

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого–педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., доцент Ю. О. Асєєва

(підпис)

«____» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Психологія» _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«РОЗВИТОК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО
РОЗЛАДУ У ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНИХ ПРОФЕСІЙ»**

Виконавець:

студентка 4 курсу 41 групи ФЕУП

_____ Каландирець Євгенія Сергіївна
/підпис/

Науковий керівник

к. психол. н., ст. викладач

_____ Пундєв В. В.
/підпис

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ1. НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ	7
1.1. Науково-теоретичні аспекти теорій травм, стресу та посттравматичного стресового розладу.....	7
1.2. Етіологія ПТСР та клінічні симптоми розладу.....	18
1.3. Воєнні дії як стресовий фактор що впливає на формування ПТСР	27
1.4. Сучасні підходи до вивчення та надання психолого-психіатричної та соціальної допомоги особам із ПТСР	32
Висновки до першого розділу	47
РОЗДІЛ 2. ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНИХ ПРОФЕСІЙ	54
2.1. Дизайн експериментального дослідження	54
2.2. Особливості ПТСР у представників різних професій	56
2.3. Світовий досвід психопрофілактичних та психокорекційних програм для осіб із проявами ПТСР	67
Висновки до другого розділу.....	74
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	89
ДОДАТКИ	96

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. У контексті події, які розгортаються на теренах нашої держави, а саме перебування України у стані збройного конфлікту, особливої уваги з боку представників психологічної, соціальної та медико-санітарної сфери потребує проблема загострення та різкого зростання рівня дистресу серед населення. Постійне перебування у стані психоемоційної напруги неодмінно тягне за собою важкі наслідки, які знаходять своє відображення в розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зазначений розлад виникає в результаті тривалої або затяжної реакції на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою для життя чи здоров'я індивіда та може проявлятися через відстрочені симптоми та довгострокові впливи психологічної травми на психічний стан та функціонування особистості, що суттєво впливає на якість життя людини.

Війна, воєнні та бойові конфлікти виступають одним з найпотужніших психосоціальних стресорів, що сприяє розвитку різноманітних порушень ментального здоров'я: гострого стресового розладу, бойовій травмі, посттравматичного стресового розладу та іншим. Бойові дії являють собою стресори, які чинять істотний вплив як на психічне так і на фізичне здоров'я всіх верств населення: бійців Національної гвардії, людей які перебували або перебувають у полоненні, військово-службовців Збройних сил України, їх рідних та близьких, вимушено переміщених осіб, а також осіб які перебувають у зоні бойових дій чи на територіях, що зазнавали обстрілів.

Так за офіційними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) близько 16 % населення світу страждають від наслідків військових конфліктів та війни і ще близько 12 % мають травмованих війною членів родини [43, с. 174].

Воєнні дії в поєднанні із ситуацією постковіду призвели до зростання частоти психічних розладів, особливо уразливими контингентами стали жінки та діти. Згідно даних спеціалізованого медичного порталу Health-ua.com

загальна поширеність ПТСР в Україні наразі становить близько 25%, при тому більше половини населення, а саме близько 57% знаходиться у зоні ризику, або має один чи декілька симптомів розладу [43, 50]. У рамках проєкту ЮНІСЕФ «Комплексна психосоціальна допомога дітям, підліткам та родинам, які постраждали внаслідок конфлікту в Україні», було визначено, що близько 25% дітей які постраждали від переміщення та ті, що продовжують перебувати у зоні поруч із лінією зіткнення, не можуть самотійно впоратись із пережитим стресом та потребують кваліфікованої допомоги [31, с. 2-3]. Такі дані свідчать про те, що наразі проблема розвитку, профілактики та реабілітації ПТСР залишається гострою та потребує більш детального вивчення.

Відчувається гостра необхідності підвищення рівня розуміння механізмів розвитку, прояву та наслідків цього розладу в умовах військового стану в країні. Систематичні наукові дослідження допоможуть визначити специфічні фактори, що сприяють ризику розвитку ПТСР, а також виявити ефективні методи профілактики та лікування.

Таким чином дослідження ПТСР в контексті України має значний потенціал для вдосконалення практики психолого-психіатричної допомоги, а також для сприяння психологічному відновленню та стійкості суспільства в умовах викликів та стресових ситуацій.

Мета дослідження – виявлення рівня розвитку посттравматичного стресового розладу у представників різних професій.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу наукових надбань узагальнити наявні погляди впливу воєнних та бойових конфліктів на ментальне здоров'я
2. Проаналізувати психологічні та медико-соціальні наслідки перебування осіб в умовах воєнного стану.
3. Проаналізувати наукові надбання щодо біопсихосоціальних чинників посттравматичного стресового розладу.
4. Виявити особливості посттравматичного стресового розладу у представників різних професій.

5. Провести кількісний та якісний аналіз отриманих даних.

6. Узагальнити та систематизувати сучасні науково-методологічні знання з проблеми профілактики, лікування та психологічної корекції й супроводу осіб з посттравматичним стресовим розладом.

Об'єкт дослідження: етіологія посттравматичного стресового розладу

Предмет дослідження особливості посттравматичного стресового розладу у представників різних професій

Методи дослідження: Для вирішення поставлених завдань використовувались такі теоретичні методи як теоретико-методологічний аналіз, що базується на узагальненні, синтезі, та зіставленні наявних сучасних соціальних, психологічних, медичних науково-методичних видань. Серед емпіричних методів було використано наступне: спостереження, бесіду, психодіагностичне тестування. Також було використано математично-статистичні методи обробки даних. Програма психодіагностичного дослідження складалася з наступних методик: Міссісіпську шкалу ПТСР (цивільний варіант) [49, с. 438-452], Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. В. Бойко) [18, с. 60-62]; Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised - SCL-90-R) [47, 49].

Аналіз наукових досліджень та публікацій:

Окреслена в межах даного дослідження проблематика була предметом вивчення: Л. Кітаєва-Смика, І. Малкіна-Пиха, В. Ромека, Е. Крепеліна, Г. Сельє, які досліджували сутність поняття «стрес» та особливості його впливу на психіку людини. Розглянуто роботи: Б. Бадмаєв, О. Гордєєва, В. Доморацький, М. Зеленова, О. Лазєбна, М. Магомед-Емінов, В. Моляко, Я. Подоляк, А. Пушкар'єв, О. Столяренко, Н. Тарабрина, які досліджували різні аспекти вивчення процесу виникнення і протікання посттравматичного стресового розладу та його механізмів. Проаналізовано роботи, які були спрямовані на дослідження наслідків бойових психічних травм під час

воєнних конфліктів: Р. Абдурахманов, К. Аймедов, П. Будьоний, О. Друзь, В. Березовець, С. Захарик, В. Стасюк, О. Толмачов, І. Черненко тощо.

Посттравматичні стресові розлади досліджуються головним чином у контексті психології емоційного розвитку особистості з урахуванням різних рівнів аналізу, таких як загально-психологічний та прикладний тому Ю. Александровський, Ф. Василюк, Т. Кириленко, Т. Титаренко, О. Саннікова, О. Чебикін та інші, зосереджувались на вивченні внутрішніх переживань та емоційних реакцій у людей, що страждають від таких розладів.

Вибірку дослідження склали 68 осіб, у віці від 25 до 45 років, які були представниками медичної та наукової галузі. До групи (ЛПЛ) увійшли лікарі першої ланки КНП «Центр первинної медико-соціальної допомоги №2» Одеської міської ради у кількості 32 осіб, до групи (НПС) яка складалась із представників науково-педагогічного складу Одеського національного економічного університету у кількості 36 осіб.

Теоретична значимість дослідження полягає у розгляді та систематизації чинників виникнення та наслідків посттравматичного стресового розладу на організм людини.

Апробація результатів роботи

1. Каландирець Є. С., Пундєв В. В. Вплив посттравматичного стресового розладу на організм людини. *Сучасні виклики економіки : підсум. наук.-практ. конф. ОНЕУ* (м. Одеса, 17 квітня 2024). Одеса, 2024. С.

Структура роботи включила: вступ, два розділи, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг роботи складає 106 сторінок, основний зміст роботи представлено на 89 сторінках. Робота містить 2 таблиці, 4 малюнки. Список використаної літератури містить 72 найменування.

РОЗДІЛ 1

НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

1.1. Науково-теоретичні аспекти теорій травм, стресу та посттравматичного стресового розладу

У науковому дискурсі сьогодення відзначається значне зростання кількості теоретичних та емпіричних досліджень спрямованих на аналіз психологічних аспектів перебування людини у стресових і травматичних ситуаціях. Протягом останніх десятиліть цей напрям знаходиться на піку активності. Однак значна частина теоретичних, методологічних та практичних аспектів даної тематики залишається предметом академічних дебатів та обговорень. У вітчизняній психологічній науці зростає інтерес до досліджень у цьому напрямку в контексті наукового феномену, що має назву «посттравматичний стресовий розлад» (надалі ПТСР), прояви якого різко зросли в умовах складних соціально-політичних реалій в країні.

Тому з оглядом на це важливо проаналізувати різноманітні концепти, що мають взаємозв'язок з психологічною та фізичною напругою особистості, яка відчуває на собі вплив психотравмуючих факторів, що обумовлені стресовими подіями. Зокрема, це включає вивчення та детальне дослідження понять «стрес», «бойовий стрес», «психічна травма» та «посттравматичний стресовий розлад». З огляду на це важливо зазначити, що поняттям стрес (англ. – *stress*, напруження, тиск) позначають зміни в емоційному та фізіологічному стані організму, які з'являються у відповідь на інтенсивні не притаманні для людини подразники [1, 13, 20, 35]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 1972 р. було затверджено наступне визначення: «стрес – це неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу» [21, 43, 44, 52].

Загалом розробку вчення про стрес пов'язують з ім'ям канадського біолога Г. Сельє. Основним принципом у його теорії виступає гомеостатична концепція саморегуляції організму та активація внутрішніх ресурсів у

відповідь на негативні впливи середовища. Іншими словами, вчений розглядав фактори, що впливають на організм, як специфічні та неспецифічні стимули стресу, що викликають загальну адаптаційну реакцію, прояви якої дослідник називав емоційним стресом. Описана реакція проходить через три стадії.

Стадія тривоги – під час якої спостерігається активація нейроендокринних механізмів організму для реагування на загрозу шляхом вивільнення гормонів, таких як адреналін та норадреналін, а також через збільшення роботи гіпофізарно-наднирникової системи. Ця стадія на фізіологічному рівні проявляється пришвидшенням кровообігу, тахікардією, розширенням зіниць та збільшенням м'язової активності. Крім того, переживаючи стадію тривоги організм збільшує рівень глюкози у крові, що надає додаткові енергетичні ресурси для боротьби з загрозою [14, 28, 30, 31].

Стадія резистентності – спрямована на протистояння або ж адаптацію організму. Основною метою стадії резистентності є забезпечення стійкості організму до впливу стресових чинників шляхом активного впровадження компенсаторних механізмів [20, 50, 63]. Це включає в себе активацію різних фізіологічних систем, таких як ендокринна, імунна, та нейроендокринна системи, які спільно працюють для забезпечення адекватної адаптації до стресу. Також, на стадії резистентності відбувається мобілізація резервних ресурсів організму, спрямованих на відновлення та підтримку функцій, які можуть бути піддані негативному впливу стресорів. Це включає в себе оптимізацію енергетичного обміну, регуляцію гормонального балансу та зміцнення резервів відновлення. Загалом ця стадія є ключовим етапом відповіді організму на стрес, який відображає його здатність до оптимальної регуляції та збереження гомеостазу навіть за умов значного навантаження та негативного впливу стресових факторів [1, 15, 43, 44, 50].

Останньою стадією, у концепції Г. Сільє – є етап виснаження, що продовжується при тривалому впливі стресорів, які перевершують здатність організму до адаптації. На цьому етапі відбувається виснаження фізіологічних (хронічною втомою, м'язовою слабкістю, порушеннями сну, апетиту,

травлення), нейроендокринних (дисбаланс гормонів, ослаблення імунітету, підвищену схильність до інфекцій) та психологічних ресурсів (емоційна виснаженість, апатія, дратівливість, втрата концентрації, депресія), найважливіших аспектів для адаптації організму до мінливих умов об'єктивної реальності. Все це руйнує нормальний процес гомеостазу і знижує функціональну ефективність, ставлячи під загрозу фізичне існування організму, негативно впливаючи на загальне здоров'я через відсутність ефективної системи регуляції органів і систем.

У своїх роботах Г. Сельє підкреслював, що певний рівень стресу існує навіть у стані повного спокою, чи навіть коли людина спить, вона відчуває певний рівень стресу. Порівнюючи відсутність стресу зі смертю, наголошуючи тим самим на його потребі для нормального функціонування організму. Таким чином, Г. Сельє підкреслював універсальність і постійність стресових впливів на людину [23, 35, 43]. Таким чином стрес тенденційно розглядають як будь-які події, що відбуваються в їхньому житті, коли вони активно взаємодіють із світом.

Але важливо враховувати, що в певних ситуаціях, замість активації процесів мобілізації для подолання труднощів, стрес може виступати причиною розладів у майбутньому [4, 30, 66, 72]. Відтак, якщо вплив стресора відбувається протягом тривалого часу, то емоційні реакції можуть приймати хронічний характер. В цьому випадку, центральні відділи вегетативної нервової системи постійно активуються, що веде до психосоматичних реакцій організму і, в подальшому, до розвитку різних захворювань.

На підставі цього можна зробити висновок, що невеликий та нетривалий стрес може впливати на людину без значних наслідків, тоді як тривалий та інтенсивний стрес викликає дисбаланс у фізіологічних та психологічних функціях, негативно впливаючи на стан здоров'я, працездатність та взаємини з оточуючими.

Первинні розлади, які виникають як наслідок емоційного стресу, в різних компонентах нейрофізіологічної регуляції мозку, спричиняють зміни у

нормальному функціонуванню систем організму. Емоційні стреси, зазвичай, мають соціальне коріння, і стійкість до них у кожного є різною. Реакції стресу у відповідь на психосоціальні труднощі є результатом інтегративної відповіді на їх когнітивну оцінку та емоційне збудження [16, 22, 28, 32, 35, 63].

Відповідно до сучасних уявлень, стрес стає травматизуючим, коли його вплив порушує психічну сферу, аналогічно фізичним травмам [4, 6, 51, 56]. У таких випадках відбуваються деформації у структурі особистості, когнітивній моделі світу, афективній сфері, неврологічних механізмах, що регулюють процеси навчання та сприйняття світу, у системі пам'яті та емоційній сфері людини. Травматичні події, екстремальні ситуації, загрози власному життю або життю близького оточення виступають як стресори в таких випадках. Ці події спершу порушують почуття безпеки особистості, спричиняючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого можуть бути вкрай різними.

Саме розуміння поняття «травма» та її вплив на організм людини було розглянуто у роботах З. Фрейда, який вперше ввів психоаналітичне розуміння цього явища. З. Фрейдом було розроблено психоаналітичну теорію травми, в якій автор вказав, що ситуація травми відображається глибоко у несвідомому людини та постійно активується у її психічній діяльності, що може спричинити невротичні розлади. Цікавим є те, що травмування не виникає від самої ситуації травми, а спричиняється сприйняттям цієї ситуації людиною, що в результаті призводить до подвоєння «Его», підсилюючи травматичну тривогу та розширюючи травматичне фантазування. Вказуючи на те, що травматичне переживання може призвести до формування захисних механізмів, таких як репресія чи сублімація, у спробі розслабити та зменшити психічний дискомфорт, що виникає від нього. А активна робота цих механізмів, може мати глибокий вплив на подальший психічний розвиток людини і формувати деструктивні особливості її особистості та поведінки. [35, 52, 56].

Практика роботи з психотравмою дозволяє розглядати два типи травматизації: пряму та опосередковану. Пряма травматизація охоплює

критичну подію, що безпосередньо зачіпає особистість, підірвавши її контроль над ситуацією та порушує відчуття безпеки. Тоді як опосередкована травматизація розглядається як форма психічної травми, яка виникає в результаті емоційного або психологічного впливу на особу, яка не була свідком або жертвою травмуючої події, але працює або взаємодіє з тими, хто був. Наприклад, це можуть бути професійні рятувальники, лікарі, соціальні працівники, журналісти та інші особи, які стикаються з травматичними ситуаціями через свою професійну діяльність.

Ознаки, що можуть спостерігатися у рятувальників та соціальних працівників, включають наступне: повторювальні думки, фізичні симптоми, тривогу, відчуття відокремленості, соціальну ізоляцію, поглиблення депресії, вияви гніву, зниження самостійності у праці, пригнічений моральний стан та втрату пристрасі до роботи [11, 23, 55, 56].

Сам термін «травма» походить з грецької мови та в перекладі означає «рана». В енциклопедичних джерелах травму визначають як «пошкодження тканин організму людини або тварини з порушенням їх цілісності і функцій, викликане зовнішнім впливом» [5, 6, 28].

Деякі вчені пропонують розглядати психотравму за тією ж аналогією, а саме як порушення цілісності та функцій психіки людини, спричинене зовнішнім впливом на неї [4, 6, 35, 40, 45].

Згідно досліджень різних авторів, таких як І.П. Павлов, І.М. Сеченов, Ж. Піаже, психотравми можуть виявляти неабиякий вплив на психічний розвиток особистості. Так, відповідно до теорії Ж. Піаже, психотравма впливає на формування структури самосвідомості та концепції світу у ранньому дитячому віці, що може мати вирішальне значення для подальшого психічного розвитку [14, 20, 44, 66].

3. Фрейд у своїх дослідженнях розглядає психотравму як складний розрив між емоційними враженнями та свідомим спогадом, який призводить в своїй основі до того, що емоційна реакція залишається зв'язаною у «підсвідомому комплексі», знаходячись у підсвідомому, впливаючи на свідомі

прояві [12, 61]. Він розрізняє дві незалежні причини виникнення психічної травми: по-перше, психотравма виникає внаслідок критичних життєвих обставин; по-друге, основним джерелом психічної травми можуть стати неприйнятні та сильно інтенсивні сексуальні стимули та бажання, які виступають як внутрішні фактори травми [12, 17, 42].

Сучасний аналітик Дональд Калшед розглядає психіку як складний механізм, що створює зв'язки та асоціації між елементами особистості з метою формування цілності та єдності [69 с. 342-396.]. Проте, у випадку травми, цей механізм руйнується, і відбувається розпад або дисоціація. У своїх роботах він опирається на дослідження Карла Юнга, який вбачає психотравму як розщеплення психіки на різні комплекси, кожен з яких має свій унікальний набір архетипів або образів [35, 69].

Психічна травма характеризується як особистісна дезінтеграція та регресія до дитинства, що супроводжує внутрішню стійкість «Я». За теорією Еріка Бернштейна та Фріді Патнема, дисоціація представляє собою втрату внутрішньої нормальної інтеграції думок, почуттів та переживання у свідомості та пам'яті особистості [23, 26, 42, 57, 67].

Психіка, аналогічно внутрішньому середовищу організму, має тенденцію до підтримки стійкого стану, і будь-що, що порушує цю стабільність, згідно З. Фрейду, витісняється. У контексті внутрішнього психічного досвіду психічна травма може розгортатися як внутрішній конфлікт, який необхідно розкрити та розібрати. Психіка, як внутрішнє просторово-часове поле, може створювати власні пастки та перешкоди, які відображаються у внутрішніх думках, емоціях та спогадах. Це за думкою З. Фрейда і призводить до глибокого внутрішнього конфлікту, де психіка потрапляє у власну пастку негативних переконань та емоційних реакцій. Такий внутрішній бій має значний негативний вплив на психічний стан та загальне самопочуття особистості [2, 27, 33].

На наступних етапах дослідження стресу, у роботах Г. Сельє та Е. Чертанової поняття психічної травми в контексті теорії стресу починає

розглядатись як особлива форма загальної стресової реакції особистості. «Травматичний стрес – це не просто сильна емоційна реакція, це глибокий злам у психологічній та фізіологічній системі людини, що виникає, коли стресогенний фактор перетворюється на руйнівну силу, перенавантажуючи психіку людини виснажуючи фізіологічні та адаптаційні ресурси особистості, руйнує механізми психологічного захисту, викликаючи тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного дисбалансу в організмі» [1, 5, 14, 20, 35]. В нормальному процесі життєдіяльності короткостроковий стрес – мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню, адаптації людини до мінливих умов, а травматичний стрес – виснажує, вичерпує ресурси людини та зменшує адаптаційні можливості [19, 28, 51].

Серед сучасних науковців, які займались дослідженнями впливу травм та стресу, слід відзначити американського вченого, Пола Левіна, який розробив власну концепцію психічної травми, інтегрувавши знання з різних областей, включаючи психологію, психотерапію, біологію, психофізіологію та нейропсихологію. Він тлумачить травму як прорив у психічному бар'єрі, що захищає людину від надзвичайно сильного почуття безпорадності. Загалом, психологічна травма виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, які необхідні для подолання травмуючої події. За поглядами П. Левіна, індивідуальне сприйняття травмуючої події, суб'єктивне відчуття рівня психологічної захищеності та здатності до саморегуляції впливає на руйнівну силу психічної травми [71, с. 256-259].

Психологічна травматизація відбувається у процесі відповіді організму на зовнішню травматичну подію та проходить певні етапи свого розгортання. На першому етапі – появи зовнішньої психотравмуючої події – травма набуває «самотравмуючу силу», яка має суб'єктивний ступінь, а на наступному етапі відбувається – «злоякісне переродження» психологічних захисних механізмів, які у свою чергу перероджуються із системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Захисні механізми психіки опускаються до примітивного «архаїчного» рівня (відхід від реальності, розщеплення,

аутизм, трансіві стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипні реакції, втрата сенсу існування), психіка починає регресувати, через що звернення до раціональної частини стає майже неможливим.

При іншому варіанті спрацювання примітивних «архаїчних» захисних механізмів, основною задачею яких є відреагувати на травму та запобігти руйнуванню особистості [4, 13, 29].

1. Розглядаючи такі механізми відреагування психіки на травмуючі події Д. Калшед дійшов висновку, що психіка людини, яка пережила травму, продовжує піддавати себе травмуванню через синдром нав'язливого повторення, що призводить до того, що травмовані особи регулярно потрапляють у життєві ситуації, де знову і знов піддаються травматичним впливам [69, с. 184-193].

