Наш мозок намагається нас захистити: він як занадто турботлива бабуся, що надягає на вас шапку влітку. Але інколи думки можуть навпаки заважати, особливо, якщо ми нічого не можемо змінити, коли лежимо в ліжку та не можемо заснути. Тому ви можете голосно собі сказати: “Дякую тобі, мозок! Ти намагаєшся мене захистити. (Гарріс, 2024)

Це теж адаптована вправа-метафора з терапії прийняття та зобов’язання.

Обговорення вправи в колі.

Фінальне коло настрою: Учасники діляться настроєм, своїми планами на тиждень, зворотним зв’язком.

Сесія №5

Мета: розвиток когнітивної гнучкості, психоедукація про когнітивні викривлення, введення часу на переживання

Обговорення домашнього завдання та коло настрою: Що ви дізналися про себе цього тижня? Чи був прогрес? Які зміни давалися легко/складно? Чи були перешкоди на вашому шляху? Що б ви врахували наступного тижня?

Психоедукація про когнітивні викривлення: Ми з вами вже обговорили, як думки можуть впливати на наше самопочуття та на сон. І сьогодні ми з вами поговоримо про додаткові стратегії для роботи з думками.

Згадаймо метафору мозку-комп'ютера: він завжди пильнує, щоб захистити нас. Однак він оброблює стільки інформації щодня, що не завжди має змогу все перевірити на договірність. Тому дуже часто наш мозок може спотворювати реальність, адже це допомагає витратити менше часу та сил, що еволюційно було дуже вигідно (Бернс, 2020). Когнітивні викривлення — це такі “баги”, помилки мислення. Але ми будемо вчитися їх помічати та перевіряти думки на правдивість (Додаток Ж).

Обговорення та продовження вправи в маленьких групах: Які типи когнітивних викривлень у вас бувають частіше всього? Що ще відгукується? Потренуйтеся шукати когнітивні викривлення на основі записів, що ви робили вдома/минулої сесії.

Вправа “Три хороші речі”: “Ви помітили, що наш мозок натренований звертати увагу на погані речі. Знову ж таки, мозок хоче нас вберегти від загроз, аби зменшити ризики в майбутньому. Але в цьому є зворотна сторона: ми не можемо на повну проживати щасливі моменти та насолоджуватися життям. Тому ми з вами спробуємо коротку та просту вправу, яка допомагає навчитися помічати хороше та підвищує рівень задоволення від життя. Цю вправу можна робити ввечері, як частину рутини.

Запишіть три хороші речі, які сталися сьогодні та чому вони сталися. Це можуть бути дуже маленькі речі, наприклад, приємна розмова з колегою, смішне відео на ютубі, прогулянка парком. Не менш важливо зазначити, чому це сталося: можливо, це завдяки вашому плануванню, або вашій ініціативності.” (Seligman, 2020)

Обговорення вправи в маленьких групах.

Вправа “Час на переживання”. Сьогодні ми з вами спробуємо ще одну вправу, яка надзвичайно корисна, якщо ви часто переживаєте перед сном. Можливо, це звучить контрінтуїтивно, однак свідоме переживання в назначений час (коли ви дійсно дозволяєте собі переживати) дозволяє зменшити частоту переживань та їх інтенсивність у перспективі. Ця вправа дозволяє вам навчитися відкладати переживання, обмежувати їх в часі та просторі. З часом емоція

тривоги здається більш контрольованою: по суті, ви тренуєте свій мозок за тими ж принципами, що й контроль стимулів: переживати можна, але не в ліжку. Ось інструкції:

1. Заплануйте час на переживання (виділіть на переживання 10-30 хвилин). Оберіть місце: бажано, де ви проводите мало часу. Точно не місце сну/відпочинку/роботи.

2. Коли настане час на переживання, ви можете лише переживати. Найкраще записувати думки на папері. Дозвольте собі думати про найгірші сценарії, розгортайте хвилювання на повну. В моменті, рівень тривоги зростатиме, це нормально. Пам'ятайте: це тимчасово.

3. Не думайте про минулі події: ваші хвилювання направлені на майбутнє. Не варто намагатися себе заспокоїти чи підбадьорити. Цей час лише для хвилювань. Якщо в процесі виникатимуть ідеї для розв'язання проблем, занотуйте їх, та поверніться до переживань.

4. Відтерміновуйте переживання, якщо вони виникають впродовж дня. Ідея в тому, щоб активно собі нагадувати: "Окей, мозок. Я можу хвилюватися про це, але під час наступної сесії для переживань. (Маркер, 2017)

Коло обговорення вправи.

Фінальне коло настрою: Учасники діляться настроєм, своїми планами на тиждень, зворотним зв'язком.

Сесія №6

Мета: розвиток усвідомленого та безоцінкового сприйняття за допомогою майндфулнес, розвиток стресостійкості через розслаблення

Обговорення домашнього завдання та коло настрою: Чого ви навчилися цього тижня? Які стратегії були найбільш помічними? Що б ви хотіли надалі практикувати? Що можна змінити?

Психоедукація про майндфулнес: Ми вже обговорювали концепти усвідомленості та прийняття, і як вони можуть бути помічними при безсонні. Сьогодні ми детальніше розглянемо такі стратегії, щоб ви могли плекати спокій та розслаблення, аби міцніше спати.

Майндфулнес — це про усвідомленість, звернення уваги в момент тут і тепер, у добрий спосіб, без оцінки. Це про те, щоб помічати та приймати ситуацію такою, як вона є, а потім вже змінювати її, усвідомлено. В контексті безсоння, це про те, щоб перестати боротися зі своїм станом.

Декілька тижнів тому, ми вже практикували формальну практику майндфулнес. Варто розуміти, що усвідомленість є набагато ширшою: пити чай чи приймати душ теж можна усвідомлено. Сьогодні ми розширимо ваш арсенал технік на усвідомленість та спробуємо техніку “Усвідомлене дихання” (Соколов, 2024).

Вправа “Медитація усвідомленого дихання”: Цю вправу можна виконувати в будь-який час, однак особливо корисною вона буде ввечері. Краще робити її не в ліжку, згідно з правилами контролю стимулів. Ви можете слухати запис цієї вправи, а з часом, робити ті самі кроки наодинці.

«Налаштуйтеся на практику. Сядьте зручно. Заплющте очі, якщо вам комфортно. Якщо ні, направте погляд в одну точку.

