

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

Допущено до захисту

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

(підпис)

«____» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____

(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____

(назва освітньої програми)

На тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЛЮДЯМ ПРИ
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ»**

Виконавець:

здобувач 2 курсу, групи 6зф12
факультету ЦЗФН

_____ Тарасенко Наталія Станіславівна
/підпис/

Науковий керівник

Старший викладач кафедри МППП
кандидат медичних наук

_____ Возний Денис Віталійович
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	8
1.1. Посттравматичний стресовий розлад: визначення, етіологія, симптоматика та сучасний науковий контекст	8
1.2. Психологічні теорії формування та розвитку посттравматичного стресового розладу	17
1.3. Психологічна допомога людям з посттравматичним стресовим розладом	28
Висновки до першого розділу	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ	41
2.1. Опис психодіагностичних методик, які були використанні для проведення емпіричного дослідження	41
2.2. Результати проведеного дослідження щодо психологічної допомоги людям з ПТСР	46
Висновки до другого розділу	65
РОЗДІЛ 3. ПРЕВЕНТИВНІ ТА ПІДТРИМУЮЧІ ЗАХОДИ У РОБОТІ З ЛЮДЬМИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....	69
3.1. Превентивні заходи щодо розвитку посттравматичного стресового розладу, світові програми та досвід інших країн	69
3.2. Рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників при роботі з людьми, які мають ПТСР	72
Висновки до третього розділу	76
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	93
ДОДАТКИ	94

ВСТУП

Актуальність теми. Враховуючи сучасний стан суспільства, що зазнає значного впливу травматичних подій, таких як війни, терористичні акти, природні катастрофи, аварії та інші стресогенні фактори вивчення психоемоційних станів населення набирає своєї актуальності. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) стає однією з найпоширеніших психічних проблем, що вимагає кваліфікованого втручання, оскільки він істотно впливає на емоційний, психологічний та фізичний стан людини, а також на її соціальну адаптацію.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним станом, що виникає у людей, які пережили важкі травматичні події, як-от військові дії, природні катастрофи, аварії, насильство чи втрату близьких. Поширення ПТСР у сучасному суспільстві, особливо на фоні соціальних потрясінь та збройних конфліктів, робить питання надання ефективної психологічної допомоги надзвичайно важливим. Актуальність теми зумовлена як медичними, так і соціально-психологічними аспектами. Зокрема, ПТСР часто призводить до зниження якості життя, порушень у міжособистісних стосунках, проблем із роботою та підвищеного ризику виникнення супутніх психічних і фізичних захворювань.

Проблемою ПТСР займаються сучасні зарубіжні та вітчизняні науковці: Адамс Р. С., Аймедов К.В., Александровський У.А., Асєєва Ю.О., Аснаані А., Беннер П., Бланко А., Більбао М., Будьоний П.В., Браун Л.А., Беллі Г.М., Ван Л., Вільягран Л., Вільямсон, Дж., Гордон Д.Р., Ге Ю., Джаффі М. С., Енгель К.С., Завадський М.Й., Кан М., Келлі П.В., Коллінз Р.Л., Ларсон М. Дж., Лукашенко М., Лю Ю., Мервійк Е.Л., Моріна Н., Медоуз С.О., Олеа Ж., Попелл К.Л., Сесур Р., Сабіа Дж.Дж, К. Сюе, Тан Б., Текин Э., Халперн Дж., Хорхе Р. Е., Хоппен Т.Х., Фoa Е.Б. та інших. Які в своїх роботах вказують на те, що не лише ветерани, а і особи, які пережили складні життєві події, без видимих вад мають невидимі шрами, які негативно впливають на

них протягом усього життя та мають серйозні наслідки для їхніх родин, друзів, спільнот і суспільства в цілому.

Наукове дослідження та вдосконалення методик психологічної підтримки людей із ПТСР є надзвичайно актуальними з огляду на важливість ефективної інтеграції таких осіб у суспільство. Психологічна допомога людям із ПТСР не лише сприяє їхньому особистісному відновленню, а й допомагає зменшити соціально-економічні наслідки цього розладу, які відчують родини пацієнтів та суспільство загалом. Крім того, під час сучасних кризових ситуацій, таких як військові дії та пандемії, потреба в адаптивних методах психологічної допомоги стає ще більшою, що визначає актуальність дослідження теми.

В умовах сьогоденної ситуації в Україні, де значна частина населення, зокрема військові, переселенці та члени їхніх сімей, стикаються з наслідками війни та інших травмуючих подій, зростає необхідність у наданні ефективної психологічної допомоги. Важливість надання такої підтримки обумовлена не лише потребою у стабілізації психоемоційного стану окремих осіб, але й прагненням забезпечити загальне психічне здоров'я суспільства, оскільки психологічні наслідки травми можуть мати довготривалий вплив на сім'ї, громади та суспільство в цілому.

Сучасні дослідження показують, що раннє втручання та належна психотерапевтична підтримка дозволяють значно знизити інтенсивність симптомів ПТСР та підвищити рівень адаптації людини до життя після травми. Таким чином, дослідження питань психологічної допомоги при ПТСР є не лише науково значущим, але й соціально необхідним, сприяючи розвитку практик, що забезпечують ефективне відновлення та реінтеграцію осіб, які пережили травму.

Таким чином, дослідження методів і підходів до психологічної допомоги при ПТСР має як теоретичну, так і практичну значущість. Це дозволить не лише глибше зрозуміти особливості психологічної реабілітації, але й

сприятиме розвитку нових, більш ефективних методик допомоги, що відповідають потребам сучасного суспільства.

Мета роботи: дослідити методи психологічної допомоги особам, які страждають від ПТСР, шляхом вивчення технік та підходів, що використовуються в психотерапевтичній практиці, а також розробити для них рекомендації щодо вдосконалення системи психологічної підтримки в контексті сучасних соціальних і культурних умов.

Основні задачі дослідження:

1. Описати та систематизувати основні теоретичні підходи до вивчення ПТСР.
2. Визначити етіологію, симптоматику та сучасні наукові контексти цього розладу.
3. Дослідити методи діагностики та оцінювання ПТСР, зокрема основні психодіагностичні інструменти та методи, що використовуються в практиці.
4. Проаналізувати психоемоційні реакції на травмуючі події, визначити психологічні стани осіб із ПТСР.
5. Дослідити існуючі психотерапевтичні підходи та методи психологічної допомоги людям з ПТСР.
6. Надати рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників щодо ефективних підходів і методів роботи з людьми, які мають ПТСР.

Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань застосовано комплекс **методів**, зокрема: аналіз теоретико-методологічних аспектів проблеми, систематизація та порівняння літературних джерел, узагальнення отриманих даних; емпіричні методи включили: Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних); Шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна; Шкалу депресії Бека; Шкала оцінки впливу травматичної події; математично-статистичні методи обробки отриманих даних (SPSS, версія 21.0 та EXEL)

Об'єктом дослідження є психологічна допомога людям при посттравматичних стресових розладах.

Предмет дослідження: психотерапевтичні методи та практики психологічної допомоги, спрямовані на підтримку осіб з ПТСР, а також ефективність різних підходів до їх лікування та реабілітації в умовах сучасного суспільства.

Вибірку дослідження склали особи віком від 26 до 43 років у кількості 61 респондента, яких було об'єднано у групи за гендером: у першу групу (Г1) увійшли особи чоловічої статі у кількості 28 респондентів, до другої групи (Г2) було включено осіб жіночої статі у кількості 33 респондента.

Наукова новизна роботи полягає в комплексному підході до вивчення психологічної допомоги людям з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який включає як теоретичні, так і практичні аспекти. Вперше в контексті сучасних психотерапевтичних підходів здійснено детальне дослідження ефективності різних методів психологічної підтримки осіб, що пережили травматичні події, з особливою увагою до соціально-демографічних і культурних характеристик клієнтів. У роботі також вперше розглянуто специфіку психотерапевтичної допомоги для різних категорій осіб з ПТСР, таких як військові, біженці та цивільні особи, з урахуванням їх індивідуальних потреб. Окрім цього, дослідження пропонує нові підходи до превентивних заходів у контексті розвитку ПТСР, аналізує світові програми допомоги та їх можливе впровадження в Україні. Розроблені рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників у роботі з особами, які мають ПТСР, ґрунтуються на результатах емпіричного дослідження, що дозволяє підвищити ефективність психологічної підтримки та реабілітації таких осіб.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути безпосередньо застосовані в практиці психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, які працюють з людьми, що пережили травматичні події та страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Розроблені рекомендації щодо психотерапевтичних підходів,

методів підтримки та реабілітації можуть бути впроваджені в роботу соціальних служб, медичних установ, психіатричних клінік і реабілітаційних центрів, що займаються лікуванням ПТСР. Окрім того, результати дослідження можуть бути використані для розробки програм соціальної підтримки, які сприятимуть полегшенню адаптації осіб з ПТСР до соціуму, а також для підготовки навчальних курсів і тренінгів для фахівців у галузі психології та соціальної роботи. Врахування соціально-демографічних особливостей клієнтів та застосування індивідуалізованих методів лікування допоможе підвищити ефективність психологічної допомоги та забезпечити більш високий рівень реабілітації для осіб з ПТСР.

Апробація результатів:

Асєєва Ю.О., Возний Д.В., Тарасенко Н.С. Прояви посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення півдня. *Наукові перспективи, Серія «Психологія»* 2024.№11(53)

Структура роботи. Дослідницька робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку умовних скорочень, списку використаної літератури та додатків. Зміст роботи викладено на 109 сторінках машинописного тексту, основний текст роботи – 84 сторінки. Робота ілюстрована 4 таблицями та 5 малюнками. Список літератури включає 77 джерел, з них 20 іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Посттравматичний стресовий розлад: визначення, етіологія, симптоматика та сучасний науковий контекст

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеним психічним розладом, який може виникнути після травматичної події. ПТСР має широку клінічну картину, але характеризується симптомами, що порушують когнітивні функції, настрій, соматичний досвід і поведінку. ПТСР може спричинити хронічні порушення, призвести до супутніх психічних захворювань і призвести до підвищеного ризику самогубства [6, 25, 57, 59, 61].

Аналізуючи літературні джерела, можна відзначити, що повідомлення про психологічний вплив бою на особистість та негативні наслідки для психіки можна знайти навіть у стародавніх літописах, наприклад, в «Іліади» та «Одіссеї» Гомера. При завоюванні Америки Бернал Діас де Кастільо наводить додаткові приклади. У «Книзі війни» Джон Кіган описує битви та епізоди, які описують аспекти війни від героїчних до «джентльменських воєн», щоб представити жорстокі та неприборкані конфлікти. В «Одіссеї льотчика» Сент-Екзюпері описав якості людей, яких відправляють на війну, як їхнє почуття відповідальності спрямовує їх на виконання місії за будь-яку ціну, у той же час у «Леті до Аррасу» він обговорює марність війни [25, 34, 69, 71, 77].

Незалежно від епохи війни, її учасників чи їх мотивів, психіатричні втрати є результатом усіх. Спільним знаменником є просто психологічна токсичність, яка походить від жорстокості та нелюдяності війни, від якою страждають не лише військовослужбовці їх сім'ї, а і мирне населення та діти.

Отже, симптоматика ПТСР довгий час існувала під різними назвами, так наприклад, під час Громадянської війни лікарі називали ці стани на основі передбачуваної етіології або вираженості симптомів. Зустрічались наступні

діагнози: «солдатське серце», «дратівливе серце», «сонячний удар» або «ностальгія», «бойове виснаження» або «бойова втома» [7, 25, 34, 69, 71, 77].

Офіційно діагноз ПТСР був введений у 1980 році Американською психіатричною асоціацією в 3-му виданні Діагностичного статистичного посібника (DSM-III). У попередніх виданнях (DSM-I, 1952; DSM-II, 1968) діагноз «Груба реакція на стрес» фіксував травматичні реакції або такі симптоми просто відносили до «Ситуаційних розладів дорослого життя» [6, 7].

Включення посттравматичного стресового розладу в DSM стало важливим кроком у визнанні глибокого впливу травматичних подій на психічне здоров'я людини. Ключові критерії для діагностики ПТСР в DSM включають переживання травми, наявність специфічних симптомів, таких як нав'язливі спогади, кошмари, уникання певних ситуацій, зміни в настрої та пізнавальних процесах, а також підвищене збудження. Це включення сприяло значному прогресу у розумінні, діагностиці та терапевтичному підході до осіб, що пережили травму. Лікування ПТСР є складним, оскільки симптоми можуть значно варіюватися в залежності від конкретної ситуації та особистості постраждалої людини. До основних методів лікування відносяться психологічні втручання та фармакотерапія [19, 64, 66].

Особи, які пережили травму, можуть або мати, або не мати довгострокові негативні наслідки для психічного здоров'я в результаті травми. Однак DSM- V-TR визначає травму як важливу характеристику тих, у кого розвивається ПТСР. Травма (у контексті посттравматичного стресового розладу) визначається як вплив фактичної або загрозової смерті, серйозної травми або сексуального насильства. Це включає в себе безпосереднє переживання травматичної події, спостереження за особою, особи яка переживає травму, або знання про те, що травматична подія сталася з близьким членом сім'ї чи другом [7, 11, 19, 64, 66].

Концептуалізація травматичної психологічної травми та діагностика постійно вдосконалювалися в наступних класифікаціях. У своїй поточній

ітерації, DSM-IV (2000), діагностичні критерії еволюціонували, особливо щодо розуміння ролі травматичних стресорів і тих характеристик, які відрізняють його від інших стресових подій. У 2013 році Американська психіатрична асоціація переглянула критерії діагностики ПТСР у 5-му виданні (DSM-V) було включено до нової категорії в «Розлади, пов'язані з травмою та стресом». Усі стани, включені в цю класифікацію, вимагають впливу травматичної або стресової події як діагностичного критерію. DSM-V-TR було опубліковано в березні 2022 року, залишив діагностичні критерії ПТСР для дорослих без змін, але врахував нові наукові досягнення з моменту випуску DSM-V [6, 25, 34, 57, 59, 61, 69, 71, 77].

За даними різних дослідників, поширеність ПТСР у ветеранів може досягати 30%. Ла Фер'є Дж., Джессі Мала, Карл М. Мареш та Вільям Дж. Кремер виявили, що поширеність цього розладу серед військового персоналу США може досягати 14-16%. Згідно з різними дослідженнями, рівень ПТСР серед ветеранів операцій Enduring Freedom та Iraqi Freedom становить 23%. Ферражан П.К. та Олівейра Р.А. зазначили, що 30% португальських ветеранів страждали від хронічного посттравматичного стресового розладу. Приблизно 271 000 ветеранів В'єтнаму наразі мають повний посттравматичний стресовий розлад плюс посттравматичний стресовий розлад у зоні бойових дій. Одна третина з них зараз має великий депресивний розлад – через 40 і більше років після війни [6, 25, 34, 57, 59, 61, 69, 71, 77].

Національне дослідження адаптації ветеранів В'єтнаму (NVVRS), згідно з яким 15,2% усіх чоловіків та 8,5% жінок ветеранів війни у В'єтнамі страждають від ПТСР (загальна кількість оцінюється у 450 000). За оцінками показників випадків упродовж життя, 30,6% чоловіків і 26,9% жінок мали повномасштабний синдром посттравматичного стресового розладу через деякий час після війни [6, 57, 59, 61].

Таким чином, дослідивши роботи сучасних зарубіжних та вітчизняних науковців: Адамс Р. С., Аймедов К.В., Александровський У.А., Асєєва Ю.О.,

Аснаані А., Беннер П., Бланко А., Більбао М., Будьоний П.В., Браун Л.А., Беллі Г.М., Ван Л., Вільягран Л., Вільямсон, Дж., Гордон Д.Р., Ге Ю., Джаффі М. С., Енгель К.С., Завадський М.Й., Кан М., Келлі П.В., Коллінз Р.Л., Ларсон М. Дж., Лукашенко М., Лю Ю., Мервійк Е.Л., Моріна Н., Медоуз С.О., Олеа Ж., Попелл К.Л., Сесур Р., Сабіа Дж.Дж, К. Сюе, Тан Б., Текин Э., Халперн Дж., Хорхе Р. Е., Хоппен Т.Х., Фoa Е.Б. та інших, можна вказати, що багато ветеранів без видимих вад мають невидимі шрами, які негативно впливають на них протягом усього життя та мають серйозні наслідки для їхніх родин, друзів, спільнот і суспільства в цілому. Не слід виключати мирне населення, яке переживає вимушене переміщення, втрату домівок, рідних близьких, щоденно переживають «звуки тривоги», бомбардування та повітряні атаки. Їм також притаманні й ознаки ПТСР, й інші розлади психічного здоров'я, розлучення, алкоголізм, зловживання наркотиками, безпритульність, депресія, тривожність, безробіття, неповна зайнятість і злочинні дії, є одними з негативних побічних ефектів травматичного стресу під час воєнних дій.