Слід заважити, що в більшості наукових робіт ми зустрічаємо трьохвимірну концепцію реагування на травмуючі події, кожна із яких має свої унікальні характеристики та вплив на психічний стан постраждалих. Перша фаза, відома, як фаза психологічного шоку, характеризується пригніченням активності, дезорганізацією діяльності та запереченням факту події. Друга фаза – вторинної дисоціації, розкривається в у мовах наявності постійної загрози і виявляється в подальшій дезінтеграції елементів психотравмового переживання. На чуттєвому рівні може призводити до відчуття виходу з тіла, дереалізації, деперсоналізації та аналгезії, такі порушення психіки та чуттєвої сфери допомагають відчуті дистанцію від травмуючої ситуації та зменшують психічний дискомфорт [5, 13, 21, 29, 31]. К. Ясперс описує цей процес як неперервну боротьбу психіки зі своєю власною ідентичністю. Усе психічне життя, на його думку, показує одну основну активність «психічні процеси сприймаються як щось, що не пов'язане з «самим собою», але існують як окрема сутність, це і є відбиття деперсоналізації», яке порушує відчуття особистої ідентичності при тривалому впливі травмуючої ситуації на людину [68, с. 57-61].

У другій фазі психологічної реакції на травму спостерігається інтенсивне вираження емоцій, пов'язаних з травмуючою подією та її наслідками. Це включає в себе виразні прояви сильних почуттів, таких як страх, жах, генералізована тривожність, гнів тощо. Згодом сильний емоційний сплеск змінюється важким усвідомленням невідворотності події та признанням власної неспроможності контролювати ситуацію [13, 29, 32, 44, 50].

Ця фаза має критичне значення через наявність двох можливих виходів: процес відновлення, який характеризується адаптацією до нових обставин, або фіксація на травмі з подальшим розвитком ПТСР.

У третій фазі, відомій як третинна дисоціація, спостерігається розширення сприйняття та відновлення порушених зв'язків між різними психічними процесами, такими як думки, спогади, почуття тощо. Цей етап відзначається усвідомленням психотравмуючої події та її прийняттям.

У своїх наукових напрацюваннях, М.Е.Сандомирський, Т.Р.Беднарчик, О. В. Кобець та ін, розглядають класифікацію психічних травм на основі їх частоти та прогностичного значення щодо розвитку ПТСР [2, 13, 30, 59].

Відповідно до частоти провідного травматичного фактора, травми розподіляються у наступному порядку: 1) спостереження насильницьких дій або нещасних випадків; 2) нещасні випадки та аварії; 3) пожежі та стихійні лиха; 4) загроза застосування зброї та збройні конфлікти; 5) фізичне насилля; 6) сексуальні домагання; 7) зґвалтування; 8) погане поводження з особою у дитинстві; 9) участь у бойових діях; 10) зневага до особистості у дитинстві [44, ст.119-121].

Переживання травматичного стресу може спричинити появу у неї в майбутньому ПТСР.

ПТСР являє собою непсихотичну реакцію, яка виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу, такого як природні та техногенні катастрофи, бойові дії, перебування на території воєнних дій, тортури, зґвалтування, терористичні акти, тощо [13, 29].

Новітні наукові підходи до розуміння ПТСР та розробка його діагностичних критеріїв відбулися наприкінці минулого століття. Після інтенсивних досліджень психічних розладів серед ветеранів війни у В'єтнамі у 1980 році, Американська психіатрична асоціація внесла посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) у Діагностичний та статистичний посібник з розладів розумової діяльності (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III) [64, 40, 28].

Критерії ПТСР були оновлені у DSM-IV (1994 р.), враховуючи нові дані щодо поширеності розладу, його гендерних та географічних відмінностей, тонкощів симптоматики та етіологічних аспектів. Незабаром цей діагноз був включений до Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-10) у 1995 році, що стало важливим кроком для європейських країн [29, 56]. У той же час, у США був проведений перегляд діагностичних критеріїв ПТСР у DSM-5 (2013 р.), який на даний момент вважається найбільш повним і деталізованим. Нова категорія розладів, що має назву «Розлади, зумовлені травмою і стресором», була впроваджена в цей перегляд, відмінно від попередніх версій DSM, де ПТСР розглядалося як тривожний розлад.

У відповідності до МКХ-10, який є основним діагностичним стандартом у країнах Європи, встановлено, що після травматичних подій, які виходять за рамки типового людського досвіду, може виникати ПТСР [4, 25, 35, 44, 57].

Під «звичайним» досвідом ми розуміємо такі події, як втрата значимої особи або близької людини за природних обставин, серйозна хронічна хвороба, втрата роботи, конфлікти у сім'ї та інше. Серед стресорів, які перевищують межі звичного людського досвіду, можна відзначити такі події, які матимуть негативний вплив на психоемоційний стан будь-якої здорової людини, а саме: стихійні лиха; техногенні катастрофи; ситуації, що виникають внаслідок цілеспрямованих, часто злочинних дій (диверсії, тероризм, тортури, насильство, бойові дії, потрапляння у «ситуацію заручника» або в полон, руйнування житла тощо) [12, 56, 57].

Але важливо зазначити, що дані клінічної практики показують, що у випадку екстремального стресору існують індивідуальні розбіжності в переживанні його наслідків. Відтак у різних людей спостерігається різний «поріг травми», де одна особа може проявляти більшу стійкість, тоді як інша маючи вищу чутливість є схильною до розвитку клінічних симптомів [30, 43, 51].

Спостереження вказують на те, що індивідуальні аспекти сприйняття травми відіграють суттєву роль у процесі її переживання. Незважаючи на це, зовнішні екстремальні фактори, такі як зґвалтування, тортури або важкий фронтовий стрес, вважаються травматичними подіями для будь-якої людини [28, 32, 40, 61].

Сучасні дослідники виділяють три варіанти перебігу ПТСР:

- Гострий ПТСР – характеризується виникненням симптомів протягом 6 місяців після травматизації, хоча їх тривалість може бути меншою за цей період.
- Хронічний ПТСР, при якому симптоми тривають понад 6 місяців після травми.
- Відстрочений ПТСР, коли симптоми з'являються через 6 місяців або більше після травматичної події [44, 51, 63].

Аналізуючи теоретичні надбання сучасних науковців нами виявлено, що перебування осіб в умовах бойових дій призводить до зростання частоти проявів таких феноменів як стрес, психологічна травматизація та ПТСР. Даним поняттям позначають зміни в емоційному та фізіологічному стані організму, які з'являються у відповідь на інтенсивні не притаманні для людини подразники. Перебування в умовах тривалого та інтенсивного стресу викликає дисбаланс у фізіологічних та психологічних функціях, негативно впливаючи на стан здоров'я, працездатність та взаємини з оточуючими. Травматичні події, екстремальні кризові ситуації, загрози для власного життя або життя близьких виступають як стресори. Ці події спершу порушують почуття безпеки особистості, спричиняючи переживання травматичного стресу. Факт

отримання особою психологічної травми для деяких людей може стати причиною появи у них в майбутньому ПТСР, який являє собою неспокійну реакцію, що виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу.

1.2. Етіологія ПТСР та клінічні симптоми розладу

ПТСР залишається серйозною проблемою в галузі ментального здоров'я, більшість людей по всьому світу продовжують боротися зі стресом і травматичними подіями. Зважаючи на посилення травматичних подій та стресових ситуацій у сучасному світі, розуміння етіології й клінічних ознак ПТСР стає все більш нагальним питанням. Збільшення кількості глобальних бойових конфліктів, надзвичайних ситуацій, природних катастроф, а також стресу на роботі та в особистому житті під час воєнних дій створює все більші ризики виникнення цього розладу у різних груп населення. Розуміння етіології ПТСР та клінічних симптомів, синдромів та механізмів виникнення цього розладу є критичним для розробки ефективних методів діагностики, лікування та попередження цього розладу. Нові дослідження в галузі нейробіології, психології травми та інших галузей науки які вивчають вплив стресу на організм людини допомагають розвивати нові підходи до лікування і підтримувати тих, хто страждає від ПТСР. Вдосконалення діагностики та лікування ПТСР значно підвищує якість життя та здоров'я населення, а також дозволяє знизити вартість медичної допомоги та соціальних послуг, пов'язаних із цим розладом.

У сучасних дослідженнях: К.В. Аймедов, Ю.О. Асєєва, П.В. Будьоний, О.В. Друзь, А.М. Кожина, Н.О. Марута, М.М. Решетніков, В.Г. Ротштейн, Н.В. Тарабріна, І.О. Черненко та інших відзначається, що не в усіх осіб, які пережили психотравмуючу подію, спостерігається розвиток ПТСР [1, 10, 14, 15, 60]. Аналізуючи роботи цих та інших науковців, можливо вказати на певні фактори, які є провокуючими та нівелюючими появу ознак ПТСР. До провокуючих можна віднести:

1. Ступінь тяжкості травматичної події: насильство, війна, аварії, терористичні акти та інші тяжкі події.
2. Індивідуальні особливості: попередня історія травми або стресу, включаючи дитяче виховання або зловживання психоактивними речовинами.
3. Недостатня підтримка: відсутність соціальної та емоційної підтримки після травматичних подій може поглибити ризик розвитку ПТСР.
4. Негативні переконання: вірування у безпеку світу, у власну безпеку або низький ступінь довіри до інших.

Фактори, які можуть нівелювати появу ознаки ПЦР:

1. Сильна соціальна підтримка: підтримка від родини, друзів, колег або професійна підтримка відповідними фахівцями (кризовими психологами, психотерапевтами, психологами, лікарями тощо).
2. Ефективні методи копінг-поведінки: наявність у людини навичок управління стресом, релаксації та рефреймінгу, тощо.
3. Рання інтервенція: заходи спрямовані на психологічну підтримку та лікування, надані знову після травми

Важливими характеристиками психотравмуючого чинника є непередбачуваність, швидкий темп розвитку стресової події, тривалість впливу, а також повторюваність протягом життя. Згідно з клінічною типологією та класифікацією посттравматичного стресового розладу, до цієї категорії відносяться тривалі патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і колишніх військовополонених, що виникли в результаті короткочасної або довготривалої стресової ситуації.

Науковцями виділено групу ризику серед представників певних професій які найбільш схильні до виникнення синдрому ПТСР. До них відносяться: 1) працівники медичної служби, які вимушені бути присутніми при різних катастрофічних ситуаціях; 2) рятувальники, яким доводиться постійно перебувати в екстремальних та небезпечних для життя умовах, рятуючи людей; 3) журналісти та інші представники інформаційної сфери, які також здебільшого знаходяться в епіцентрі екстремальних ситуацій;

4) безпосередньо самі учасники екстремальних подій і члени їх сімей [4, 11, 26, 38].

Окрім того, зазначимо, що ймовірність розвитку ПТСР також корелює зі ступенем впливу на людину наступних факторів:

1) Особливості спричиненої травми (враховуючи її характер і «дозу»): чим більша загроза для життя, фізична близькість, непередбачуваність і втрата контролю над травматичним чинником, тим вищий ризик виникнення ПТСР. Шокові психотравмуючі фактори є особливо загрозливими оскільки відрізняються своєю раптовістю та великою силою впливу. Вони створюють небезпеку для життя, що призводить до активізації інстинкту самозбереження. Згідно тверджень В. В. Кондратюкова, такі психотравмуючі фактори, через свою пряму дію на найбільш інстинктивні та найнижчі емоційні сфери, надзвичайно складно усвідомлюються особою та погано піддаються свідомій внутрішній обробці їхнього змісту та значення [19, с. 89-93]. Досліджуючи особливості психічної діяльності ліквідаторів Чорнобильської катастрофи, науковці, розглядали психотравмуючий фактор як сукупність недостатньої інформованості, недосвідченості та невідповідності постраждалих до екстремальних умов, що не сприймаються на той час як небезпечні. Такі обставини і посприяли патологічній стресовій реакції [19, 32, 44].

Важливим також є фактор жорстокості – травми, спричинені людиною, частіше спричиняють ПТСР, ніж природні лиха або техногенні катастрофи. Так само і сексуальне насильство у порівнянні з фізичним з більшою вірогідністю стає причиною розвитку розладу. Ризик виникнення ПТСР підвищується і при прямій вині жертви у нещасному випадку, втраті близьких або почутті зради.

2) Індивідуальні особистості та механізми копіngu під час травматичних подій, що включають в себе різноманітні аспекти: перш за все, такі як індивідуальне сприйняття (наприклад, інтерпретує травму як заслужене покарання) та значущість травматичної події для індивіда; індивідуально-типологічні особливості особистості; ціннісно-мотиваційні уявлення; рівень

психологічної стійкості; особливості емоційно-вольової та інтелектуальної сфер; стратегії подолання травматичного досвіду (такі як самоізоляція, вживання алкоголю тощо); наявність в анамнезі нервово-психічних та соматичних захворювань; психологічна незрілість, яка проявляється у тенденції до самообвинувачення, негативному сприйнятті власного «Я», а також пережитих, але не інтегрованих травмах з дитинства, коли нова травма відкриває «скриньку Пандори» з минулими травмами. Натомість, наявність внутрішніх ресурсів підвищує стійкість до травматичного впливу. У дітей, через відсутність «дорослих» ресурсів, ризик розвитку ПТСР після переживання психотравматичної події вищий, і здебільшого залежить від того, як батьки переживають подію та наскільки вони можуть допомогти дитині в «інтеграції» цього досвіду [29, 45, 53].

3) Соціальні та соціально-психологічні фактори. До цієї категорії на думку Н. Тарабріної варто відносити рівень соціальної підтримки, доступність медико-психологічної допомоги, ступінь розвиненості та характер мікросоціальних зв'язків, включаючи взаємодію з близькими, колегами та спільнотою загалом; релігійні переконання, що можуть впливати на сприйняття та реакцію на травматичну подію; соціально-економічний статус особи. За наявності соціальних ресурсів особа має більшу стійкість до ПТСР [56, 63].

4) Демографічні фактори з урахуванням статі; вікових особливостей; сімейного стану; належності до небезпечних професій; соціального статусу тощо [31, 33, 51].

Узагальнення теоретичних досягнень Л. Анциферової, Р.Р. Грінкера, Дж. П. Шпігеля та інших [7, 28, 35, 40, 45] науковців у вивченні впливу психотравми на психічне здоров'я людини дозволило нам систематизувати психотравматичні події, які призводять до розвитку травматичного розладу, за наступними ознаками, які представлено на рис.1.1



Рис.1.1 Класифікація травмуючих подій за ознаками

З урахуванням поєднання різноманітних факторів (рис.1.1): демографічних характеристик, індивідуальних особливостей та соціально-психологічних чинників, можливо вказати на багатогранність варіацій різноманітного ступеню травматизації та сили впливу для кожної конкретної особистості та можливої вірогідності виникнення ПТСР у кожної конкретної особи. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку ПТСР, можуть мати різне походження та вираженість симптомів розладу. Однак для повного розуміння впливу психотравми необхідно класифікувати їх за всіма наведеними характеристиками (мал.1.1).

На сьогодні вчені розробили модель подвійного ризику для пояснення розвитку ПТСР. Відповідно до неї, для виникнення розладу потрібна одночасна присутність двох факторів: впливу травматичної події та індивідуальної вразливості. До комплексу травматичного досвіду відносять: 1) тип події, в залежності від того наскільки подія, пов'язана із загрозою життю чи серйозною травмою собі або близьким (військові дії, катастрофи, насильство, нещасні випадки); 2) інтенсивність та тривалість впливу – чим сильніший та триваліший стрес, тим більша вірогідність розладу; 3) безпорадність та жах – відчуття власної безпорадності та неконтрольованого жаху під час травматичної події є потужними факторами ризику ПТСР. До найімовірнішого комплексу який пов'язаний із другим фактором виникнення ПТСР – індивідуальна вразливість найчастіше відносять: 1) генетичну схильність – люди можуть мати генетичні варіації, що впливають на реакцію мозку під час стресової події; 2) передтравматичні психічні розлади – наявність психічних розладів, таких як тривожність чи депресія, до травматичної події підвищує ризик розвитку ПТСР; 3) соціальна підтримка – відсутність підтримки з боку сім'ї чи оточення після травми негативно впливає на здатність людини впоратися зі стресом та збільшує вірогідність ризику розвитку ПТСР; 4) дитячі травми – пережиті в дитинстві травмуючі події, такі як насильство чи зневага, можуть підвищити вразливість до ПТСР у дорослому віці.

Слід зауважити що в експериментальних дослідження доведено – чим вищий рівень одного із факторів (впливу травматичної події та індивідуальної вразливості), тим менший вплив потрібен іншому для розвитку ПТСР [12, 39].

Отже ПТСР не є наслідком слабкості, здебільшого це складна реакція на травматичний досвід, зумовлена взаємодією стресогенних факторів та індивідуальної вразливості [34, 40, 62].

Відповідно до МКХ-10, ПТСР характеризується певними клінічними ознаками, які можна розділити на наступні категорії [11, 62].

Перша категорія передбачає наявність в історії медичного спостереження особи події, що виходять за межі загальних життєвих ситуацій і вважаються стрес-факторами [21, 25, 29, 33].

Друга категорія охоплює постійне повернення особи до емоційних переживань, пов'язаних подією, яка стала причиною психотравми. Цей набір критеріїв включає наявність чотирьох ключових симптомів, які можуть свідчити про наявність у особи ПТСР при присутності хоча б одного з них. До таких симптомів відносять нав'язливі, постійно повторювані спогади про травматичну подію, які викликають неприємні емоційні реакції; повторювані сни та кошмари, про травматичну подію або пов'язані з нею; дисоціативні епізоди, коли різні аспекти травмуючих подій раптово відтворюються в пам'яті без очевидної причини; інтенсивні спалахи негативних емоційних станів, спровоковані будь-якими подіями, що пов'язані з обставинами, які спричинили травму, або схожими обставинами [4, 8, 32, 33, 40].

Третя категорія включає стійке прагнення ізолюватися від будь-яких подій, які можуть нагадувати про травматичний досвід. Для встановлення діагнозу важливо, щоб особа демонструвала щонайменше три з перелічених симптомів: уникає думок та почуттів, пов'язаних з травмою; уникає будь-яких активностей чи ситуацій, що викликають спогади про травму; не може згадати основні аспекти травматичної події (психогенна амнезія); втрачає інтерес до раніше значущих видів активностей; відчуває відчуженість від інших; має зниження позитивних емоційних реакцій, що проявляється у відчутті

емоційної блокади та неможливості відчувати радість чи любов; має невпевненість у майбутньому, яка проявляється у важкості планування кар'єри, сімейного життя чи інших аспектів особистого розвитку [14, 26, 32].

До четвертої категорії відносяться стійкі симптоми, що свідчать про підвищену збудливість та виникають після травматичного досвіду, є ключовими для діагностики ПТСР. Щоб встановити цей діагноз, суб'єкт повинен мати щонайменше два з шести зазначених симптомів: порушення сну; дратівливість або спалахи гніву; проблеми з концентрацією уваги; підвищена обережність; підвищена лякливність; виражені фізіологічні реакції при згадуванні про пережитий стрес або пов'язані з ним обставини [14, 28, 32].

Останнім виділяють часовий аспект. Він полягає у тому, що прояви симптомів повинні тривати не менше одного місяця для встановлення діагнозу. Тільки у цьому випадку можна зробити висновок про наявність ПТСР. Напади ПТСР, що з'являються через період понад шість місяців після травматичного події, вважаються специфічно відстроченими [12, 48, 56, 58].

Відзначаючи наслідки впливу ПТСР на організм людини О. Пятніцка зазначала, що сильних негативних змін зазнає психіка з подальшим впливом не тільки на ментальне благополуччя, а й на фізичне здоров'я індивіда. Загалом проблема вивчення негативних психічних станів та їх впливу на поведінку людини розглядалася як з позицій психології (Ф. Василюком, Е. Ісаєва, О. Леонова, К. Погодаєв), так і психофізіології та психотерапії посттравматичних і гостротравматичних розладів (В. Алещенко, В. Краснов, О. Лазебна, Н. Тарабрина) [23, 24, 37, 51, 56].

Негативний вплив ПТСР, на думку дослідників, може виявлятися у наступному:

1. Підвищений рівень агресії та роздратування. У осіб з ПТСР може спостерігатись тенденція вирішувати проблеми шляхом застосування грубої сили, це проявляється не лише у фізичному аспекті, але й в емоційній, психологічній та вербальній агресії [37, 56].

2. Зловживання наркотичними, лікарськими речовинами та алкоголем. Часто особи, що страждають на ПТСР намагаються таким чином зменшити інтенсивність проявів розладу [21, 24,].

3. Підвищена пильність. Людина постійно знаходиться в напруженому стані очікуючи можливу загрозу. Ця загроза зазвичай не обмежується лише зовнішніми факторами, здебільшого вона внутрішня, оскільки травматичні враження, що мають руйнівну силу, потрапляють у свідомість. Часто підвищена пильність виявляється у постійній фізичній напрузі, яка не дає змоги розслабитися та відпочити, що може призвести до численних проблем [14, 18, 31].

4. Порухення пам'яті та концентрації уваги. Інколи концентрація може на перший погляд бути відмінною, але при потраплянні в будь-які стресові ситуації, людині стає набагато складніше зосередитись на чомусь одному [28, 44, 48].

5. Тривожність. Проявляється на фізіологічному, психологічному, та емоційному рівнях. На фізіологічному рівні спостерігається такими соматичними ознаками як відчуття ломоти в спині, головні болі та спазми шлунку [17, 26, 45, 52]. У психічній сфері відображається постійним занепокоєнням, стурбованістю, а також «параноїдальними» явищами. На рівні емоцій акумулюється у відчуття страху, меншовартості та комплекс провини [10, 14].

6. Гіперболізована реакція. Це виражена реакція людини на будь-які несподівані події, яка проявляється у швидких та інтенсивних рухах, голосному крику, здриганнях (наприклад, падіння на землю при вибухах петард, агресивна реакція на різкі рухи) [15, 46].

7. Проблеми зі сном. Через повторювані нічні жахіття людина часто прокидається, або ж взагалі починає боятися засинати. Систематичне недосипання може призвести до значного нервового виснаження, що натомість доповнить картину симптомів посттравматичного стресу [6, 9, 13];

8. Притуплення емоцій. Спостерігатися у людей, які піддалися психотравмуючому впливу, такому як бойові дії. Відображається у втраті або значному обмеженні здатності виражати емоції та ускладнює побудову тісних соціальних зв'язків. Характерними для цього стану є труднощі у сприйнятті та вираженні радості, любові, творчого захоплення, гри та спонтанності [12, 42, 43].

9. Напади роздратування та люті. У значної частини людей, що страждали від ПТСР спостерігались напади люті. Характерним є те, що такі напади найчастіше відбуваються під впливом алкогольних та наркотичних речовин [42, 43].