Випрямте спину. Уявіть: ваші голова, шия, корпус — це одна лінія, каркас. А тепер спробуйте розслабити м’язи.

Зверніть увагу на ваше тіло, що ви відчуваєте. Як ваше тіло торкається стільця, а стопи підлоги. Дозвольте собі відпочити. Відпустіть турботи сьогоднішнього дня. Спробуйте розслабити тіло.

А тепер зверніть увагу на дихання. Не треба змінювати його темп. Просто зверніть увагу на вдихи та видихи. Якщо ви відчуваєте, що ваша увага починає блукати, спробуйте м’яко повернутися назад. Це нормально. Пам’ятайте: ваше дихання — це якір, воно завжди з вами й допоможе повернутися назад в практику.

Звертайте увагу на дихання раз за разом. Помічати дихання та повертатися до нього — ось суть вправи.»

Ви можете ставити таймер на певний час, або завершувати по відчуттях, розплющивши очі. (Соколов, 2024)

Обговорення вправи в колі.

Психоедукація про релаксаційні техніки: Ви, мабуть, помічали, як в стані

стресу, ваше тіло проходить через ряд змін. Як ви пам'ятаєте, сон – це стан спокою, в той час, як стрес навпаки активізує організм, як фізично, так і когнітивно. Ми швидше засинаємо та міцніше спимо, якщо не відчуваємо напруги. Також, існують взаємозв'язки між стресом, емоційною напругою та сном, кожен з цих факторів може посилювати інший. Саме тому ми з вами проведемо дві релаксаційні вправи, які можуть стати частиною вашої вечірньої рутини.

Вправа “Сканування тіла”: Ми з вами спробуємо вправу, яка називається “Сканування тіла”. Вона допоможе розслабитися та краще відчутти ваше тіло. Вона є ефективною для розвитку гнучкої уваги. Зазвичай її проводять лежачи на спині, але сьогодні проведемо її сидячи. Вашим авданням буде слідувати інструкціям та проводити увагою по тілу. Цю вправу корисно практикувати щодня протягом хоча б 2 тижнів, щоб почати відчувати результати (10-20 хвилин на день).

«Оберіть спокійне місце та займіть зручне положення. Якщо вам прохолодно, накиньте ковдру.

Заплющте очі. Якщо вам некомфортно, ви можете зосередити погляд в одній точці.

Зверніть увагу на своє дихання. Зробіть декілька глибоких вдихів і видихів. Зверніть уваги на те, як рухається ваш живіт під час цього.

Тепер дайте собі час відчутти тіло. Пройдіться увагою від голови до пальців ніг. Зверніть увагу на будь-які відчуття в тілі, як відчувається контакт зі стільцем (ліжком, підлогою).

Зверніть уваги на пальці вашої лівої ноги. Спробуйте направити ваше дихання в ваші пальці, аби їх розслабити. Це може бути складно. Спробуйте уявити, як повітря проходить повз ніс, легені, живіт, струменить через ліву ногу, і потім повертається назад.

Дозвольте собі помічати будь-які відчуття в ваших пальцях ніг. Якщо ви нічого не відчуваєте, це нормально. Просто дозвольте собі «нічого не відчувати».

Коли ви будете готові рухатися далі, зробіть глибший вдих. Тепер, схожим

чином, зверніть увагу на литку. Повторюйте це раз за разом, поки не дійдете до голови. Спробуйте уявити ваше дихання як щось, що несе розслаблення та м'якість.

Кожен раз, коли ваша увага блукатиме, спокійно поверніть себе назад до дихання і до ділянки тіла, яку ви сканували.» (Kabat-Zinn, 1990)

Обговорення вправи.

Фінальне коло настрою: Учасники діляться настроєм, своїми планами на тиждень, зворотним зв'язком.

Сесія №7

Мета: розвиток стресостійкості через прийняття та самоспівчуття, розслаблення

Обговорення домашнього завдання та коло настрою: Чого ви навчилися цього тижня? Які стратегії були найбільш помічними? Що б ви хотіли надалі практикувати? Що можна змінити?

Психоедукація про стрес: Високий рівень стресу може негативно впливати на сон, тому розвиток стресостійкості є дійсно корисним напрямком втручання. Ми вже з вами дослідили багато технік, наприклад, “Три хороші речі”, “Час на переживання”. Практики усвідомленості (майндфулнес) і вправи на розслаблення теж добре допомагають справлятися зі стресом. Сьогодні ми з вами обговоримо ще декілька технік і принципів, що можуть стати частиною вашої рутини.

Техніка “Вирішення проблем”: Вирішення проблем – це дуже ефективний інструмент для розвитку стресостійкості. Якщо визначити конкретну стресову проблему в житті, її вирішення допоможе відчувати контроль над ситуацією, полегшення, і покращить ваше життя в цілому. Ми з вами спробуємо розглянути конкретні кроки цієї вправи.

1. Визначити конкретну проблему: чим чіткіше, тим краще.
2. Брейншторм: створити список потенційних рішень, оцінити кожне з них, обрати найкращий варіант.

3. Створити план дій.

4. Слідувати плану, крок за кроком.

Однак не всі проблеми мають вирішення. Деякі з них лише частково можна розв'язати. І тут ми можемо лише прийняти те, що не можемо змінити. Пам'ятайте, прийняття — це не про те, щоб здатися чи змиритися з чимось, що нам не подобається. Це скоріше про бажання побачити реальний стан речей, щоб разом з цим зменшити страждання, боротьбу, стрес. (Бернс, Гарріс)

Практика техніки в парах і загальне обговорення.

Техніка “Самоспівчуття”: Більшість з нас мають самокритичну частку в собі, яка може погіршити самопочуття, коли щось йде не по плану. Розвиток самоспівчуття допомагає знизити стрес і бути добрішим до себе. Ми з вами спробуємо дуже коротку техніку в парах.

Спробуйте згадати про складний момент у вашому житті (можливо він відбувається зараз, або це було колись у минулому). Помітьте і при можливості запишіть слова, які ви кажете/казали собі, особливо, якщо вони жорсткі, упереджені, самокритичні. А тепер, спробуйте уявити, що ви б сказали своєму другу в такій ситуації. Як би ви про нього подбали, як проявили б співчуття. (Гарріс, 2024)

Практика техніки в парах і загальне обговорення.