Наявність чи відсутність підтримки після травматичної події може значно вплинути на ймовірність розвитку ПТСР. Особи, які мають добре розвинутий соціальний підтримуючий контекст, менш схильні до цього розладу після травми. Натомість ті, хто відчуває ізоляцію або має недостатню соціальну підтримку, мають вищий ризик розвитку гострого стресового розладу або ПТСР. Ризик розвитку ПТСР також збільшується через фактори, такі як низький рівень освіти, низький соціально-економічний статус, негативний досвід в дитинстві, стать, раса, фізичні травми (зокрема черепно-мозкова травма) та тяжкість початкової реакції на травму [38, 46, 51].

Симптоми ПТСР можуть мати різні прояви та впливати на фізичне, емоційне і поведінкове здоров'я людини. Одним із основних проявів розладу є нав'язливі спогади або «флешбеки», коли людина знову переживає травмуючу подію. Ці спогади можуть виникати раптово і супроводжуватися сильними емоціями, такими як тривога чи страх, що часто призводить до

відчуття повторного переживання події, як у реальному часі. Таке переживання може бути настільки інтенсивним, що особа втрачає здатність розрізняти минуле і теперішнє [5, 12, 22, 30, 38, 46, 51].

Іншим важливим симптомом є уникання всього, що асоціюється з пережитою травмою. Людина може намагатися уникати місць, людей, ситуацій або навіть думок, що пов'язані з травмуючим досвідом. Це може проявлятися в відмові від соціальних контактів, обмеженні діяльності, яка раніше приносила радість, а також у загальному відчутті відчуження від навколишнього світу [2, 19, 30].

Також важливим симптомом є гіперактивація або підвищена збуджуваність. Люди з ПТСР можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, погано сплять вночі, мати часті кошмари або переживати сильну тривогу. Це також може проявлятися у формі фізичних симптомів, таких як тахікардія, пітливість, головний біль або болі в шлунку [2, 19, 36, 46, 49].

До інших симптомів належать відчуття безвиході, занижена самооцінка, коливання настрою та депресивні стани. Людина може відчувати сильне почуття провини чи сорому, навіть якщо вона не має жодної відповідальності за пережиту подію. Часто особи з ПТСР стикаються з труднощами у взаємодії з іншими людьми, мають проблеми з підтриманням близьких стосунків і можуть ставати більш замкнутими або агресивними. В цілому, симптоми ПТСР можуть суттєво вплинути на якість життя людини, її працездатність, здатність підтримувати соціальні зв'язки та виконувати повсякденні завдання. Варто також зазначити, що прояви ПТСР можуть варіюватися з часом, з'являючись або зникаючи під впливом різноманітних факторів, що відображають зміни в життєвих обставинах постраждалої особи [6, 19, 36, 46, 49, 57, 66].

На сьогодні існують два основні діагностичні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу.

DSM-5 вимагає, щоб особа пережила або стала свідком великої травматичної події (вплив фактичної або загрози смерті, серйозних травм або

сексуального насильства) (Критерій А). Якщо хтось пережив або був свідком такої події, є чотири кластери симптомів, які він/вона має проявити. По-перше, людина повинна мати принаймні один із таких симптомів повторного переживання: нав'язливі тривожні спогади, повторювані тривожні сни, дисоціативні реакції (наприклад, спогади), інтенсивний або тривалий психологічний дистрес під час нагадування про травму, помітні фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні ознаки, що символізують або нагадують аспект травматичної події (критерій В). По-друге, потрібно активно уникати внутрішніх (наприклад, думки, спогади) та/або зовнішніх (наприклад, ситуації, розмови) нагадувань про травму (критерій С). По-третє, необхідні принаймні два симптоми «зміни в когнітивних процесах і настрої», включаючи нездатність запам'ятати важливий аспект травматичної події, постійні та перебільшені негативні думки про себе чи світ, постійні спотворені уявлення про причину чи наслідки події, повсюдні негативні емоції, помітно знижений інтерес, відчуття відчуженості або відчуженості від інших, постійна нездатність переживати позитивні емоції (критерій D). Нарешті, потрібно мати принаймні два з наступних симптомів збудження: дратівливість і спалахи гніву, безрозсудна або саморуйнівна поведінка, надмірна настороженість, перебільшена реакція переляку, проблеми з концентрацією, порушення сну (критерій E). Люди повинні проявляти ці симптоми протягом більше одного місяця після впливу травми, щоб мінімізувати патологізацію нормальних стресових реакцій [59, 61, 66, 69, 71, 74, 77].

Варто зазначити, що визначення DSM-5 розширило сферу застосування посттравматичного стресового розладу з його традиційного акценту на реакціях страху на інші емоційні реакції на травму. Насправді у багатьох пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, особливо серед військовослужбовців і тих, хто надає першу допомогу, спостерігаються емоційні реакції без страху [64, 66].

Багато регіонів світу керуються Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для встановлення

психіатричних діагнозів, а не DSM-5. МКХ зазвичай використовує простіший підхід до психіатричних діагнозів, ніж DSM, через необхідність зменшити навантаження на лікарів-діагностів у місцях з обмеженими ресурсами, які часто не можуть призначити тривалі оцінки кожному пацієнту [64, 66, 71, 74, 77].

Нещодавно схвалені рекомендації з діагностики ПТСР МКХ-11 стратегічно приділяють вузьку увагу симптомам схеми страху, включаючи повторне переживання травматичної події, уникнення нагадувань і сприйняття підвищеної поточної загрози (що відображається різними формами збудження). Центральним у цьому визначенні є припущення про те, що основним компонентом посттравматичного стресового розладу є повторне переживання спогадів про травматичну подію в сьогоденні [64, 66, 71, 74, 77].

Окрім посттравматичного стресового розладу, DSM-5 також включає діагноз гострого стресового розладу, який описує стресові реакції, що виникають у перший місяць після травми. Цей діагноз спочатку було введено в DSM-IV як засіб для опису людей із сильним дистресом, у яких не вдалося діагностувати посттравматичний стресовий розлад у перший місяць, а також як спосіб ідентифікації людей, які мають високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу в подальшому. Подальші лонгітюдні дослідження показали, що цей діагноз є лише скромним провісником посттравматичного стресового розладу: щонайменше половина людей, у яких розвивається посттравматичний стресовий розлад, спочатку не відповідають критеріям гострого стресового розладу [64, 66, 71, 74, 77].

Початкова концептуалізація гострого стресового розладу приділяла значну увагу дисоціативним реакціям відразу після травми (включаючи деперсоналізацію, дереалізацію, зниження обізнаності про оточення), що призвело до вимоги DSM-IV про наявність дисоціативних симптомів для відповідності критеріям розладу. На відміну від цієї позиції, конвергентні висновки показали, що, незважаючи на зв'язок між перитравматичною дисоціацією та пізнішим посттравматичним стресовим розладом, багато

людей, у яких розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), не демонструють дисоціативних реакцій у гострій фазі після травми. Як наслідок, у DSM-5 діагноз гострого стресового розладу не вимагає наявності специфічних кластерів симптомів, але, визнаючи, що люди можуть переживати гострий стрес різними способами, вимагає принаймні 9 із 14 потенційних гострих стресових реакцій, які можуть виникнути в перший місяць після травми. Важливо, що цей діагноз призначений не для прогнозування наступного посттравматичного стресового розладу, а скоріше для опису людей із підвищеним дистресом у перший місяць, яким можуть допомогти психіатричні послуги [64, 66, 71, 74, 77].

Ще одна діагностична конструкція, на яку варто звернути увагу, — комплексний ПТСР, який включено до МКХ-11. Щоб отримати цей діагноз, потрібно представити основні симптоми посттравматичного стресового розладу та, крім того, відчуті порушення самоідентифікації (наприклад, негативне самооцінювання), порушення емоційної регуляції (наприклад, емоційна реактивність, спалахи насильства) та постійні труднощі у стосунках. Хоча найчастіше спостерігається після тривалого жорстокого поводження в дитинстві, цей розлад також може виникати у тих, хто пережив інші важкі травми, такі як катування [64, 66, 71, 74, 77].

Комплексний ПТСР був у центрі уваги багатьох досліджень в останні роки. Значна кількість факторних аналітичних досліджень, як правило, зближується до запропонованої факторної структури розладу з доказами наявності двох головних факторів симптомів ПТСР і порушень самоорганізації. Крім того, латентний класовий аналіз постійно документував, що існує клас осіб із сильними симптомами ПТСР і сильними порушеннями самоорганізації та інший клас із сильними симптомами ПТСР і низькими порушеннями самоорганізації. Важливо, що також є докази того, що комплексний посттравматичний стресовий розлад визначає окремий клас від прикордонного розладу особистості. Відповідно до припущення про те, що комплексний посттравматичний стресовий розлад виникає після тривалої

травми в дитинстві, існує вищий рівень жорстокого поводження з дитинством серед людей зі складним посттравматичним стресовим розладом, ніж серед тих, хто страждає на посттравматичний стресовий розлад [2, 5, 7, 19, 38, 64, 66, 71, 74, 77].

Протягом багатьох років вважалося, що посттравматичний стресовий розлад має лінійний перебіг після впливу травми, з тенденцією до того, що симптоми переважають протягом кількох днів і тижнів після впливу та зникають протягом наступних місяців у більшості людей. Ця точка зору була підтверджена багатьма доказами того, що частота ПТСР зменшилася через 6 місяців після травми порівняно з частотою протягом кількох тижнів після події. Винятком із цієї тенденції є відстрочений ПТСР, який DSM традиційно визначає як початок ПТСР щонайменше через 6 місяців після травматичної події [64, 66, 71, 74, 77].

Розуміння того, що посттравматичний стресовий розлад має лінійний перебіг, було піддано сумніву в останні роки доказами того, що тяжкість розладу коливається з часом, що вона може погіршуватися або стихати, і що ця модель може продовжувати повторюватися, в результаті чого статус посттравматичного стресового розладу не є статичний. Нещодавні дослідження використовували моделювання латентної суміші росту для відображення траєкторій перебігу посттравматичного стресового розладу, достовірно демонструючи стійкий клас, який постійно демонструє незначну кількість симптомів посттравматичного стресового розладу, клас відновлення з початковим дистресом з наступною поступовою ремісією, клас відстроченої реакції з початковим низьким рівнем симптомів, але посилення симптомів з часом і клас хронічного дистресу зі стабільно високим рівнем ПТСР.

Використовуючи мережевий аналіз, який враховує силу зв'язків між симптомами, також є докази того, що синдром ПТСР розвивається з часом. У гострій фазі після травми симптоми посттравматичного стресового розладу здаються більш слабо взаємопов'язаними, у той час як вони стають

тіснішими з відомими факторами (наприклад, повторне переживання, активне уникнення) з часом [7, 64, 66, 71, 74, 77].

Ці конвергентні висновки підкреслюють складність прогнозування наступного ПТСР через гострі реакції. Хоча є докази зв'язку між посиленням симптомів у гострій фазі та розвитком пізнішого ПТСР, ми не маємо адекватних меж, щоб надійно визначити, у кого розвинеться ПТСР. Один із способів покращення раннього виявлення походить від консорціуму, який нещодавно об'єднав 2473 особи, які пережили травму, з десяти лонгітюдних досліджень, використовуючи підхід оцінки правдоподібності. Це дослідження виявило, що у пацієнта з підвищеною тяжкістю ранніх симптомів жіноча стать, освіта нижче середньої та перенесені в минулому міжособистісні травми були пов'язані з вищою ймовірністю розвитку ПТСР на 34% [12].

Багато факторів ризику фактично однакові для кількох психічних розладів: жіноча стать, низьке соціально-демографічне походження, попередні психічні розлади, сімейна історія психічних розладів і травматичне дитинство. З точки зору факторів уразливості, більш специфічних для ПТСР, розлад частіше виникає після тривалої травми або міжособистісних травматичних подій.

Суб'єктивна реакція на травму також є прогностичною, з гострими дисоціативними реакціями і катастрофічними оцінками про результат події, які тісно пов'язані з пізнішою тяжкістю ПТСР. Посттравматична обстановка також важлива, оскільки низька соціальна підтримка та постійні стресори сприяють ризику розвитку ПТСР [22].

1.2. Психологічні теорії формування та розвитку посттравматичного стресового розладу

Існують різні психологічні теорії, які пропонують пояснити здатність травми викликати ПТСР. Теорія зруйнованих припущень була запропонована Ронні Яноффом-Булманом у 1992 році. Ця теорія передбачає, що травматичні

події можуть змінити те, як люди сприймають себе та світ у порівнянні з їхніми поглядами до травматичного досвіду. Ця теорія має попередні припущення, зокрема: «світ доброзичливий», «світ має сенс» і «я гідний». Після травми основа цих успадкованих припущень слабшає або «руйнується». Це спричиняє втрату довіри, підвищену тривожність і сприйняття світу як небезпечного місця, що лежить в основі симптомів ПТСР. Відновлення цих припущень є важливим аспектом терапії, оскільки воно сприяє інтеграції травматичного досвіду в когнітивну структуру особистості [2, 5, 19, 38, 49, 54].

Біологічний підхід розглядає ПТСР як розлад, що виникає через фізіологічні та нейробіологічні зміни в організмі людини після травматичних подій. Основну увагу приділяють змінам у роботі мозку, гормональній регуляції та впливу спадкових факторів. Гіпокамп, який відповідає за пам'ять і просторову орієнтацію, зазнає структурних змін: зменшення його об'єму ускладнює інтеграцію травматичних спогадів, що часто проявляється у вигляді флешбеків або фрагментованих спогадів. Надмірна активність мигдалини, яка регулює емоції, особливо страх, сприяє гіперреактивності навіть на незначні подразники. При цьому знижена активність префронтальної кори зменшує її здатність контролювати емоційні реакції мигдалини, що ускладнює регуляцію поведінки та емоцій у людей із ПТСР. У людей із ПТСР часто спостерігається знижений рівень кортизолу – основного гормону стресу, що ускладнює пригнічення надмірних реакцій на стрес. Водночас підвищений рівень адреналіну та норадреналіну активує симпатичну нервову систему, підтримуючи стан гіперзбудження, що проявляється у фізіологічних симптомах, таких як прискорене серцебиття, підвищена пітливість і раптові страхові реакції [6, 7, 19, 38, 49, 54].

Генетичні дослідження виявили, що схильність до ПТСР може мати спадкову природу. Генетичні варіації, які впливають на функції серотоніну та дофаміну, а також регулюють роботу НРА-осі, збільшують ризик розвитку розладу. Важливу роль відіграють і епігенетичні зміни, які впливають на експресію генів після травматичних подій.

Розуміння біологічних механізмів ПТСР допомагає створювати ефективні методи лікування. Фармакотерапія із застосуванням СІЗЗС сприяє стабілізації настрою, а антиадренергічні препарати допомагають зменшити гіперзбудження. Методи нейромодуляції, такі як транскраніальна магнітна стимуляція (TMS), спрямовані на покращення функціонування префронтальної кори. Психотерапевтичні підходи, такі як EMDR (десенсибілізація і переробка рухом очей) або когнітивно-поведінкова терапія, також спрямовані на інтеграцію травматичних спогадів і зниження емоційної реактивності [2, 6, 38, 49, 61].

Психодинамічна психологія наголошує на систематичному вивченні того, як життєвий досвід може бути пов'язаний із поточними психологічними силами розуму, які впливають на поведінку та емоції. Підхід заснований на роботах З. Фрейда та Ж.М. Шарко, досліджує роль несвідомих процесів і дитячого досвіду в розвитку психічних розладів. У 1890 році Жан-Мартен Шарко стверджував, що причиною всіх психічних захворювань є психологічна травма. З часом це було спростовано, але визнається, що травма (і особливо рання травма) може мати глибокий вплив на розвиток психічних захворювань. Психодинамічний психологічний погляд на посттравматичний стрес особливо стосується несвідомих рішень довіри. Людям, які пережили травму, може бути важко повірити, що світ може бути безпечним місцем, або повірити, що люди не завдадуть їм емоційної чи фізичної шкоди. У контексті ПТСР психодинамічні теорії пояснюють, як травма впливає на довіру, самооцінку та емоційну стабільність. Травма може активувати раніше несвідомі страхи чи конфлікти, що призводить до емоційної регресії або захисних механізмів, таких як уникнення чи дисоціація. Особливу увагу приділяють труднощам із формуванням міжособистісної довіри, що є типовим для осіб із ПТСР [2, 6, 38, 49, 61].

Вчені біхевіористи також зробили внесок у розуміння впливу травми на когнітивні процеси. Умовна реакція вивченого страху може виникнути після впливу значного подразника, що зазвичай має місце в контексті ПТСР. Люди,

які піддаються повторним травмам (наприклад, жертви домашнього насильства або насильства з боку батьків), можуть розвивати умовну реакцію на травмуючі події. Чи, наприклад, людина, яка пережила вибух, може реагувати панікою на звуки, схожі на вибух. Такі умовні зв'язки можуть бути дуже стійкими й потребують цілеспрямованої терапії, наприклад, екзистенційальної терапії, щоб зменшити їхній вплив на повсякденне життя [5, 7, 25, 38, 57, 66].