Таким чином, виникнення ПТСР у кожної конкретної особи визначається взаємодією специфічних параметрів травматичної події, демографічних характеристик, особистісних особливостей та соціально-психологічних чинників. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку ПТСР, можуть мати різне походження та вираженість симптомів, які призводять до значних змін у функціональному стані психічної діяльності. Характерним є поява виражених негативних емоцій, таких як тривога, страх, важка розумова і фізична втома. ПТСР набуваючи хронічного характеру, охоплює практично всі аспекти життєдіяльності індивіда, включаючи міжособистісні відносини, фізичне та психічне здоров'я, самооцінку, професійну діяльність тощо.

1.3. Воєнні дії як стресовий фактор що впливає на формування ПТСР

У науковій літературі досить часто можна зустріти різні терміни, які вважаються синонімічними до терміну «ПТСР». Це такі поняття як «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром» і «східний синдром». Зазначені назви відображають найпоширеніші причини виникнення ПТСР, а саме травматичний стрес, як наслідок перебування у зоні збройних конфліктів. Однак варто зауважити, що ПТСР може виникати не

лише у військових, а й у цивільного населення, яке було свідком або безпосередньо зазнало наслідків воєнних дій. Наприклад, в Україні тисячі людей на окупованих територіях стикаються з потенційно травматичними ситуаціями, що можуть спричинити розвиток ПТСР [2, 55].

Перебування населення в умовах військових конфліктів розглядається фахівцями як гостра стресова подія, яка має винятковий характер. Це впливає з двох ключових аспектів: по-перше, така ситуація викликає загальний дистрес, що може виникнути у будь-якої особи, ставшої свідком або учасником подій такого масштабу. По-друге, відмінність даної стресової ситуації полягає у можливості виникнення психічної травми з віддаленими наслідками.

З огляду на це, можемо стверджувати з абсолютною впевненістю, що реальний вплив війни перевершує будь-які аналогії з природними катаклізмами або техногенними катастрофами. Це опосередковано не лише масштабністю та руйнівною силою військових конфліктів, але й їх психологічною складністю в контексті заподіяння людських страждань.

Найсуттєвішим фактором психотравмуючого впливу війни, що в подальшому тягне за собою розвиток ПТСР, визначається тривалість перебування осіб в умовах затяжного стресу та відчуття загрози біологічному існуванню [7, с. 34]. Інтенсивність переживань індивіда спричинених військовими діями корелює з негативним змінами у психічному благополуччі, емоційних станах та фізичному здоров'ї. Страх, викликаний військовим конфліктом, може призводити до значного напруження нервової системи та порушення гомеостазу організму спричиненого додатковим соматичним впливом, який часто виникає внаслідок стресу. Психічна травма представляє собою лише один із можливих варіантів негативних змін спричинених стресом.

Після перенесення психологічних травм спостерігаються зміни, які поступово або раптово зачіпають всі аспекти функціонування людини (особистісний, психологічний, фізіологічний, соціальний). Ці порушення

можуть призводити до стійких особистісних трансформацій не лише у тих, хто безпосередньо зазнав стресу, але й у членів їхніх сімей.

У контексті впливу воєнних дій на особистість, особливо небезпечними та значними є так звані пом'якшені або відстрочені наслідки війни. Ці наслідки впливають на психологічну стійкість, світогляд, стабільність цінностей тощо. Наприклад, серед тих, хто був учасником бойових подій, виникає прагнення до швидких та простих рішень, а також спостерігається збільшення рівня агресивності настроїв, іноді з можливим вирішенням конфліктів нелегітимними методами, включаючи застосування сили та зброї [20 с. 107].

Якоб Мендес да Коста у своїх роботах описував психологічні деформації особистості спричинені перебуванням у екстремальних ситуаціях, які визначаються поняттям «психологічна травма» [66, с. 17-52]. Вчений дослідив та проаналізував психічний стан комбатантів після Громадянської війни у США, виявивши, що у багатьох з них спостерігаються такі деформації психіки. Також він відмітив, що у солдатів, які брали участь у бойових діях відзначались специфічні реакції організму, а саме прискорення серцебиття. Цей феномен отримав назву «синдром солдатського серця». Пізніше це явище визначали як «хронічний військовий невроз», розкривши його подвійну природу, як фізіологічну, так і психологічну [25, с. 96-97].

Згодом поняття про характер та механізм впливу воєнних дій на особистість було розширено, передусім завдяки дослідженню проблем, пов'язаних з завершенням війни у В'єтнамі. Американське суспільство в середині 1970-х років стикнулося з проблемами, спричиненими дезадаптивною поведінкою ветеранів В'єтнаму. Приблизно 25% комбатантів, які брали участь у В'єтнамській війні, зазнали деструктивних змін особистості під впливом психотравми [38, 43, 52].

Згідно даних американської статистики до 1990 року понад 100 тисяч осіб, які приймали участь у В'єтнамській війні покінчили життя самогубством, та ще 40 тисяч змінили звичний спосіб життя обмеживши спілкування з навколишнім світом. У багатьох із них спостерігався високий рівень

насильства та проблеми в сфері сімейних та соціальних взаємовідносин. Це привело до необхідності вжиття негайних заходів, направлених на реабілітацію та ресоціалізацію цієї частини населення. Такі заходи включали створення спеціальної системи дослідницьких центрів та центрів соціальної допомоги для ветеранів В'єтнаму [38, 43, 52]. Окрім аналізу розвитку ПТСР військового походження, у дослідженні також розглядаються результати впливу війни на розвиток ПТСР у жертв геноциду та інших трагічних подій, включаючи насильство над особистістю.

Також відзначимо, що факторами, які сприяють розвитку ПТСР, є не тільки безпосередні події воєнного характеру, фізичне насильство або серйозні травми, але й високий рівень тривоги, депресії, стресу та симптомів, пов'язаних з травмою. Дослідження показують, що представники єврейської діаспори, особливо ті, чийі родичі постраждали під час Голокосту або безпосередньо пережили травматичні події, мають підвищену психологічну вразливість. Деякі соціально-демографічні характеристики, такі як високий рівень добробуту, значна індивідуальна стійкість та належність до чоловічої статі, можуть виступати як захисні фактори від розвитку ПТСР навіть після травматичних подій під час воєнних дій.[31, с. 2-3].

У період Другої світової війни та після неї, проблемі ПТСР приділяли увагу як медики так і психіатри, серед яких були В. Є. Галенко, Е. М. Залкінд, М. В. Соловйова, В. Гіляровський, Е. Краснушкин та інші. Протягом багатьох років вони проводили наукові дослідження вивчаючи етіологію та клінічні прояви ПТСР зокрема спричинені військовими діями.

Узагальнюючи дослідження Я. В. Подоляка, А. М. Кожині, Н. Тарабриної, та І. Я Пінчука військово-травматичний стрес розглядається як різновид ПТСР, що формується за певних умов, таких як раптова зміна мирного життя на життя в умовах війни, де особистість постійно перебуває у стані психологічної напруги спричиненої відчуттям небезпеки та загрози [14, 15, 41, 55, 61]. Окрім того, бути очевидцем руйнацій, пожеж і смертей, як

близьких, так і незнайомих людей призводить до деструктивного впливу на особистість та розвитку ПТСР в подальшому.

У зв'язку з постійним спалахом військових конфліктів та терористичних актів протягом останніх двадцяти років у різних країнах, таких як Україна, Сирія, Ізраїль, Туреччина, Осетія, Абхазія, Грузія, Чечня, країни Європи та Східної Азії, проблема ветеранів та їхньої подальшої адаптації до цивільного життя набуває особливої актуальності. Одночасно з цим в останні роки фахівці почали акцентувати увагу не лише на ветеранах, але й на психологічному стані мирного населення, яке опинилося в зоні воєнного конфлікту та змушене проживати в умовах постійної загрози.

В контексті досліджень впливу війни на особистість та особливостей етіології ПТСР – США мають найбільш об'ємну базу даних. Оскільки у них активно працює Національний центр із ПТСР, який, крім того, що надає кваліфіковану допомогу постраждалим, також проводить аналіз статистичних даних щодо факторів та особливостей виникнення цього розладу. Представники зазначеного центру відзначають, що військовослужбовці страждають від ПТСР частіше, ніж цивільне населення США. Особливо великий ризик розвитку ПТСР спостерігається серед ветеранів, які брали участь у воєнних конфліктах, порівняно з тими військовими, які не мали досвіду в зоні бойових дій [31, с. 2].

Так згідно з дослідженням І.Я. Пінчука, проведеним у зв'язку зі збройним конфліктом на Сході України, виявлено, що кількість та ступінь вираженості стресових розладів серед військовослужбовців значно виросла. Зокрема, у 27,7% військовослужбовців, які брали участь у антитерористичній операції (АТО), було встановлено діагноз ПТСР [41 с. 12-15].

Варто зазначити, що більшість досліджень розвитку ПТСР в контексті війн проводилось серед комбатантів. Так відсоток випадків ПТСР серед тих, хто внаслідок військових конфліктів отримав поранення або інвалідність значно вищий (до 42%), ніж серед фізично здорових осіб (від 10 до 20%). Крім того, акцентується на тому, що вплив бойових стресорів може призводити до

прискореної смертності навіть за умови відсутності ПТСР: 56% учасників бойових дій, які переживали інтенсивний стрес, померли або мали хронічні захворювання до досягнення 65-річного вік [2, с. 12-13].

Отже, перебування населення в умовах військових конфліктів розглядається фахівцями як гостра стресова подія, яка має винятковий характер. Реальний вплив війни перевершує будь-які аналогії з природними катаклізмами або техногенними катастрофами. Це опосередковано не лише масштабістю та руйнівною силою військових конфліктів, але й їх психологічною складністю в контексті заподіяння людських страждань.

Найбільш значущим фактором психотравмуючого впливу війни, що в подальшому тягне за собою розвиток ПТСР, визначається тривалість перебування осіб в умовах затяжного стресу та відчуття загрози біологічному існуванню. Інтенсивність переживань індивіда спричинених військовими діями корелює з негативним змінами у психічному благополуччі, емоційних станах та фізичному здоров'ї.

З огляду на це, можемо зазначити, що військові конфлікти спричиняють виникнення як індивідуальної так і колективної травматизації осіб які перебували на територіях бойових дій або ж відчували загрозу власному життю та здоров'ю.

1.4. Сучасні підходи до вивчення та надання психолого-психіатричної та соціальної допомоги особам із ПТСР

На сьогоднішній день питання необхідності надання всебічної допомоги особам з ПТСР постає дуже гостро, оскільки численність людей, що потерпають від зазначеного розладу з кожним днем зростає. У зв'язку з цим спостерігається збільшення методів надання допомоги та розширення підходів в рамках яких така допомога надається.

Наразі існує значна кількість досліджень, присвячених ефективності медикаментозних та немедикаментозних методів та програм лікування осіб, що страждають від ПТСР. Починаючи з 90-х років XX століття, спостерігався

перехід від виключно медичної парадигми надання допомоги психічно хворим до біопсихосоціальної, на якій базується сучасна тактика терапії і реабілітації. У рамках біопсихосоціальної моделі при наданні допомоги застосовуються наступні етапи: медико-психіатричний; психотерапевтичний, психологічний та соціальний [21, 33, 60]

Медико-психіатричний (біологічний) етап лікування ПТСР включає психофармакотерапію для стабілізації психічного стану осіб, а також за необхідності застосування біологічних методів впливу у разі тяжкого перебігу розладу.

Процес надання такої допомоги може проходити наступним чином:

1. Невідкладна медико-психологічна допомога, яка надається безпосередньо на місці катастрофи або надзвичайної ситуації.
2. Амбулаторна допомога у психоневрологічних диспансерах та спеціалізованих центрах охорони психічного здоров'я.
3. За показаннями може бути надана стаціонарна допомога, зокрема у відділеннях неврозів і пограничних станів психіатричних лікарень та психосоматичних відділеннях багатопрофільних загальносоматичних лікарень.
4. На реабілітаційному етапі пацієнти отримують допомогу у психоневрологічних диспансерах та спеціалізованих центрах, з подальшим санаторно-курортним лікуванням.

Медико-психіатричний етап включає також застосування фармакотерапії, яка назначається відповідними профільними лікарями задля стабілізації стану особи з ПТСР. Вибір конкретного препарату залежить від клінічної картини основних симптомокомплексів розладу. Ці препарати можуть включати антидепресанти, бензодіазепіни, атипові нейролептики, в окремих випадках також можуть бути застосовані конвенційні нейролептики [37, 38, 48, 52, 60].

Зазвичай використовуються невеликі дози транквілізаторів або антидепресантів з метою зменшення афектних розладів і нормалізації сну. При значній збудливості – нейролептики [21, 60].

Більшість гострих реакцій на стрес зникають без фармакотерапії. Проте, у разі виникнення симптомів сильної тривоги застосовуються препарати, які мають здатність до анксіолізу та седації. У разі безсоння можуть назначатися снодійні препарати, наприклад, радедорм з дозуванням визначеним лікарем [21, 60].

Дослідження впливу фармакотерапевтичного втручання за протоколами МОЗ України які застосовуються для лікування тривожно-депресивних розладів надають позитивні результати і при супроводженні й лікування осіб з ПТСР. Позитивний вплив такого роду препаратів визначених МОЗ України доведено при виявленні наступних симптомів ПТСР: підвищена збудливість і повторне переживання минулого травматичного досвіду [9, 10, 21].

Проте однією з найбільших проблем надання медико-психіатричної допомоги є її організація на віддалених етапах перебігу хвороби. Причиною виступає уникнення особами, що страждають від ПТСР звертань до медичних установ через особливості клінічних проявів. Крім того, багато хворих відмовляються відвідувати психіатричні заклади через соціальні аспекти [1, 10, 29].

Наступним етапом є надання психологічної допомоги. Цей етап має на меті попередження розпаду сімей, збереження соціальних зв'язків та допомогу у подоланні почуттів провини, безнадійності та неприємні. Психотерапія також підсилює ефективність біологічних та психіатричних методів лікування.

Існує декілька теоретичних моделей роботи з травмою та наданням психологічної допомоги включаючи: психодинамічний (психоаналітичний) підхід; когнітивний підхід; психосоціальний підхід; психобіологічний (психофізіологічний) підхід.

Психодинамічні (психоаналітичні), когнітивні та психосоціальні моделі входять до розряду психологічних теорій, які були розроблені у процесі

аналізу фундаментальних закономірностей адаптації осіб, постраждалих від травматичних подій. Наукові дослідження свідчать про наявність глибокого зв'язку між стратегіями подолання кризових ситуацій, тобто способами подолання ПТСР (які включають у себе такі елементи, як уникнення та блокування будь-яких згадувань про травмуючі події, поринання в роботу із головою, вживання психоактивних речовин (алкоголь, канабісу, опіодіїв), бажання вступити до групи взаємодопомоги) та результативністю подальшої адаптації.

У психологічній літературі виділяються три комплексні стратегії, які є найбільш ефективними у боротьбі з ПТСР до них відносять наступне: цілеспрямоване відновлення спогадів про травматичну подію з метою аналізу та повного усвідомлення всіх її аспектів; усвідомлення особою, що пережила травму, оборотного значення травматичного досвіду для подальшого життя; реадаптація постраждалого та формування навичок самодопомоги, що реалізується через проведення спеціалізованих програм та інтервенцій [15, 60].

В рамках психодинамічних моделей, травма призводить до порушення процесу символізації, для подолання симптомів ПТСР, була розроблена стратегія відновлення спогадів як пошуку оптимального балансу між патологічною фіксацією на травмуючій події та повним витісненням її зі свідомості. У гострому періоді відповідно до цієї стратегії, уникнення спогадів про травму є найбільш адекватною реакцією оскільки сприяє подоланню наслідків раптової травми. Проте, під час подолання посттравматичних станів, усвідомлення всіх аспектів травми стає необхідною передумовою для інтеграції внутрішнього світу особистості та перетворення травмуючої ситуації на важливу складову її існування [33, 38, 63].

Психоаналітична модель роботи із ПТСР побудована на підґрунті концепції З. Фрейда щодо впливу травматичних переживань на психіку в які підкреслено важливість внутрішнього конфлікту та механізмів психологічного захисту у формуванні реакцій на травму. Додатково, З. Фрейд вказував на роль нарцисистичних мотивів у цьому процесі, що підкреслює

важливість саморозуміння та самовдосконалення у подоланні травматичних переживань. Травматичний невроз, розглядається як результат нарцисистичного конфлікту, в якому відбувається руйнування «стимулюючого бар'єру» (який відділяє внутрішні та зовнішні впливи). Під впливом інтенсивної чи тривалої травматичної події цей бар'єр руйнується, що призводить до зміни лібідозної енергії на суб'єкта. Коли стимульний бар'єр руйнується, лібідо (психічна енергія) зміщується з зовнішнього світу на самого себе. Це подібно до того, як воїн, втративши щит, зосереджується на захисті власного тіла. Така фіксація на травмі яку часто спостерігають при травматичному неврозі, З. Фрейд пояснював як спробу контролювати те, що неможливо контролювати. Це подібно до того, як воїн, який пережив битву, знову і знову прокручує її в пам'яті, щоб зрозуміти й здолати жах пережитого [14, 17, 24].

У цій моделі наслідки травматизації розглядаються як наступні явища:

1. Занурення у регресію до оральної стадії розвитку та відходу лібідо від об'єкта на «Я» тобто особистість відчуває потребу у відновленні стані до більш примітивних форм сприйняття та взаємодії з оточуючим світом, з метою відновлення почуття безпеки і захисту.

2. Відродження садомазохістичних інфантильних імпульсів – виникнення інтенсивних імпульсів, спрямованих на самознищення або на шкоду іншим, що виникає з недостатньо врегульованих конфліктів.

3. Застосування примітивних механізмів захисту таких як відкидання, проекція або регресія, для подолання травматичних переживань.

4. Автоматизація функціонування «Я» виражається в зниженні гнучкості та адаптивності особистості, яка переживає труднощі у вирішенні проблеми із самовизначенням та взаємодією з навколишнім середовищем.

5. Ідентифікація з агресором – усвідомлення себе через призму агресора, сприймаючи його як модель чи авторитет.

6. Регресія до архаїчних форм функціонування «Зверх -Я» через відчуття втрати контролю та самоконтролю, що призводить до появи поведінки, характерної для більш ранніх стадій розвитку особистості.

7. Деструктивні зміни в «Я-ідеальному» – виражається через порушення ідеалів, цінностей та переконань, що призводить до втрати сенсу життя та розгубленості [24, 30, 34].

Однак сучасні дослідники сходяться в думці про те, що дана модель не пояснює увесь спектр симптомів травматичного реагування, таких як, постійне переживання індивідом травматичного досвіду. Крім того, у випадку будь-якої особи може виникнути дитяча травма, яка, тим не менш, не призводить до розвитку неадаптивних стресових реакцій. Необхідно відзначити, що класична психоаналітична терапія виявляється неефективною у лікуванні даного розладу [37, 42, 43].

Іншим аспектом подолання ПТСР – виступає когнітивне оцінювання та переоцінювання травматичного досвіду, яке відображено у когнітивному психотерапевтичному підході.

Автори даного напрямку стверджують, що когнітивна оцінка травматичної ситуації є ключовим фактором для адаптації після травми. Вони вважають, що ця оцінка є найбільш сприяючою в подоланні наслідків травми, за умови, що причина травматичної події у свідомості постраждалого є екстернальною та виходить за межі особистих характеристик особи (принцип «не я поганий, але я зробив поганий вчинок»). На думку когнітивістів, у таких випадках віра у раціональність світу не тільки зберігається, а навіть зростає, як і здатність особи зберігати контроль над ситуацією [3, 6, 42].

Основним завданням у рамках даного методу є відновлення гармонії в свідомості особи щодо світу, цілісності його когнітивної моделі, яка включає в себе такі концепції, як справедливість, самоцінність, та доброту оточуючих. Оскільки саме ці переконання найбільше спотворюються у постраждалих від травматичного стресу [6, 42].

Когнітивний підхід розглядає травматичні події як потенційні дестабілізатори основних концепцій про світ і самопочуття, а патологічна реакція на стрес представляє собою неадаптивну відповідь на підриг цих базових уявлень. Такі уявлення формуються протягом онтогенезу та пов'язані з задоволенням потреби в безпеці і становлять «Я-образ» [23, 36, 48]

У ситуації інтенсивного стресу спостерігається дезінтеграція «Я-образу». Хоча цей процес вважається неадаптивним наслідком стресового впливу, сам по собі він може бути адаптивним, оскільки створює можливості для більш ефективної перебудови «Я-системи». Неадаптивне подолання травми охоплює загальний страх, гнів, дисоціацію та постійне повторення травматичного досвіду. Причина неефективного подолання травми знаходиться в негнучкості та неспроможності адаптувати когнітивні схеми. Ця модель надає найбільш повне пояснення етіології, патогенезу та симптоматики розладу, оскільки враховує генетичні, когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти, що в свою чергу робить її однією з найбільш ефективних при наданні допомоги особам з ПТСР [7, 8, 22, 48].

У психофізіологічній моделі реакція на травму визначається тривалими фізіологічними змінами, що мають варіабельний характер і залежать від темпераменту індивіда. Відповідно до актуальних даних під час стресового впливу відбувається збільшення вмісту норепінефрину, що призводить до підвищення рівня плазматичного катехоламіну, зменшення рівня норадреналіну, дофаміну, серотоніну у головному мозку, а також до зростання рівня ацетилхоліну, який спричиняє беззаспокійливий ефект, що опосередковується ендogenousними опіоїдами [9, 20, 33, 48]. Зниження рівня норадреналіну та дофаміну корелює із станом психічного заціпеніння, що, за думкою дослідників Р. Ліфтона, М. Горовиць та Б. Гріін, відіграє ключову роль у синдромі реакції на стрес [56, 72, 73]. Беззаспокійливий ефект, спричинений ендogenousними опіоїдами, може спричинити виникнення опіоїдної залежності та пошук ситуацій, схожих на травматичну. Зниження рівня серотоніну інгібує роботу системи, яка пригнічує продовження поведінки, що

призводить до генералізації умовної реакції на пов'язані з первісним стресором стимули [73, с. 436-448]. Зниження роботи гіпокампу, в свою чергу, спричиняє амнезію стосовно конкретного травматичного досвіду [1, 62].

Недоліком цих моделей є той факт, що здебільшого дослідження проводились на тваринах або в лабораторних умовах. Вони також не враховують залежності психофізіологічної реакції від когнітивного опосередкування, яке було доведено у досліджах Р. Лазаруса [71, 40, 46].