Вправа “Прогресо́ва м’язова релакса́ція”: Ми з вами спробуємо ще одну вправу на розслаблення, мета якої зменшити напругу в тілі та розслабитися. В цій вправі, ви будете поступово напружувати та розслабляти різні групи м'язів, звертати увагу на відчуття в тілі. Ця практика є корисною стратегією для тих хто відчуває постійну напругу, метушливість.

Займіть зручне положення, сидячи або лежачи. Заплющте очі. Якщо вам некомфортно, ви можете зосередити погляд в одній точці.

Зверніть увагу на своє дихання. Зробіть декілька глибоких вдихів і видихів. Зверніть уваги на те, як це відчувається в тілі. Дозвольте диханню сповільнитися.

Зверніть увагу на праву стопу. З наступним вдихом, напружте м'язи правої стопи. Ви можете самі визначити силу напруги та обрати найкращий спосіб для

цього. Вам не повинно бути боляче. Тепер розтисніть м'язи стопи та спробуйте звернути увагу на різницю, відчуйте розслаблення. Продовжуйте дихати в комфортному темпі.

З наступним вдихом, напружте м'язи правої литки. Через декілька секунд, перестаньте їх напружувати. Спробуйте звернути увагу на різницю, відчуйте розслаблення.

Продовжуйте рухатися в такому напрямі. Повторіть те саме для лівої ноги. Рухайтеся вище, напружуючи та розслабляючи групи м'язів.

Після того, як ви підніметеся до голови та обличчя, поверніть увагу на дихання. Коли ви будете готові, завершіть вправу. (Jacobson, 1938)

Загальне обговорення вправи.

Фінальне коло настрою: Учасники діляться настроєм, своїми планами на тиждень, зворотним зв'язком.

Сесія №8

Мета: закріплення отриманих навичок, ділення прогресом, створення індивідуального плану, фінальна рефлексія

Коло настрою та обговорення домашнього завдання: Як пройшов ваш тиждень? Чи відчуваєте прогрес? Які техніки майндфулнес, розслаблення та стресостійкості готові продовжити практикувати?

Презентація “Аптечки технік”: учасникам демонструються слайди зі всіма техніками, які вони пройшли. Обговорення: які техніки кожному були найкориснішими, що принесло найбільше результату.

Обговорення в маленьких групах: кожен з учасників ділиться своїми початковими цілями на тренінг і чого вийшло досягнути. З чим вони пов'язують прогрес. Якщо не вийшло досягнути цілей, то аналіз причин чому. Що, на їхню думку, можна зробити інакше або додати в майбутнє.

Створення індивідуального плану: в парах, учасники створюють свій індивідуальний план впровадження нових звичок. Вони спираються на слайд зі всіма техніками та занотовують план на найближчий час. Обговорення.

Фінальне коло настрою та рефлексія: Кожен з учасників має змогу сказати щось хороше, подякувати один одному, підбити підсумки, поділитися планами.

Отже, ми розробили психокорекційну програму для покращення якості сну в форматі тренінгу «Подолати безсоння: корисні звички для відновлення здорового сну», який базувався на основних принципах когнітивно-поведінкової терапії безсоння, а також включав в себе модифіковані техніки з терапії прийняття та відповідальності, містив елементи майндфулнес для комплексної роботи з рівнем стресом і тривожністю, що пов'язані з порушеннями сну. Структура сесії тренінгу складалася з кола настрою, обговорення попереднього домашнього завдання, безпосереднього проведення технік (спочатку назагал, деякі техніки відпрацьовувалися в парах/маленьких групах), активних групових обговорень, зворотного зв'язку. Акцент був на проактивності: учасники мали завдання та фокус на тиждень, що були важливими умовами участі. Кожна сесія мала конкрету мету та відповідала певному тематичному блоку роботи. На нашу думку, перевагами тренінгу є його логічність, послідовність, інформативність і відносна легкість. Як результат, учасники тренінгу отримують арсенал інструментів для самостійного використання в щоденному житті.

ВИСНОВКИ ДО 2 РОЗДІЛУ

В ході нашої роботи, нам вдалося провести емпіричне дослідження якості сну серед цивільного населення під час воєнного стану, та дослідити його взаємозв'язок з тривожністю та рівнем стресу. Ми збирали інформацію за стандартизованими та надійними опитувальниками для самостійного заповнення: «Пітсбурзький індекс якості сну»; «Шкала реактивної й особистісної тривожності», «Шкала сприйнятого стресу». Відповіді респондентів фіксувалися в Google Forms та переносилися в Excel для статистичного аналізу та в Rucharm для порівняння груп за допомогою t-тесту.

Згідно з результатами, 57,14% респондентів мали показники, які свідчать про погану якість сну (середнє значення PSQI = 6,4), що підтверджує тенденцію до порушення сну в виборці. Також було встановлено, що 61,9% респондентів мали високий рівень реактивної тривожності, 42,86% - високий рівень особистісної тривожності, 78,57% - помірний рівень стресу. Було встановлено помірні та середні та сильні позитивні кореляції між якістю сну та іншими змінними ($r=0,508$ реактивна тривожність/якість сну; $r=0,478$ особистісна тривожність/якість сну; $r=0,456$ суб'єктивне сприйняття стресу/якість сну), всі кореляції є статистично достовірні на рівні $p < 0,01$. Це вказує на те, що існує асоціація вищих рівнів стресу та тривожності з гіршою якістю сну.

Ми також виявили, що вік є чинником порушень сну: вікова група до 30 років частіше повідомляла про знижену якість сну у порівнянні з іншими групами ($t=3,35$; $p=0,0022$), що ймовірно через менш розвинені копінгові стратегії. Аналіз t-тестом Уелча виявив, що респонденти з гіршою якістю сну демонстрували значно вищі результати за всіма психологічними шкалами. Відповідно до цих результатів, гірша якість сну може бути як наслідком, так і причиною емоційної напруги, що створює замкнене коло дистресу.

Отримані емпіричні дані підтвердили актуальність до розробки психокорекційної програми для покращення якості сну під час воєнного стану, яка б також включала роботу з регулюванням тривоги та розвитку стресостійкості. На основі теоретичного та емпіричного дослідження, було

створено психокорекційну програму «Подолати безсоння: корисні звички для відновлення сну», яка є структурованим тренінгом на 8 групових сесій тривалістю 90 хвилин, створеним на основі когнітивно-поведінкової терапії безсоння (CBT-I) з елементами терапії прийняття і відповідальності (АСТ) та технік майндфулнес, релаксації. Програма врахувала особливість воєнного стану та виключила терапію обмеження сну (частину протоколу), як додаткового стресового фактора в умовах постійних повітряних тривог, обстрілів тощо.