Когнітивні підходи зосереджуються на сприйнятті травматичного досвіду. Згідно з цією теорією, люди з ПТСР часто формують дезадаптивні переконання, такі як «я не можу впоратися» чи «світ завжди небезпечний». Такі переконання підтримують відчуття безпорадності та тривоги. Основою терапії є допомога клієнту в ідентифікації та зміні цих деструктивних переконань й раціонально-емотивна терапія та нейролінгвістичне програмування допомагають в цьому [5, 7, 25, 38, 57, 66].

Гештальт-психологія пропонує специфічні підходи до розуміння та терапії при ПТСР трактуючи травмуючу подію, як «незавершений гештальт», який психіка не змогла достатньо опрацювати й залишила відбиток. Який проявляється надалі у формі нав'язливих спогадів, кошмарів або емоційних реакцій, що зберігають травму «живою» в теперішньому моменті. При роботі із травмами гештальт-терапія фокусується на інтеграції травматичного досвіду у психічну структуру особистості. Це досягається шляхом створення безпечного середовища, де клієнт може відчувати та завершити незавершені емоційні реакції. Такі практики, як рольові ігри (наприклад, техніка «порожнього стільця»), допомагають клієнту опрацювати свої почуття до минулого досвіду. Велика увагу приділяється зв'язку між тілом і психікою: «де саме це в тілі», з'ясування фізичних симптомів та усвідомлення тілесних реакцій допомагає звільнити блоковані емоції. Допомагає створенню можливості для завершення емоційних процесів, пов'язаних із травмою. Що надалі дозволяє інтегрувати досвід у теперішнє життя, поступово розвиваючи

стійкість та навички саморегуляції через гармонізацію різних аспектів особистості [2, 6, 38, 49, 61].

Хоча гештальт-підхід корисний для роботи з емоційними аспектами ПТСР, він може бути менш ефективним у випадках, що вимагають структурованих або когнітивно орієнтованих методів (наприклад, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) або EMDR) [6, 7, 19, 38, 49, 54].

Соціокультурний підхід пояснює розвиток ПТСР через вплив соціального оточення, культурного контексту, суспільних норм і колективного досвіду. Цей підхід підкреслює, що не лише індивідуальні, але й суспільні фактори відіграють ключову роль у виникненні, перебігу та лікуванні ПТСР. Рівень соціальної підтримки після травматичної події має вирішальне значення для психічного здоров'я. Люди, які отримують підтримку від сім'ї, друзів чи громади, менш схильні до розвитку ПТСР. Натомість ізоляція, соціальна стигматизація або осуд можуть підсилювати травматичні переживання та сприяти хронізації симптомів. Наприклад, ветерани бойових дій, які стикаються з неприйняттям чи байдужістю з боку суспільства, часто мають більш виражені прояви ПТСР [16, 27, 32, 41, 49, 53, 54].

Культурологічний підхід визначає, як люди сприймають і виражають травматичний досвід в певному етнічно-культуральному середовищі. У суспільствах, де прийнято замовчувати травматичні події, люди можуть пригнічувати свої емоції, що сприяє погіршенню симптомів. Водночас культури, які заохочують відкритість і спільне обговорення переживань, сприяють психологічному відновленню. Наприклад, у багатьох традиційних громадах спільні ритуали очищення після війни чи стихійного лиха виконують роль колективної терапії [7, 16, 27, 32, 41, 49].

У деяких суспільствах наявність ПТСР стигматизується, що змушує людей уникати діагностики чи лікування. Це стосується як військових, які можуть сприймати ПТСР як ознаку слабкості, так і мирного населення, яке боїться осуду за «надмірну емоційність».

Соціокультурний підхід підкреслює важливість створення сприятливого суспільного середовища для адаптації постраждалих, впровадження освітніх програм про ПТСР, а також врахування культурних і соціальних особливостей при плануванні психотерапевтичної роботи.

Розглядаючи сучасні наукові контексти окрім вказаних нами відокремлено:

- Нейропсихологічний підхід, в рамках якого вивчається вплив травми на структуру мозку (зменшення об'єму гіпокампа, активація мигдалини).
- Генетика та епігенетика – аналіз ролі спадковості та впливу зовнішніх факторів на експресію генів.

Із новітніх психотерапевтичних спрямувань ми відокремили: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та експозиційну терапію; EMDR (десенсибілізація і переробка травми через рух очей); гештальт-терапію та сучасні підходи в фармакотерапії із використанням антидепресантів, анксиолітиків, бета-блокаторів.

Більшість теорій ПТСР посиляються на процеси, пов'язані з обумовленням страху. Ця модель припускає, що під час травми сплеск гормонів стресу, що вивільняються у зв'язку зі страхом, який відчуває індивід, призводить до сильного асоціативного навчання між ознаками, присутніми під час травми, та реакціями на страх. Пов'язані ознаки мають властивість передбачати майбутню загрозу, що призводить до повторного переживання страху, коли особа піддається внутрішнім і зовнішнім нагадуванням про травму. Ця модель також припускає, що відновлення після початкових стресових реакцій зазвичай включає навчання згасання, під час якого людина неодноразово піддається нагадуванням про травму, але в цих випадках немає несприятливих наслідків; відповідно, є нові знання про те, що раніше обумовлені сигнали тепер сигналізують про безпеку [22, 38, 46, 49].

Існують докази нейронних змін у людей з ПТСР, які узгоджуються з схемою, яка, як відомо, бере участь у формуванні страху: мигдалеподібне тіло,

префронтальна кора головного мозку та гіпокамп. Багато досліджень вказують на те, що посттравматичний стресовий розлад пов'язаний із меншим розміром гіпокампу, при цьому мета-аналізи повідомляють, що цей висновок спостерігається двосторонньо. Нещодавнє дослідження консорціуму, що включало 1868 учасників (794 з посттравматичним стресовим розладом), виявило середній менший розмір гіпокампу в тих, хто страждає цим розладом. Наскільки менший гіпокамп є наслідком посттравматичного стресового розладу чи фактором ризику, ще остаточно не встановлено. В одному дослідженні порівнювали монозиготних близнюків, які служили або не служили у В'єтнамі, і виявили, що ветерани з посттравматичним стресовим розладом мали менший гіпокамп, ніж ветерани В'єтнаму без посттравматичного стресового розладу, але близнюки тих, хто страждав на посттравматичний стресовий розлад і не служили у В'єтнамі, мали теж малий гіпокамп. Існує також багато доказів зменшення об'єму префронтальних областей при посттравматичному стресовому розладі, що узгоджується з припущеннями про те, що пацієнти з посттравматичним стресовим розладом мають проблеми з припиненням навчання [57, 59].

Інші дослідження використовували завдання провокації страху для активації мережі загроз у пацієнтів з ПТСР. Найбільш повторюване відкриття є доказом недостатньої активації медіальних ділянок префронтальної кори, що узгоджується з уявленням про порушення регуляторних процесів, які сприяють згасанню. Є також докази дисфункцій у виявленні загроз, виконавчому функціонуванні, регуляції емоцій і контекстній обробці [57, 59, 64].

Норадренергічна дисрегуляція добре задокументована при посттравматичному стресовому розладі та вважається ключовою для розвитку інтрузивного повторного переживання спогадів про травму. Це уявлення підтверджується доказами того, що празозин (інгібітор норадренергічних рецепторів) ефективний у зменшенні кошмарів і повторних симптомів ПТСР. Додаткова підтримка полягає в доказах того, що введення пропранололу (бета-

адренергічного антагоніста) протягом годин після впливу травми обмежує подальшу реакцію на нагадування, хоча це не запобігає загальному ПТСР [57, 59, 61, 64].

Поле ПТСР також зосереджено на глюкокортикоїдній системі. Хоча підвищення рівня кортизолу зазвичай пов'язане з хронічним стресом, посттравматичний стресовий розлад часто пов'язаний із зниженням рівня кортизолу. Крім того, низькі рівні кортизолу незабаром після травми передбачають подальшу тяжкість ПТСР. Це парадоксальне відкриття було інтерпретовано в термінах зв'язування кортизолу з глюкокортикоїдними рецепторами в циклі негативного зворотного зв'язку, який сприяє гомеостазу реакції на стрес. Ця пропозиція стверджує, що зниження кортизолу при ПТСР може призвести до підвищеної постійної активності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (НРА), що призводить до перебільшеної відповіді на катехоламіни та, як наслідок, до надмірної консолідації спогадів про травму. Ця ідея отримала певну підтримку в дослідженнях, які повідомляють про те, що на тваринних моделях введення гідрокортизону незабаром після впливу стресового фактора призводить до зменшення подальших реакцій, подібних до ПТСР. Існують пілотні докази того, що ця процедура також обмежує подальші симптоми ПТСР після травми у людей [12, 49, 54, 57, 59, 61].

Послідовна закономірність досліджень ПТСР полягає в тому, що жінки вдвічі частіше хворіють на посттравматичний стресовий розлад, ніж чоловіки. Жінки мають більшу норадренергічну реакцію на аверсивні подразники, виявляють більшу силу здивування, потенційовану контекстом і виявляють більшу реактивність мигдалини після загрозливих подразників. Менструальна фаза (відображає циклічні рівні прогестерону та естрадіолу) впливає на явища ПТСР, припускаючи, що статеві гормони відіграють важливу роль у цьому відношенні. Жінки з посттравматичним стресовим розладом (порівняно з тими, хто не має посттравматичного стресового розладу) демонструють порушення навчання згасання в середині лютеїнової фази (коли рівні прогестерону та естрадіолу високі). Дійсно, жінки більш схильні відчувати

ретроспективні спогади, якщо вони піддаються травматичним подіям під час середини лютеїнової фази. Однією з причин, чому прогестерон може сприяти емоційним спогадам, є те, що він зв'язується з глюкокортикоїдними рецепторами, таким чином впливаючи на вивільнення ендогенних глюкокортикоїдів [12, 27, 49, 54, 57, 59, 61].

Підтримкою моделей зумовлення страху є надійний висновок про підвищену психофізіологічну реакцію на нагадування про травму у людей з ПТСР. Парадигми зображень, керовані сценарієм, спрямовують учасників на прослуховування попередньо записаних розповідей про їхню травму, під час яких вимірюється частота серцевих скорочень, провідність шкіри або електроміограма обличчя; це, як правило, призводить до більшої реактивності при ПТСР порівняно з учасниками без ПТСР. З моделями обумовлення страху також узгоджується свідчення підвищеної частоти серцевих скорочень у спокої в дні після травми у тих, у кого згодом розвинувся ПТСР, особливо у відповідь на нагадування про травму. Крім того, люди з посттравматичним стресовим розладом демонструють порушення здатності до навчання зникнення, а недостатня здатність до навчання зникнення є фактором ризику для ПТСР [12, 27, 49, 54, 57, 59, 61, 66, 71, 77].

Добре задокументований факт, що переважна більшість людей, які зазнали травми, не розвиває ПТСР, підкреслює, що існують ключові індивідуальні відмінності в схильності до прояву цього розладу. Багато доказів вказує на те, що генетичні фактори відіграють важливу роль, на них припадає 30-72% уразливості до розвитку ПТСР [22, 24, 46].

Багато досліджень намагалися пов'язати ПТСР із генетичними особливостями, і не дивно, що гени, пов'язані з ПТСР, також пов'язані з іншими поширеними психіатричними розладами, включаючи велику депресію, генералізований тривожний розлад, панічний розлад і вживання психоактивних речовин. Наприклад, численні дослідження вказали на функціональний поліморфізм у промоторній області гена транспортера серотоніну при багатьох захворюваннях. Короткий алель, який знижує

серотонінергічну експресію та поглинання майже на 50%, був пов'язаний із порушенням вимирання як у мишей, так і у людей [22, 24, 46, 57, 59].

Понад 50 варіантів генів пов'язані з посттравматичним стресовим розладом, залученими до функції осі НРА: норадренергічна, дофамінергічна та серотонінергічна системи і нейротрофіни. Однак ця область характеризується поганим повторенням результатів, і, відповідно, існує згода, що найбільш перспективним шляхом для розуміння генетичної основи ПТСР є полігенні підходи. Найбільше загальногеномне дослідження на сьогоднішній день було проведено Psychiatric Genomics Consortium – Posttraumatic Stress Disorder Group, яка нещодавно повідомила про аналіз 20 730 осіб: не було виявлено, що жоден поліморфізм одного нуклеотиду суттєво непов'язаний із ПТСР, але дослідження виявило полігенний профіль ризику, який збігався з ризиком шизофренії [62, 66, 68, 73].

Схоже, що генетична вразливість до посттравматичного стресового розладу пом'якшується контекстними факторами. Стрес у ранньому віці особливо актуальний, оскільки є докази того, що травма в дитинстві змінює генетичний ризик ПТСР. Епігенетичні дослідження посттравматичного стресового розладу, як правило, зосереджені на метилюванні ДНК, з основним фокусом на периферичних показниках генів-кандидатів та епігенетичної регуляції осі НРА, зокрема. Характерне метилювання при ПТСР було задокументовано в ряді генів. Проте докази на сьогоднішній день базуються на оцінках периферичної крові, які можуть не відображати центральні механізми, що відбуваються в нейронних ланцюгах [62, 66, 68, 73].

Хоча більшість когнітивних поведінкових моделей визнають роль обумовлення страху в етіології ПТСР, вони також приділяють значну увагу організації пам'яті. Когнітивні моделі припускають, що спогади про травму кодуються особливим чином в результаті підвищеного збудження під час травми. Вони, як правило, кодуються переважно сенсорними модальностями, з фрагментованою та неорганізованою послідовністю, таким чином зменшуючи ймовірність того, що пам'ять буде належним чином вбудована в

базу автобіографічної пам'яті. Є деякі докази того, що втручання в систему зорової пам'яті під час фази консолідації після травми може обмежити наступні симптоми ПТСР [7,11, 19, 31, 54].

Велика увага також приділяється мірі, в якій люди оцінюють травматичну подію, їхні реакції на неї та ймовірність шкоди в майбутньому. Вважається, що надмірно негативні оцінки мають тенденцію перебільшувати відчуття загрози індивіда, таким чином підтримуючи ПТСР. Як зазначалося вище, існує велика кількість доказів прогностичної ролі катастрофічних оцінок у розвитку та підтримці ПТСР, а також їх зниження після успішної терапії. Ці оцінки, як правило, призводять до сильного уникнення потенційних загроз, що погіршує емоційну обробку спогадів про травму та навчання вимирання.

У більшості когнітивних (і біологічних) моделей посттравматичного стресового розладу неявним є упередження уваги до загрози, що відображено у включенні гіпернастороженості в описи ПТСР у DSM-5/МКХ-11. Використовуючи низку експериментальних парадигм, було встановлено, що ПТСР характеризується сильним упередженням до потенційно загрозливих стимулів. Відповідно, пацієнти з посттравматичним стресовим розладом мають проблеми з відстороненням від загрози, гальмуванням реакції та орієнтацією. Результуючі втручання та збудження можуть сприяти добре задокументованим дефіцитам нейропсихологічних функцій, таких як концентрація, стійка увага, виконавчий контроль і робоча пам'ять [61, 64, 66, 71, 74, 77].

Отже, ПТСР виникає в результаті переживання надзвичайно травмуючих подій, має значний вплив на емоційний та фізичний стан людини. Симптоми ПТСР можуть варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей, але загалом вони значно ускладнюють життя, порушуючи соціальні, професійні та особистісні функції. Сучасні наукові підходи до вивчення цієї проблеми зосереджені на комплексному розумінні механізмів виникнення та розвитку розладу.

1.3. Психологічна допомога людям з посттравматичним стресовим розладом

У сучасній терапевтичній практиці головний акцент роблять на підході, згідно з яким «здоровий індивід стикається з аномальною ситуацією». Таким чином, для подолання наслідків травми першочергово необхідно спрямувати зусилля пацієнта на активізацію механізмів подолання. Це докорінно відрізняється від старих уявлень, за якими ПТСР вважався результатом особистісної слабкості чи патологічних, невротичних процесів. Окрім цього, важливим є міждисциплінарний підхід у лікуванні ПТСР, оскільки знання біологічних, психологічних і соціальних аспектів дозволяє терапевту та пацієнту бачити травму в ширшому контексті, знаходячи пояснення симптомам і способи їх корекції в різних сферах життя.

Методи, що ефективно застосовуються для корекції ПТСР, можна поділити на наступні категорії:

1. Психо-освітні заходи до яких слід долучати інформацію про психофізіологічні процеси, статистичні данні, знайдені науковцями способи лікування та реабілітації ПТСР. Психо-освітні заходи дозволяють розширити уявлення про симптоми, синдроми ПТСР та надати інструменти самовідновлення, як основні заходи підтримки позитивного налаштування на лікування, при цьому фармакологічне лікування є основним. Людині, що пережила травму, важливо усвідомити нормальність своїх переживань і надію на розуміння з боку фахівця, що сприяє відчуттю підтримки та можливості лікування.