Згідно з інформаційною моделлю ПТСР, стрес визначається як сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами суб'єкта. Це призводить до інформаційного перевантаження, де необроблена інформація переходить зі свідомості до несвідомого, проте залишається активною. Згідно з універсальним принципом уникнення болю, особа намагається зберегти цю інформацію у несвідомому. Однак, згідно з тенденцією до завершення, травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. Після завершення цього процесу досвід інтегрується у структурі особистості. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структурі особистості, а травма більше «не зберігається в активному стані». Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку. Такий феномен реагування – це нормальна реакція на шоковую інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та блокуючими опрацювання інформації [38, 45, 53].

Значення соціальних умов, зокрема фактору соціальної підтримки, у подоланні ПТСР, відображено в психосоціальних моделях. За психосоціальним підходом модель реагування на травму є багатфакторною, тому важливо враховувати вплив кожного фактору на розвиток стресової реакції. Інформаційна модель ПТСР М. Горовиця ґрунтується на психосоціальній моделі ПТСР [45, 53, 56].

Прихильники психосоціального підходу відзначають важливість урахування таких факторів навколишнього середовища, як фактори соціальної

підтримки, релігійні переконання, демографічні характеристики, культурні особливості, наявність або відсутність додаткових стресорів тощо. Деякі умови, що сприяють інтенсифікації ПТСР, включають ступінь суб'єктивності сприйняття ситуації як загрозливої, об'єктивність реальної загрози для життя, наближеність до місця трагічних подій, ступінь страждання близьких суб'єкта [8, 19, 37].

Ці дані мають особливе значення, в контексті дітей. Коли батьки реагують на події надто емоційно, навіть якщо вони не мають незворотніх наслідків, це може подвоїти почуття психологічної небезпеки для дитини [19, 37, 60].

Також нами було розглянуто комплексний підхід до реабілітації осіб, які страждають від ПТСР після бойових дій, на основі досвіду Ізраїлю [58, 60]. Цей підхід підкреслює, що кожна особа володіє внутрішніми ресурсами або стратегіями копіngu, які допомагають виживати під час стресу. Кожна особистість формує власну унікальну модель подолання труднощів, яка постійно вдосконалюється протягом життя. М. Лаад, крім практичних аспектів, надає теоретичне обґрунтування своєї моделі, що стосується реабілітації після стресових ситуацій [70, с. 273-280].

Історія психології охоплює різноманітні шляхи дослідження та спроби пояснити, як людина виходить із стресових та травматичних ситуацій. Деякі наукові роботи ставили за мету надати загальне тлумачення цього явища, тоді як інші аналізували конкретні аспекти копіngu в контексті різних психологічних теорій. В. Коширець та М. Мушкевич виділяють наступні підходи надаючи їх детальний аналіз [48].

Емоційний підхід наголошує на значущості емоційного світу, що включає в себе як внутрішній (підсвідомість), так і зовнішній аспекти (проекція і трансфер). Згідно з теорією З. Фрейда, початкові емоційні переживання, конфлікти та фіксації суттєво впливають на формування особистості та сприйняття світу. У рамках психоаналітичної теорії, психологічна травма виступає як результат невдачі у витісненні складних

емоційних переживань у підсвідомість. Іншими словами, травматичний досвід не інтегрується в особистісну історію, і тому залишається активним, намагаючись виразитися на поверхню. Цей вияв може мати символічну, неявну для свідомості форму; розуміння символічного змісту передбачає емоційне звільнення [36, 52, 73].

Соціальний підхід у психології акцентує увагу на впливі суспільства і соціального середовища на аспекти взаємодії та протистояння людини зі світом. А. Адлер у своїй теорії переглянув погляди З. Фрейда на біологічну детермінацію людської психіки та сформулював теорію індивідуальної психології, в якій людина розглядалася не лише як біологічна, але й як соціальна істота. Так згідно з А. Адлером, для пояснення психічних процесів та поведінки індивіда важливо встановлення його цільової установки, що часто залишається неусвідомленою. Ця цільова установка визначає «життєвий план» людини, який формується і реалізується людиною, визначаючи тривалу стратегічну спрямованість її поведінки. Отже, А. Адлер аргументує пріоритетність соціальної мотивації людини у її діяльності [53, 56, 58, 61].

Е. Еріксон, поділяючи погляди А. Адлера, розробив теорію восьми етапів розвитку особистості, де відзначив взаємозв'язок міжособистісних стосунків та розвитком людини, що служить шляхом подолання стресових станів [67, с. 386].

М. І. Мушкевич та С. Є. Чагарна аналізують підхід когнітивно-поведінкової психології, який поєднує два ключові напрями в психологічних дослідженнях: когнітивний та поведінковий [34, с. 248-283]. Вони розглядають емоційні реакції та психічні розлади через призму когнітивних структур і актуальних когнітивних навичок, набутих у минулому, де думка виступає як проміжна змінна. В рамках когнітивної теорії, фахівці вважають, що емоційні та поведінкові проблеми особистості виникають в результаті порушень когнітивних процесів. З іншого боку, поведінкові теорії розглядають невротичні стани та травматичні прояви поведінки як наслідок розвитку неадаптивної поведінки протягом онтогенезу [34, 48].

Останнім часом спостерігається значний інтерес до ресурсного підходу, який бере свій початок у гуманістичній психології. Центральним елементом цього підходу є аналіз того, як люди долають складні життєві ситуації, які особистісні якості та ресурси використовують для подолання стресу та негативних подій у власному житті [4, 6, 17, 19, 23].

Особисті ресурси розглядаються як широкий спектр явищ, що пов'язані зі сталим розвитком та психологічним самопочуттям. Це всі можливості, засоби та джерела, що доступні людині і допомагають задовольнити основні потреби: здоров'я, психологічне самопочуття, безпеку, включеність у суспільство, повагу соціуму та самореалізацію [4, 17, 27, 34].

У сучасній психології поняття «ресурси» було розвинуто в дослідженнях таких вчених, як К. О. Абульханова-Славська, В. О. Бодров., Н. Є. Водоп'янова, Л. І. Дементій, О.О. Сергієнко, А. М. Фомінова та інші. Наприклад, В. О. Бодров розглядає ресурси в контексті розвитку теорії психологічного стресу, де вони визначаються як фізичні та духовні можливості людини, мобілізація яких забезпечує виконання програми і стратегій поведінки для подолання стресу [30, 45, 48, 57]. Представники зазначеного підходу вважають, що психологічні ресурси становлять реальний потенціал для подолання негативних життєвих подій. Психологічні ресурси розглядаються як внутрішні та зовнішні складові, які сприяють психологічній стійкості в стресових ситуаціях, включаючи емоційні, мотиваційно-вольові, когнітивні та поведінкові аспекти, які активізуються людиною для адаптації до стресу [33, 38].

Ще одним важливим етапом у роботі з особами з ПТСР є соціальна допомога. Це обширний спектр заходів спрямованих на успішну інтеграцію таких осіб у соціальне життя та взаємодію з суспільством. Він може включати наступне:

1. Психосоціальну підтримку – надання психологічної та емоційної підтримки для зменшення впливу ПТСР на соціальні та міжособистісні відносини [8, 51, 60]

2. Тренінги та психоедукацію – проведення навчальних заходів для осіб з ПТСР та їхніх родин з метою розвитку навичок копіngu, вирішення конфліктів та підтримки психічного здоров'я. [9, 10, 46]

3. Професійна реабілітація – допомога у пошуку роботи, перекваліфікації або отриманні навичок, необхідних для успішного працевлаштування [21, 42, 43].

4. Соціальна інтеграція – створення сприятливих умов для участі осіб з ПТСР у громадському житті та розвитку позитивних соціальних зв'язків.

5. Життєве консультування – надання підтримки у вирішенні побутових питань та організації повсякденного життя [8, 51].

Якщо говорити про досвід різних країн у методах допомоги особам з ПТСР. То варто відзначити одну з провідних ізраїльських програм, спрямованих на подолання психологічних наслідків війни, зокрема ПТСР. Ця програма створена Центром психотравми Ізраїлю METIV та має назву «Мир розуму» [21, 42]. Керівники програми підкреслюють, що щорічно тисячі мешканців країни зіштовхуються з проблемою ПТСР. Для подолання розладу учасників програми відправляють в єврейські громади за межами країни де вони в спокійній атмосфері під супроводом психіатрів та психологів проходять курс лікування і реабілітації. Здебільшого учасниками програми стають військовослужбовці та ветерани, адже незважаючи на загальноприйняте уявлення про «витривалого» ізраїльського солдата, віддалені наслідки стресу у цієї категорії осіб спостерігаються [7, 45, 60].

У США було створено Національний Центр ПТСР при Департаменті у справах ветеранів США, який спільно забезпечує доступ до даних щодо ПТСР та розробив низку мобільних додатків, які сприяють підвищенню рівня обізнаності серед населення країни, надають певні рекомендації щодо самодопомоги, а також користувачі можуть отримати у застосунку психологічну підтримку [7, 60]. Серед програм самодопомоги розроблених цим центром відзначимо наступні:

«PTSD Coach» – цей додаток сприяє усвідомленню проблеми та допомагає в управлінні симптомами, пов'язаними з ПТСР [60, 73];

«PTSD Family Coach» – розроблений для підтримки членів сімей тих, хто стикнувся з ПТСР [45, 52];

«Vet Change» – спрямований на ветеранів та військовослужбовців, схильних до зловживання алкоголем. Тому додаток допомагає контролювати залежність із врахуванням посттравматичного стресу та стимулює розвиток здорових звичок [43, 48];

«Управління гнівом» – мобільний додаток AIMS, розроблений для ветеранів та військовослужбовців, але використовується також широкою аудиторією для вирішення проблеми гніву. Він надає можливість знаходити підтримку, розробляти плани управління гнівом, відстежувати гнів, тощо [38, 43].

Ще однією популярною програмою в США є інтегрована програма «Project 2.0», яка спрямована на надання допомоги особам з ПТСР у кількох аспектах: 1) підтримка осіб з ПТСР, що передбачає їхнє залучення до різних спортивних спільнот, оскільки виявлено, що участь у групових заняттях фітнесом сприяє керуванню симптомами ПТСР; 2) розвиток навичок роботи в команді, що передбачає підтримку та залучення до відповідальності за власні цілі за допомогою колективної роботи та товариства, яке сприяє досягненню цих цілей; 3) розвиток особистості, який полягає у розкритті власного потенціалу через поступові кроки у бізнесі за допомогою індивідуального коучингу [45, 46]. Загалом ця програма пропонує комплексний підхід до підтримки ветеранів, охоплюючи різні аспекти їхнього фізичного та психологічного благополуччя.

Ще одним цікавим і ефективним проектом в США є програма реабілітації осіб з ПТСР під назвою «Freedom K9», яка відрізняється своєю унікальністю через залучення спеціально навчених собак у процес лікування та реабілітації. Дослідження показали, що такі службові собаки значно зменшують симптоми ПТСР і, у деяких випадках, можуть повністювилікувати

людину від цього розладу, хоча цей процес вимагає багато часу. У рамках організації діють волонтери та кваліфіковані фахівці, які тренують собак окремо для кожної особи, яка бере участь у програмі, враховуючи всі тригери та симптоми цієї людини, і вчать собаку нейтралізувати ці симптоми у специфічний спосіб. Фахівці зауважують, що кожен раз, коли цикл травми переривається, симптоми ПТСР стають менш вираженими. Загалом, такі навчені службові собаки виконують завдання, спрямовані на переривання посиленого циклу ПТСР в лімбічній системі, включаючи панічні атаки та нічні страхи. Організація також навчає ветеранів та військовослужбовців з ПТСР методам самодопомоги у процесі власного одужання. Програма передбачає співпрацю собак та їхніх власників, що дозволяє застосовувати унікальний практичний та науковий підхід до зцілення від ПТСР [46, 49, 54, 58, 60].

У Великобританії задля допомоги людям які потребують психологічної допомоги створено телефони довіри, та громадські організації, які працює над підвищенням та дестигматизацією ПТСР [49, 60, 73].

Емоційні реакції на травматичні події в країні набули високого пріоритету після катастроф, що відбулися у 1980-х роках, включаючи пожежу на футбольному стадіоні Бредфорда та затоплення парому «Геральд» [49, 54, 73]. Після кожної з цих подій фахівці, що займаються психологічною підтримкою, розробили служби для надання допомоги постраждалим та їх лікування [49, 54].

Після дослідження потреб військових, що брали участь у бойових діях в Кувейті та Іраку, Міністерство охорони здоров'я створило дві національні лікувальні установи (на короткострокових контрактах) для надання допомоги та сприяння розвитку психологічної та психіатричної допомоги у Великобританії. Відтоді такі спеціалізовані центри по всій країні розвинулися, утворивши модель співпраці, наприклад, через «UK Trauma Group» [42, 43]

Враховуючи вище сказане логічним є висновок, що найбільш ефективним у наданні допомоги особам з ПТСР є комплексний підхід, який включає психіатричну, психологічну та соціальну допомогу. Зазначена

мультидисциплінарна модель враховує всі аспекти життєдіяльності пацієнтів та їх близьких. Це особливо важливо, оскільки дозволяє враховувати і залучати в терапевтичний процес всі аспекти особистості хворих, формуючи на цій основі високий рівень мотивації до позитивних змін, розвиваючи свідоме ставлення до лікування та відповідальність за свою поведінку.

Проте з досвіду інших країн ми бачимо, що більш важливим аспектом є попередження виникнення ПТСР, що досягається шляхом підвищення рівня обізнаності громадян, створення ліній довіри, додатків для телефону, за допомогою яких особа може швидко знайти необхідну інформацію, а за потреби звернутися за допомогою всього в один клік.

Висновки до першого розділу

Проаналізовано наукові надбання щодо вивчення поняття стресу та травми: Л. Кітаєва-Смика, І. Малкіна-Пиха, В. Ромека, Е. Крепеліна, Г. Сельє, З. Фрейда тощо. Досліджено роботи: Б. Бадмаєв, Е. Бернштейна О. Гордєєва, В. Доморацький, М. Зеленова, Д. Калшед, О. Лазєбна, М. Магомед-Емінов, В. Моляко, Ф. Патнем, Я. Подоляк, А. Пушкарьов, М. Решетніков, О. Столярєнко, С. Сукіасян, Н. Тарабрина, які присвячені дослідженню різних аспектів вивчення процесу виникнення і протікання посттравматичного стресового розладу та його механізмів. Проаналізовано роботи, які були спрямовані на дослідження наслідків бойових психічних травм під час воєнних конфліктів: Р. Абдурахманов, К. Аймедов, Ю. Асєєва, П. Будьоний, О. Друзь, В. Березовець, С. Захарик, П. Левін, Р. Кєслєра, В. Стасюк, О. Толмачов, І. Черненко тощо.

За результатами аналізу наукових надбань, ми прийшли до висновку, що в нормальному процесі життєдіяльності короткостроковий стрес – мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню, адаптації людини до мінливих умов, а травматичний стрес – виснажує, вичерпує ресурси людини та зменшує адаптаційні можливості. А травматичний стрес – це не просто сильна емоційна реакція, це глибокий злам у психологічній та фізіологічній системі людини, що виникає, коли стресогенний фактор перетворюється на руйнівну силу, перенавантажуючи психіку людини виснажуючи фізіологічні та адаптаційні ресурси особистості, руйнує механізми психологічного захисту, викликаючи тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного дисбалансу в організмі.

ПТСР – це психічний розлад, який розвивається після пережитої тяжкої, травматичної події або екстремальної стресової ситуації. Цей розлад являє собою неспокійну реакцію, яка виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу, такого як природні та техногенні катастрофи, бойові дії, перебування на території воєнних дій, пережиття тортур, зґвалтування, терористичної акти тощо

Згідно міжнародних класифікаторів хвороб відокремлюють наступні основні форми перебігу цього захворювання: гострий, хронічний, деформаційний та відстрочений. Кожна із яких має свою симптоматику та динаміку перебігу й потребує вчасного діагностування і професійного лікування та супроводу під час реабілітації чи відновлення.

Аналізуючи теоретичні надбання сучасних науковців нами виявлено, що перебування осіб в умовах бойових дій призводить до зростання частоти проявів таких феноменів як стрес, психологічна травматизація та ПТСР. Даним поняттям позначають зміни в емоційному та фізіологічному стані організму, які з'являються у відповідь на інтенсивні не притаманні для людини подразники. Перебування в умовах тривалого та інтенсивного стресу викликає дисбаланс у фізіологічних та психологічних функціях, негативно впливаючи на стан здоров'я, працездатність та взаємини з оточуючими. Травматичні події, екстремальні кризові ситуації, загрози для власного життя або життя близьких виступають як стресори. Ці події спершу порушують почуття безпеки особистості, спричиняючи переживання травматичного стресу. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому ПТСР, який являє собою неспокійну реакцію, що виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу.

Вивченням ПТСР з позиції мультидисциплінарного підходу на сьогоднішній день займаються: К.В. Аймедов, Ю.О. Асєєва, П.В. Будьоний, О.В. Друзь, А.М. Кожина, Н.О. Марута, М.М. Решетніков, В.Г. Ротштейн, Н.В. Тарабріна, І.О. Черненко та інші. У своїх роботах вони підкреслюють необхідність врахування індивідуальних психологічних і фізіологічних, соціальних, економічних факторів, та інших об'єктивних умов, в яких проживається травматична ситуація, з урахуванням тривалості впливу, частоти, повторюваності протягом життя, особистісного сприйняття важкості та непереносимості травмуючої події.

Узагальнення теоретичних досягнень Л. Анциферової, Р.Р. Грінкера, Дж. П. Шпігеля та інших у вивченні впливу психотравми на психічне здоров'я

людини дозволило нам систематизувати психотравматичні події, які призводять до розвитку ПТСР, за наступними ознаками: інтенсивність (інтенсивними (сильними) та неінтенсивними (помірними)); термін дії (короткочасні, довготривалі); значущість (вагому значимість для особи, впливає частково, впливає опосередковано на інтереси особи); раптовість (шоковими (несподіваними) чи ймовірно передбачуваними); походження (природна, техногенна, спричинена діяльністю людини, яка у свою чергу може бути навмисною або ненавмисною); ймовірність виникнення (невірогідними, маловірогідними, вірогідними або цілком вірогідними); розвиток напруженості (зростаючими, стабільними, з тенденцією до зниження); фізичні наслідки (відсутність чи наявність фізичних та тілесних пошкоджень (важкі, середні, легкі); наявність підсилюючих факторів (реальна загроза життю, втрата працездатності, втрата соціальних зв'язків, невизначеність майбутнього, недостатність медичної допомоги та соціальної підтримки тощо); участь (із безпосередньою участю, спостерігач (свідком), сталий об'єкт опосередкованого впливу). Ця класифікація не є вичерпною та може бути доповненою й іншими факторами. З урахуванням поєднання різноманітних факторів: демографічних характеристик, індивідуальних особливостей та соціально-психологічних чинників, можливо вказати на багатогранність варіацій різноманітного ступеню травматизації та сили впливу для кожної конкретної особистості та можливої вірогідності виникнення ПТСР у кожної конкретної особи.

На сьогодні вчені розробили модель подвійного ризику для пояснення розвитку ПТСР. Відповідно до неї, для виникнення розладу потрібна одночасна присутність двох факторів: впливу травматичної події та індивідуальної вразливості. Слід зауважити що в експериментальних дослідженнях доведено – чим вищий рівень одного із факторів, тим менший вплив потрібен іншому для розвитку ПТСР. Таким чином, можна вказати, що ПТСР не є наслідком слабкості, здебільшого це складна реакція на

травматичний досвід, зумовлена взаємодією стресогенних факторів та індивідуальної вразливості.

До негативних впливів ПТСР на психіку людини віднесено: підвищений рівень агресії та роздратування; зловживання ПАР; надмірна та підвищена пильність, яка найчастіше проявляється в фізичній напрузі; підвищена тривожність; страхи та фобії; порушення пам'яті та концентрації уваги; гіперболізованість реакцій; порушення сну, притуплення емоційної сфери; несподівані напади роздратування та люті тощо.

Таким чином, виникнення ПТСР у кожної конкретної особи визначається взаємодією специфічних параметрів травматичної події, демографічних характеристик, особистісних особливостей та соціально-психологічних чинників. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку ПТСР, можуть мати різне походження та вираженість симптомів, які призводять до значних змін у функціональному стані психічної діяльності. Характерним є поява виражених негативних емоцій, таких як тривога, страх, важка розумова і фізична втома. ПТСР набуваючи хронічного характеру, охоплює практично всі аспекти життєдіяльності індивіда, включаючи міжособистісні відносини, фізичне та психічне здоров'я, самооцінку, професійну діяльність тощо.

Науковцями виділено групу ризику серед представників певних професій які найбільш схильні до виникнення синдрому ПТСР. До них відносяться: 1) працівники медичної служби, які вимушені бути присутніми при різних катастрофічних ситуаціях; 2) рятувальники, яким доводиться постійно перебувати в екстремальних та небезпечних для життя умовах, рятуючи людей; 3) журналісти та інші представники інформаційної сфери, які також здебільшого знаходяться в епіцентрі екстремальних ситуацій; 4) безпосередньо самі учасники екстремальних подій і члени їх сімей.

На сьогоднішній день спостерігався перехід від виключно медичної парадигми надання допомоги психічно хворим до біопсихосоціальної, на якій базується сучасна тактика терапії і реабілітації. У рамках біопсихосоціальної

моделі при наданні допомоги застосовуються наступні етапи: медико-психіатричний; психотерапевтичний та психологічний та соціальний.

Медико-психіатричний (біологічний) етап лікування ПТСР включає психофармакотерапію для стабілізації психічного стану осіб, а також за необхідності застосування біологічних методів впливу у разі тяжкого перебігу розладу.

Надання психологічної допомоги – має на меті попередження розпаду сімей, збереження соціальних зв'язків та допомогу у подоланні почуттів провини, безнадійності та неприязні. Психотерапія також підсилює ефективність біологічних та психіатричних методів лікування. Існує декілька теоретичних моделей роботи з травмою та наданням психологічної допомоги включаючи: психодинамічний, психоаналітичний, когнітивний, психосоціальний та психобіологічний (психофізіологічний) підходи..

Значення соціальних умов, зокрема фактору соціальної підтримки, у подоланні ПТСР, відображено в психосоціальних моделях. За психосоціальним підходом модель реагування на травму є багатофакторною, тому важливо враховувати вплив кожного фактору на розвиток стресової реакції. Прихильники психосоціального підходу відзначають важливість урахування таких факторів навколишнього середовища, як фактори соціальної підтримки, релігійні переконання, демографічні характеристики, культурні особливості, наявність або відсутність додаткових стресорів тощо. Деякі умови, що сприяють інтенсифікації ПТСР, включають ступінь суб'єктивності сприйняття ситуації як загрозливої, об'єктивність реальної загрози для життя, наближеність до місця трагічних подій, ступінь страждання близьких суб'єкта.