Структура сесії тренінгу складалася з кола настрою, обговорення домашнього завдання, практичних вправ, активних групових обговорень, рефлексії. Кожна сесія мала конкретну мету та відповідала тематичному блоку роботи. Основними цілями програми були: формування знань про сон і його порушення; розвиток навичок регуляції сну (впровадження гігієни сну, контролю стимулів); розвиток когнітивної гнучкості (ідентифікація, дистанціювання, модифікація негативних переконань та думок); розвиток стресостійкості через практики майндфулнес, медитації, техніки релаксації й самоспівчуття. На нашу думку, перевагами тренінгу є його логічність, послідовність, інформативність і простота. Як результат, учасники тренінгу отримують арсенал інструментів для самостійного використання в щоденному житті.

Як результат, ми очікуємо, що в учасників тренінгу покращилася якість сну та загальна оцінка за Пітсбурзькою шкалою безсоння (PSQI), також зменшився час необхідний для засинання і кількість нічних пробуджень. Оскільки програма комплексно працює з регуляцією емоцій та стресостійкості, ми очікуємо, що це слідом знизить результати за Шкалою тривожності Спілбергера (STAI), а також Шкалою сприйнятого стресу (PSS).

Таким чином, запропонована програма може слугувати ефективним психокорекційним засобом для осіб з порушеннями сну, адже вона враховує контекст воєнного стану, потреби цільової аудиторії та використовує сучасні науково обґрунтовані підходи.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження, ми вивчили психологічні складові та механізми порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану, що було метою даного дослідження.

Теоретичний аналіз психологічних досліджень з проблеми особливостей сну та чинників їхнього порушення в екстремальних умовах показав, що сон – це складний біологічний процес, який регулюється двома системами розташованими в мозку: гомеостатичною та циркадною. Трифакторна модель безсоння за Спілманом найкраще пояснює механізми порушень сну в екстремальних умовах: війна виступає потужною стресовою подією і, як провокуючий фактор, запускає ряд підтримувальних факторів, яке закріплює порушення сну. Як результат теоретичного аналізу була створена модель безсоння на основі концепції «діатез-стресу», транзактної моделі стресу Лазаруса та Фолкмана, соціально-когнітивної теорії особистості Бандури та концептуальних ідей когнітивно-поведінкової терапії безсоння. Побудована модель демонструє механізми взаємодії індивідуальних чинників порушень сну, стресових факторів воєнного стану, когнітивних чинників та копінгових стратегій, що впливають на формування порушень сну в екстремальних умовах.

В процесі теоретичного аналізу було показано, що підвищений рівень реактивної та особистісної тривожності, високий рівень суб'єктивно сприйнятого стресу, дезадаптивні когнітивні стратегії та поведінкові патерни – це психологічні складові, що можуть призводити до порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану. Ці фактори впливають один на одного та формують замкнене коло психологічного дистресу.

В емпіричному дослідженні було підтверджено поширеність поганої якості сну серед цивільного населення в умовах воєнного стану (57,14%). Було встановлено статистично-достовірні позитивні кореляції між якістю сну та такими змінними як: реактивна тривожність, особистісна тривожність, суб'єктивне сприйняття стресу. Виявлені зв'язки вказують на те, що існує асоціація високих рівнів стресу та тривожності з гіршою якістю сну. Також, було

встановлено, що для вікової групи до 30 років характерна знижена якість сну у порівнянні з іншими групами. Гендерних відмінностей у якості сну не виявлено. Аналіз t-тестом Уелча виявив, що респонденти з гіршою якістю сну демонстрували значно вищі результати за всіма психологічними шкалами.

На основі цих результатів, ми створили та впровадили психокорекційну програму «Подолати безсоння: корисні навички для відновлення сну». Це структурований тренінг, що складається з 8 сесій, на основі когнітивно-поведінкової терапії безсоння, терапії прийняття та відповідальності, майндфулнес. Програму адаптовано до специфіки воєнного стану через виключення терапії обмеження сну та включення технік для розвитку стресостійкості.

Досягнення мети дослідження підтверджується комплексним вивченням психологічних складових і механізмів порушень сну в умовах воєнного стану, що включає теоретичне обґрунтування, емпіричну верифікацію та практичну реалізацію у вигляді психокорекційної програми.

Наукова новизна роботи полягає в розширенні, доповненні та уточненні уявлень про психологічні складові порушень серед цивільного населення; розробці та апробації програми для покращення якості та кількості сну.

Практична значущість результатів дослідження полягає у можливості використання психологами розробленої програми для впровадження інтервенцій покращення сну серед цивільного населення під час воєнного стану, а також як частини підтримки психологічного здоров'я.