2. Холістичний підхід до здоров'я. Фахівці у сфері здорового способу життя підкреслюють значення фізичної активності, здорового харчування, духовного розвитку та гумору для процесу відновлення.

3. Методи підвищення соціальної підтримки та інтеграції, до основних методів цієї категорії входять групова та сімейна терапія, розвиток мереж соціальної самопомоги, участь у діяльності волонтерських й громадських

організацій де на правах «рівний рівному» доноситься важлива інформація та надається підтримка. При цьому слід пам'ятати, що для осіб із різноманітним рівнем прояву ПТСР залучення до таких заходів слід проводити із урахуванням їх психічних станів, соціальних навичок, розвиненістю навичок подолання ірраціональних настанов, готовністю працювати із страхами тощо.

4. Індивідуальна терапія являє собою важливий елемент мультидисциплінарного підходу до лікування ПТСР. Оскільки робота із фахівцями психологами та психотерапевтами що спеціалізуються на ПТСР, чітко корегується під клієнта включаючи роботу на опрацювання горя, прийняття втрати, фобічними реакціями, обговорення травматичних переживань, гештальт-терапію, РЕПТ, КПТ та інші види психотерапії.

Представлені методи можна об'єднати під поняттям «соціально-психологічна реабілітація». Термін «психологічна реабілітація» (від лат. *rehabilitation* – відновлення) точно відображає процес і результати роботи психолога у сприянні соціально-психологічній адаптації клієнта [18, 30, 40].

Психологічна реабілітація – це підтримка на всіх етапах побудови нової системи взаємовідносин із рідними, близькими людьми та соціальним середовищем взагалі. Головним завданням психолога є налагодження та відновлення стосунків у родині, з природним, соціальним і культурним середовищем, перебудова уявлення про зовнішній світ, узгоджуючи їх із внутрішньою реальністю. Допомога людям з ПТСР включає кілька напрямків:

1. Діагностика соціально-психологічної дезадаптації – тривалий процес визначення основних копінг-стратегій, прийняття, особливостей поведінки та дослідження психоемоційного стану до травми, рівень травмованості для клієнта (в кожному випадку це своє ставлення і свій рівень прийняття), з'ясування адаптаційних стратегій тощо. І вже на основі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей визначається індивідуальна траєкторія терапії.

2. Психологічне консультування (індивідуальне і сімейне). Під час індивідуальної роботи важливо надати клієнту можливість висловити свої

переживання і відчутти щире зацікавлення. Необхідно пояснити, що його стан – тимчасовий і властивий усім, хто пережив психотравмуючу ситуацію. Важливо, щоб клієнт відчув підтримку як з боку фахівців, так і близьких людей. Щире розуміння та терпіння є важливими складовими реабілітації; їхня відсутність може призвести до серйозних наслідків.

3. Психокорекція включає спрямоване втручання у певні психологічні структури для забезпечення оптимального розвитку і функціонування особистості. Психотерапевтична допомога необхідна клієнтам з вираженими адаптаційними порушеннями, такими як депресія, алкоголізм або девіантна поведінка.

4. Навчання саморегуляції важливий компонент загального психосоціального супроводу, навчання технікам зняття напруги, таким як релаксація, аутотренінг та інші методи.

5. Соціально-психологічні тренінги які надають можливість клієнту розвинути та підвищити свою соціальну адаптивність та спрямовують клієнта на особистісний розвиток [6, 18, 30, 40].

Психологічна реабілітація включає декілька ключових етапів:

1. Встановлення взаємодії та адаптації між психологом і клієнтом.
2. Освоєння технік саморегуляції.
3. Емоційне звільнення через повторне переживання досвіду.
4. Аналіз та обговорення типових моделей поведінки за допомогою життєвих ситуацій.
5. Відпрацювання нових навичок в ігровій формі.
6. Формування бачення майбутніх перспектив [12, 18, 22, 30, 40, 54].

Лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) спрямоване на допомогу пацієнтам у подоланні проблем і симптомів, які виникли внаслідок травматичних подій. Один із дієвих підходів виникає у створених умовах для виникнення пережитого, де пацієнт може в безпечній атмосфері провокувати та переосмислювати свої думки й емоції, пов'язані з травмою. Це спостереження над неконтрольованими попередніми реакціями. Така терапія

може вимагати глибокого аналізу подій і емоцій, які їх спровокували [22, 30, 40, 54].

Тривалість психотерапії для осіб із ПТСР змінюється залежно від рівня їхньої адаптації – від шести місяців до кількох років. Прогноз тривалості лікування є непередбачуваним аспектом, оскільки дозволяє оцінити ефективність процесу реабілітації лише в процесі лікування на різних етапах він може змінюватись як у позитивному напрямку так і відкидати клієнта назад. Наприклад, пацієнт, який успішно адаптується до роботи, підтримує гармонійні стосунки в сім'ї та активно бере участь у терапевтичних сесіях, матиме кращий прогноз і може потребувати менш тривалого лікування спровокували [22, 30, 40, 54].

Особливо значущим є освітній компонент терапії. Пацієнтам пояснюють, які зміни можна очікувати протягом певного часу. Відсутність таких змін може викликати почуття невпевненості або загострити тривогу, що тягне процес реабілітації. У таких випадках необхідно проводити додаткову роботу, яка може опрацьовуватись як на індивідуальних консультаціях, так і в групах під керівництвом досвідченого фахівця, знайомого з особливостями роботи з пацієнтами, які мають ПТСР [12, 18, 30, 54].

Психотерапія для клієнтів, які пережили психотравму, зазвичай охоплює три основні етапи:

1. Формування безпечного і довірливого контакту, що дозволяє отримати доступ до прихованих і захищених травматичних спогадів.
2. Терапевтична робота, орієнтована на травму, включає детальне дослідження травматичного досвіду, аналіз проявів нав'язливих думок і спогадів, подолання уникання та відчуженості.
3. Дистанціювання від травматичного досвіду і відновлення соціальних зв'язків – з родиною, друзями та суспільством. На цьому етапі увага клієнта часто зосереджується на вирішенні актуальних проблем, пов'язаних із сімейними, шлюбними та іншими життєвими ситуаціями.

Деякі психотерапевтичні підходи акцентують увагу на конфліктах, які виявляються через розбіжності між внутрішніми цінностями клієнта та реальністю травматичних подій. У цьому випадку терапія спрямована на аналіз впливу травми на систему цін і потреб людини, роботу зі свідомими та підсвідомими конфліктами, а також трансформацію деструктивних емоцій у конструктивну діяльність [41, 51].

Опрацювання пригнічених спогадів на свідомому рівні звільнитися від амнезії, пов'язаної з униканням болісних переживань. Для цього ефективно використовуємо проєктивні методики.

На цьому етапі також важлива робота над відновленням самоповаги, самоконтролю, підвищенням відповідальності та інтеграцією особистості. Завдання психотерапевта – показати клієнтові, як криза може стати джерелом особистісного зростання, а також допомогти йому побачити нові можливості та перспективи.

На початковому етапі терапевт інформує клієнта про основи психологічної гігієни, розглядаючи ставлення до інших, навчаючи розрізняти особистість і поведінку. Також клієнт отримує підтримку у виражених емоціях, об'єктивному аналізі ситуації, завершенні незавершених справ і пошуку внутрішніх ресурсів. Якщо терапія фокусується на розумових причинах кризи, прийняття відповідальності за свій стан і формування шляхів до повернення до гармонійного життя [41, 51].

У результаті терапевтичної роботи клієнти краще усвідомлюють власну цінність, розуміють завершення кризи та навчаються долати страх перед майбутнім. Психотерапевт допомагає клієнту трансформуватися, змінити сприйняття себе як жертви. На завершальному етапі роботи основна увага зосереджується на формуванні чіткого бачення майбутнього, обговоренні нових можливостей і стратегій дій, прийнятті відповідальності за особливості змін, а також наданні психологічної підтримки в досягненні нових цілей [41, 51].

Для роботи з ПТСР ефективними є такі підходи, як гештальт-терапія, сімейна терапія, нейролінгвістичне програмування, кататимно-імагінативна психотерапія (символ-драма), десенсибілізація та переробка рухів очей, а також інші сучасні методики [12, 18, 30, 41, 51, 54].

Робота з клієнтами, які пережили травму, вимагає значного емоційного залучення терапевта, іноді настільки великого, що він може розвинути у себе подібний розлад – вторинний ПТСР чи вторинну травму.

Для лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом використовуються різноманітні методи психотерапії:

1. Раціональна психотерапія, яка включає пояснення причин і механізмів розвитку ПТСР для клієнта.

2. Методи психічної саморегуляції, спрямовані на зниження симптомів напруги та тривоги, зокрема аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація та активна візуалізація позитивних образів.

3. Когнітивна психотерапія, яка допомагає змінити дезадаптивні думки і негативні установки.

4. Особистісно-орієнтована терапія, що дозволяє змінити ставлення до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність, хоча б за своє ставлення до неї.

5. Позитивна терапія та гештальт-підхід, які ґрунтуються на уявленні, що кожна людина має не лише проблеми і хвороби, але й ресурси для їх подолання [25, 38, 40, 41, 47, 49, 51, 52, 54, 75].

Конкретний вибір форми психотерапії часто залишається на розсуд пацієнта, що пережив психічну травму. Травматизація руйнує когнітивні схеми самосприйняття та сприйняття світу жертви, а відновлення цих схем може бути болісним. Тому різноманітні техніки психотерапії, як от вислуховування, консультування чи короткострокова динамічна психотерапія, можуть бути ефективними в залежності від конкретної ситуації.

Водночас питання ефективності лікування ПТСР залишається дискусійним. Деякі фахівці вважають, що цей розлад можна повністю

подолати, тоді як інші наголошують на неможливості повного усунення симптомів. ПТСР часто пояснюється значними труднощами в соціальній, професійній та інших сферах життя. Відомо одне: лікування посттравматичного розладу – це тривалий і складний процес, який іноді займає роки.

Висновки до першого розділу

ПТСР – це психічний розлад, що виникає як відповідь на переживання або свідчення травматичної події, яка загрожує життю, фізичному чи емоційному благополуччю.

Вплив війни на психіку людини визнавався ще в античні часи, що підтверджують описи наслідків боїв у творах Гомера, Бернала Діаса де Кастільо та Сент-Екзюпері. Ці приклади свідчать про універсальність травматичних наслідків незалежно від історичної епохи. Психологічні втрати під час військових конфліктів стосуються не лише військових, але й цивільного населення.

Етіологія та симптоматика ПТСР складалась протягом багатьох століть, хоча сам розлад мав різноманітні назви, залежно від епохи: «солдатське серце» чи «ностальгія». Однак, лише в 1980 році Американська психіатрична асоціація офіційно визнала ПТСР у третьому виданні Діагностичного статистичного посібника (DSM-III) що стало важливим кроком у розумінні впливу травматичних подій на психіку людини.

Еволюція діагностики ПТСР у класифікаціях DSM та МКХ, зокрема DSM-V і DSM-V-TR та МКХ-10 й МКХ-11, підкреслює зростання розуміння природи цього розладу. Його сучасна класифікація як розладу, пов'язана з травмою та стресом, забезпечує більш глибокий підхід до допомоги постраждалим, спрямований на їхню реабілітацію та психологічне відновлення.

Дослідивши роботи зарубіжних та вітчизняних науковців: Адамс Р. С., Аймедов К.В., Александровський У.А., Асєєва Ю.О., Аснаані А., Беннер П.,

Бланко А., Більбао М., Будьоний П.В., Браун Л.А., Беллі Г.М., Ван Л., Вільягран Л., Вільямсон, Дж., Гордон Д.Р., Ге Ю., Джаффі М. С., Енгель К.С., Завадський М.Й., Кан М., Келлі П.В., Коллінз Р.Л., Ларсон М. Дж., Лукашенко М., Лю Ю., Мервійк Е.Л., Моріна Н., Медоуз С.О., Олеа Ж., Попелл К.Л., Сесур Р., Сабіа Дж.Дж, К. Сюе, Тан Б., Текин Э., Халперн Дж., Хорхе Р. Е., Хоппен Т.Х., Фоа Е.Б. та інших, можна вказати, що багато ветеранів без видимих вад мають невидимі шрами, а також і мирне населення страждає від наслідків воєнних дій, мають свої травми, які негативно впливають на них протягом усього життя та мають серйозні наслідки для їхніх родин, друзів, спільнот і суспільства в цілому. Усім учасникам, які переживають повномасштабне вторгнення притаманні, як ознаки ПТСР, так й інші розлади психічного здоров'я, алкоголізм, зловживання наркотиками, безпритульність, депресія, тривожність, безробіття, неповна зайнятість і злочинні дії є одними з негативних побічних ефектів травматичного стресу під час воєнних дій.

Основними симптомами ПТСР є переживання травми, нав'язливі спогади та кошмари, уникання певних ситуацій пов'язаних з травмою, емоційна нестабільність і підвищене збудження, зміни в когніціях. Визнання цих ознак сприяло розвитку ефективних терапевтичних підходів, які включають психологічну підтримку та фармакологію. На сьогодні відокремлюють чотири групи симптомів ПТСР:

- Нав'язливі симптоми: спогади, флешбеки, кошмари.
- Симптоми уникання: уникнення людей, місць чи подій, пов'язаних із травмою.
- Негативні зміни в настрої та когнітивних функціях: почуття провини, ізоляція, втрата інтересу.
- Гіперзбудження: дратівливість, проблеми зі сном, надмірна пильність.

Існують різні психологічні теорії, що пояснюють здатність травми викликати ПТСР, кожна з яких пропонує свій унікальний погляд на механізми, які впливають на психіку людини після травматичних подій.

У 1992 році Ронні Янофф-Булман запропонувала теорію зруйнованих припущень, яка базується на припущенні, що люди формують основоположні уявлення про світ, такі як «світ доброзичливий», «світ має сенс» і «я гідний». Травматичні події можуть зруйнувати ці уявлення, змушуючи людину переосмислювати себе та світ. Це спричиняє втрату довіри, підвищену тривожність і сприйняття світу як небезпечного місця, що лежить в основі симптомів ПТСР. Відновлення цих припущень є важливим аспектом терапії, оскільки воно сприяє інтеграції травматичного досвіду в когнітивну структуру особистості.

Біологічний підхід розглядає ПТСР як розлад, що виникає через фізіологічні та нейробіологічні зміни в організмі людини після травматичних подій. Основну увагу приділяють змінам у роботі мозку, гормональній регуляції та впливу спадкових факторів. Гіпокамп, який відповідає за пам'ять і просторову орієнтацію, зазнає структурних змін: зменшення його об'єму ускладнює інтеграцію травматичних спогадів, що часто проявляється у вигляді флешбеків або фрагментованих спогадів. Надмірна активність мигдалини, яка регулює емоції, особливо страх, сприяє гіперреактивності навіть на незначні подразники. При цьому знижена активність префронтальної кори зменшує її здатність контролювати емоційні реакції мигдалини, що ускладнює регуляцію поведінки та емоцій у людей із ПТСР. У людей із ПТСР часто спостерігається знижений рівень кортизолу – основного гормону стресу, що ускладнює пригнічення надмірних реакцій на стрес. Водночас підвищений рівень адреналіну та норадреналіну активує симпатичну нервову систему, підтримуючи стан гіперзбудження, що проявляється у фізіологічних симптомах, таких як прискорене серцебиття, підвищена пітливість і раптові страхові реакції.

Генетичні дослідження виявили, що схильність до ПТСР може мати спадкову природу. Генетичні варіації, які впливають на функції серотоніну та дофаміну, а також регулюють роботу НРА-осі, збільшують ризик розвитку

розладу. Важливу роль відіграють і епігенетичні зміни, які впливають на експресію генів після травматичних подій.

Розуміння біологічних механізмів ПТСР допомагає створювати ефективні методи лікування. Фармакотерапія із застосуванням СІЗЗС сприяє стабілізації настрою, а антиадренергічні препарати допомагають зменшити гіперзбудження. Методи нейромодуляції, такі як транскраніальна магнітна стимуляція (TMS), спрямовані на покращення функціонування префронтальної кори. Психотерапевтичні підходи, такі як EMDR (десенсибілізація і переробка рухом очей) або когнітивно-поведінкова терапія, також спрямовані на інтеграцію травматичних спогадів і зниження емоційної реактивності.

Психодинамічний підхід, заснований на роботах З. Фрейда та Ж.М. Шарко, досліджує роль несвідомих процесів і дитячого досвіду в розвитку психічних розладів. У контексті ПТСР психодинамічні теорії пояснюють, як травма впливає на довіру, самооцінку та емоційну стабільність. Травма може активувати раніше несвідомі страхи чи конфлікти, що призводить до емоційної регресії або захисних механізмів, таких як уникнення чи дисоціація. Особливу увагу приділяють труднощам із формуванням міжособистісної довіри, що є типовим для осіб із ПТСР.