Ще одним важливим етапом у роботі з особами з ПТСР є соціальна допомога – це обширний спектр заходів спрямованих на успішну інтеграцію таких осіб у соціальне життя та взаємодію з суспільством. Включає наступне: психосоціальну підтримку; тренінги та психоедукацію; професійну реабілітацію; соціальну інтеграцію; життєве консультування.

Останнім часом спостерігається значний інтерес до ресурсного підходу, який бере свій початок у гуманістичній психології. Центральним елементом цього підходу є аналіз того, як люди долають складні життєві ситуації, які особистісні якості та ресурси використовують для подолання стресу та негативних подій у власному житті. Особисті ресурси розглядаються як широкий спектр явищ, що пов'язані зі сталим розвитком та психологічним самопочуттям. Це всі можливості, засоби та джерела, що доступні людині і допомагають задовольнити основні потреби: здоров'я, психологічне самопочуття, безпеку, включеність у суспільство, повагу соціуму та самореалізацію [4, 17, 27, 34].

Розуміння етіології ПТСР та клінічних симптомів, синдромів та механізмів виникнення цього розладу є критичним для розробки ефективних методів діагностики, лікування та попередження цього розладу. Нові дослідження в галузі нейробіології, психології травми та інших галузей науки які вивчають вплив стресу на організм людини допомагають розвивати нові підходи до лікування і підтримувати тих, хто страждає від ПТСР. Вдосконалення діагностики та лікування ПТСР значно підвищує якість життя та здоров'я населення, а також дозволяє знизити вартість медичної допомоги та соціальних послуг, пов'язаних із цим розладом.

Отже, перебування населення в умовах військових конфліктів розглядається фахівцями як гостра стресова подія, яка має винятковий характер. Реальний вплив війни перевершує будь-які аналогії з природними катаклізмами або техногенними катастрофами. Це опосередковано не лише масштабістю та руйнівною силою військових конфліктів, але й їх психологічною складністю в контексті заподіяння людських страждань.

Найбільш значущим фактором психотравмуючого впливу війни, що в подальшому тягне за собою розвиток ПТСР, визначається тривалість перебування осіб в умовах затяжного стресу, інтенсивність переживань індивіда спричинених військовими діями корелює з негативним змінами у психічному благополуччі, емоційних станах та фізичному здоров'ї. Особливо

небезпечними є відстрочені наслідки війни. Ці наслідки впливають на психологічну стійкість, світогляд, стабільність цінностей тощо. Наприклад, серед тих, хто був учасником бойових подій, виникає прагнення до швидких та простих рішень, а також спостерігається збільшення рівня агресивності настроїв, іноді з можливим вирішенням конфліктів нелегітимними методами, включаючи застосування сили та зброї [20 с. 107].

З огляду на це, можемо зазначити, що військові конфлікти спричиняють виникнення як індивідуальної так і колективної травматизації осіб які перебували на територіях бойових дій або ж відчували загрозу власному життю та здоров'ю.

РОЗДІЛ 2.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНИХ ПРОФЕСІЙ

2.1. Дизайн експериментального дослідження

Для вирішення поставлених завдань використовувались такі теоретичні методи як теоретико-методологічний аналіз, що базується на узагальненні, синтезі, та зіставленні наявних сучасних соціальних, психологічних, медичних науково-методичних видань. Серед емпіричних методів було використано наступне: спостереження, бесіду, психодіагностичне тестування. Також було використано математично-статистичні методи обробки даних, за допомогою програм SPSS 21.0 та Microsoft Excel.

Дані, що були одержані протягом підготовчого етапу були використані для: виділення актуального наукового завдання та ретельного ознайомлення з його проблематикою; розробки та обґрунтування актуальності теми, формулювання мети, гіпотез, завдань, об'єкта, предмета дослідження, а також дизайну роботи (матеріал, структура та обсяг вибірки, принцип формування груп, методи дослідження й аналізу отриманих даних).

Результати інформаційно-теоретичного аналізу наукових літературних джерел, проведеного на першому етапі, лягли в основу розділу I нашої роботи та, зокрема дозволили обґрунтувати особливості посттравматичного стресового розладу у представників різних професій, як об'єкту дослідження.

Підготовчий етап дослідження включав оцінку ступеню валідності, достатності та необхідності найпоширеніших методів діагностики. З дотриманням принципів біоетики та деонтології, нами було опитано 68 осіб, у віці від 25 до 45 років, які були представниками медичної та наукової галузі. До групи (ЛПЛ) увійшли лікарі першої ланки КНП «Центр первинної медико-соціальної допомоги №2» Одеської міської ради у кількості 32 осіб, до групи (НПС) яка складалась із представників науково-педагогічного складу

Одеського національного економічного університету у кількості 36 осіб. Діагностика ПТСР проводилася відповідно до симптоматики визначеної у МКХ-10 та у відповідності із рекомендаціями зазначеними у протоколах МОЗ України, в яких рекомендованим психодіагностичним тестом на визначення наявності ПТСР відзначено – Міссісіпську шкалу ПТСР (цивільний варіант) [49, с. 438-452], а також за допомогою наступного рекомендованого психодіагностичного інструментарію: Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. В. Бойко) [18, с. 60-62]; Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised - SCL-90-R) [47, 49].

Умови проведення роботи відповідали загальноприйнятим нормам етики та моралі, вимогам дотримання прав людини, особистісних інтересів всіх учасників дослідження. Всі опитані були ознайомлені з темою, метою та методами даного дослідження.

У дослідженні прийняли участь лише ті особи, які дали згоду та відповідали нижченаведеним критеріям включення: мали здатність усвідомити дані, наведені в інформованій згоді для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках; підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

За результатами проведеного психодіагностичного дослідження було отримано певний масив даних якій було проаналізовано за допомогою математично-статистичних методів. На основі отриманих масивів було проведено якісний аналіз та описано особливості посттравматичного стресового розладу у представників різних професій.

На останньому етапі було узагальнено та систематизовано сучасні науково-методологічні знання з проблеми профілактики, лікування та психологічної корекції й супроводу осіб з ПТСР.

Для забезпечення високої надійності результатів методологічного та теоретичного підґрунтя нашого дослідження була чітко сформована мета й обґрунтовані використані відповідні методи згідно із поставленим завданнями

дослідження. Методи дослідження є логічно зв'язаними та відповідають поставленим цілям.

Крім того, для забезпечення надійності результатів використано якісні та кілька методів аналізу емпіричних даних, що дозволило отримати більш повний та об'єктивний огляд досліджуваного явища. Кількісний аналіз забезпечив статистичну підтримку для отриманих результатів, тоді як якісний аналіз може допоміг розкрити глибинні аспекти явища та контекстуальні особливості.

Усі ці підходи разом сприяли забезпеченню високої надійності результатів дослідження та довіри до отриманих висновків.

2.2. Особливості ПТСР у представників різних професій

У зв'язку із тривалим воєнним конфліктом на території нашої держави, відзначаються різні форми прояву ПТСР серед представників різноманітних професій. Тривалий стрес спричинений воєнними діями в першу чергу негативно впливає на осіб які безпосередньо щодня контактують із населенням. В наукових дослідженнях сьогодення особливу увагу приділяють військовослужбовцям, поліції, рятувальникам, особам які займаються порятунком (представників служб МЧС України), військовим лікарям, тобто працівникам екстремальних професій та професій які часто або навіть щодня знаходяться у ситуаціях високого стресу та травматичних подій, що безпосередньо впливає на характеристики, прояви та взагалі етіологію ПТСР у них. Однак досліджень впливу бойового конфлікту на викладачів та лікарів першої ланки, які працюють на територіях і з мирним населенням, майже не має. Дослідження в цій області дозволить визначити особливості симптомів, реакцій та стратегій копінгу при пролонгованому стресі у представників професійних груп, що спрямовані на постійну міжособистісну комунікацію.

Розуміння особливостей ПТСР у представників різних професій допоможе розробити ефективніші методи діагностики та лікування, а також розробити програми психологічної підтримки та профілактики для

конкретних категорій професіоналів. Такий підхід сприятиме поліпшенню психічного здоров'я та підвищенню ефективності професійної діяльності цих осіб.

Із аналізу світового досвіду та поодиноких досліджень проведених на території України можна відзначити, що лікарі та педагоги, які проживають та працюють в умовах війни протягом тривалого часу, також мають різні прояви ПТСР через специфічність їхньої професійної діяльності та емоційне навантаження, яке вони зазнають.

У лікарів першої ланки прояви ПТСР виникають на тлі, травматичних ситуацій, з якими вони стикаються у своїй роботі під час прийому пацієнти розповідають свої історії життя, втрати, які вони перенесли, уламкові поранення від розбитих вікон та інші травми які вони отримали підчас бомбардувань місця їх проживання, масова травматизація мирного населення, інколи і неможливість надання необхідної медичної допомоги, особам яких багато років супроводжуєш як сімейний лікар, негативно впливає на їх психічний стан. Також до особливих професійних чинників лікарів першої ланки можна віднести: стрес через втрату пацієнтів, втрату власного відчуття безпеки та страх за життя й здоров'я не лише своєї сім'ї а і пацієнтів та своїх колег. Так, наприклад, із досліджень проведених у 2019–2021 рр. в Сирії виявлено, що 72 % лікарів після бойових дій мають прояви ПТСР, в Іраку – 58 % лікарів мають такі прояви [17, 37]. В дослідженнях проведених нашими співвітчизниками у 2023 році Українським науково-дослідним інститутом соціальної та судової психіатрії та наркології, показало, що 65% лікарів першої ланки, які працюють на окупованих територіях, мають симптоми ПТСР [38, 45, 46]. А в 2022 році дослідженнях проведене Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького, показало, що 47% лікарів першої ланки мають прояви ПТСР [52, 54, 61]. Що засвідчує що тривалість конфлікту негативно впливає на ментальне здоров'я лікарів, які працюють із мирним населенням має тенденцію до збільшення кількості осіб які страждають від симптомів ПТСР.

Стосовно науково-педагогічного складу, можливо зазначити, що вони у свою, можуть зазнавати емоційного стресу через вплив воєнних подій на дітей та молодь, яку вони виховують. Вони можуть спостерігати та відчувати страх, тривогу та неспокій за благополуччя та психічне здоров'я своїх учнів, особливо коли, бомбардування припадає на навчальний час у закладах освіти, оскільки в ці години вони несуть відповідальність за життя та здоров'я своїх учнів, а також можуть самі стикатися зі смертю або травмами своїх учнів чи колег.

В поодиноких дослідження проведених у США та Канаді після розстрілів учнів у школах у 2019 році, в Канаді, показало, що 22% викладачів мають симптоми ПТСР, пов'язані з професійним стресом, а у 2020 році (США) – що 30% викладачів.

В Україні, у 2018 році Дослідження, проведене Харківським національним університетом імені В.Н. Каразіна, показало, що 27% викладачів ВНЗ мають симптоми ПТСР, пов'язані з професійним вигоранням в цей період бойовий конфлікт стосувався лише зони ООС (АТО) [48, с. 121-123]., а у 2022 році дослідження, проведене Київським національним університетом імені Тараса Шевченка, показало, що 43% викладачів ВНЗ мають симптоми ПТСР, пов'язані з початком повномасштабного вторгнення [9, 56].

Отже, хоча лікарі та педагоги можуть зазнавати подібних стресових ситуацій у зоні військового конфлікту, їхні прояви ПТСР можуть виявитися в різних симптомах та емоційних реакціях через специфіку їхньої професійної діяльності та взаємодії з травматичними подіями.

На першому етапі нашого констатуючого експерименту ми продіагностували за допомогою Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (цивільний варіант) 68 осіб – представників медичної та наукової галузі. До групи (ЛПЛ) увійшли лікарі першої ланки КНП «Центр первинної медико-соціальної допомоги №2» Одеської міської ради у кількості 32 осіб, до групи (НПС) яка складалась із представників науково-педагогічного складу Одеського національного економічного університету у

кількості 36 осіб. Обрана нами методика дозволяє виявити рівні адаптації до складних травматичних подій. Результатами представлено у таблиці 2.1 та на малюнку 2.1

Таблиця 2.1

**Особливості розладів адаптації
за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу**

Рівні розладу адаптації	Сума балів	ЛПЛ (у %)	НПС (у %)
Добре адаптовані	≤ 76	21,88	25,00
Розлади адаптації	77-97	31,25	38,89
Підозра на ПТСР	≥ 98	46,88	36,11

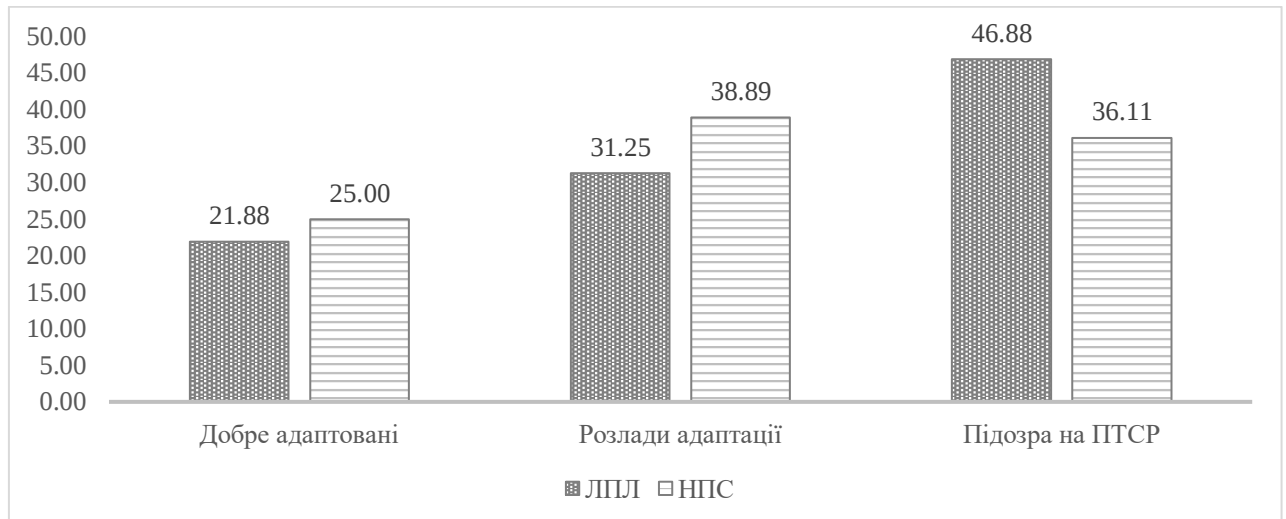


Рис. 2.1 Рівні адаптивності респондентів

Порівнюючи результати між групами ЛПЛ та НПС, видно, що обидві групи мають схожі тенденції в рівнях розладу адаптації. Проте, серед ЛПЛ вищий відсоток осіб з підозрою на ПТСР – 46,88% опитаних, порівняно з НПС – 36,11% опитаних. Наявність такої ознак ПТСР свідчить, що понад 35 % педагогів та понад 45 % лікарів мають стійкі порушення сну, страждають від неконтрольованих появ повторних спогадів про травмуючу подію, доволі часто відчувають гіперзбудженість та тривожність. Науково-педагогічний склад, з іншого боку, має вищий відсоток осіб з розладами адаптації НПС –

38,89% опитаних, порівняно з лікарями першої ланки ЛПЛ – 31,25% опитаних. Обидві групи показують схожі рівні достатньої адаптації до складних й мінливих умов життя (ЛПЛ – 21,88% опитаних та НПС – 25,00% опитаних). Тобто після двох років воєнних дій лише понад 20 % опитаних успішно справляється зі стресом та демонструє стійкість у виконанні своїх обов’язків. Саме цей незначний відсоток може володіти ефективними стратегіями адаптації та копінгу, які дозволяють їм не зважаючи на складні життєві обставини та напруження на роботі пов’язані із постійними бойовими діями залишатись у стабільному психологічному стані.

Слід пам’ятати, що розподіл рівнів ПТСР та розладів адаптації може також відображати й соціальні фактори, такі як травматичні події у минулому, соціальна ситуація та доступ до ресурсів для психологічної допомоги.

Можливо вказати, що лікарі мають більш виражений клінічний прояв симптоматики ПТСР, при цьому це досить високий відсоток – понад 45 %, що вказує на необхідність подальших досліджень та актуалізацію питання про розробку профілактичних заходів, спеціальних програм підтримки та реабілітації для лікарів які працюють в умовах бойових дій; на необхідність індивідуальної психосоціальної допомоги для учасників цієї групи.

Розлади адаптації мають понад 30 % нашої вибірки, що вказує на прояви такої симптоматики, як порушення сну, що виражається як в безсонні так і кошмарних сновидіннях, емоційні стани не стабільні, схильні до прояві гніву, не зрозумілого почуття роздратованості, однак при такому ступені вираженості ознак ПТСР виявлені клінічні порушення мають транзиторну форму прояву, отже симптоми поки що нестійкі, спливають у свідомості та поведінці не систематично та не дуже часто і можуть не привертати увагу самих лікарів чи викладачів. Така симптоматика може бити ними пояснена для себе як перевтома, випадковість чи іншим способом. Отже і ця група респондентів потребує підтримки та уваги, залученості до профілактичних та підтримуючих їх ментальне здоров’я заходів.

Отже, отримані данні вказують на необхідність проведення систематичної діагностики психологічних станів науково-педагогічних працівників та лікарів першої ланки, розробки індивідуального психотерапевтичного втручання або медичної допомоги для цієї групи. Переважання певних рівнів ПТСР та розладів адаптації може вказувати на потребу у різних клінічних підходах та інтервенціях для кожної групи.

Такого роду скринінгові зрізи стану ментального здоров'я та більш детальні експериментальні дослідження для цієї групи фахівців міжособистісної галузі нададуть важливу та актуальну інформаційні для більш глибокого розуміння психологічного стану та потреб освітян та медичних працівників з різних точок зору, що може бути використано для подальшого розвитку індивідуальних підходів до психотерапевтичної, психосоціальної та клінічної практики.

На наступному етапі виявлення індивідуально-психологічних характеристик фахівців різного профілю, ми зупинились на більш детальному дослідженні рівня фрустрації, обравши методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана у модифікації В.В. Бойка [18, с. 60-62] (таб. 2.2 та рис. 2.2.)

Таблиця 2.2

Рівень соціальної фрустрації у респондентів

Рівень соціальної фрустрації	ЛПЛ		НПС	
	п	%	п	%
дуже високий рівень фрустрації	12	37,50	11	30,56
підвищений рівень фрустрації	10	31,25	13	36,11
помірний рівень фрустрації	5	15,63	5	13,89
невизначений рівень фрустрації	3	9,38	4	11,11
знижений рівень фрустрації	2	6,25	3	8,33
дуже низький рівень	0	0,00	0	0,00
відсутність фрустрації	0	0,00	0	0,00

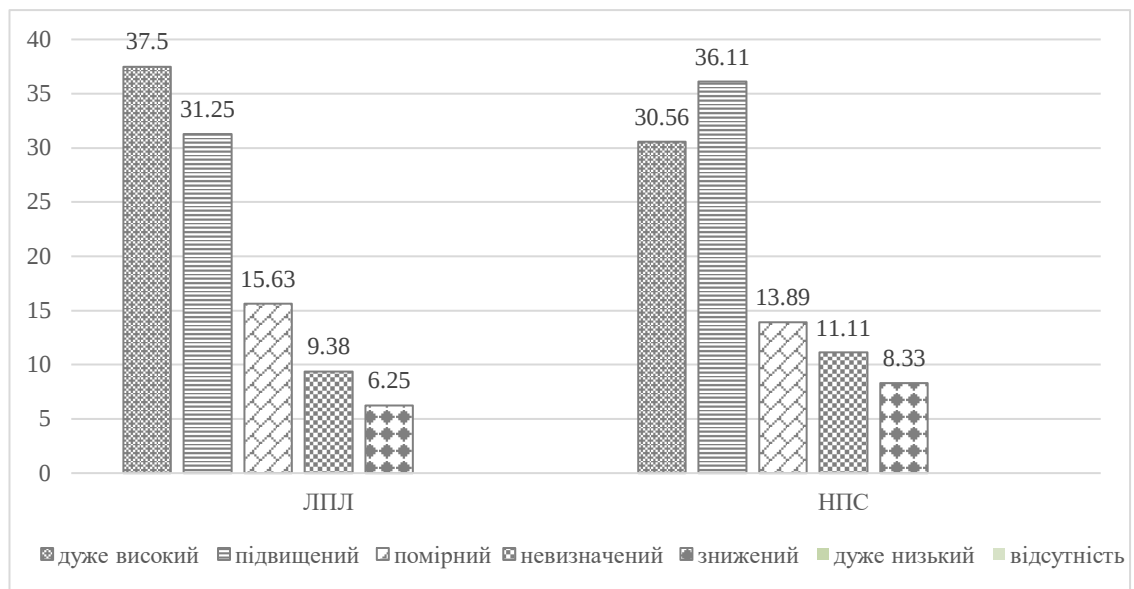


Рис.2.2. Результати визначення рівня соціальної фрустрації у фахівців різних професій

Проаналізувавши отримані данні можна зазначити, що обох групах опитаних високий рівень соціальної фрустрації (дуже високої та підвищеної) перевищує в кожному випадку 30%, це може бути пов'язано з високим рівнем відповідальності, непередбачуваністю у роботі та вимогою до професійних здібностей.

Дуже високий рівень спостерігається серед ЛПЛ – 37,50 % опитаних, а серед НПС – 30,56 % опитаних, при цьому лікарі першої ланки більш незадоволені своїм становищем, відчувають більший рівень стресу та фрустрації, а ніж науково-педагогічний склад, різниця складає 7 %. Підвищений рівень соціальної фрустрації виявлено у 31,25 % опитаних групи ЛПЛ, а серед групи НПС склав 36,11 % опитаних, різниця між групами склала майже 5%, та вказує на те, що педагоги мають більш підвищений рівень фрустрації, а ніж лікарі. Такі показники підвищеного рівня фрустрації можуть вказувати на потребу у додатковій підтримці та ресурсах для подолання стресових ситуацій у робочому середовищі, особливо у складних умовах роботи під час повномасштабного вторгнення.

Виявлені високі рівні фрустрації викликають занепокоєння оскільки більше 60 % лікарів та педагогів відчують значний рівень стресу, знаходяться у пригніченому стані, відчують безсилля, безнадійність, що може призводити до дезорганізації свідомості, при цьому діяльність може відбуватися за інерцією, можуть почати розвиватись депресивні стани. Отже, нормальне ментальне здоров'я цих фахівців знаходиться під загрозою та потребує уваги психологів та психотерапевтів.