Таким чином, поставлена мета дослідження досягнута повністю, всі завдання виконані, що дозволяє стверджувати про успішне завершення дослідження психологічних складових та механізмів порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aiken, C. (2022). New directions for insomnia and bipolar disorder. *Psychiatric Times*, 39(2). <https://www.psychiatristimes.com/view/new-directions-for-insomnia-and-bipolar-disorder>
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. Anderson, A. L., & Thomason, M. E. (2013). Functional plasticity before the cradle: a review of neural functional imaging in the human fetus. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 37(9 Pt B), 2220–2232. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.03.013>
4. Antony, J. W., Schönauer, M., Staesina, B. P., & Cairney, S. A. (2019). Sleep Spindles and Memory Reprocessing. *Trends in neurosciences*, 42(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.09.012>
5. Batalla-Martín, D., Belzunegui-Eraso, A., Miralles Garijo, E., Martínez Martín, E., Romání García, R., Heras, J. S. M., Lopez-Ruiz, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2020). Insomnia in Schizophrenia Patients: Prevalence and Quality of Life. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1350. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041350>
6. Benz, F., Meneo, D., Baglioni, C., & Hertenstein, E. (2023). Insomnia symptoms as risk factor for somatic disorders: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of sleep research*, 32(6), e13984. <https://doi.org/10.1111/jsr.13984>
7. Boland, E. M., Goldschmied, J. R., & Gehrman, P. R. (2023). Does insomnia treatment prevent depression?. *Sleep*, 46(6), zsad104. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad104>
8. Bootzin R.R. Stimulus control treatment for insomnia. Reprinted from the Proceedings, 80th Annual Convention, APA, 1972. URL: <https://www.med.upenn.edu/cbti/assets/user-content/documents/Bootzin%201972.pdf> (Accessed: 13.02.2025).
9. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [Українська версія опитувальника]. Міністерство охорони здоров'я України.
10. Catani C. (2018). Mental health of children living in war zones: a risk and protection perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 104–105. <https://doi.org/10.1002/wps.20496>
11. Christopher L. Drake, Vivek Pillai, Thomas Roth, Stress and Sleep Reactivity: A Prospective Investigation of the Stress-Diathesis Model of Insomnia, *Sleep*, Volume 37, Issue 8, 1 August 2014, Pages 1295–1304, <https://doi.org/10.5665/sleep.3916>
12. Cirelli, C., Shaw, P. J., Rechtschaffen, A., & Tononi, G. (1999). No evidence of brain cell degeneration after long-term sleep deprivation in rats. *Brain research*, 840(1-2), 184–193.
13. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
14. Della Monica, C., Johnsen, S., Atzori, G., Groeger, J. A., & Dijk, D. J. (2018). Rapid Eye Movement Sleep, Sleep Continuity and Slow Wave Sleep as Predictors of Cognition, Mood, and Subjective Sleep Quality in Healthy Men and Women, Aged 20–84 Years. *Frontiers in psychiatry*, 9, 255. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00255>

15. Dijk, D.J., Landolt, H.P. (2019). Sleep Physiology, Circadian Rhythms, Waking Performance and the Development of Sleep-Wake Therapeutics. In: Landolt, H.P., Dijk, D.J. (eds) Sleep-Wake Neurobiology and Pharmacology . Handbook of Experimental Pharmacology, vol 253. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/164_2019_243
16. Eaton, W. W., Regier, D. A., Locke, B. Z., & Taube, C. A. (1981). The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 96(4), 319–325.
17. Feinberg, I., & Floyd, T. C. (1979). Systematic trends across the night in human sleep cycles. *Psychophysiology*, 16(3), 283–291. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb02991.x>
18. Fekih-Romdhane, F., Helmy, M., Alhuwailah, A. *et al.* Mediating effect of depression and acute stress between exposure to Israel-Gaza war media coverage and insomnia: a multinational study from five arab countries. *BMC Public Health* 24, 1498 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18996-8>
19. Frank, M. G., & Cantera, R. (2014). Sleep, clocks, and synaptic plasticity. *Trends in neurosciences*, 37(9), 491–501. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2014.06.005>
20. Gammoh O, Sayaaheen B, Alsous M, Al-Smadi A, Al-Jaidi B, Aljabali AAA. The Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Insomnia among Camp Residing Palestinian Women Migrants during the Outbreak of the War on Gaza: A Cross-Sectional Study from Jordan. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Jul 29;60(8):1228. doi: 10.3390/medicina60081228
21. Gompf, H. S., & Anaclet, C. (2020). The neuroanatomy and neurochemistry of sleep-wake control. *Current opinion in physiology*, 15, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.cophys.2019.12.012>
22. Gottesmann C. (2002). GABA mechanisms and sleep. *Neuroscience*, 111(2), 231–239. [https://doi.org/10.1016/s0306-4522\(02\)00034-9](https://doi.org/10.1016/s0306-4522(02)00034-9)
23. Heather Darwall-Smith. *The Science of Sleep: Stop Chasing a Good Nights Sleep and Let It Find You*. Dorling Kindersley Limited, 2021. 224 p.
24. Hertenstein E., Trinca E., Wunderlin M., Schneider C.L., Züst M.A., Fehér K.D., Su T., Straten A.V., Berger T., Baglioni C., et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia
25. Hertenstein, E., Benz, F., Schneider, C. L., & Baglioni, C. (2023). Insomnia-A risk factor for mental disorders. *Journal of sleep research*, 32(6), e13930. <https://doi.org/10.1111/jsr.13930>
26. Hilditch, C. J., & McHill, A. W. (2019). Sleep inertia: current insights. *Nature and science of sleep*, 11, 155–165. <https://doi.org/10.2147/NSS.S188911>
27. Hirotsu, C., Bittencourt, L., Garbuio, S., Andersen, M. L., & Tufik, S. (2014). Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. *Sleep Science*, 7(3), 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2014.08.001>
28. Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
29. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam Books Trade Paperbacks

30. Kato, T. (2020). Effect of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep disturbance among Japanese young women with chronic pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7426. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207426>.
31. Krueger, J. M., Frank, M. G., Wisor, J. P., & Roy, S. (2016). Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep medicine reviews*, 28, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.005>
32. Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>.
33. Louise Beattie, Simon D. Kyle, Colin A. Espie, Stephany M. Biello, Social interactions, emotion and sleep: A systematic review and research agenda. *Sleep Medicine Reviews*. Volume 24, 2015, Pages 83-100, ISSN 1087-0792, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.12.005>.
34. M. Jansson-Fröjmark et al. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population.
35. Malik J, Lo YL, Wu HT. Sleep-wake classification via quantifying heart rate variability by convolutional neural network. *Physiol Meas*. 2018 Aug
36. McCall, W. V., Blocker, J. N., D'Agostino Jr., R., Kimball, J., Boggs, N., Lasater, B., ... Rosenquist, P. B. (2010). Treatment of insomnia in depressed insomniacs: Effects on health-related quality of life, objective and self-reported sleep, and depression. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(4), 322–329. <https://doi.org/10.5664/jcsm.27872>.
37. McCracken, L. M., Williams, J. L., & Tang, N. K. Y. (2021). Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: A preliminary retrospective study. *Pain Medicine*, 12(6), 904–912. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01115.x>.
38. Memar P, Faradji F. A Novel Multi-Class EEG-Based Sleep Stage Classification System. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*. 2018 Jan;26(1):84-
39. Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin*, 110(3), 406–425. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>
40. Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>.
41. Morin, Charles M., and Colin A. Espie (eds), *The Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders*, Oxford Library of Psychology (2012; online edn, Oxford Academic, 18 Sept. 2012), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195376203.001.0001>, accessed 13 Feb. 2025.
42. Oh, J., Petersen, C., Walsh, C. M., Bittencourt, J. C., Neylan, T. C., & Grinberg, L. T. (2019). The role of co-neurotransmitters in sleep and wake regulation. *Molecular psychiatry*, 24(9), 1284–1295. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0291-2>
43. Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Metaanalysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy

- individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255–1273. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>.
44. Ong JC, Shapiro SL, Manber R Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. *Behavior Therapy*, 2008, vol. 39 (2), pp. 171–182. DOI: 10.1016/J.BETH.2007.07.002
 45. Pavlova I, Rogowska AM. Exposure to war, war nightmares, insomnia, and war-related posttraumatic stress disorder: A network analysis among university students during the war in Ukraine. *J Affect Disord*. 2023 Dec 1;342:148-156. doi: 10.1016/j.jad.2023.09.003
 46. Peigneux, P., & Leproult, R. (2014). *Sleep Medicine Textbook. European Sleep Research Society*, 39-48.
 47. Perlis, M., Aloia, M., Millikan, A. *et al.* Behavioral Treatment of Insomnia: A Clinical Case Series Study. *J Behav Med* 23, 149–161 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1005413117932>
 48. Peters, B. (2020). *Sleep through insomnia: End the anxiety and discover sleep relief with guided CBT-I therapy*. Althea Press.
 49. Schwartz, W. J., & Klerman, E. B. (2019). Circadian neurobiology and the physiologic regulation of sleep and wakefulness. *Neurologic clinics*, 37(3), 475-486.
 50. Seligman M. *Flourish: A New Understanding of Happiness and Wellbeing: the practical guide to using positive psychology to make you happier and healthier*. London : John Murray, 2011. 368 p.
 51. Sidani, S., Guruge, S., Fox, M., & Collins, L. (2019). Gender differences in perpetuating factors, experience and management of chronic insomnia. *Journal of Gender Studies*, 28(4), 402–413. <https://doi.org/10.1080/09589236.2018.1491394>
 52. Smith, M., Perlis M., Park, A. *et al.* Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 5–11. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.5>
 53. Sollars, A., Pickard, G. The neurobiology of circadian rhythms. *Psychiatr Clin North Am*. 2015;38:645–665. doi: 10.1016/j.psc.2015.07.003
 54. Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45–56.
 55. Steiger, A., Pawlowski, M. (2019) Depression and Sleep, *Int J Mol Sci*. 20(3): 607.
 56. Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28(11), 1457–1464. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.11.1457>.
 57. Thomas E Scammell, Alexander C Jackson, Nicholas P Franks, William Wisden, Yves Dauvilliers, Histamine: neural circuits and new medications, *Sleep*, Volume 42, Issue 1, January 2019, zsy183, <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy183>
 58. Torrens, I., Argüelles-Vázquez, R., Lorente-Montalvo, P., Molero-Alfonso, C., & Esteva, M. (2019). Prevalence of insomnia and characteristic of patients with insomnia in a health area of Majorca (Spain). *Atención Primaria*, 51(10), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.014>.
 59. van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A. *et al.* Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38(10) 3–16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>

60. Watson, C. J., Baghdoyan, H. A., & Lydic, R. (2010). Neuropharmacology of Sleep and Wakefulness. *Sleep medicine clinics*, 5(4), 513–528.
<https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2010.08.003>
61. Wong, A. T. Y., Reeves, G. K., & Floud, S. (2023). Total sleep duration and daytime napping in relation to dementia detection risk: Results from the Million Women Study. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 19(11), 4978–4986. <https://doi.org/10.1002/alz.13009>
62. Xie L, Kang H, Xu Q, Chen Mj, Liao Y, Thiyagarajan M, O'donnell J, Christensen Dj, Nicholson C, Iliff Jj, Takano T, Deane R, Nedergaard M. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*. 2013;342:373–7. doi: 10.1126/science.1241224. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]
63. Zielinski M.R., Gerashchenko D. Role of sleep in cognition, immunity, and disease and its interaction with exercise. In: Farooqui T, Farooqui A.A., editors. *Diet and Exercise in cognitive function and neurological diseases*. 2015. pp. 225–240. [Google Scholar]
64. Бернс, Д. (2020). *Почувайся добре. Нова терапія настрою*. Книжковий клуб "Клуб сімейного дозвілля".
65. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Адаптація та апробація шкали сприйнятого стресу (PSS-10) в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, 25(2), 16–27.
66. Гарріс, Р. (2024). Пастка щастя. Перестаємо переживати – починаємо жити. Сварог.
67. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. Педагогічна думка.
68. Маркер, К. Д., & Ейлворд, Е. (2017). *Генералізований тривожний розлад: підручник*. Свічадо.
69. Маслова, О., & Бельська, Б. (2024). *Коли я нарешті висплюся? Як засинати і прокидатися із задоволенням*. Віхола.
70. Морозюк, К. (2023). Порушення сну внаслідок дистресу війни. *PMGP*, 8(2). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/428>
71. Наугольник, Л. Б. (2015). *Психологія стресу* (З. О. Романець, ред.). Львівський державний університет внутрішніх справ.
72. Овчаренко, О. Ю. (2023). *Психологія стресу та стресових розладів: навчальний посібник*. Університет "Україна".
73. Предко, В. В., & Сомова, О. О. (2022). Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Вчені записки ТНУ імені В.В. Вернадського. Серія: Психологія*, 33(72), 89–98. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/16>
74. Соколов, М. (2024). *Практика усвідомленості: 75 основних медитацій, що допоможуть подолати стрес, покращити психічне здоров'я та знайти спокій у кожному дні*. Vivat.
75. Столяренко, О. Б. (2012). *Психологія особистості: навчальний посібник*. Центр учбової літератури.
76. Управління з координації гуманітарних справ. (2023). *Огляд гуманітарних потреб*. <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-humanitarian-needs-overview-2023-december-2022-enuk>

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 1.1. Класифікація порушень сну за DSM-V.