Біхевіористи пояснюють ПТСР через умовні реакції, які формуються у відповідь на травматичні події. Умовлений страх виникає, коли нейтральний подразник асоціюється з травматичною подією, що спричиняє реакцію тривоги чи уникання. Наприклад, людина, яка пережила вибух, може реагувати панікою на звуки, схожі на вибух. Такі умовні зв'язки можуть бути дуже стійкими й потребують цілеспрямованої терапії, наприклад, екзистенціональної терапії, щоб зменшити їхній вплив на повсякденне життя.

Когнітивні підходи зосереджуються на сприйнятті травматичного досвіду. Згідно з цією теорією, люди з ПТСР часто формують дезадаптивні переконання, такі як «я не можу впоратися» чи «світ завжди небезпечний». Такі переконання підтримують відчуття безпорадності та тривоги. Основою

терапії є допомога клієнту в ідентифікації та зміні цих деструктивних переконань й раціонально-емотивна терапія та нейролінгвістичне програмування допомагають в цьому.

Гештальт-психологія пропонує специфічні підходи до розуміння та терапії при ПТСР трактуючи травмуючу подію, як «незавершений гештальт» який психіка не змогла достатньо опрацювати й залишила відбиток. Який проявляється надалі у формі нав'язливих спогадів, кошмарів або емоційних реакцій, що зберігають травму «живою» в теперішньому моменті. При роботі із травмами гештальт-терапія фокусується на інтеграції травматичного досвіду у психічну структуру особистості. Це досягається шляхом створення безпечного середовища, де клієнт може відчувати та завершити незавершені емоційні реакції. Такі практики, як рольові ігри (наприклад, техніка «порожнього стільця»), допомагають клієнту опрацювати свої почуття до минулого досвіду. Велика увагу приділяється зв'язку між тілом і психікою: «де саме це в тілі», з'ясування фізичних симптомів та усвідомлення тілесних реакцій допомагає звільнити блоковані емоції. Допомагає створенню можливості для завершення емоційних процесів, пов'язаних із травмою. Що надалі дозволяє інтегрувати досвід у теперішнє життя, поступово розвиваючи стійкість та навички саморегуляції через гармонізацію різних аспектів особистості.

Хоча гештальт-підхід корисний для роботи з емоційними аспектами ПТСР, він може бути менш ефективним у випадках, що вимагають структурованих або когнітивно орієнтованих методів (наприклад, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) або EMDR).

Соціокультурний підхід пояснює розвиток ПТСР через вплив соціального оточення, культурного контексту, суспільних норм і колективного досвіду. Цей підхід підкреслює, що не лише індивідуальні, але й суспільні фактори відіграють ключову роль у виникненні, перебігу та лікуванні ПТСР. Рівень соціальної підтримки після травматичної події має вирішальне значення для психічного здоров'я. Люди, які отримують підтримку від сім'ї,

друзів чи громади, менш схильні до розвитку ПТСР. Натомість ізоляція, соціальна стигматизація або осуд можуть підсилювати травматичні переживання та сприяти хронізації симптомів. Наприклад, ветерани бойових дій, які стикаються з неприйняттям чи байдужістю з боку суспільства, часто мають більш виражені прояви ПТСР.

Культурологічний підхід визначає, як люди сприймають і виражають травматичний досвід в певному етнічно-культуральному середовищі. У суспільствах, де прийнято замовчувати травматичні події, люди можуть пригнічувати свої емоції, що сприяє погіршенню симптомів. Водночас культури, які заохочують відкритість і спільне обговорення переживань, сприяють психологічному відновленню. Наприклад, у багатьох традиційних громадах спільні ритуали очищення після війни чи стихійного лиха виконують роль колективної терапії.

У деяких суспільствах наявність ПТСР стигматизується, що змушує людей уникати діагностики чи лікування. Це стосується як військових, які можуть сприймати ПТСР як ознаку слабкості, так і мирного населення, яке боїться осуду за «надмірну емоційність».

Соціокультурний підхід підкреслює важливість створення сприятливого суспільного середовища для адаптації постраждалих, впровадження освітніх програм про ПТСР, а також врахування культурних і соціальних особливостей при плануванні психотерапевтичної роботи.

Розглядаючи сучасні наукові контексти окрім вказаних нами відокремлено:

- Нейропсихологічний підхід, в рамках якого вивчається вплив травми на структуру мозку (зменшення об'єму гіпокампа, активація мигдалини).
- Генетика та епігенетика – аналіз ролі спадковості та впливу зовнішніх факторів на експресію генів.

Із новітніх психотерапевтичних спрямувань ми відокремили: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та експозиційну терапію; EMDR

(десенсибілізація і переробка травми через рух очей); гештальт-терапію та сучасні підходи в фармакотерапії із використанням антидепресантів, анксиолітиків, бета-блокаторів.

Отже, опис і систематизація теоретичних підходів до ПТСР демонструє багатогранність цього розладу. Сучасна наука інтегрує біологічні, психологічні та соціальні контексти, що сприяє розробці ефективних підходів до діагностики та терапії. Кожна із цих теорій робить важливий внесок у розуміння природи ПТСР і допомагає розробляти ефективні методи лікування, спрямовані на подолання симптомів і відновлення психологічної рівноваги.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Опис психодіагностичних методик, які були використанні для проведення емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 61 респондент віком від 26 до 43 років, які були розподілені за статевою ознакою на дві групи. Група 1 (Г1) включала 28 чоловіків, а група 2 (Г2) складалася з 33 жінок. Для оцінки наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у респондентів застосовано цивільний варіант Міссісіпської шкали, яка дозволяє визначити рівень вираженості ПТСР серед цивільного населення. Також для проведення емпіричного дослідження було використано: Шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна для діагностики ситуативної та особистісної тривожності; Шкалу депресії Бека – виявлення ступеня прояву депресії; Шкалу оцінки впливу травматичної події – для встановлення різних реакцій на психотравмуючу ситуацію «уникнення», «вторгнення» або «фізіологічна збудливість».

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічний тест, вперше розроблений у 1987 році Кеапе Т.М. та його колегами для діагностики ПТСР серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. У 1995 році з'явився цивільний варіант шкали, валідизований для цивільних осіб із діагнозом ПТСР [1, 26, 68].

Шкала побудована на основі ММРІ для діагностики ПТСР і містить 30 питань, що утворюють три основні шкали, відповідні трьом групам симптомів ПТСР за DSM-III. Перша шкала (11 питань) охоплює симптоми групи вторгнення, друга (також 11 питань) – симптоми уникнення, а третя (8 питань) описує симптоми збудження. П'ять додаткових питань досліджують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальними схильностями.

Дослідження показали високий рівень внутрішньої узгодженості як для військового (0,94), так і цивільного (0,86) варіантів шкали. Для діагностики ПТСР шкала демонструє 87% чутливість і 63% специфічність серед осіб із психічними розладами [11, 19, 29, 31, 35, 40, 52, 55, 68].

У «військовому» варіанті анкети містить 35 питань, а в «цивільному» – 39 питань, відповіді на які надаються за шкалою Ліккерта. Хоча питання розподілені по чотирьох субшкалах, шкала розраховує єдиний інтегральний показник. Деякі питання мають зворотні значення, що знижує тенденцію до стереотипних відповідей [1, 3, 26].

Через відносно низьку специфічність, міссісіпська шкала не рекомендується для первинного скринінгу ПТСР, а більше підходить для підтвердження діагнозу та оцінки тяжкості розладу у вже обраних групах. Вона широко використовується психологами силових структур, служб екстреної допомоги, а також у роботі з людьми, що перебувають під значними психологічними навантаженнями, як-от рятувальники. Важливо диференціювати ПТСР від особистісних патологічних реакцій, декомпенсації неврозів, а також афективних і ендогенних розладів на ранніх стадіях розвитку [1, 3, 26, 29, 35, 52, 68].

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, (IES-R)) – це клінічний тест, призначений для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та оцінки їх інтенсивності. Методика була вперше представлена в 1979 році М. Дж. Горовіцем та його колегами, ставши першою стандартизованою методикою для дослідження ПТСР, яка поєднувала теоретичні розробки з клінічними випробуваннями. Це було здійснено ще до того, як ПТСР був офіційно визнаний окремою діагностичною одиницею у DSM-III [59, 61, 69].

Початкова версія опитувальника включала 15 пунктів, спрямованих на вивчення реакцій на певні життєві події. Шкала дозволяла ідентифікувати переважання реакцій уникнення травмуючої ситуації та вторгнення небажаних спогадів. Однак у 1995 році Д. Вейс разом із колегами дійшли

висновку, що IES стане більш ефективною, якщо вона охоплюватиме не лише симптоми вторгнення та уникнення, але й гіперзбудження, яке було включене до критеріїв ПТСР у DSM-IV та вважається важливою складовою психологічної реакції на травматичний стрес. Це привело до перегляду та вдосконалення оригінальної версії шкали IES [61].

Для лонгітюдного дослідження реакцій на травматичні події у персоналу служб швидкого реагування після землетрусу були розроблені сім додаткових пунктів, із яких шість стосуються критерію D («гіперзбудження») за класифікацією DSM-IV, а один призначений для виявлення флешбеків. Ці пункти були випадковим чином інтегровані серед 7 пунктів вторгнення та 8 уникнення першої версії IES, завдяки чому «Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута» (IES-R) стала містити 22 пункти [61].

Одним із головних завдань при розробці IES-R було збереження її сумісності з оригінальною IES, тому збережено семиденний період, вказаний в інструкції, та шкалу оцінок М. Дж. Горовіца з першої версії: 0, 1, 3 та 5 для відповідей «ніколи», «рідко», «іноді», «часто». Окрім незначних змін і додавання пункту для виявлення флешбеків, субшкали «уникнення» та «вторгнення» у IES-R відповідають субшкалам у IES [59, 61, 68, 69].

Такі зміни дозволяють дослідникам, які використовують IES-R, порівнювати результати субшкал «вторгнення» та «уникнення» з результатами IES. Очікується, що перегляд порядку пунктів, уточнення пункту щодо проблем із сном, а також додавання 6 пунктів «гіперзбудження» і одного пункту «вторгнення» мінімально вплинуть на відповіді за цими 15 пунктами.

Шість додаткових пунктів «гіперзбудження» призначені для опису таких аспектів: агресивність та дратівливість; посилена реакція на переляк; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, викликане спогадами; безсоння. Додатковий пункт вторгнення спрямований на виявлення станів, схожих з дисоціативними переживаннями [59, 61, 69].

Цей опитувальник призначений для оцінки наявності, інтенсивності та структури симптомів ПТСР. Шкала добре зарекомендувала себе як надійний та валідний інструмент, який пройшов крос-культурну перевірку і може бути використаний як частина психодіагностичного комплексу для роботи з особами, що мають або підозрюють ПТСР.

Шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory, (BDI)) було створено А.Т. Беком та його колегами у 1961 році на основі їхніх клінічних спостережень, що допомогло виокремити ключові симптоми депресії та найчастіші скарги пацієнтів. На основі узагальнених даних про прояви депресії, викладених у літературі, було розроблено опитувальник, що включає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відображають різні аспекти симптомів депресії. Твердження у кожній категорії впорядковані відповідно до ступеня внеску симптому в загальну тяжкість стану [1, 26].

Першочергово методика передбачала участь кваліфікованого спеціаліста (психіатра, клінічного психолога або соціолога), який зачитував кожен пункт і пропонував пацієнтові вибрати найбільш відповідне його стану твердження. Пацієнт мав копію опитувальника, щоб слідкувати за прочитаними питаннями, а експерт позначав відповіді у бланку. Також враховувалися анамнестичні дані та інші параметри, що мали значення для інтерпретації результатів.

На сьогодні методику здебільшого застосовують у спрощеній формі: пацієнту видають опитувальник для самостійного заповнення. Кожне твердження оцінюється від 0 до 3 балів, залежно від тяжкості прояву симптому, а загальний бал може варіювати від 0 до 63, що відображає рівень депресії: норма, легка депресія, помірна депресія, важка депресія [1, 26].

Також шкала має дві субшкали для оцінки специфічних аспектів стану пацієнта: когнітивно-афективну (C-A) і субшкалу соматичних проявів депресії (S-P).

Шкала тривоги Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, (STAI)) є ефективним інструментом для самостійного оцінювання рівня тривожності як у конкретний момент (реактивна тривожність як стан), так і як стабільну особистісну характеристику [1, 26]. Цей метод, розроблений у 1970 році, завдяки своїй простоті та результативності широко використовується в клінічній практиці для різних цілей: від оцінювання інтенсивності тривожних переживань до спостереження за змінами стану пацієнта з часом. Адаптацію методики здійснив Ю.Л. Ханін, тому вона також відома як «Шкала Спілбергера-Ханіна» [1, 26].

На відміну від багатьох інших методів, що здебільшого оцінюють лише особистісну тривожність або поточний рівень тривоги чи специфічні реакції, метод Ч. Спілбергера є єдиним, що дозволяє чітко розмежувати тривогу як стійку особистісну рису та як змінний стан.

Вимірювання тривожності як особистісної риси є важливим, адже вона значною мірою впливає на поведінку людини. Визначений рівень тривожності є природною характеристикою активної особистості, яка діє. У кожної людини існує свій оптимальний або «корисний» рівень тривожності. Оцінка свого стану щодо цього рівня відіграє важливу роль у самоконтролі та усвідомленні власного емоційного стану [62].

Тест містить по 20 тверджень у кожній з двох підшкал. Перша підшкала, що вимірює ситуативну тривожність, визначає поточний стан тривоги, оцінюючи, як респонденти почуваються «в даний момент». Вона ґрунтується на суб'єктивних відчуттях страху, напруги, занепокоєння, нервозності та вегетативних реакціях. Ситуативна тривожність як стан проявляється через емоційні реакції на стресові ситуації й варіюється за інтенсивністю та динамікою [1, 26, 62].

Друга підшкала оцінює особистісну тривожність, яка відображає стійкі аспекти особистості, зокрема схильність до занепокоєння. Ця шкала визначає риси, пов'язані зі станом спокою, впевненості й безпеки. Під особистісною тривожністю розуміється стабільна індивідуальна характеристика, що вказує

на тенденцію особистості сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі, відповідаючи на них тривожними реакціями [1, 26, 62].

Особистісна тривожність як риса обумовлює схильність до сприйняття загрози в багатьох ситуаціях. За високого рівня особистісної тривожності кожна з таких ситуацій може сприйматися як стресова, провокуючи виражений стан тривоги. Люди з високим рівнем особистісної тривожності схильні відчувати загрозу для самооцінки та життєвого благополуччя у багатьох життєвих обставинах і реагувати на це інтенсивною тривогою.

Високі показники особистісної тривожності за STAI можуть вказувати на ймовірність розвитку тривожних станів навіть у звичайних ситуаціях. Високий рівень особистісної тривожності часто пов'язаний з підвищеною вразливістю до емоційних і невротичних зривів, а також до психосоматичних захворювань.

При інтерпретації результатів самооцінки слід враховувати, що підсумковий бал кожної підшкали може коливатися від 20 до 80. Чим вищий результат, тим вищий рівень тривожності (як ситуативної, так і особистісної).

Порівняння результатів за обома підшкалами дає змогу оцінити, наскільки стресова ситуація є значущою для респондента.

Більшість традиційних методик вимірюють лише особистісну тривожність, стан тривожності або специфічні реакції. Методика Ч. Спілбергера є винятковою, оскільки дозволяє диференційовано оцінювати як особистісну, так і ситуативну тривожність.

2.2. Результати проведеного дослідження щодо психологічної допомоги людям з ПТСР

На першому етапі констатуючого експерименту ми використали Місісіпську шкалу, яка дозволила нам визначити різний рівень вираженості ПТСР серед учасників дослідження залежно від статевої приналежності. Для аналізу даних у таблиці наведені середні показники та стандартні відхилення

для кожної з груп, що дозволяє оцінити ступінь вираженості симптомів ПТСР у чоловіків та жінок окремо.

Таблиця 2.2.1 містить детальну інформацію щодо статистичних показників, які демонструють різницю у прояві симптомів ПТСР між чоловіками та жінками у досліджуваній вибірці (рис. 2.2.1)

Таблиця 2.2.1

Місісіпська шкала оцінювання ПТСР (для цивільних)

Бали:	Г1(ч)	Г2(ж)	Всього:
0-40	32,10	15,20	23,00
41-78	46,40	45,40	45,90
79-117	14,30	27,30	21,30
більше 118	7,20	12,10	9,80

**Примітка.* Рівні розладу адаптації: 0-40 балів – низький (норма); 41-78 балів – знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів); 79-117 балів – середній (невротичні розлади); більше 118 балів – підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження).