Помірний рівень соціальної фрустрації виявлено, серед 15,63 % опитаних із групи ЛПЛ та у 13,89 % опитаних групи НПС, що вказує на наявність певного стресу та незадоволеності, однак у цих фахівців, він ще не доходить до руйнівного ступеню прояву, але може викликати неусвідомлену дратівливість, відчуття втоми, зниженого настрою тощо.

Невизначений та знижений рівень фрустрації майже не перевищують 10 %. Невизначений рівень фрустрованості виявлено у 9,38 % лікарів, а у педагогів він склав 11,11 % опитаних. Такий рівень соціальної фрустрації може вказувати на те, що деякі працівники відчують незрозумілість чи невпевненість у своєму професійному середовищі. Низький рівень демонструють 6,25 % опитаних лікарів першої ланки та у 8,33 % опитаних педагогів. Знижений рівень фрустрації, хоча нижчий, також може свідчити про певний рівень стресу чи незадоволення серед працівників. Дуже низький та відсутність фрустрації не виявлено в жодного із представників цих професій.

Такі показники можуть свідчити про досить напружену та стресову ситуацію, з якою стикаються лікарі та педагоги під час воєнних дій. Хоча невизначений та знижений рівень фрустрації не перевищують 10%, це все ще вказує на те, що серед представників цих професій є особи, які можуть відчувати невизначеність, незадоволення чи стрес. Все це вказує на необхідність психологічної підтримки та стратегій самозахисту для працівників, щоб допомогти їм подолати стресові ситуації та впоратися з невизначеністю, що супроводжує війну.

З метою визначення наявності психопатологічної симптоматики серед працівників міжособистісної сфери, було використано, опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Derogatis) [47, 49], що надало змогу відокремити наступні індивідуально-психологічні характеристики: соматизації, міжособистісної депресії, ворожості, фобічної тривожності, параноїдальних тенденцій, психотизму; а також визначити за узагальненими шкалами другого порядку, загальний індекс тяжкості симптомів, індекс наявного симптоматичного дистресу та загальні показники (рис 2.3)

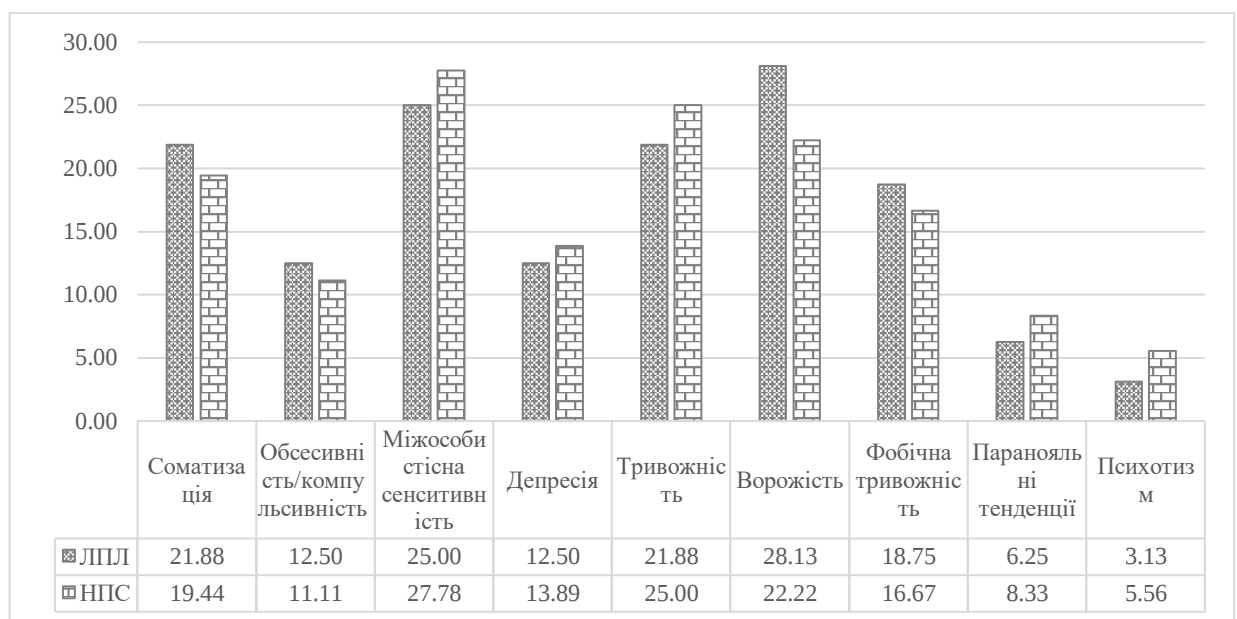


Рис. 2.3. Результати дослідження основних симптоматичних розладів у представників різних професій

За отриманими даними можна зробити наступний порівняльний аналіз отриманих даних. Обидві групи мають схожий рівень соматизації, проте серед лікарів першого ланка (ЛПЛ) вона трохи вища (21,88% порівняно з 19,44% серед науково-педагогічного складу – НПС). Рівень obsесивності – компульсивності майже однаковий в обох груп (ЛПЛ – 12,50%, НПС – 11,11%). У науково-педагогічного складу вищий рівень міжособистісної чутливості (27,78% порівняно з 25,00% серед лікарів першого ланка). Обидві групи мають схожі показники депресії та тривожності (ЛПЛ – 12,50% та 21,88 %, НПС –

13,89% та 25,00 %, відповідно). Серед лікарів першого ланка вищий рівень ворожості (28,13% порівняно з 22,22% серед науково-педагогічного складу). Показники фобічної тривожності також схожі, проте трохи вищі серед лікарів першого ланка (ЛПЛ –18,75%, НПС –16,67%). Паранояльні тенденції та психотизм (ЛПЛ –6,25% та 3,13 %, НПС –8,33% та 5,56 %, відповідно) незначно вищі у науково-педагогічного складу порівняно з лікарями першого ланка.

Отже, виявлені різниці в рівнях психічних симптомів можуть вказувати на різні стратегії пристосування та способи впливу на роботу та життя у військових умовах для цих двох груп. Так у лікарів першої ланки спостерігається помірний рівень соматизації (15,63% опитаних), це може свідчити про те, що вони можуть бути більш уражені стресом, пов'язаним із фізичним здоров'ям пацієнтів, або самі переживають фізичний дискомфорт унаслідок викликів їх професії. Вищий рівень obsесивності-компульсивності (ЛПЛ – 28,13% опитаних) вказує на їхню тенденцію до перфекціонізму або потребу в упорядкуванні різних аспектів свого життя та роботи. Виявлений середній рівень міжособистісної сенситивності (21,88% опитаних) може вказувати на їхню тенденцію до переживання дискомфорту у міжособистісних відносинах чи невпевненості у власних здібностях чи може бути показником сумнівів щодо професіоналізму в якихось рішеннях. У лікарів першого ланки також спостерігається низький рівень депресії (12,50% опитаних), що може свідчити про їх високу стійкість та оптимізм у вирішенні життєвих проблем. Рівень тривожності серед лікарів є помірним (21,88% опитаних), це може бути пов'язано зі стресом та відповідальністю, пов'язаною з їхньою професією. Ворожість у лікарів першого ланки вища (15,63% опитаних), що може бути спричинено стресом на роботі та невпевненістю у власних здібностях. Фобічна тривожність у лікарів помірна (18,75% опитаних), що може свідчити про їхню схильність до страху та невпевненості у важливих ситуаціях. Лікарі першого ланка мають низький рівень паранояльних симптомів (6,25% опитаних) та

психотизму (3,13% опитаних), що свідчить про їхню реалістичність, стабільність та розсудливість у сприйнятті дійсності.

Зважаючи на вищенаведені данні розглянемо характеристики для науково-педагогічного складу (НПС) у них спостерігається низький рівень соматизації (11,11% опитаних), що може свідчити про те, що вони рідко переживають фізичний дискомфорт чи стурбованість щодо свого фізичного стану. Рівень obsесивно-компульсивних розладів також є низьким (11,11% опитаних), що свідчить про відсутність значних тенденцій до перфекціонізму чи неспроможності керувати своїми діями. НПС мають середній рівень міжособистісної сенситивності (22,22% опитаних), що може вказувати на їхню тенденцію до переживання дискомфорту в міжособистісних відносинах або невпевненості у власних здібностях, особливо в порівнянні з іншими. Рівень депресії серед НПС також є низьким (13,89% опитаних), що може свідчити про їхню високу стійкість та оптимізм у вирішенні життєвих проблем. Серед них спостерігається помірний рівень тривожності (25,00% опитаних), що може бути пов'язане зі стресом та відповідальністю, пов'язаною з їхньою професією.

Ворожість у НПС нижча (22,22% опитаних), ніж у лікарів першої ланки, це може вказувати на більш конструктивний підхід до міжособистісних конфліктів та взаємодії. Рівень фобічної тривожності серед НПС також є помірним (16,67% опитаних), що може свідчити про їхню схильність до страху та невпевненості у важливих ситуаціях. Паранояльні симптоми у НПС є помірними (8,33% опитаних), що вказує на їхню реалістичність та розсудливість, але також про певну ступінь підозрілості та недовіри. Рівень психотизму серед НПС є дуже низьким (5,56% опитаних), що свідчить про їх стабільність та нормальність у сприйнятті дійсності.

Такі відмінності можуть виникати із-за різних стресових ситуацій та специфіки робочого середовища кожної із груп. Також це може вказувати на різницю у психологічних стратегіях пристосування та реакціях на стресові ситуації між цими двома групами. Наприклад, для лікарів може бути

характерною більша турбота про здоров'я та стан пацієнтів, що може відображатися у збільшенні компульсивних та фобічно-тривожних симптомів. З іншого боку, у науково-педагогічного складу може бути більша спрямованість на міжособистісні відносини та соціальну взаємодію, що впливає на збільшення показників тривожності та міжособистісної чутливості.

Ці дані можуть допомогти зрозуміти, які аспекти ментального здоров'я переважають у науково-педагогічного складу, та виявити можливі напрямки психологічної підтримки та розвитку для цієї групи.

2.3. Світовий досвід психопрофілактичних та психокорекційних програм для осіб із проявами ПТСР

На сьогоднішній день практично у всьому світі люди відчують наслідки різноманітних екстремальних ситуацій, зокрема воєнних конфліктів які створюють ряд викликів і загроз соціопсихологічного характеру. Тому більшість країн фокусують свою увагу на розробці нових ефективних методів профілактики та психокорекції ПТСР [38, с.46].

Вчені дійшли висновку, що робота з попередження ПТСР базується на мультидисциплінарній методології та включає медичні, психологічні та соціальні інтервенції. Основними стратегіями профілактики ПТСР є розробка та впровадження скринінгових програм для раннього виявлення психічних дисфункцій у потерпілих внаслідок екстремальних подій різного походження, а також систематичний моніторинг здоров'я осіб, що належать до груп з підвищеним ризиком.

Профілактичні заходи мають бути адаптованими до конкретних груп населення, на які вони спрямовані, а саме: 1) представники професій з підвищеним ризиком: співробітники структурних підрозділів державної служби з надзвичайних ситуацій, працівники правоохоронних органів, військовослужбовці, шахтарі, медичні працівники; 2) населення, що перебуває в регіонах з високим ризиком природних катастроф або на територіях проведення воєнних дій; 3) інші соціальні групи населення.

У своїх роботах О. Л. Туриніна зазначає, що для працівників професій з підвищеним ризиком розвитку ПТСР, важливими заходами профілактики є: високий рівень професійної підготовки, включаючи навчання з питань безпеки, захисту здоров'я та діяльності в екстремальних умовах [11, с. 384]; заходи, спрямовані на формування готовності до реагування в стресових ситуаціях [50, с.15]; розвиток нервово-психічної стійкості, яка допомагає протистояти стресовим ситуаціям та підвищує рівень адаптації до них; освоєння методів психогігієни з метою запобігання виникненню психічних розладів та підвищення загального благополуччя; проведення обов'язкової медико-психологічної реабілітації після закінчення роботи у зоні ризику [56, с.64-65].

Важливим аспектом профілактичної роботи є покращення інформаційної обізнаності з питань впливу стресорів на організм та типових методів самодопомоги у подоланні тривожних станів та стресу. Окрім того, в контексті воєнних подій, велику роль відіграє надання кваліфікованої психологічної допомоги в перші декілька тижнів після психологічної травматизації з використанням індивідуальних та групових форм роботи

Багато країн використовують різні терміни для опису ПТСР у солдатів і цивільного населення, таких як «невидимі рани війни», «тимчасовий розлад відновлення» або «природна реакція на ситуації, які несуть загрозу життю». Це допомагає відмовитися від стигматизації ПТСР як психічного розладу і непереборної хвороби, яку деякі можуть вважати «смертельним вироком для психічного здоров'я». Такий підхід підкреслює можливість адаптації організму до стресових умов і важливість підтримки й відновлення психічного здоров'я у ветеранів, учасників бойових дій; осіб що перебували на територіях із активними бойовими діями чи пережили природні катастрофи та інші особи що пережили сильні травматичні події.

Хоча оцінка реальних результатів таких програм, з точки зору зміни сприйняття в суспільстві, ускладнена, експерти погоджуються з необхідністю включення комплексних загальнонаціональних комунікаційних стратегій у

відповідні урядові стратегії України. Ці стратегії повинні бути спрямовані на створення адекватного інформаційного середовища, яке б сприяло мотивації суспільства піклуватися про власне психологічне та психічне благополуччя і змінити своє ставлення до осіб, що страждають від ПТСР [9, 11, 27, 46].

У розробці та впровадженні програм з підвищення обізнаності громадськості щодо ветеранів та проблем ПТСР загалом безперечним лідером є США. Більшість таких ініціатив здійснюються державними установами, зокрема Міністерствами оборони, охорони здоров'я та соціальними службами Сполучених Штатів. Однак, частково такі програми започатковують різні громадські організації [9, 11].

Відзначимо декілька інформаційних кампаній запроваджених у США з метою едукації населення щодо ПТСР:

Програма «Реальні війни» (RWC) яка є масштабною ініціативою, що спрямована на підвищення усвідомленості про проблеми психічного здоров'я серед цивільного населення, військових, ветеранів та їхніх сімей, які стикаються з травмами війни [24, 36, 46]. Основними цілями цієї програми було спростування стигматизованих уявлень про психічне здоров'я та його лікування, а також сприяння створенню культури турботи про психічне здоров'я.

Наступна програма яка заслуговує на увагу – це «Національний місяць одужання», ініційована Управлінням служби лікування наркозалежності та психічних розладів (Department of Health & Human Services), проводиться з метою усвідомлення американцями масштабності проблеми вживання психоактивних речовин та порушень які пов'язані із психічним здоров'ям. Метою є інформування громадян про можливість одужання осіб що страждають від психічних розладів та вживанням психоактивних речовин [9, 54].

У Великій Британії діє ініціатива «Велика біла стіна», яка є онлайн-службою ранньої інтервенції для громадян, які перебувають у стані психологічного стресу [62, 46].

Також в рамках імплементації на український простір можливо розглянути досвід Ізраїлю, який постійно вдосконалює свої державні програми з ментального здоров'я. Основними принципами ізраїльського підходу до профілактики та пом'якшення наслідків ПТСР, а також до розвитку стійкості на загальнонаціональному рівні:

1. Віра в те, що кожного можна навчити надавати допомогу іншим.
2. Використання мови та інструментів які не дискримінують осіб з ПТСР для уникнення стигматизації.
3. Застосування цілісного підходу.
4. Максимальне залучення тих, хто може надавати емоційну підтримку.
5. Забезпечення всебічної підтримки з боку держави для осіб, які беруть участь у проектах, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я країни.
6. Використання каскадної моделі навчання, щоб люди могли самі навчати інших [56, 62].

Ще одним розповсюдженим превентивним заходом вважається проведення дебрифінгу для осіб, які отримали травматичний досвід внаслідок певної екстремальної ситуації (теракт, обстріл, стихійне лихо), метою проведення дебрифінгів є зменшення психологічних страждань.

Оптимальним періодом для проведення дебрифінгу вважаються перші 48 годин після події. Хоча можливе обговорення і в подальшому, проте з часом спогади стають менш чіткими. У випадку значної віддаленості в часі, для відтворення подій можна використовувати відеозаписи, якщо такі доступні [13, 57, 62, 64].

Говорячи про психокорекцію ПТСР зазначимо, що в сучасній українській психології спостерігається відсутність чіткого розмежування між поняттями психотерапія та психокорекція. Відзначимо, що психокорекція при ПТСР тісно взаємодіє з процесом психотерапії, використовуючи ті ж методики (когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація і десенсибілізація рухом очей (EMDR), раціонально-емоційна поведінкова терапія (РЕПТ), травмофокусована терапія та експозиційна терапія). Однак аналіз думок

різних науковців (А. Ехлерс, Р. БRADLEY, Д. Кларка, С. Тайлор та інших) свідчить, що нетравмофокусовані методи роботи мають меншу ефективність порівняно з методами розробленими безпосередньо для використання у роботі з травмою [9, 13, 31, 34].

Травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та EMDR вважаються науковою спільнотою найбільш ефективними у роботі з ПТСР та рекомендуються такими провідними організаціями як Американська психологічна асоціація, Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії та Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США [3, 13, 34, 42].

Грузинські фахівці серед методів психотерапії для психологічного супроводу рекомендують використання раціональної терапії, аутогенне тренування, NLP-терапію, поведінкову терапію, ігрову терапію, арттерапію, бібліотерапію та зміцнення вірою [13, 42].

Психотерапевтична робота з особами, які пережили психологічно травмуючі події, передбачає декілька послідовних стадій, а саме: встановлення довірливого контакту; процес травмо центрованої терапії; відокремлення від травми.

Під час психологічного супроводу особи з ПТСР важливо враховувати наступні психокорекційні стратегії:

- Процес психокорекційного впливу має бути спрямованим на допомогу особам з ПТСР, розуміти, що їхні реакції є нормальними у контексті тих стресових подій з якими вони зіткнулись. Оскільки екстремальність пережитих ситуацій виходять за межі звичайного людського досвіду, і це призводить до появи незрозумілих, важких реакцій та переживань. Процес нормалізації відчуттів та переживань людини сприяє запобіганню подальшої травматизації через хворобливі симптоми, а та стимулює активізацію їхніх особистісних ресурсів [23, 27].

- Підтримка та розширення адаптивних навичок «Я», що включає застосування різноманітних психокорекційних методик, таких як: зменшення зовнішніх вимог, спрямованих на особистість; зменшення рівня внутрішньої напруги шляхом систематичної; тренінги з релаксації для сприяння відновленню психічних і фізичних ресурсів; використання технік відновлення особистісних ресурсів з метою зміцнення психологічної стійкості та самовпевненості [19, 28, 41].

- Заміна атрибуції змісту – центральною ідеєю є заміна вмісту, пов'язаного з психотравматичною ситуацією, та її наслідками. Ключовою передумовою для успішного психокорекційного процесу є створення відчуття контролю над травмою. Науковці розглядають це відчуття як провідну ціль, на досягнення якої повинні спрямовуватися всі психотерапевтичні втручання [28, 41].

- Робота з уникненням ситуацій та місць, що асоціюються у особи з психотравматичним досвідом, оскільки отриманий травматичний досвід залишається непереробленим через «уникання», і набуває хворобливого характеру. Уникання стає додатковою проблемою, що поглиблює симптоматику ПТСР [3, 9, 13, 31].

У корекційній роботі з ПТСР доцільно використовувати методи орієнтовані на відреагування «законсервованих» емоційних переживань індивіда, пов'язаних зі спогадами про пережиту психотравму; усвідомлення та розуміння подій, які викликали змінений психічний стан, переосмислення того, що відбулося, як частини власного досвіду; активізацію поведінки, необхідної для подолання негативних наслідків стресу.

Підсумовуючи можемо зазначити, що більшість науковців сходиться в думці, що профілактичні та психокорекційні заходи повинні базуватися на мультидисциплінарній методології яка включає медичні, психологічні та соціальні інтервенції. Основними стратегіями профілактики ПТСР є розробка та впровадження скринінгових програм для раннього виявлення психічних дисфункцій у потерпілих внаслідок екстремальних подій, катастроф та

бойових дій, а також систематичний моніторинг здоров'я осіб, що належать до груп з підвищеним ризиком.

Визначається, що профілактичні заходи мають бути адаптованими до конкретних груп населення, на які вони спрямовані. Окрім того, з метою боротьби зі стигматизованим сприйняттям ПТСР у багатьох європейських країнах проводяться інформаційні кампанії основними цілями яких є переосмислення цих уявлень та формування культури турботи про психічне здоров'я серед громадян.

В контексті психокорекційної роботи з ПТСР переважна частина провідних психотерапевтичних організацій рекомендує використання таких методів як травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та EMDR. Проте ці рекомендації не виключають використання у роботі з ПТСР інших терапевтичних напрямів та методів.

Під час психологічного супроводу особи з ПТСР важливо допомогти їй усвідомити адекватність своїх реакцій у стресових ситуаціях; спрямовувати роботу на підтримку та розширення адаптивних навичок «Я»; Заміна атрибуції змісту травматичної ситуації та робота з уникненням ситуацій та місць, що асоціюються з психотравматичним досвідом.

Висновки до другого розділу.

Із аналізу світового досвіду та поодиноких досліджень проведених на території України можна відзначити, що лікарі та педагоги, які проживають та працюють в умовах воєнного стану протягом тривалого часу, також мають різні прояви ПТСР через специфічність їхньої професійної діяльності та емоційного навантаження, якого вони зазнають.

У лікарів першої ланки прояви ПТСР виникають на тлі, травматичних ситуацій, з якими вони стикаються у своїй роботі під час прийому пацієнти розповідають свої історії життя, втрати, які вони перенесли, уламкові поранення від розбитих вікон та інші травми які вони отримали підчас бомбардувань місця їх проживання, масова травматизація мирного населення, інколи і неможливість надання необхідної медичної допомоги, особам яких багато років супроводжуєш як сімейний лікар, негативно впливає на їх психічний стан. Також до особливих професійних чинників лікарів першої ланки можна віднести: стрес через втрату пацієнтів, втрату власного відчуття безпеки та страх за життя й здоров'я не лише своєї сім'ї а і пацієнтів та своїх колег. Так, наприклад, в дослідженнях проведених нашими співвітчизниками у 2023 році Українським науково-дослідним інститутом соціальної та судової психіатрії та наркології, показано, що 65% лікарів першої ланки, які працюють на окупованих територіях, мають симптоми ПТСР [38, 45, 46]. А в 2022 році дослідженнях проведене Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького, показало, що 47% лікарів першої ланки мають прояви ПТСР [52, 54, 61]. Це засвідчує що тривалість конфлікту негативно впливає на ментальне здоров'я лікарів, які працюють із мирним населенням має тенденцію до збільшення кількості осіб які страждають від симптомів ПТСР.