Категорія	Тип порушень сну	Опис
Розлади сну	Розлад безсоння	Основна скарга: незадоволення кількістю та якістю сну через складнощі з засинанням, безперервністю сну і/або пробудженням вночі. Значний вплив на функціонування. Не можна краще пояснити іншим розладом або впливом речовин.
	Розлад гіперсонливості	Основна скарга: сонливість попри 7+ годин сну, труднощі з повним пробудженням, відчуття втоми після 9 годин сну. Значний вплив на функціонування. Не можна краще пояснити іншим розладом або впливом речовин.
	Нарколепсія	Рекурентні епізоди нестримної потреби заснути упродовж одного дня. Епізоди катаплексії/дефіцит орексину/підтверджена латентність REM фази сну.
	Розлади циркадного ритму	Рекурентні порушення сну, які спричинені зміною циркадної системи. Надмірна сонливість і/або безсоння. Значний вплив на функціонування.
	Синдром неспокійних ніг	Неконтрольовані рухи ногами, що супроводжується дискомфортом

		відчуттями, які принаймні частково полегшуються рухом. Значний вплив на функціонування. Не можна краще пояснити іншим розладом або впливом речовин.
Розлади сну, пов'язані з диханням	Обструктивне апное-гіпопное уві сні	Підтверджені порушення дихання уві сні: хропіння, сопіння/задишка, зупинки дихання уві сні. Денна сонливість, втома. Не можна краще пояснити іншим розладом сну.
	Центральне апное уві сні	Підтверджені 5 або більше центральних зупинок дихання за кожну годину сну. Денна сонливість, втома. Не можна краще пояснити іншим розладом сну.
	Гіповентиляція, пов'язана зі сном.	Підтверджені епізоди послабленого дихання, пов'язані з підвищеним рівнем CO₂. Не можна краще пояснити іншим розладом сну.
Парасомнії	Розлади збудження NREM-сну	Рекурентні епізоди неповного пробудження, які зазвичай відбуваються протягом першої третини основного епізоду сну та супроводжуються сноходінням і/або нічними страхами. Неможливість згадати образи сновидінь. Амнезія стосовно цих епізодів. Значний вплив на функціонування.

		Не можна краще пояснити іншим розладом або впливом речовин.
	Розлад із нічними жахіттями	Часті, інтенсивно тривожні сни, які пробуджують від сну. Дисфоричні емоції після пробудження. Різке пробудження з чітким запам'ятовуванням сну. Після цього епізоду важко заснути знову. Зазвичай виникає у другій половині циклу сну. Значний вплив на функціонування. Не можна краще пояснити іншим розладом або впливом речовин.
	Розлад поведінки під час REM-сну	Рекурентні епізоди збудження під час сну, що супроводжуються вокалізацією і/або складною руховою поведінкою. Зазвичай відбувається під кінець циклу. Повне пробудження. Значний вплив на функціонування. Не можна краще пояснити іншим розладом або впливом речовин.
Розлади сну, індуковані речовинами або медикаментами	Розлад сну, індукований речовиною або медикаментом	Значні та виражені проблеми зі сном. Спричинений впливом речовини й/або її відміною. Не виникає під час делірію. Не можна краще пояснити іншим розладом. Значний вплив на функціонування.

Додаток Б

Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) (Байс та інші)

Інструкція для учасників дослідження: Наступні питання стосуються Вашого сну протягом минулого МІСЯЦЯ. Ваші відповіді повинні відображати ситуацію, що найкраще відповідає більшості днів і ночей за минулий місяць. . Будь ласка, дайте відповідь на всі питання.

1. В який час Ви зазвичай лягали спати протягом останнього місяця? ЗВИЧНИЙ ЧАС В ЯКИЙ ЛЯГАЄТЕ СПАТИ _____

2. Скільки часу Вам зазвичай потрібно, щоб заснути протягом останнього місяця?

КІЛЬКІСТЬ ХВИЛИН _____

3. В який час Ви зазвичай прокидалися протягом останнього місяця?

ЗВИЧНИЙ ЧАС ПІДЙОМУ _____

4. Скільки годин в середньому Ви спали за ніч протягом останнього місяця (кількість годин може відрізнятися від кількості часу, проведеного в ліжку)?

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН СНУ ЗА НІЧ _____

Для кожного з решти питань виберіть одну, найбільш прийнятну відповідь.

5. Протягом минулого місяця як часто у Вас були проблеми зі сном, тому що Ви ...	Жодного разу протягом останнього місяця (0)	Менше, ніж один раз на тиждень (1)	Один або два рази на тиждень (2)	Три або більше разів на тиждень (3)
а. не могли заснути протягом 30 хвилин				
б. прокидалися в середині ночі або				

під ранок				
с. були змушені вставати, щоб скористатися туалетною кімнатою				
d. не могли вільно дихати				
е. кашляли або голосно хропіли				
f. відчували, що холодно				
g. відчували, що жарко				
h. бачили погані сни				
i. відчували біль				
j. інша причина (якщо вона є); назвіть її, будь ласка, та зазначте як часто вона Вас турбувала протягом останнього місяця				
6. Протягом минулого місяця як часто Ви				

приймали ліки, які допомагають заснути?				
7. Протягом минулого місяця як часто Вам було складно залишатися бадьорим під час виконання важливих справ, після прийому їжі або в процесі соціальної діяльності?	Зовсім не складно (0)	Лиш трохи складно (1)	Достатньо складно (2)	Дуже складно (3)
8. За минулий місяць наскільки складно було Вам налаштуватися на те, щоб зробити всі справи?	Зовсім не складно (0)	Лиш трохи складно (1)	Достатньо складно (2)	Дуже складно (3)
9. Як би Ви охарактеризували якість Вашого сну протягом минулого місяця?	Дуже хороша (0)	Достатньо хороша (1)	Скоріше погана (2)	Дуже погана(3)
10. Чи є особа, яка спить разом з Вами у одному	Ні, немає	Так, у кімнаті поруч	Так, у одній кімнаті	Так, в одному ліжку

ліжку, у одній кімнаті, або у кімнаті, що знаходиться поруч?				
Якщо є особа, яка спить з Вами у одному ліжку, у одній кімнаті, або у кімнаті, що знаходиться поруч, запитайте її, як часто за минулий місяць у Вас були:	Жодного разу протягом останнього місяця	Менше, ніж один раз на тиждень	Один або два рази на тиждень	Три або більше разів на тиждень
а. гучне хропіння				
б. тривалі затримки дихання під час сну				
с. посмикування ногами під час сну				
d. епізоди дезорієнтації або сплутаності свідомості під час сну				
е. інші прояви				

неспокою під час Вашого сну, будь ласка, опишіть якщо вони відмічалися				
--	--	--	--	--

Додаток В

**«Шкала реактивної і особистісної тривожності» (STAI)
(Спілбергер і Ханін)**

Інструкція до першої групи суджень про самопочуття: Залежно від самопочуття на цей момент, оберіть найкращий варіант відповідь: «1» – ніколи; «2» – майже ніколи; «3» – часто; «4» – майже завжди.