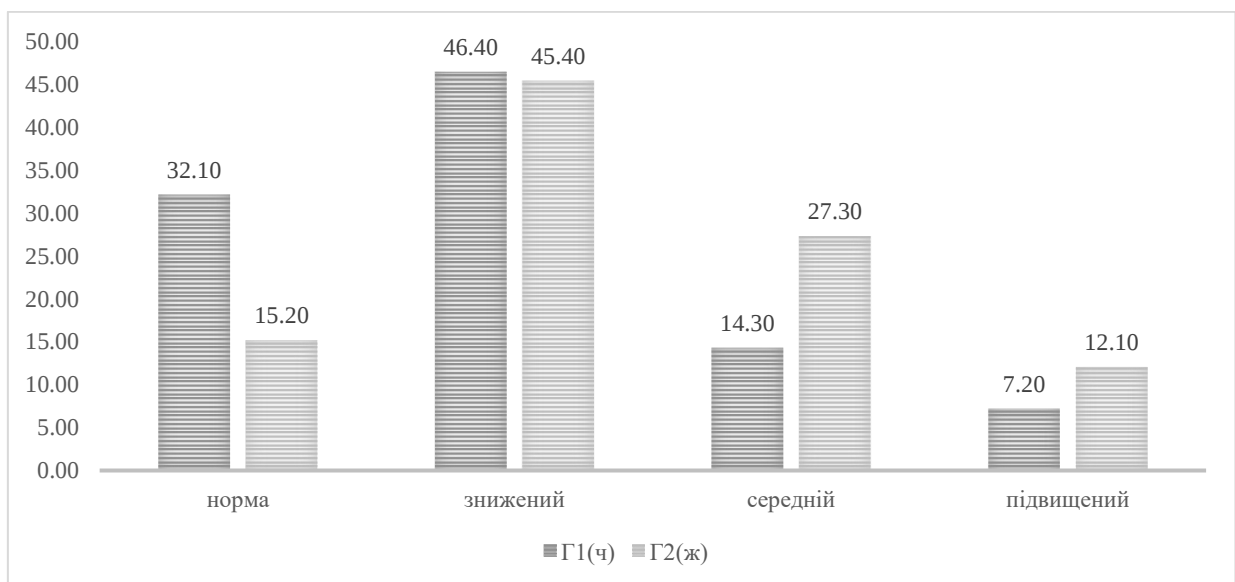


Рис. 2.2.1 Прояви ознак ПТСР серед жінок та чоловіків

Аналіз рівнів ПТСР за Місісіпською шкалою в досліджуваній вибірці показав, що загалом більшість респондентів має знижений рівень прояву ознак ПТСР – 45,90 % опитаних, а 23,00 % опитаних знаходяться в межах норми,

отже 68,90 % вибірки мають незначні ознаки ПТСР отже серед них можливі окремі прояви невротичних розладів. Однак виявлено 21,30 % опитаних які мають середній рівень прояву ознак ПТСР та 9,80 % опитаних знаходяться у межах підвищеного рівня, що вказує на необхідність отримання кваліфікованої допомоги, як від психологів так і від медиків, оскільки середній рівень вже вказує на наявність невротичних ознак, а виявлення підвищеного рівня вказує на підозру ПТСР та потребує додаткового лікарського обстеження.

Розглядаючи особливості проявів ПТСР за статевими ознаками, можна відзначити, що чоловіки більш стійкі, ніж жінки. Виявлено підвищений рівень проявів ПТСР серед 7,20 % чоловіків та 12,10 % жінок, середній рівень проявів ознак також вищий у жінок, а ніж у чоловіків (Г1 – 14,30 % опитаних, Г2 – 27,30 % опитаних). Середній рівень, який характеризується невротичними розладами, може вказувати на більшу емоційну чутливість жінок до травматичних подій, або на різні підходи до обробки травматичного досвіду між статями. Підвищений рівень у жінок (різниця майже у 5 %) може свідчити про вищий ризик розвитку ПТСР або про більшу готовність жінок визнавати і демонструвати симптоми, що потребують лікарського обстеження. Крім того, гендерні відмінності в емоційній реактивності можуть також відігравати роль.

Розглядаючи показники норми та знижених проявів симптомів ПТСР, опитані чоловічої статі також мають кращі результати, а ніж опитані жіночої статі (норма у Г1 – 32,10 %, Г2 – 15,20 %; знижений рівень Г1 – 46,40 %, Г2 – 45,40 %). Це може свідчити про більшу стійкість чоловіків до стресових факторів або про те, що чоловіки частіше не відзначають суб'єктивні симптоми, пов'язані з невротичними проявами. Також такі показники прояву зниженого рівня, можуть свідчити, про те, що при зниженому рівні адаптації прояви ПТСР виражені в обох статей схожою мірою, що може свідчити про подібні реакції на помірні стресові чинники незалежно від статі.

З огляду на розподіл за балами шкали, можна зробити наступні припущення. По-перше, можлива соціальна адаптація та стратегії подолання

стресу можуть відрізнятися у чоловіків та жінок. Чоловіки можуть використовувати стратегії уникання або придушення, що призводить до нижчих балів, тоді як жінки частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії, що може бути причиною вищих показників за шкалою.

По-друге, наші культурні та соціальні чинники також можуть відігравати роль у впливі на психологічну стійкість та реакції на стрес, зокрема те, як чоловіки та жінки сприймають і оцінюють свій травматичний досвід.

Таким чином, можна відзначити, наявність певних відмінностей у проявах ПТСР залежно від статі, що може бути основою для розробки індивідуальних підходів до психотерапевтичної допомоги. Для подальшого дослідження було б корисно включити додаткові параметри, такі як тривалість пережитого стресу, соціальну підтримку та індивідуальні особливості подолання стресу, щоб більш точно визначити фактори, що впливають на рівень ПТСР у чоловіків та жінок.

Таке детальне пояснення підкреслює відмінності у психологічній реакції на стресові фактори залежно від статі та може допомогти у створенні гендерно-специфічних підходів до профілактики і лікування ПТСР.

Згідно з отриманими даними, найбільший відсоток як серед чоловіків, так і серед жінок перебуває на зниженому рівні (41-78 балів), що свідчить про можливість окремих проявів невротичних розладів, але без виражених симптомів ПТСР. Разом з тим, жінки мають дещо більший відсоток респондентів із середнім та підвищеним рівнем, що може свідчити про більшу вразливість до проявів ПТСР або інші соціально-психологічні фактори, які варто розглянути в подальшому дослідженні.

На наступному етапі нашого дослідження ми дослідили прояв и тривоги серед обраних респондентів. Результати представлено у табл. 2.2.2 та рис. 2.2.2, 2.2.3)

Таблиця 2.2.2

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна

Групи/ Рівні	ТРИВОГА:						Всього:	
	Особистісна							
	низька		помірна		висока			
	п	%	п	%	п	%	п	%
Г1(ч)	13	46,40	11	39,30	4	14,30	28	45,90
Г2(ж)	11	33,30	16	48,50	6	18,20	33	54,10
Всього:	24	39,30	27	44,30	10	16,40	61	100,00
Ситуаційна								
Г1(ч)	6	21,40	14	50,00	8	28,60	28	45,90
Г2(ж)	3	9,10	18	54,50	12	36,40	33	54,10
Всього:	9	14,80	32	52,40	20	32,80	61	100,00

Аналізуючи отримані результати за рівнями прояву тривоги серед нашої вибірки можливо відзначити, що група характеризується проявом помірного рівня особистісної тривоги – 44,30 % опитаних, достатньо значна кількість осіб мають низький рівень проявів особистісної тривоги – 39,30 % опитаних, однак наявний і значний відсоток осіб які мають високий рівень особистісної тривоги – 16,40 % опитаних. Розглядаючи показники наявності ситуативної тривоги можна відзначити, що більшість опитаних осіб має помірний рівень – 52,40 % опитаних, значна кількість осіб має високий рівень – 32,80 % опитаних, і лише 14,80 % осіб мають низький рівень ситуативної тривоги.

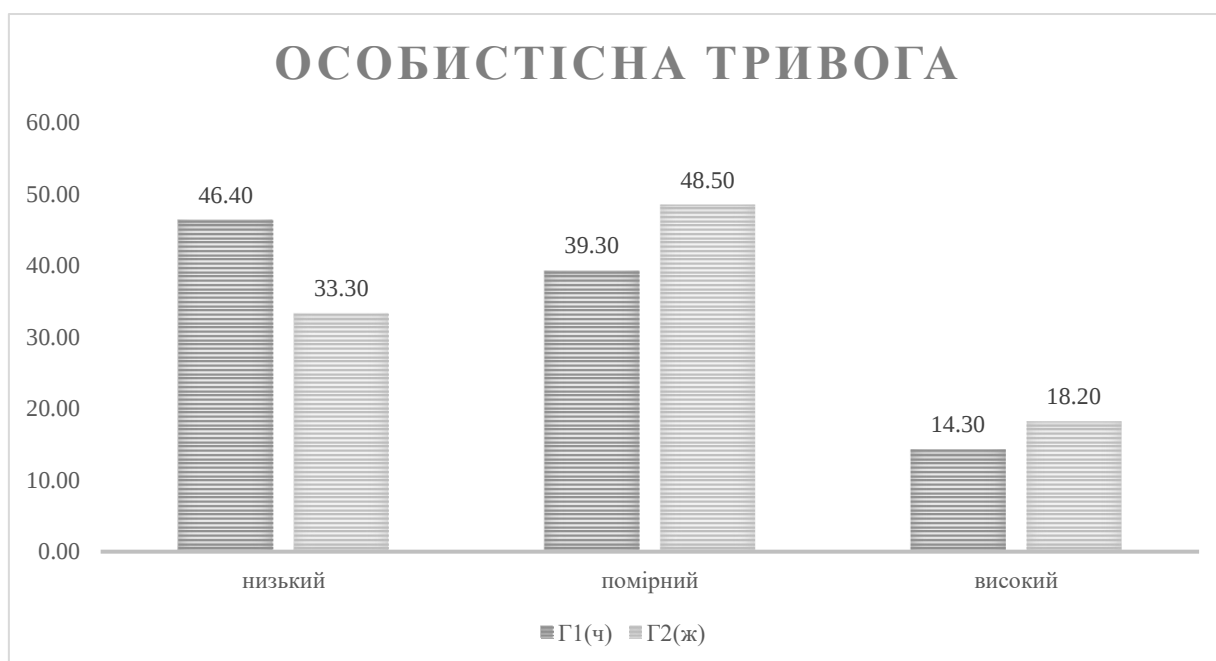


Рис. 2.2.2. Рівні особистісної тривоги

Розглядаючи статеві особливості прояву особистісної тривоги, слід відзначити, більшість жінок має помірний рівень 48,50 % опитаних, 18,20 % опитаних жінок мають вже високий рівень прояву особистісної тривоги, та 33,30 % жінок знаходяться в нормі. Розглядаючи показники чоловік щодо проявів особистісної тривоги, можна відзначити, що вони більш стійкі а ніж жінки, так серед них виявлено 46,40 % осіб що мають низький рівень особистісної тривожності та 39,30 % чоловік демонструють помірний рівень, і лише 14,30 % чоловіків знаходяться поза межами норми.



Рис. 2.2.3. Рівні ситуативної тривоги

Розглядаючи результати отримані за шкалою ситуативної тривожності можливо відзначити, що більшість і чоловіків і жінок знаходяться в помірній тривозі (Г1 – 50,00 % та Г2 – 54,50 % опитаних). Викликає занепокоєння наявність досить значної кількості опитаних які мають високий рівень ситуативної тривожності, при чому жінки демонструють більшу схильність до неї, аніж чоловіки (Г1 – 28,60 % та Г2 – 36,40 % опитаних). Незначна кількість жінок демонструє низький рівень ситуативної тривожності лише – 9,10 % опитаних, на відміну від чоловіків – 21,40 % опитаних, що вказує на більшу стриманість та стійкість чоловіків до ситуативних викликів сьогодення.

Порівнюючи показники особистісної та ситуаційної тривоги, слід зауважити, що серед чоловіків переважає низький рівень особистісної тривоги (46,4%), тоді як помірний рівень ситуаційної тривоги є найпоширенішим (50,0%). Ці результати можуть свідчити про те, що чоловіки більш стійкі до постійної тривожності, але в ситуаціях стресу прояви тривоги можуть зростати. Розглядаючи результати отримані від осіб жіночої статі (Г2) можна відзначити переважання помірною рівня як особистісної, так і ситуаційної тривоги (48,5% і 54,5% відповідно). Водночас, частка жінок із високим рівнем ситуаційної тривоги (36,4%) є більшою, ніж у чоловіків. Це може свідчити про

підвищену емоційну реактивність жінок до стресових ситуацій або про їхню більш високу схильність до тривоги в умовах зовнішніх загроз.

Опис даних з врахуванням сучасного контексту та розширений аналіз результатів вказує на тенденцію до помірного рівня особистісної та ситуаційної тривоги серед усіх учасників дослідження (44,3% та 52,4% відповідно). Жінки мають дещо вищий рівень тривожності в стресових ситуаціях порівняно з чоловіками, що може вказувати на підвищену вразливість до ситуаційного стресу або різницю в підходах до подолання тривоги. Різниця між особистісною та ситуаційною тривогою серед обох статей може свідчити про відмінності в сприйнятті і обробці стресових ситуацій, що є важливим аспектом для подальшого дослідження ПТСР у контексті тривожних розладів. Цей аналіз допомагає зрозуміти, як прояви особистісної та ситуаційної тривоги корелюють із загальним станом ПТСР у досліджуваних, і може слугувати основою для подальшої розробки індивідуальних підходів до підтримки та лікування ПТСР у чоловіків та жінок.

Сучасна ситуація війни в Україні створює підвищений рівень психоемоційного навантаження на громадян, що відчувається як у формі довготривалого стресу, так і в гострих стресових реакціях. Досліджуваний контингент, що включає дорослих чоловіків та жінок віком від 26 до 43 років, опинився в ситуації, де рівень тривожності та ризик розвитку ПТСР є надзвичайно високим через регулярне переживання травматичних подій, які стосуються не лише їхнього безпосереднього оточення, але й загального соціально-політичного контексту країни.

Взаємозв'язок тривоги та ПТСР серед чоловіків та жінок. На основі оброблених даних із двох таблиць можна зробити такі висновки. Стабільність чоловіків перед особистісною тривогою: виявлений у першій таблиці низький рівень проявів ПТСР серед 32,1% чоловіків, а також низький рівень особистісної тривоги за шкалою Спілбергера серед 46,4% чоловіків у другій таблиці свідчать про деяку стійкість чоловіків до тривоги в умовах тривалого стресу. Це може пояснюватися національною культурою мужності,

підтримкою військових традицій, а також певною соціальною відповідальністю, яка стимулює опірність до стресів.

Підвищений рівень ситуаційної тривоги у жінок. Жінки демонструють вищі показники як середнього (27,3%), так і підвищеного рівня ПТСР (12,1%), що поєднується з високим рівнем ситуаційної тривоги (36,4%) у другій таблиці. Це може свідчити про те, що жінки більш емоційно реагують на ситуаційні загрози, що часто посилюються соціальними факторами: занепокоєнням за дітей, сім'ю, а також можливими змінами в життєвих планах і кар'єрі внаслідок воєнних подій.

Особливості помірного рівня тривоги у більшості вибірки: більшість учасників, незалежно від статі, мають помірний рівень як особистісної, так і ситуаційної тривоги. Це може вказувати на загальну емоційну напругу, що є типовою реакцією на постійне переживання небезпеки та соціальної нестабільності. Люди, які мають помірний рівень тривоги та ознаки невротичних розладів за ПТСР, часто залишаються активними, але стикаються з труднощами в адаптації та підтримці емоційної стійкості.

Сучасний військовий конфлікт в Україні значно підвищує загальний рівень тривожності та створює додаткові ризики для розвитку ПТСР. Як показують результати за шкалою Спілбергера, жінки демонструють вищий рівень ситуаційної тривоги, що можна пояснити їхньою схильністю до емоційної реакції на поточні загрози. Чоловіки, у свою чергу, частіше виявляють стійкість до довготривалої тривоги, хоча в окремих стресових ситуаціях їхній рівень тривоги також зростає.

Дослідження дозволяє зробити висновок про те, що сьогоденні виклики в Україні створюють умови, за яких зростає потреба в психологічній підтримці цивільного населення, спрямованій на адаптацію до стресу та подолання симптомів ПТСР. Гендерні відмінності у проявах тривожності та стресових реакцій також вказують на необхідність розробки індивідуальних підходів для чоловіків і жінок, орієнтованих на специфічні потреби та культурні особливості.

Таким чином, врахування гендерних особливостей та сучасного контексту, пов'язаного з війною, є важливим для розуміння динаміки розвитку ПТСР у населення і для розробки ефективних заходів щодо профілактики та лікування психотравматичних наслідків серед українців.