Стосовно науково-педагогічного складу, можливо зазначити, що вони можуть зазнавати емоційного стресу через вплив воєнних подій на дітей та молодь, яку вони виховують. Вони можуть спостерігати та відчувати страх, тривогу та неспокій за благополуччя та психічне здоров'я своїх учнів,

особливо коли, бомбардування припадає на навчальний час у закладах освіти, оскільки в ці години вони несуть відповідальність за життя та здоров'я своїх учнів, а також можуть самі стикатися зі смертю або травмами своїх учнів чи колег.

В поодиноких дослідженнях проведених в Україні, у 2018 році наприклад, Харківським національним університетом імені В.Н. Каразіна, доведено, що 27% викладачів ЗВО мають симптоми ПТСР, пов'язані з професійним вигоранням в цей період бойовий конфлікт стосувався лише зони ООС (АТО) [48, с. 121-123]., а у 2022 році дослідження, проведене Київським національним університетом імені Тараса Шевченка, показало, що 43% викладачів ЗВО мають симптоми ПТСР, пов'язані з початком повномасштабного вторгнення [31, с 2-3].

Отже, хоча лікарі та педагоги можуть зазнавати подібних стресових ситуацій у зоні військового конфлікту, їхні прояви ПТСР можуть виявитися в різних симптомах та емоційних реакціях через специфіку їхньої професійної діяльності та взаємодії з травматичними подіями.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології, нами було опитано 68 осіб, у віці від 25 до 45 років, які були представниками медичної та наукової галузі. До групи (ЛПЛ) увійшли лікарі першої ланки КНП «Центр первинної медико-соціальної допомоги №2» Одеської міської ради у кількості 32 осіб, до групи (НПС) яка складалась із представників науково-педагогічного складу Одеського національного економічного університету у кількості 36 осіб. Діагностика ПТСР проводилася відповідно до симптоматики визначеної у МКХ-10 та у відповідності із рекомендаціями зазначеними у протоколах МОЗ України, в яких рекомендованим психодіагностичним тестом на визначення наявності ПТСР відзначено – Міссісіпську шкалу ПТСР (цивільний варіант) [49, с. 438-452], а також за допомогою наступного рекомендованого психодіагностичного інструментарію: Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. В. Бойко) [18, с. 60-62]; Опитувальник вираженості

психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised - SCL-90-R) [47, 49].

На основі отриманих масивів було проведено якісний аналіз та описано особливості ПТСР у представників різних професій.

Порівнюючи результати дослідження особливостей розладів адаптації за Міссісіпською шкалою ПТСР (цивільний варіант) можливо вказати, що між групами ЛПЛ та НПС є певні схожі тенденції в рівнях розладу адаптації. Проте, серед ЛПЛ вищий відсоток осіб з підозрою на ПТСР – 46,88% опитаних, порівняно з НПС – 36,11% опитаних. Наявність такої ознаки ПТСР свідчить, що понад 35 % педагогів та понад 45 % лікарів мають стійкі порушення сну, страждають від неконтрольованих появ повторних спогадів про травмуючу подію, доволі часто відчують гіперзбудженість та тривожність. Науково-педагогічний склад, з іншого боку, має вищий відсоток осіб з розладами адаптації (НПС – 38,89% опитаних), порівняно з лікарями першої ланки (ЛПЛ – 31,25% опитаних). Обидві групи показують схожі рівні достатньої адаптації до складних й мінливих умов життя (ЛПЛ – 21,88% опитаних та НПС – 25,00% опитаних). Тобто після двох років воєнних дій лише понад 20 % опитаних успішно справляється зі стресом та демонструє стійкість у виконанні своїх обов'язків. Саме цей незначний відсоток може володіти ефективними стратегіями адаптації та копіngu, які дозволяють їм не зважаючи на складні життєві обставини та напруження на роботі пов'язані із постійними бойовими діями залишатись у стабільному психологічному стані.

Проаналізувавши отримані данні щодо ознак фрустрації можна зазначити, що в обох групах опитаних високий рівень соціальної фрустрації (дуже високої та підвищеної) перевищує в кожному випадку 30%, це може бути пов'язано з високим рівнем відповідальності, непередбачуваністю у роботі та вимогою до професійних здібностей.

Дуже високий рівень спостерігається серед ЛПЛ – 37,50 % опитаних, а серед НПС – 30,56 % опитаних, при цьому лікарі першої ланки більш незадоволені своїм становищем, відчують більший рівень стресу та

фрустрації, а ніж науково-педагогічний склад, різниця складає 7 %. Підвищений рівень соціальної фрустрації виявлено у 31,25 % опитаних групи ЛПЛ, а серед групи НПС склав 36,11 % опитаних, різниця між групами склала майже 5%, та вказує на те, що педагоги мають більш підвищений рівень фрустрації, а ніж лікарі. Такі показники підвищеного рівня фрустрації можуть вказувати на потребу у додатковій підтримці та ресурсах для подолання стресових ситуацій у робочому середовищі, особливо у складних умовах роботи під час повномасштабного вторгнення. Помірний рівень соціальної фрустрації виявлено, серед 15,63 % опитаних із групи ЛПЛ та у 13,89 % опитаних групи НПС, це вказує на наявність певного стресу та незадоволеності, однак у цих фахівців, він ще не доходить до руйнівного ступеню прояву, але може викликати неусвідомлену дратівливість, відчуття втоми, зниженого настрою тощо. Хоча невизначений та знижений рівень фрустрації не перевищують 10%, все це вказує на те, що серед представників цих професій є особи, які можуть відчувати невизначеність, незадоволення чи стрес.

Виявлені високі рівні фрустрації викликають занепокоєння оскільки більше 60 % лікарів та педагогів відчувають значний рівень стресу, знаходяться у пригніченому стані, відчувають безсилля, безнадійність, що може призводити до дезорганізації свідомості, при цьому діяльність може відбуватися за інерцією, можуть почати розвиватись депресивні стани. Отже, нормальне ментальне здоров'я цих фахівців знаходиться під загрозою та потребує уваги психологів та психотерапевтів.

З метою визначення наявності психопатологічної симптоматики серед працівників міжособистісної сфери, було використано, опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Derogatis) [47, 49]. Аналізуючи отримані результати можна відзначити, що в обох групах спостерігається певний рівень різних психічних симптомів, проте це не виявляється як загальна тенденція для обох груп. Лікарі першої ланки (ЛПЛ) мають вищий рівень ворожості (28,13% опитаних), соматизації (21,88%

опитаних) та тривожності (21,88% опитаних). Серед лікарів також спостерігається помірний рівень obsесивно-компульсивних симптомів (12,50 % опитаних). Можливо відзначити що на відміну від науково-педагогічного складу лікарі першої ланки мають найнижчий рівень паранояльних тенденцій (6,25% опитаних) та психотизму (3,13% опитаних).

Розглядаючи результати отримані від науково-педагогічного складу (НПС) можливо відзначити, що вони виявляють вищий рівень міжособистісної ченситивності (27,78% опитаних) та депресії (13,89% опитаних). Також педагоги мають нижчий рівень ворожості (22,22% опитаних) та тривожності (25,00% опитаних) порівняно з ЛПЛ. Серед науково-педагогічного складу спостерігається помірний рівень obsесивно-компульсивних симптомів (11,11% опитаних) та фобічної тривожності (16,67% опитаних), при цьому вони мають найвищий рівень паранояльних тенденцій (НПС – 8,33% опитаних) та психотизму (НПС– 5,56% опитаних) порівняно з ЛПЛ.

Отже, отримані данні вказують на необхідність проведення систематичної діагности психологічних станів науково-педагогічних працівників та лікарів першої ланки, розробки індивідуального психотерапевтичного втручання або медичної допомоги для цієї групи. Переважання певних рівнів ПТСР та розладів адаптації вказує на потребу у різних клінічних підходах та інтервенціях для кожної групи.

Такого роду скринінгові зрізи та психодіагностичні дослідження стану ментального здоров'я для цих груп фахівців міжособистісної галузі нададуть важливу та актуальну інформаційні для більш глибокого розуміння психологічного стану та потреб освітян й медичних працівників з різних точок зору, що може бути використано для подальшого розвитку індивідуальних підходів до психотерапевтичної, психосоціальної та клінічної практики.

Враховуючи це, вкрай важливо, щоб профілактика та психокорекція ПТСР базувалась на мультидисциплінарній методології яка включає медичні, психологічні та соціальні інтервенції. Основними стратегіями профілактики ПТСР є розробка та впровадження скринінгових програм для раннього

виявлення психічних дисфункцій у потерпілих внаслідок екстремальних, критичних та воєнних подій, а також систематичний моніторинг здоров'я осіб, що належать до груп з підвищеним ризиком.

Профілактичні заходи мають бути адаптованими до конкретних груп населення, на які вони спрямовані. Так для працівників професій з підвищеним ризиком розвитку ПТСР, важливими заходами профілактики є: високий рівень професійної підготовки, формування готовності до реагування в стресових ситуаціях; розвиток психічної стійкості; освоєння методів психогігієни; проведення обов'язкової медико-психологічної реабілітації після закінчення роботи у зоні ризику. Окрім того, з метою боротьби зі стигматизованим сприйняттям ПТСР у багатьох країнах проводяться інформаційні кампанії спрямовані на переосмислення цих уявлень та формування культури турботи про ментальне здоров'я.

В контексті психокорекційної роботи з ПТСР більшість психологічних асоціацій рекомендує використання таких методів як травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та EMDR. Проте ці рекомендації не виключають використання інших терапевтичних напрямів та методів.

Під час психологічного супроводу особи з ПТСР важливо допомогти їй усвідомити адекватність своїх реакцій у стресових ситуаціях; спрямовувати роботу на підтримку та розширення адаптивних навичок «Я»; замінити атрибуції змісту травматичної ситуації та приділити належну увагу роботі з тригерами (ситуації та місця, що асоціюються з психотравматичним досвідом).

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано наукові надбання щодо вивчення поняття стресу та травми: Л. Кітаєва-Смика, І. Малкіна-Пиха, В. Ромека, Е. Крепеліна, Г. Сельє, З. Фрейда тощо. Досліджено роботи: Б. Бадмаєв, Е. Бернштейна О. Гордєєва, В. Доморацький, М. Зеленова, Д. Калшед, О. Лазебна, М. Магомед-Емінов, В. Моляко, Ф. Патнем, Я. Подоляк, А. Пушкарьов, М. Решетніков, О. Столяренко, С. Сукіасян, Н. Тарабрина, які присвячені дослідженню різних аспектів вивчення процесу виникнення і протікання посттравматичного стресового розладу та його механізмів. Проаналізовано роботи, які були спрямовані на дослідження наслідків бойових психічних травм під час воєнних конфліктів: Р. Абдурахманов, К. Аймедов, Ю. Асєєва, П. Будьоний, О. Друзь, В. Березовець, С. Захарик, П. Левін, Р. Кеслера, В. Стасюк, О. Толмачов, І. Черненко тощо.

За результатами аналізу наукових надбань, ми прийшли до висновку, що в нормальному процесі життєдіяльності короткостроковий стрес – мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню, адаптації людини до мінливих умов, а травматичний стрес – виснажує, вичерпує ресурси людини та зменшує адаптаційні можливості. Травматичний стрес – це не просто сильна емоційна реакція, це глибокий злам у психологічній та фізіологічній системі людини, що виникає, коли стресогенний фактор перетворюється на руйнівну силу, перенавантажуючи психіку людини виснажуючи фізіологічні та адаптаційні ресурси особистості, руйнує механізми психологічного захисту, викликаючи тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного дисбалансу в організмі.

ПТСР – це психічний розлад, який розвивається після пережитої тяжкої, травматичної події або екстремальної стресової ситуації. Цей розлад являє собою неспокійну реакцію, яка виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу, такого як природні та техногенні катастрофи,

бойові дії, перебування на території воєнних дій, пережиття тортур, зґвалтування, терористичної акти тощо

Згідно міжнародних класифікаторів хвороб відокремлюють наступні основні форми перебігу цього захворювання: гострий, хронічний, деформаційний та відстрочений. Кожна із яких має свою симптоматику та динаміку перебігу й потребує вчасного діагностування і професійного лікування та супроводу під час реабілітації чи відновлення.

Аналізуючи теоретичні надбання сучасних науковців нами відзначено, що перебування осіб в умовах бойових дій призводить до зростання частоти проявів таких феноменів як стрес, психологічна травматизація та ПТСР. Даним поняттям позначають зміни в емоційному та фізіологічному стані організму, які з'являються у відповідь на інтенсивні не притаманні для людини подразники. Перебування в умовах тривалого та інтенсивного стресу викликає дисбаланс у фізіологічних та психологічних функціях, негативно впливаючи на стан здоров'я, працездатність та взаємини з оточуючими. Травматичні події, екстремальні кризові ситуації, загрози для власного життя або життя близьких виступають як стресори. Ці події спершу порушують почуття безпеки особистості, спричиняючи переживання травматичного стресу. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому ПТСР, який являє собою неспокійну реакцію, що виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу.

2. Проаналізувавши сучасні дослідження психологічних та медико-соціальних наслідків перебування осіб в умовах воєнного стану, ми прийшли до висновку, що вивченням ПТСР з позиції мультидисциплінарного підходу на сьогоднішній день займаються: К.В. Аймедов, Ю.О. Асєєва, П.В. Будьоний, О.В. Друзь, А.М. Кожина, Н.О. Марута, М.М. Решетніков, В.Г. Ротштейн, Н.В. Тарабріна, І.О. Черненко та інші. У своїх роботах вони підкреслюють необхідність врахування індивідуальних психологічних і фізіологічних, соціальних, економічних факторів, та інших об'єктивних умов, в яких проживається травматична ситуація, з урахуванням тривалості впливу, частоти,

повторюваності протягом життя, особистісного сприйняття важкості та непереносимості травмуючої події.

Узагальнення теоретичних досягнень Л. Анциферової, Р.Р. Грінкера, Дж. П. Шпігеля та інших у вивченні впливу психотравми на психічне здоров'я людини дозволило нам систематизувати психотравматичні події, які призводять до розвитку ПТСР, за наступними ознаками: інтенсивність (інтенсивними (сильними) та не інтенсивними (помірними)); термін дії (короткочасні, довготривалі); значущість (вагому значимість для особи, впливає частково, впливає опосередковано на інтереси особи); раптовість (шоковими (несподіваними) чи ймовірно передбачуваними); походження (природна, техногенна, спричинена діяльністю людини, яка у свою чергу може бути навмисною або ненавмисною); ймовірність виникнення (невірогідними, маловірогідними, вірогідними або цілком вірогідними); розвиток напруженості (зростаючими, стабільними, з тенденцією до зниження); фізичні наслідки (відсутність чи наявність фізичних та тілесних пошкоджень (важкі, середні, легкі); наявність підсилюючих факторів (реальна загроза життю, втрата працездатності, втрата соціальних зв'язків, невизначеність майбутнього, недостатність медичної допомоги та соціальної підтримки тощо); участь (із безпосередньою участю, спостерігач (свідком), сталий об'єкт опосередкованого впливу). Ця класифікація не є вичерпною та може бути доповненою й іншими факторами. З урахуванням поєднання різноманітних факторів: демографічних характеристик, індивідуальних особливостей та соціально-психологічних чинників, можливо вказати на багатогранність варіацій різноманітного ступеню травматизації та сили впливу для кожної конкретної особистості та можливої вірогідності виникнення ПТСР у кожної конкретної особи.

3. Проаналізувавши наукові надбання щодо біопсихосоціальних чинників ПТСР відзначимо, що на сьогодні вчені розробили модель подвійного ризику для пояснення розвитку ПТСР. Відповідно до неї, для виникнення розладу потрібна одночасна присутність двох факторів: впливу

травматичної події та індивідуальної вразливості. Слід зауважити що в експериментальних дослідження доведено – чим вищий рівень одного із факторів, тим менший вплив потрібен іншому для розвитку ПТСР. Таким чином, можна вказати, що ПТСР не є наслідком слабкості, здебільшого це складна реакція на травматичний досвід, зумовлена взаємодією стресогенних факторів та індивідуальної вразливості.

До негативних впливів ПТСР на психіку людини віднесено: підвищений рівень агресії та роздратування; зловживання ПАР; надмірна та підвищена пильність, яка найчастіше проявляється в фізичній напрузі; підвищена тривожність; страхи та фобії; порушення пам'яті та концентрації уваги; гіперболізованість реакцій; порушення сну, притуплення емоційної сфери; несподівані напади роздратування та люті тощо.

Таким чином, виникнення ПТСР у кожної конкретної особи визначається взаємодією специфічних параметрів травматичної події, демографічних характеристик, особистісних особливостей та соціально-психологічних чинників. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку ПТСР, можуть мати різне походження та вираженість симптомів, які призводять до значних змін у функціональному стані психічної діяльності. Характерним є поява виражених негативних емоцій, таких як тривога, страх, важка розумова і фізична втома. ПТСР набуваючи хронічного характеру, охоплює практично всі аспекти життєдіяльності індивіда, включаючи міжособистісні відносини, фізичне та психічне здоров'я, самооцінку, професійну діяльність тощо.

Спостерігався перехід від виключно медичної парадигми надання допомоги психічно хворим до біопсихосоціальної, на якій базується сучасна тактика терапії і реабілітації. У рамках біопсихосоціальної моделі при наданні допомоги застосовуються наступні етапи: медико-психіатричний; психотерапевтичний, психологічний та соціальний.

Медико-психіатричний (біологічний) етап лікування ПТСР включає психофармакотерапію для стабілізації психічного стану осіб, а також за

необхідності застосування біологічних методів впливу у разі важкого перебігу розладу.

Надання психологічної допомоги – має на меті попередження розпаду сімей, збереження соціальних зв'язків та допомогу у подоланні почуттів провини, безнадійності та неприязні. Психотерапія також підсилює ефективність біологічних та психіатричних методів лікування. Існує декілька теоретичних моделей роботи з травмою та наданням психологічної допомоги включаючи: психодинамічний, психоаналітичний, когнітивний, психосоціальний та психобіологічний (психофізіологічний) підходи.

Значення соціальних умов, зокрема фактору соціальної підтримки, у подоланні ПТСР, відображено в психосоціальних моделях. За психосоціальним підходом модель реагування на травму є багатофакторною, тому важливо враховувати вплив кожного фактору на розвиток стресової реакції. Прихильники психосоціального підходу відзначають важливість урахування таких факторів навколишнього середовища, як фактори соціальної підтримки, релігійні переконання, демографічні характеристики, культурні особливості, наявність або відсутність додаткових стресорів тощо. Деякі умови, що сприяють інтенсифікації ПТСР, включають ступінь суб'єктивності сприйняття ситуації як загрозливої, об'єктивність реальної загрози для життя, наближеність до місця трагічних подій, ступінь страждання близьких суб'єкта.

Ще одним важливим етапом у роботі з особами з ПТСР є соціальна допомога – це обширний спектр заходів спрямованих на успішну інтеграцію таких осіб у соціальне життя та взаємодію з суспільством. Включає наступне: психосоціальну підтримку; тренінги та психоедукацію; професійну реабілітацію; соціальну інтеграцію; життєве консультування.

Розуміння етіології ПТСР, клінічних симптомів, синдромів та механізмів виникнення цього розладу є критичним для розробки ефективних методів діагностики, лікування та попередження цього розладу. Нові дослідження в галузі нейробиології, психології травми та інших галузей науки які вивчають вплив стресу на організм людини допомагають розвивати нові

підходи до лікування і підтримувати тих, хто страждає від ПТСР. Вдосконалення діагностики та лікування ПТСР значно підвищує якість життя та здоров'я населення, а також дозволяє знизити вартість медичної допомоги та соціальних послуг, пов'язаних із цим розладом.

4. Згідно із четвертим завданням нашого дослідження, необхідно вказати, що науковцями виділено групу ризику серед представників певних професій які найбільш схильні до виникнення синдрому ПТСР. До них відносяться: 1) працівники медичної служби, які вимушені бути присутніми при різних катастрофічних ситуаціях; 2) рятувальники, яким доводиться постійно перебувати в екстремальних та небезпечних для життя умовах, рятуючи людей; 3) журналісти та інші представники інформаційної сфери, які також здебільшого знаходяться в епіцентрі екстремальних ситуацій; 4) безпосередньо самі учасники екстремальних подій і члени їх сімей.

В поодиноких дослідження проведених в Україні, у 2018 році наприклад, Харківським національним університетом імені В.Н. Каразіна, доведено, що 27% викладачів ЗВО мають симптоми ПТСР, пов'язані з професійним вигоранням в цей період бойовий конфлікт стосувався лише зони ООС (АТО) [48, с. 121-123]., а у 2022 році дослідження, проведене Київським національним університетом імені Тараса Шевченка, показало, що 43% викладачів ЗВО мають симптоми ПТСР, пов'язані з початком повномасштабного вторгнення [31, с 2-3].

5. На виконання п'ятого завдання нашого дослідження з дотриманням принципів біоетики та деонтології, нами було опитано 68 осіб, у віці від 25 до 45 років, які були представниками медичної та наукової галузі. До групи (ЛПЛ) увійшли лікарі першої ланки у кількості 32 осіб, до групи (НПС) яка складалась із представників науково-педагогічного складу увійшло 36 осіб. Діагностика проводилася за допомогою: Міссісіпської шкали ПТСР (цивільний варіант) [49, с. 438-452]; Методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. В. Бойко) [18, с. 60-62]; Опитувальника вираженості

психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised - SCL-90-R) [47, 49].

Порівнюючи результати дослідження особливостей розладів адаптації можливо вказати, що між групами ЛПЛ та НПС є певні схожі тенденції в рівнях розладу адаптації. Проте, серед ЛПЛ вищий відсоток осіб з підозрою на ПТСР – 46,88%, порівняно з НПС – 36,11%. Науково-педагогічний склад, з іншого боку, має вищий відсоток осіб з розладами адаптації – 38,89%, порівняно з лікарями першої ланки – 31,25% опитаних. Обидві групи показують схожі рівні достатньої адаптації до складних й мінливих умов життя (ЛПЛ – 21,88% опитаних та НПС – 25,00% опитаних). Тобто після двох років воєнних дій лише понад 20 % опитаних успішно справляється зі стресом та демонструє стійкість у виконанні своїх обов’язків. Саме цей незначний відсоток може володіти ефективними стратегіями адаптації та копіngu, які дозволяють їм не зважаючи на складні життєві обставини та напруження на роботі пов’язані із постійними бойовими діями залишатись у стабільному психологічному стані.