1. Я спокійний
2. Мені ніщо не загрожує
3. Я перебуваю в напруженні
4. Я внутрішньо скутий
5. Я відчуваю себе вільно
6. Я розчарований
7. Мене хвилюють можливі невдачі
8. Я відчуваю душевний спокій
9. Я стурбований
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення
11. Я впевнений у собі
12. Я нервуюсь
13. Я не знаходжу собі місця
14. Я напружений
15. Я не відчуваю скутості, напруження
16. Я задоволений
17. Я стурбований
18. Я надто збуджений і мені не по собі
19. Мені радісно
20. Мені приємно

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття: Залежно від того, як ви себе відчуваєте зазвичай, оберіть найкращий варіант відповідь: «1» – ні, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

1. У мене буває піднесений настрій
2. Я буваю дратівливим
3. Я легко впадаю в розпач
4. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші
5. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути
6. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати
7. Я спокійний, врівноважений та зібраний
8. Мене турбують можливі труднощі
9. Я дуже переживаю через дрібниці
10. Я буваю цілком щасливим
11. Я все приймаю близько до серця
12. Мені бракує впевненості в собі
13. Я відчуваю себе беззахисним
14. Намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів
15. У мене буває хандра
16. Я буваю задоволений
17. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене
18. Буває, що відчуваю себе невдахою
19. Я врівноважена людина
20. Іноді мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи

Додаток Г

**«Шкала сприйнятого стресу» (PSS)
(Коен)**

Інструкція для учасників дослідження: Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

Додаток Д

Таблиця 2.1. Демографічні особливості вибірки (N=42), результати опитувальників і середні значення (за PSQI, STAI, PSS).

Змінна	N (%)	Середнє (SD)
<i>Стать</i>		
Жіноча	25 (59.52)	
Чоловіча	17 (40.58)	
<i>Вік</i>		34 (11.59)
<i>Тривалість сну (години)</i>		7.02 (1.26)
<i>Якість сну</i>		6.4 (2.98)
Хороша (≤ 5)	18 (42.86)	
Погана (> 5)	24 (57.14)	
<i>Реактивна тривожність</i>		48.11 (9.86)
Низька тривожність (20-30)	1 (2.38)	
Середня тривожність (31-44)	15 (35.71)	
Висока тривожність (45-80)	26 (61.9)	
<i>Особистісна тривожність</i>		43.93 (9.17)
Низька тривожність (20-30)	3 (7.14)	
Середня тривожність (31-44)	21 (50)	
Висока тривожність (45-80)	18 (42.86)	
<i>Рівень сприйнятого стресу</i>		18.62 (5.73)
Низький стрес (0-13)	6 (14.29)	
Помірний стрес (14-26)	33 (78.57)	
Високий стрес (27-40)	3 (7.14)	

Додаток Е

Таблиця 2.2. Результати t-тесту для незалежних вибірок за рівнями тривожності, стресу та якості сну у різних групах.

Залежна змінна	Незалежна змінна (групи)	Середнє (група1)	SD (група1)	Середнє (група2)	SD (група2)	t-значення	p-значення
Реактивна тривожність	Хороший сон/Поганий сон	43.44	10.29	51.62	8.07	-2.79	0.0089
Особистісна тривожність	Хороший сон/Поганий сон	40.06	9.4	46.83	8	-2.46	0.0192
Рівень стресу	Хороший сон/Поганий сон	16.17	5.91	20.46	4.94	-2.49	0.0178
Якість сну	Жінки/Чоловіки	6.4	3	6.41	3.04	-0.01	0.9902
Якість сну	Вік <30/30-45	7.53	2.74	4.75	1.98	3.35	0.0022
Якість сну	Вік <30/>45	7.53	2.74	7.22	3.77	0.22	0.8323
Якість сну	Вік 30-45/>45	4.75	1.98	7.22	3.77	-1.83	0.0954

Додаток Є

Щоденник сну
(Morin)

	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7	
Час, коли я ліг спати вчора								
Час, коли я заснув вчора								
Час, коли я прокинувся								
Час, коли я встав з ліжка								
Кількість і тривалість пробуджень уночі								
Час нічного сну (ЧНС) (хв)	Підрахуйте, скільки часу ви спали вночі. Враховуйте час, коли ви заснули й час, коли прокинулися. Не забудьте відняти час протягом ночі, коли ви не спали. Коли ви матимете дані за 7 днів, підсумуйте ці цифри та розділіть на 7, помістіть їх в поле "тижневий середній час сну".							Тижневий середній час сну
Кількість випитих напоїв, що містять кофеїн								
Кількість алкогольних напоїв								
Тип і тривалість занять спортом, якщо такі були								
Скільки разів на день ви дрімали, і тривалість								
Активність перед сном								
Примітки								

Типові когнітивні викривлення (Бернс)

Типові когнітивні викривлення	Приклади
<i>Чорно-біле мислення</i> : мислення по взірцю «все або нічого»	«Я вчора взагалі не спав!» (хоча фактично спали, хоча не так як хотілося б)
<i>Генералізація</i> : схильність робити загальні висновки з окремих фактів	«Я знову прокинулася, я ніколи не висплюся» «Мені ніколи не стане краще»
<i>Читання думок</i> : впевненість у тому, що знаєш, що інші думають про тебе	«Петро все ще не відповів на моє повідомлення, мабуть, він на мене образився»
<i>Катастрофічне мислення</i> : схильність будувати негативні прогнози, впевненість у власній здатності передбачати, що буде	«Завтрашній день буде жахливим» «Я не зможу нормально працювати» «Я не засну сьогодні вночі»
<i>Перебільшення/применшення</i> : одного роду інформація перебільшується, інша недооцінюється	«Безсоння вбиває мене» «Те, що мій сон трохи покращився, ще нічого не значить»
<i>Персоналізація провини</i> : схильність звинувачувати себе у тому, де немає твоєї провини	«Це все через мене» «Я недостатньо стараюсь»
<i>Наклеювання етикеток</i> : схильність приписувати фіксовані, глобальні характеристики	«Я невдаха» «Я нічого не вартий»
<i>Нереальні/надвисокі стандарти</i> : фільтр зобов'язання	«Я повинна проспати сьогодні 8 годин»