На наступному етапі нашого дослідження ми розглянули схильність до прояви депресивних станів серед мирного населення (табл. 2.2.3 та рис. 2.2.4)

Таблиця 3

Дослідження депресивних проявів за тестуванням Бека

Рівень депресії	Г1(ч)	Г2(ж)	Всього:
відсутність	21,40	12,10	16,40
субдепресія	42,90	39,40	41,00
помірна	25,00	24,20	24,60
середньої тяжкості	7,10	15,20	11,40
важка депресія	3,60	9,10	6,60

Примітка: * результати в таблиці надано у відсотках

** 0-9 балів – відсутність депресивних симптомів; 10-15 балів – легка депресія (субдепресія); 16-19 балів – помірна депресія; 20-29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості); 30-63 балів – важка депресія

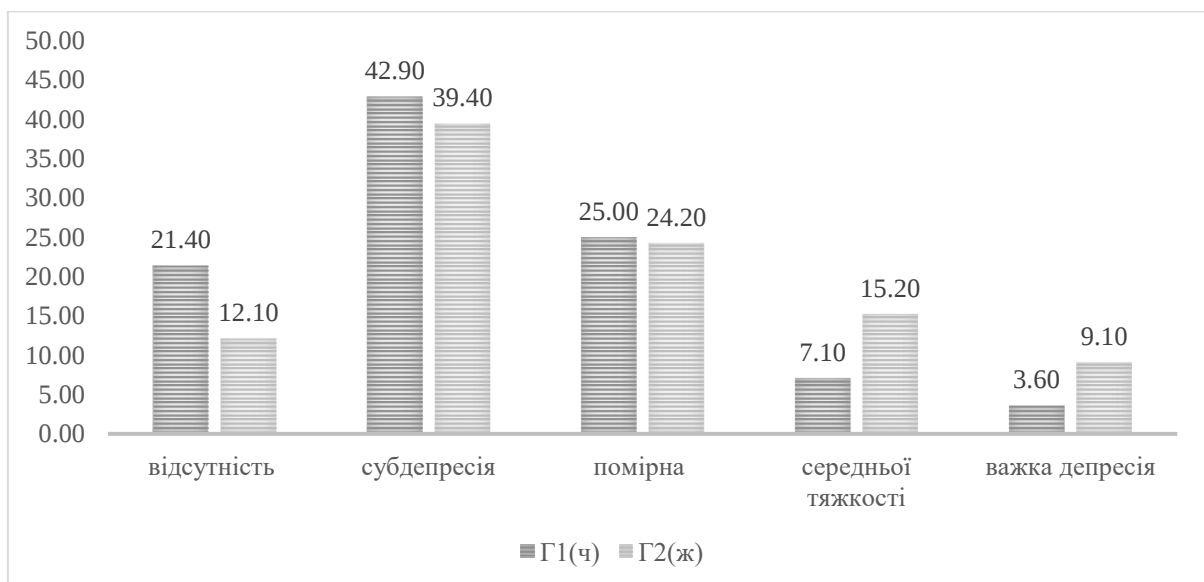


Рис. 2.2.4 Прояви депресії серед опитних

На основі результатів отриманих за тестом Бека, можна вказати найбільша кількість осіб має прояви субдепресії – 41,00 % опитаних, помірна депресія спостерігається у 24,60 % опитаних, відсутні прояви депресії у 16,40 % опитаних, депресія середньої тяжкості виявлена у 11,40 % опитаних, а важка депресія у 6,60 % опитаних.

Розглядаючи специфічні відмінності між чоловіками (Г1) та жінками (Г2) у кожному діапазоні депресивних проявів, можливо відзначити, що чоловіки виявляються більш стійкими, а ніж жінки. Відсутність проявів депресії виявлено у 21,40 % чоловіків і майже вдвічі менше жінок – 12,10 % опитаних. Це може свідчити про більш стійкий психоемоційний стан чоловіків або про їх схильність до меншої демонстрації депресивних проявів.

Прояви субдепресії також вищі у чоловіків а ніж у жінок (Г1 – 42,90 %, Г2 – 39,40 % опитаних). Це свідчить про значну поширеність легких депресивних проявів, які, можливо, не впливають критично на функціонування, але є свідченням загального емоційного напруження та зниження настрою. Попри близькість цих показників, помітна тенденція, що більше чоловіків перебуває саме у межах легких депресивних проявів, тоді як жінки мають більшу схильність до переходу в наступні категорії, що може бути пов'язано з більшою емоційною реактивністю.

Розглядаючи помірний рівень прояву депресії можна відзначити, незначні покращенні показнику у чоловіків (Г1 – 25,0 %, Г2 – 24,20 % опитаних). Цей діапазон балів демонструє рівний розподіл симптомів між статями, вказуючи на подібний рівень переживань у помірних формах депресії. Це говорить про можливий загальний вплив зовнішніх стресорів, які однаково впливають на емоційне здоров'я і чоловіків, і жінок.

Рівень середньої тяжкості депресивних проявів яскравіше виражений у жінок, а ніж у чоловіків (Г1 – 7,10 %, Г2 – 15,20 % опитаних). Цей розрив у частоті середніх депресивних симптомів свідчить про те, що жінки в дослідженні мають вищий ризик поглиблення депресивного стану. Це може

бути пов'язано з відмінностями у стратегіях подолання стресу або емоційною чутливістю, яка зазвичай вираженіша у жінок.

Майже втричі більше жінок із важким ступенем депресії а ніж чоловіків (Г1 – 3,60 %, Г2 – 9,10 % опитаних). Така різниця демонструє, що жінки частіше мають схильність до глибоких депресивних проявів, що може бути критично важливим для виявлення груп підвищеного ризику, які потребують інтенсивнішої підтримки.

Загальний аналіз депресивних проявів у контексті ПТСР та тривоги. Дані вказують на значну поширеність депресивних проявів серед вибірки, що може бути пов'язано з переживанням постійного стресу та тривоги, які обумовлені війною. Усі три показники (ПТСР, тривога, депресія) вказують на загальну емоційну напруженість серед цивільного населення, що проживає в умовах воєнного конфлікту.

Значна частина учасників з легкою та помірною депресією також демонструє помірний рівень тривожності (особистісної або ситуаційної) та ознаки зниженого або середнього рівня ПТСР. Це свідчить про взаємозалежність між постійною тривогою та депресивними проявами, особливо у тих, хто тривалий час перебуває під впливом стресових факторів.

Гендерні відмінності в депресивних проявах вказують на те, що жінки мають трохи вищі показники помірної, вираженої та важкої депресії порівняно з чоловіками. Це узгоджується з попередніми даними, де жінки мали вищі рівні ситуаційної тривоги та ПТСР. Можливо, емоційна реакція жінок на травматичні події є сильнішою, що зумовлює підвищений ризик розвитку як тривожних, так і депресивних симптомів.

Дані дослідження показують, що тривалий воєнний стан може мати значний негативний вплив на психічне здоров'я цивільного населення. Близько 41,00% мають легкі депресивні симптоми, які при відсутності підтримки можуть перерости у більш серйозні форми. Це вимагає цільової підтримки та програм профілактики для уникнення подальших наслідків для здоров'я нації.

Дані за шкалою Бека підкреслюють важливість впровадження психосоціальної підтримки, особливо для жінок, які демонструють більш високий рівень депресії та тривоги. Сучасний контекст війни значно впливає на психоемоційний стан українського населення, тому ці результати можуть стати основою для розробки державних програм підтримки, що спрямовані на зменшення проявів ПТСР, тривоги та депресії серед громадян.

Таким чином, результати чітко вказують на відмінності в депресивних тенденціях між статями, що є важливим аспектом для розуміння, як різні групи населення реагують на виклики, зумовлені соціальними і психологічними стресорами, пов'язаними з війною.

Для з'ясування ступеня вираженості впливу травматичної події використано опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES - R)» яка оцінює суб'єктивний дистрес, викликаний травматичним подією. Цей інструмент не є діагностичним для ПТСР, але є відповідним інструментом для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну травматичну подію, наведено у таблиці 2.2.4 та рис. 2.2.5

Таблиця 2.2.4

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

Субшкали:	Г1(ч)	Г2(ж)	Всього:
Вторгнення	17,90	36,40	27,90
Уникнення	35,70	18,20	26,20
Фізіологічна збудливість	46,40	45,40	45,90
Всього	100,00	100,00	100,00

Примітка: * результати в таблиці надано у відсотках

Дослідження різних аспектів ПТСР з урахуванням кластерів симптомів за DSM-IV показало, що завдяки використанню адаптованої шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R), дані зможуть показати не лише загальний рівень дистресу серед респондентів, але й допоможуть виділити найбільш виражені прояви симптомів за окремими субшкалами: вторгнення, уникнення та фізіологічна збудливість. Так за отриманими результатами можна

відзначити що більшість осіб відчувають фізіологічне збудження – 45,90 % опитаних, що свідчить про загальну психофізіологічну напруженість у вибірці, незалежно від статті. Виявлено майже однакові результати за відчуттями вторгнення та уникнення (27,90 % та 26,20 % опитаних відповідно). Такі показники вказують на те, що майже третина вибірки відчуває періодичні інтенсивні переживання та думки про травматичну подію, що особливо характерно для жінок. Також деяка частина учасників намагається захищати себе через уникнення тригерів, пов'язаних із травмою, хоча жінки менш схильні використовувати цю стратегію порівняно з чоловіками.

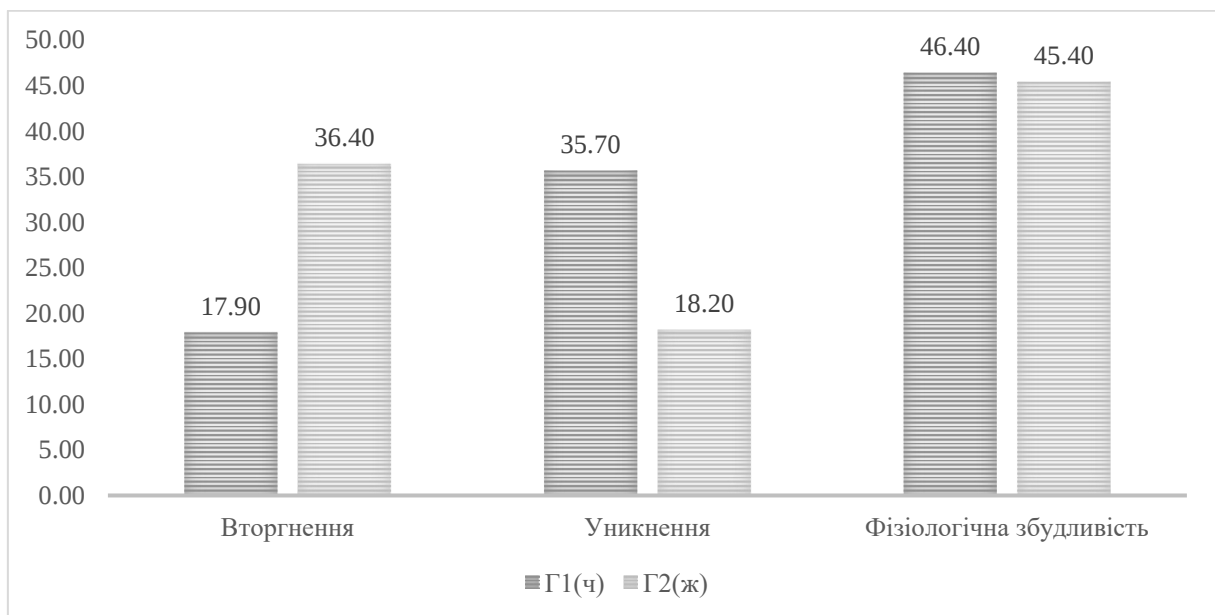


Рис. 2.2.5 Оцінка впливу на травматичну подію респондентами

Шкала оцінки впливу травматичної події дозволяє визначити, які аспекти симптомів ПТСР є найбільш вираженими у чоловіків (Г1), а які у жінок (Г2), а також вивести загальні тенденції для всього контингенту.

Розглядаючи статеві відмінності можна відзначити, що за субшкалою «Вторгнення», що чоловіки (Г1) лише у 17,90% опитаних демонструють виражені симптоми за цією субшкалою, на відміну від жінок серед них цей показник значно вищий – 36,40% осіб. Це може свідчити про більш інтенсивне переживання травматичних спогадів та емоційних спалахів, пов'язаних з подією. За субшкалою «Уникнення» чоловіки (Г1 – 35,70% чоловіків в більшій

мірі демонструють тенденцію до уникнення, що є найбільшим показником серед субшкал для цієї групи. Це може означати, що чоловіки частіше схильні уникнути думок і ситуацій, пов'язаних із травмою, як захисний механізм; жінки (Г2) – лише 18,20% мають виражену тенденцію до уникнення, що є нижчим показником порівняно з чоловіками.

Відзначено також, що чоловіки мають високі показники фізіологічної збудливості (Г1 – 46,40% опитаних) демонструючи наявність значного напруження, проблем зі сном, дратівливістю та високою ймовірністю фізичних симптомів ПТСР. Жінки також демонструють значні показники фізіологічної збудливості (Г2 – 45,40% осіб), що є порівняно близьким до чоловіків. Домінуюча фізіологічна збудливість вказує на те, що багато учасників, незалежно від статі, відчувають симптоми фізіологічного напруження, яке часто супроводжує посттравматичні реакції, такі як безсоння, гіпервідчутливість та загальна дратівливість. Це може бути пов'язане із постійними переживаннями небезпеки в умовах війни.

Отже, жінки частіше демонструють симптоми вторгнення, що може вказувати на глибше переживання травматичного досвіду та більшу схильність до повторних емоційних спалахів, пов'язаних із подією. Це узгоджується з попередніми даними щодо підвищеної тривожності та депресивних проявів у жінок.

Схильність чоловіків до уникнення, порівняно з жінками, може бути їх захисним механізмом у подоланні травматичних переживань. Така стратегія може допомагати чоловікам підтримувати емоційну стабільність, але водночас затримує психологічне опрацювання травматичних подій.

Отримані дані свідчать про те, що у більшості учасників спостерігається значний рівень фізіологічної збудливості, а жінки частіше зазнають вторгнення травматичних спогадів. Чоловіки ж схильні використовувати уникнення як захисний механізм. Ці результати підкреслюють важливість врахування специфічних реакцій на травматичний досвід у різних груп для надання цільової підтримки та психологічної допомоги.

Підсумковий аналіз результатів надає загальну картину психоемоційного стану досліджуваних груп, з акцентом на гендерні відмінності та спільні тенденції.

Дослідження охоплює комплексну оцінку рівнів посттравматичного стрессового розладу (ПТСР), тривоги та депресії серед чоловіків (Г1) та жінок (Г2) на основі кількох психодіагностичних інструментів. Виявлені тенденції розкривають різні аспекти переживання травматичного досвіду та реакції на стресові фактори, що обумовлені сучасними військовими умовами в Україні.

Значний рівень депресивних та тривожних проявів, переважна більшість респондентів мають легкі та помірні депресивні та тривожні прояви, що вказує на загальну напруженість та стресовий стан більшості учасників.

Легка депресія, виявлена у 41% респондентів, та помірна ситуаційна тривога, яку мають 52,4% учасників, вказують на постійний рівень емоційної напруги серед населення, що свідчить про тривале психоемоційне навантаження, пов'язане з життям у кризових умовах.

Отримані результати також демонструють високий рівень фізіологічної збудливості у 45,9% респондентів, що є найвиразнішим ознакою ПТСР. Високий рівень фізіологічної збудливості свідчить про такі симптоми, як безсоння, підвищена реактивність та дратівливість. Це вказує на те, що значна частина учасників перебуває у стані постійної «бойової готовності» або фізіологічного напруження, спричиненого стресом.

Розглядаючи, відмінності у проявах вторгнення та уникнення між чоловіками та жінками. Можливо відзначити, що жінки частіше демонструють симптоми вторгнення (36,4% жінок проти 17,9% чоловіків), це вказує на глибше переживання травматичних спогадів. Такі показники узгоджуються з підвищеним рівнем ситуаційної тривоги та депресії у жінок, і може свідчити про більшу схильність жінок до повторних емоційних реакцій, пов'язаних із травмою.

Чоловіки, навпаки, частіше використовують стратегію уникнення (35,7% чоловіків проти 18,2% жінок), що може бути формою захисного

механізму. Уникнення допомагає зберігати емоційну стійкість, проте може призводити до «замороження» емоційного стану та утруднювати опрацювання травматичного досвіду.

Жінки виявляють вищий рівень депресивних проявів середньої та важкої тяжкості (24,2% та 9,1% відповідно), тоді як у чоловіків ці показники нижчі. Це підкреслює схильність жінок до глибших депресивних переживань у відповідь на тривалі стресові умови, що, ймовірно, є результатом відмінностей у соціальних ролях та очікуваннях щодо вираження емоцій.