Проаналізувавши отримані данні щодо ознак фрустрації можна зазначити, що дуже високий рівень спостерігається серед ЛПЛ – 37,50 % опитаних, а серед НПС – 30,56 % опитаних, при цьому лікарі першої ланки більш незадоволені своїм становищем, відчувають більший рівень стресу та фрустрації, а ніж науково-педагогічний склад, різниця складає 7 %. Підвищений рівень соціальної фрустрації виявлено у 31,25 % опитаних групи ЛПЛ, а серед групи НПС склав 36,11 % опитаних, різниця між групами склала майже 5%. Помірний рівень соціальної фрустрації виявлено, серед 15,63 % опитаних із групи ЛПЛ та у 13,89 % опитаних групи НПС. Хоча невизначений та знижений рівень фрустрації не перевищують 10%, все це вказує на те, що серед представників цих професій є особи, які можуть відчувати невизначеність, незадоволення чи стрес.

Виявлені високі рівні фрустрації викликають занепокоєння оскільки більше 60 % лікарів та педагогів відчувають значний рівень стресу,

знаходяться у пригніченому стані, відчують безсилля, безнадійність, що може призводити до дезорганізації свідомості, при цьому діяльність може відбуватися за інерцією, можуть почати розвиватись депресивні стани. Отже, нормальне ментальне здоров'я цих фахівців знаходиться під загрозою та потребує уваги психологів та психотерапевтів.

В обох групах спостерігається певний рівень різних психічних симптомів, проте це не виявляється як загальна тенденція для обох груп. Лікарі першої ланки (ЛПЛ) мають вищий рівень ворожості (28,13%), соматизації (21,88%) та тривожності (21,88%). Серед лікарів також спостерігається помірний рівень obsесивно-компульсивних симптомів (12,50 %). Зазначено, що на відміну від науково-педагогічного складу лікарі першої ланки мають найнижчий рівень паранояльних тенденцій (6,25%) та психотизму (3,13%).

Розглядаючи результати отримані від науково-педагогічного складу (НПС) встановлено, що вони виявляють вищий рівень міжособистісної сенситивності (27,78%) та депресії (13,89%). Також педагоги мають нижчий рівень ворожості (22,22%) та тривожності (25,00%) порівняно з ЛПЛ. Серед науково-педагогічного складу спостерігається помірний рівень obsесивно-компульсивних симптомів (11,11%) та фобічної тривожності (16,67%), при цьому вони мають найвищий рівень паранояльних тенденцій (НПС – 8,33%) та психотизму (НПС– 5,56%) порівняно з ЛПЛ.

Отже, отримані данні вказують на необхідність проведення систематичної діагностики психологічних станів науково-педагогічних працівників та лікарів першої ланки, розробки індивідуального психотерапевтичного втручання або медичної допомоги для цієї групи. Переважання певних рівнів ПТСР та розладів адаптації вказує на потребу у різних клінічних підходах та інтервенціях для кожної групи.

Такого роду скринінгові зрізи та психодіагностичні дослідження стану ментального здоров'я для цих груп фахівців міжособистісної галузі нададуть важливу та актуальну інформаційні для більш глибокого розуміння психологічного стану та потреб освітян та медичних працівників з різних

точок зору, що може бути використано для подальшого розвитку індивідуальних підходів до психотерапевтичної, психосоціальної та клінічної практики.

6. Узагальнивши та систематизувавши сучасні науково-методологічні знання з проблеми профілактики, лікування та психологічної корекції й супроводу осіб з ПТСР було виявлено, що більшість науковців сходиться в думці, що профілактичні та психокорекційні заходи повинні базуватися на мультидисциплінарній методології яка включає медичні, психологічні та соціальні інтервенції. Основними стратегіями профілактики ПТСР є розробка та впровадження скринінгових програм для раннього виявлення психічних дисфункцій у потерпілих внаслідок екстремальних подій, а також систематичний моніторинг здоров'я осіб, що належать до груп з підвищеним ризиком. Окрім того, з метою боротьби зі стигматизованим сприйняттям ПТСР слід проводити інформаційні кампанії основними цілями яких є переосмислення уявлень про ПТСР та формування культури турботи про психічне здоров'я серед громадян. Психотерапія осіб із ПТСР повина вибудовуватись у рамках біопсихосоціальної моделі яка включатиме наступні етапи: медико-психіатричний; психотерапевтичний, психологічний та соціальний.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В., Волощук А. Е. Асєєва Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 128-129
2. Беднарчик Т.Р., Вергелес Т.М., Беднарчик М.В. Психоемоційний стан цивільного населення під час війни. Контекст сучасної України. *Філософія в сучасному науковому та соціально – політичному дискурсах* : мат. доп. IV- всеукраїнської наук. – практ. конф. з міжнар. уч., 16-17 лист. 2023 р. Вінниця, 2023. С. 10-15
3. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. – 448 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
5. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. *Психологічні перспективи. Спеціальний випуск : Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп*. Київ, 2012. Т. 2 . С. 89–95.
6. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: Аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні та психологічні науки*. Хмельницький: НАДПСУ, 2015. № 1(74). С. 378-390
7. Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
8. Гусак Н., Чернобровкіна В. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. Посіб. Київ: НаУКМА, 2017. 91 с.
9. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій всучасних умовах: метод. рекомендації. / П. В. Волошин та ін. Харків, 2014. 79 с.

10. Друзь О. В., Черненко І. О. Напрямки медикопсихологічної профілактики пост стресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2017 25.1(90). С. 45–48.

11. Жмур Я.О, Мохнар Л. І. Психопрофілактика ПТСР у пожежних-рятувальників: *Проблеми та перспективи розвитку системи безпеки життєдіяльності*: зб. наук. праць XIII міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, курсантів та студентів. Львів, 2018. С. 384-385.

12. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

13. Кобець, О. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каністерапії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. № 77(1), С. 53–61.

14. Кожина А. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109

15. Кожина А. .М., Зеленська К. О., Друзь О. В., Черненко І. О., Хорошун Є. М. Персоніфікований підхід до корекції стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах повномасштабного вторгнення. *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 2 (111). С. 50–53.

16. Козляковський П. А. Загальна психологія: навч. посіб. Миколаїв: МДГУ ім. П. Могили, 2004. 240 с.

17. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

18. Кондрюкова В. В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навч.- метод. посіб. Київ: Гнозіс, 2013. 116 с.

19. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016 № 17. С. 104-111
20. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 6 (76). С. 59–71.
21. Коширець В. В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. *Психологія: реальність і перспективи*. 2017. Вип. 8. С. 128-133.
22. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монограф. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с
23. Кризова психологія: навч. посіб. / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
24. Левчишина Н. Є., Шопша О. Л.. Аналіз психологічного стану мирного населення в умовах проведення антитерористичної операції. Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення: матеріали І наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м.Київ, 10 бер. 2020 р. Київ, 2020. С. 92-101.
25. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. С. Д. Максименко. Київ: ТОВ «КММ», 2007. 296 с.
26. Малхазов О. Р. Теоретичні засади дослідження емоційної стійкості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології* : зб. статей. Київ, 2017, Вип. 40 (43). С. 62-71.
27. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*. 2015. № 1 (37), С. 8–13.
28. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту*

соціальних технологій Університету «Україна». Хмельницький: ХІСТ, 2017. № 14. С. 223-228.

29. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є. Посттравматичні стресові розлади : Навч. посібн. / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Харків. : ХМАПО, 2013. 224 с.

30. Можина Т. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону. *Психіатрія, актуальна проблема*. 2023. № 17 (553). С. 2-3. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2023/ZU_17_2023/ZU_17_2023_Cerebrum.pdf.

31. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання. Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19-20 травня 2017 р.) Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017. С.119-123.

32. Музичко Л. Т. Психокорекційна допомога молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери : дис. канд. псих. наук : 19.00.08. Київ, 2018. 213 с.

33. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. 2-ге вид. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 419 с.

34. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

35. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія : навч. посіб. для студентів ВНЗ. Вінниця : Міленіум, 2007. 295 с.

36. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / Герило Г. М. та ін. ; за заг. ред. Ю. А. Луценко. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.

37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. / Пророк Н. та ін.; за ред. Пророк Н. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

38. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна та ін. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.

39. Підчасов Є. В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології* : зб. наук. праць. Харків : НУЦЗУ, 2011. Вип. 10. С. 86-98.

40. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.

41. Попелюшко Р. П. Психологічна реабілітація постраждалих в наслідок військового конфлікту. *Гене́за буття особистості*: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф., Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2017. С. 239-240.

42. Попелюшко Р. П. Психолого-аксіологічні засади реабілітації комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів : дис. д-ра. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2021. 446 с.

43. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / О. П., Венгер та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.

44. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

45. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти: метод. Посібн. / упор. Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

46. Психодіагностика : практикум / уклад. Н. О. Данильченко, А. В. Вертель. 2-ге вид., випр. та доповн. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2012. 144 с.

47. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. монографія / Мушкевич М.І. та ін. ; за заг. ред. М.І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 260 с

48. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / уклад. М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород : вид-во Олександр Гаркуші, 2012. 616 с.

49. Садковий В.П. Особливості прояву посттравматичних стресових розладів у працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: автореф. дис. канд. психол. Харків, 2005. 19 с.

50. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. Полтава, 2016. 167 с.

51. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монограф. / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

52. Тимофієва М. П. Психологія здоров'я: навч. посіб. Чернівці : Книги – XXI, 2009. 296 с.

53. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навч.-метод. посіб. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.

54. Турецька Х. І., Штольцель Ю. В. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій в зоні АТО. *Психологія і особистість*. 2016. № 2 (10) Ч. 2. С. 136-145

55. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Персонал, 2017. 160 с.

56. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : метод. посіб. Острог : видавн. Національного університету «Острозька академія», 2015. 160 с.

57. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібн. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

58. Чала Ю.М., Шахрайчук А.М. Психодіагностика: навч. посіб. Харків: НТУ «ХП», 2018. 246 с.

59. Черненко І. О. Психофармакотерапія в структурі диференційних індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій. *Архів психіатрії*. 2018. Вип. 24, № 4. С. 182-186.

60. Чернобровкін В. М., Панок В. Г. Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки у надзвичайних ситуаціях. Неофіційна перекладена версія. Київ, 2016. 182 с.
61. Шрами на їхніх душах: ПТСР та ветерани України / Ю. Осмоловська та ін. Київ, 2023. 89 с.
62. Юр'єва Л.М. та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2005. 96 с.
63. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D. C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
64. Cain D.J., Seeman J. Defining characteristics, history, and evolution of humanistic psychotherapies. Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice Washington, DC: American Psychological Association. 2002. P. 3–5.
65. Da Costa JM. On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. Am J MedSci 1871; 61: 17-52.
66. Erikson E. Childhood and society 2d ed.. New York: Norton. 1963. 445p.
67. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie (8th ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1965.
68. Kalsched, D. Trauma and the soul: A psycho-spiritual approach to human development and its interruption. East Sussex : Routledge, 2013. 366 p.
69. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013. 288 p.
70. Levine, Peter A. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. Berkeley, Kalifornia : North Atlantic Books, 2010. 384 p.
71. Lifton R. J. The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide. Basic Books, Inc., Publishers New York. 1988. 576 p.
72. Norris, F. H., Stevens S.P. Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007. №70(4). P. 320-328.

ДОДАТКИ

Додаток А

**МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ДЛЯ ЦИВІЛЬНИХ) (THE MISSISSIPPI
SCALE FOR CIVILIAN PTSD)**

Інструкція. Нижче наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, що пережили важкі події та ситуації. Виберіть той варіант відповіді, який найкраще описує ваші почуття і стани позначивши відповідною цифрою : «абсолютно неправильно» - 1; «іноді правильно» - 2; «правильно частково» - 3; «правильно» - 4; «абсолютно правильно» - 5.

№	Питання	Варіанти відповіді				
1.	В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття вини за все те, що я робив(ла) в минулому	1	2	3	4	5
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то ймовірно, що я не стримаюсь і відповім агресивно, навіть можу застосувати фізичну силу	1	2	3	4	5
4.	Якщо відбувається щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги	1	2	3	4	5
5.	Люди, які дуже добре мене знають, побоюються мене	1	2	3	4	5
6.	Я здатний (на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7.	Ночами мені сняться кошмари про те, що відбувалось зі мною в реальності	1	2	3	4	5
8.	Коли я думаю про певні речі, які я робив(ла) в минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9.	Ззовні може здатися, що в мене немає почуттів	1	2	3	4	5
10.	Останнім часом мені іноді хочеться покінчити життя самогубством	1	2	3	4	5
11.	Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюсь лише тоді, коли мені потрібно вставати	1	2	3	4	5
12.	Я запитую себе, чому я живу, коли інші померли	1	2	3	4	5

13.	В деяких ситуаціях я відчуваю себе так, ніби повернувся(лась) у минуле	1	2	3	4	5
14.	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюсь у холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15.	Я відчуваю себе дуже втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16.	Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5
17.	Я отримую задоволення від тих самих речей та дій, що й раніше	1	2	3	4	5
18.	Мої фантазії реалістичні й лякають мене	1	2	3	4	5
19.	Робота не обтяжує мене	1	2	3	4	5
20.	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21.	Я плачу без причини	1	2	3	4	5
22.	Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23.	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24.	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25.	Від несподіваного шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27.	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28.	Я відчуваю, що про певні речі, які я робив(ла) в минулому, я ніколи не зможу розповісти, бо мене ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5
29.	Час до часу я вживаю алкоголь (заспокійливі таблетки, снодійне або наркотики), щоб заснути або забути про те, що трапилось зі мною у минулому	1	2	3	4	5
30.	Я почуваюся комфортно в натовпі	1	2	3	4	5
31.	Я втрачаю самовладання і «вибухаю» через дрібниці	1	2	3	4	5
32.	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33.	Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
34.	Моя пам'ять не гірша, ніж раніше	1	2	3	4	5
35.	У мене є труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно рідних	1	2	3	4	5

36.	Час до часу я почуваюся або поведжуся так, ніби те, що трапилося зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37.	Я не можу пригадати деяких важливих речей, які відбулися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
38.	Більшість часу я буваю пильним(ою) і настороженим(ою)	1	2	3	4	5
39.	Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, то мене охоплює тривога або паніка: починається сильне серцебиття, перехоплює дихання, може посилитися потовиділення, з'явитися тремтіння, запаморочення в голові	1	2	3	4	5

Опрацювання результатів

Прямі твердження: 1,3,4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Зворотні твердження: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони правильні для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал). Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травмивного досвіду на людину. Нижче наведені рівні розладу адаптації за даними ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», викладеними в «Українському віснику психоневрології». 2014. Т. 22, Вип. 3.

Рівні розладу адаптації	Суми балів
Низький (норма)	< 40
Знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів)	41-78
Середній (невротичні розлади)	79-117
Підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження)	> 118

Додаток Б

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФРУСТРОВАНOSTІ (В.В. БОЙКО)

Інструкція. Прочитайте кожне запитання й обведіть одну з цифр, яка підходить найбільше:

- 1 – цілком задоволений;
- 2 – швидше задоволений;
- 3 – швидше не задоволений;
- 4 – цілком не задоволений.

Чи задоволені Ви:	Бали			
Своєю освітою	1	2	3	4
Стосунками з колегами по роботі	1	2	3	4
Стосунками з адміністрацією на роботі	1	2	3	4
Стосунками із суб'єктами своєї професійної діяльності	1	2	3	4
Змістом своєї роботи загалом	1	2	3	4
Умовами професійної діяльності (навчання)	1	2	3	4
Своїм становищем у суспільстві	1	2	3	4
Матеріальним становищем	1	2	3	4
Житлово-побутовими умовами	1	2	3	4
Стосунками з чоловіком (дружиною)	1	2	3	4
Стосунками з дитиною (дітьми)	1	2	3	4
Стосунками з батьками	1	2	3	4
Станом суспільства (держави)	1	2	3	4
Стосунками з друзями, найближчими знайомими	1	2	3	4
Сферою послуг і побутового обслуговування	1	2	3	4
Сферою медичного обслуговування	1	2	3	4
Проведенням дозвілля	1	2	3	4
Можливістю проводити відпустку	1	2	3	4
Можливістю вибору місця роботи	1	2	3	4
Своїм способом життя загалом	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів.

За кожним пунктом визначається показник рівня фрустрованості. Він може варіюватися від 0 до 4 балів.

Висновки про рівень соціальної фрустрованості робляться з урахуванням величини балу за кожним пунктом. Чим більший середній бал, тим вищий рівень соціальної фрустрованості.

- 3,5 – 4 бали: дуже високий рівень фрустрованості;
- 3,0 – 3,4: підвищений рівень фрустрованості;
- 2,5 – 2,9: помірний рівень фрустрованості;
- 2,0 – 2,4: невизначений рівень фрустрованості;
- 1,5 – 1,9: знижений рівень фрустрованості;
- 0,5 – 1,4: дуже низький рівень фрустрованості;
- 0 – 0,5: відсутність (майже відсутність) фрустрованості.

Додаток В

ОПИТУВАЛЬНИК ВИРАЖЕНОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ {SIMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)

ІНСТРУКЦІЯ

Нижче наведений перелік проблем і скарг іноді виникають у людей. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер того варіанту відповіді, який найбільш точно описує ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою Протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Обведіть тільки один з номерів в кожному пункті (так, щоб цифра всередині кружка була видна), не пропускаючи жодного пункту. Кожне значення відповідає наступній цифрі:

Зовсім немає – 0;

Трохи – 1;

Помірно – 2;

Сильно – 3;

Дуже сильно – 4.

Наскільки сильно вас турбували:		Варіанти відповіді				
1	Головні болі	0	1	2	3	4
2	Нервозність або внутрішнє тремтіння	0	1	2	3	4
3	Повторювані неприємні невідчепна думки	0	1	2	3	4
4	Слабкість або запаморочення	0	1	2	3	4
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	0	1	2	3	4
6	Почуття невдоволення іншими	0	1	2	3	4
7	Відчуття, що хтось інший може управляти вашими думками	0	1	2	3	4
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші	0	1	2	3	4
9	Проблеми з пам'яттю	0	1	2	3	4
10	Ваша недбалість або неохайність	0	1	2	3	4
11	Легко виникає досада або роздратування	0	1	2	3	4
12	Болі в серці або грудній клітці	0	1	2	3	4
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	0	1	2	3	4
14	Занепад сил або загальмованість	0	1	2	3	4
15	Думки про те, щоб покінчити з собою	0	1	2	3	4
16	Те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші	0	1	2	3	4
17	Тремтіння	0	1	2	3	4
18	Почуття, що більшості людей не можна довіряти	0	1	2	3	4
19	Поганий апетит	0	1	2	3	4

20	Сльозливість	0	1	2	3	4
21	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами іншої статі	0	1	2	3	4
22	Відчуття, що ви в пастці або спіймані	0	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх	0	1	2	3	4
24	Спалахи гніву, які ви не змогли стримати	0	1	2	3	4
25	Боязнь вийти з дому одному	0	1	2	3	4
26	Почуття, що ви самі багато в чому винні	0	1	2	3	4
27	Болі в попереку	0	1	2	3	4
28	Відчуття, що щось вам заважає зробити що - або	0	1	2	3	4
29	Почуття самотності	0	1	2	3	4
30	Пригнічений настрій, «хандра»	0	1	2	3	4
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	0	1	2	3	4
32	Відсутність інтересу до чого б то не було	0	1	2	3	4
33	Почуття страху	0	1	2	3	4
34	Те, що ваші почуття легко зачепити	0	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	0	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють вас або не співчують вам	0	1	2	3	4
37	Відчуття, що люди недружелюбні або ви їм не подобаетесь	0	1	2	3	4
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	0	1	2	3	4
39	Сильне або прискорене серцебиття	0	1	2	3	4
40	Нудота або розлад шлунка	0	1	2	3	4
41	Відчуття, що ви гірші за інших	0	1	2	3	4
42	Болі в м'язах	0	1	2	3	4
43	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
44	Те, що вам важко заснути	0	1	2	3	4
45	Потреба перевіряти і перевіряти те, що ви робите	0	1	2	3	4
46	Труднощі в ухваленні рішення	0	1	2	3	4
47	Боязнь їзди в автобусах, метро або поїздах	0	1	2	3	4
48	Утруднене дихання	0	1	2	3	4
49	Напади спека або ознобу	0	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, так як вони вас лякають	0	1	2	3	4
51	Те, що ви легко втрачаєте думка	0	1	2	3	4
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
53	Комок в горлі	0	1	2	3	4
54	Відчуття, що майбутнє безнадійно	0	1	2	3	4
55	Те, що вам важко зосередитися	0	1	2	3	4

56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
57	Відчуття напруженості або напруженості	0	1	2	3	4
58	Важкість в кінцівках	0	1	2	3	4
59	Думки про смерть	0	1	2	3	4
60	Переїдання	0	1	2	3	4
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
62	Те, що у вас в голові чужі думки	0	1	2	3	4
63	Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	0	1	2	3	4
64	Безсоння вранці	0	1	2	3	4
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати і т. п.	0	1	2	3	4
66	Неспокійний і тривожний сон	0	1	2	3	4
67	Імпульси ламати чи трощити небудь	0	1	2	3	4
68	Наявність у вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші	0	1	2	3	4
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	0	1	2	3	4
70	Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах , кінотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль	0	1	2	3	4
72	Напади жаху або паніки	0	1	2	3	4
73	Почуття ніяковості, коли ви їсте або п'єте на людях	0	1	2	3	4
74	Те, що ви часто вступаєте в суперечку	0	1	2	3	4
75	Нервозність, коли ви залишалися одні	0	1	2	3	4
76	Те, що інші недооцінюють ваші досягнення	0	1	2	3	4
77	Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми	0	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	0	1	2	3	4
79	Відчуття власної нікчемності	0	1	2	3	4
80	Відчуття, що з вами станеться щось погане	0	1	2	3	4
81	Те, що ви кричите і жбурляти речами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, що ви впадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Відчуття, що люди зловжити вашою довірою, якщо ви їм дозволите	0	1	2	3	4
84	нервувало вас сексуальні думки	0	1	2	3	4
85	Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи	0	1	2	3	4
86	Кошмарні думки або бачення	0	1	2	3	4

87	Думки про те, що з вашим тілом що -то не в порядку	0	1	2	3	4
88	Те, що ви не відчуваєте близькості ні до кого	0	1	2	3	4
89	Почуття провини	0	1	2	3	4
90	Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре	0	1	2	3	4