Отже, психоемоційне виснаження як спільна риса: загалом у респондентів, незалежно від статті, виявлено високий рівень тривоги, депресії та симптомів фізіологічної збудливості. Це свідчить про масштабну проблему емоційного виснаження, яке зростає на тлі постійного стресу, спричиненого військовою ситуацією. Отримані дані вказують на важливість індивідуальних підходів до психосоціальної підтримки чоловіків та жінок. Жінки можуть потребувати допомоги для опрацювання емоційних реакцій, пов'язаних із вторгненням травматичних спогадів, тоді як чоловіки – підтримки для зменшення уникання та більш активного обговорення свого емоційного стану.

Високий рівень фізіологічної збудливості вказує на доцільність програм, що допоможуть учасникам зменшити фізичне напруження через релаксаційні техніки, терапію для зняття тривоги та відновлення сну.

Результати дослідження дають комплексне розуміння проявів ПТСР та супутніх психоемоційних станів у сучасних умовах. Систематичний підхід до надання психосоціальної допомоги з врахуванням гендерних особливостей може стати важливим кроком для підтримки емоційного здоров'я населення.

Практичні рекомендації як для самих осіб, які переживають травматичні стани, так і для фахівців, які надають їм підтримку. Ці поради спрямовані на полегшення проявів посттравматичного стресу, депресії та тривоги, а також на підтримку стійкості та якості життя в умовах тривалого стресу.

Рекомендації для осіб, що переживають ПТСР, тривогу та депресію. Створення підтримуючого середовища. Підтримка від близьких людей та

можливість відкрито говорити про свої переживання можуть значно полегшити емоційний стан. Варто звертатися до рідних та друзів, які готові вислухати без осуду. Рекомендується також приєднуватися до груп підтримки, де інші люди діляться подібним досвідом.

Психологічні техніки та вправи на розслаблення. Техніки релаксації, а саме глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація чи медитація, допоможуть знизити фізіологічну збудливість та зменшити відчуття тривоги. Техніка заземлення (наприклад, зосередження на конкретних фізичних відчуттях) може бути корисною в моменти тривожних сплесків або вторгнення нав'язливих думок.

Регулярна фізична активність, зокрема помірні вправи (прогулянки, легка зарядка або йога), може допомогти стабілізувати емоційний стан, покращити сон та зменшити симптоми депресії та тривоги. Рекомендовано також дотримуватися режиму сну та відпочинку, зменшити споживання кофеїну та алкоголю. Регулярний розпорядок дня створює відчуття контролю та безпеки, що особливо важливо в період стресу. Рекомендується обмежити годину, проведену за переглядом новин про військові події чи катастрофи, які можуть провокувати тривожність та вторгнення нав'язливих думок. Це допоможе уникнути повторної травматизації.

Рекомендації для фахівців, які надають допомогу (психологів, психотерапевтів, соціальних працівників). Застосування індивідуального підходу з урахуванням гендерних відмінностей. Фахівцям варто враховувати, що жінки частіше мають симптоми вторгнення, тоді як чоловіки схильні до уникнення. Ці особливості можуть бути ключовими у виборі методів допомоги, наприклад, когнітивно-поведінкової терапії для роботи з думками про травму або методів експозиційної терапії для обробки травматичних спогадів. Спочатку важливо знизити фізіологічну збудливість та стабілізувати емоційний стан клієнтів, перш ніж переходити до детального обговорення травматичних спогадів. Це може включати навчання клієнтів технікам саморегуляції, контролю дихання та розслаблення.

Розвиток ефективних стратегій подолання допоможе клієнтам справлятися з емоційними труднощами. Це може включати навчання навичкам самозаспокоєння, планування дня, а також соціального залучення, яке допоможе знизити рівень ізоляції.

Групова терапія може бути ефективною для осіб із ПТСР, оскільки вона створює почуття спільності та підтримки. Групова робота дозволяє учасникам ділитися переживаннями з людьми, які мають схожий досвід, що може допомогти знизити відчуття самотності та підтримати емоційну стійкість.

Навчання клієнтів технікам контролю за симптомами. Фахівцям рекомендується навчати клієнтів технікам заземлення та контролю за тривожними думками, які можуть використовуватися в моменти нападів тривоги або панічних атак.

Успішна допомога особам з ПТСР потребує довготривалого супроводу. Рекомендується встановлювати регулярні контакти та забезпечувати додаткову підтримку в періоди загострення симптомів. Робота з травматичними подіями може призвести до вигорання у фахівців. Важливо забезпечити для них доступ до супервізії, особистої терапії чи участі у професійних групах підтримки, щоб запобігти емоційному вигоранню та зберегти ефективність у допомозі іншим.

Комплексна підтримка осіб, які страждають від ПТСР, тривожних та депресивних розладів, потребує багаторівневого підходу, що включає особисті техніки саморегуляції, психологічну допомогу та соціальну підтримку. Фахівці, які працюють з такими клієнтами, повинні враховувати особливості проявів симптомів, а також адаптувати терапевтичні підходи, забезпечуючи стабілізацію стану та сприяючи відновленню психоемоційної стійкості клієнтів.

Висновки до другого розділу

У дослідженні взяли участь 61 респондент віком від 26 до 43 років, які були розподілені за статевою ознакою на дві групи. Група 1 (Г1) включала 28 чоловіків, а група 2 (Г2) складалася з 33 жінок. Для оцінки наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у респондентів застосовано цивільний варіант Місісіпської шкали, яка дозволяє визначити рівень вираженості ПТСР серед цивільного населення. Також для проведення емпіричного дослідження було використано: Шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна для діагностики ситуативної та особистісної тривожності; Шкалу депресії Бека – виявлення ступеня прояву депресії; Шкалу оцінки впливу травматичної події – для встановлення різних реакцій на психотравмуючу ситуацію «уникнення», «вторгнення» або «фізіологічна збудливість».

На першому етапі констатуючого експерименту ми використали Місісіпську шкалу, яка дозволила нам визначити різний рівень вираженості ПТСР серед учасників дослідження залежно від статевої приналежності.

Загалом більшість респондентів має знижений рівень прояву ознак ПТСР – 45,90 % опитаних, а 23,00 % опитаних знаходяться в межах норми, отже 68,90 % вибірки мають незначні ознаки ПТСР отже серед них можливі окремі прояви невротичних розладів. Однак виявлено 21,30 % опитаних які мають середній рівень прояву ознак ПТСР та 9,80 % опитаних знаходяться у межах підвищеного рівня, що вказує на необхідність отримання кваліфікованої допомоги.

Розглядаючи особливості проявів ПТСР за статевими ознаками, можна відзначити, що чоловіки більш стійкі, ніж жінки. Виявлено підвищений рівень проявів ПТСР серед 7,20 % чоловіків та 12,10 % жінок, середній рівень проявів ознак також вищий у жінок, а ніж у чоловіків (Г1 – 14,30 % опитаних, Г2 – 27,30 % опитаних). Підвищений рівень у жінок (майже у 5 %) може свідчити про вищий ризик розвитку ПТСР або про більшу готовність жінок визнавати і демонструвати симптоми, що потребують лікарського обстеження.

Розглядаючи показники норми та знижених проявів симптомів ПТСР, опитані чоловічої статі також мають кращі результати, а ніж опитані жіночої статі (норма у Г1 – 32,10 %, Г2 – 15,20 %; знижений рівень Г1 – 46,40 %, Г2 – 45,40 %).

На наступному етапі нашого дослідження ми дослідили прояв и тривоги серед обраних респондентів. Аналізуючи отримані результати за рівнями прояву тривоги серед нашої вибірки можливо відзначити, що група характеризується проявом помірного рівня особистісної тривоги – 44,30 % опитаних, достатньо значна кількість осіб мають низький рівень проявів особистісної тривоги – 39,30 % опитаних, однак наявний і значний відсоток осіб які мають високий рівень особистісної тривоги – 16,40 % опитаних. Розглядаючи показники наявності ситуативної тривоги можна відзначити, що більшість опитаних осіб має помірний рівень – 52,40 % опитаних, значна кількість осіб має високий рівень – 32,80 % опитаних, і лише 14,80 % осіб мають низький рівень ситуативної тривоги.

Розглядаючи статеві особливості прояву особистісної тривоги, слід відзначити, більшість жінок має помірний рівень 48,50 % опитаних, 18,20 % опитаних жінок мають вже високий рівень прояву особистісної тривоги, та 33,30 % жінок знаходяться в нормі. Розглядаючи показники чоловік щодо проявів особистісної тривоги, можна відзначити, що вони більш стійкі а ніж жінки, так серед них виявлено 46,40 % осіб що мають низький рівень особистісної тривожності та 39,30 % чоловік демонструють помірний рівень, і лише 14,30 % чоловіків знаходяться поза межами норми.

Розглядаючи результати отримані за шкалою ситуативної тривожності можливо відзначити, що більшість і чоловіків і жінок знаходяться в помірній тривозі (Г1 – 50,00 % та Г2 – 54,50 % опитаних). Викликає занепокоєння наявність досить значної кількості опитаних які мають високий рівень ситуативної тривожності, при чому жінки демонструють більшу схильність до неї, аніж чоловіки (Г1 – 28,60 % та Г2 – 36,40 % опитаних). Незначна кількість жінок демонструє низький рівень ситуативної тривожності лише – 9,10 %

опитаних, на відміну від чоловіків – 21,40 % опитаних, що вказує на більшу стриманість та стійкість чоловіків до ситуативних викликів сьогодення.

На наступному етапі нашого дослідження ми розглянули схильність до прояви депресивних станів серед мирного населення. За результатами можна вказати що найбільша кількість осіб має прояви субдепресії – 41,00 % опитаних, помірна депресія спостерігається у 24,60 % опитаних, відсутні прояви депресії у 16,40 % опитаних, депресія середньої тяжкості виявлена у 11,40 % опитаних, а важка депресія у 6,60 % опитаних.

Розглядаючи специфічні відмінності між чоловіками (Г1) та жінками (Г2) у кожному діапазоні депресивних проявів, можливо відзначити, що чоловіки виявляються більш стійкими, а ніж жінки. Відсутність проявів депресії виявлено у 21,40 % чоловіків і майже вдвічі менше жінок – 12,10 % опитаних. Прояви субдепресії також вищі у чоловіків а ніж у жінок (Г1 – 42,90 %, Г2 – 39,40 % опитаних). Розглядаючи помірний рівень прояву депресії можна відзначити, незначні покращенні показнику у чоловіків (Г1 – 25,0 %, Г2 – 24,20 % опитаних). Рівень середньої тяжкості депресивних проявів яскравіше виражений у жінок, а ніж у чоловіків (Г1 – 7,10 %, Г2 – 15,20 % опитаних). Майже втричі більше жінок із важким ступенем депресії а ніж чоловіків (Г1 – 3,60 %, Г2 – 9,10 % опитаних). Така різниця демонструє, що жінки частіше мають схильність до глибоких депресивних проявів, що може бути критично важливим для виявлення груп підвищеного ризику, які потребують інтенсивнішої підтримки.

Для з'ясування ступеня вираженості впливу травматичної події використано опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES - R)» яка оцінює суб'єктивний дистрес, викликаний травматичним подією. Так за отриманими результатами можна відзначити що більшість осіб відчувають фізіологічне збудження – 45,90 % опитаних, майже однакові результати за відчуттями вторгнення та уникнення (27,90 % та 26,20 % опитаних відповідно). Такі показники вказують на те, що майже третина

вибірки відчуває періодичні інтенсивні переживання та думки про травматичну подію, що особливо характерно для жінок.

Розглядаючи статеві відмінності можна відзначити, що за субшкалою «Вторгнення», що чоловіки (Г1) лише у 17,90% опитаних демонструють виражені симптоми за цією субшкалою, на відміну від жінок серед них цей показник значно вищий – 36,40% осіб. Це може свідчити про більш інтенсивне переживання травматичних спогадів та емоційних спалахів, пов'язаних з подією. За субшкалою «Уникнення» чоловіки (Г1 – 35,70% чоловіків в більшій мірі демонструють тенденцію до уникнення, що є найбільшим показником серед субшкал для цієї групи. Це може означати, що чоловіки частіше схильні уникнути думок і ситуацій, пов'язаних із травмою, як захисний механізм; жінки (Г2) – лише 18,20% мають виражену тенденцію до уникнення, що є нижчим показником порівняно з чоловіками.

Відзначено також, що чоловіки мають високі показники фізіологічної збудливості (Г1 – 46,40% опитаних) демонструючи наявність значного напруження, проблем зі сном, дратівливістю та високою ймовірністю фізичних симптомів ПТСР. Жінки також демонструють значні показники фізіологічної збудливості (Г2 – 45,40% осіб), що є порівняно близьким до чоловіків. Домінуюча фізіологічна збудливість вказує на те, що багато учасників, незалежно від статті, відчувають симптоми фізіологічного напруження, яке часто супроводжує посттравматичні реакції, такі як безсоння, гіпервідчутливість та загальна дратівливість. Це може бути пов'язане із постійними переживаннями небезпеки в умовах війни.

Отже, жінки частіше демонструють симптоми вторгнення, що може вказувати на глибше переживання травматичного досвіду та більшу схильність до повторних емоційних спалахів, пов'язаних із подією. Це узгоджується з попередніми даними щодо підвищеної тривожності та депресивних проявів у жінок.

РОЗДІЛ 3

ПРЕВЕНТИВНІ ТА ПІДТРИМУЮЧІ ЗАХОДИ У РОБОТІ З ЛЮДЬМИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

3.1. Превентивні заходи щодо розвитку посттравматичного стресового розладу, світові програми та досвід інших країн

ПТСР є поширеним психічним захворюванням, яке супроводжується вираженим дистресом і порушенням функціонування. Незважаючи на деякі відмінності між останніми версіями основних класифікаційних систем МКХ - 11 та DSM-5, основними критеріями для обох залишаються наявність великої травматичної події та типові симптоми, такі як повторне переживання, уникнення та підвищене відчуття загрози. DSM-5 розширив визначення ПТСР, додавши новий кластер симптомів, пов'язаних зі змінами в когнітивних функціях і настрої, викликаними травмою. МКХ-11, своєю чергою, звузила критерії, зосередивши визначення ПТСР переважно на реакціях страху. Більшість наявних профілактичних досліджень спирається на визначення DSM, зокрема DSM-IV [2, 5, 22, 36, 48, 49, 52, 66, 74].

За оцінками, понад 50% людей впродовж життя зазнають травматичних подій, що можуть призвести до ПТСР, при цьому поширеність самого розладу становить приблизно 3-7%. Останні дослідження свідчать, що комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) може бути навіть більш поширеним, ніж ПТСР. Хоча не у всіх, хто пережив травму, розвивається ПТСР, деякі види травм, особливо пов'язані з міжособистісними конфліктами, мають підвищений ризик розвитку цього розладу [6, 25, 34, 74, 77].

Вважається, що ранні втручання після травматичних подій можуть знизити ймовірність розвитку ПТСР. У цьому напрямі було запропоновано кілька теоретичних підходів, таких як концепція консолідації пам'яті, теорія емоційної обробки та когнітивна теорія ПТСР. Визначення найефективніших методів втручання невдовзі після травми залишається важливим завданням

для практиків та дослідників, хоча нинішні результати поки що не настільки обнадійливі, як хотілося б. Також зростає зацікавленість у проведенні профілактичних втручань до травматичних подій для груп високого ризику, таких як військовий персонал. Що стосується інших форм профілактики, то існує ряд можливих підходів до запобігання ПТСР. У сфері громадського здоров'я часто відстоюється універсальна, селективна та показана система класифікації, яка буде використовуватися для висвітлення можливих підходів до профілактики ПТСР [22, 24, 27, 29, 34, 39, 42, 43, 46, 47, 51, 60, 70].

Універсальна стратегія профілактики стосується всього населення, яке розглядається. Прикладами універсального підходу є підходи громадської охорони здоров'я до запобігання виникненню травматичних подій та надання психоосвітніх повідомлень через засоби масової інформації невибраним групам населення як до, так і після інциденту, наприклад усім, хто зазнав певної травматичної події. Можна стверджувати, що лише втручання, спрямовані на все населення, слід вважати універсальними. Вибіркова профілактика спрямована на групи ризику. Наприклад, це може включати втручання, яке здійснюється людям, які проживають у певному радіусі від місця вибуху, або лише особам із завідомо низькою соціальною підтримкою. Показана профілактика призначена для запобігання виникненню ПТСР в осіб, які не відповідають критеріям DSM або МКХ, але мають ранні симптоми [22, 24, 27, 47, 51, 60, 70].

Для запобігання ПТСР було оцінено різноманітний спектр фармакологічних і психосоціальних підходів. Було проведено ряд систематичних оглядів і метааналізів, які були використані для синтезу доказів і розробки рекомендацій щодо запобігання ПТСР у нещодавно опублікованих рекомендаціях. Робертс, Кітчінер, Кенарді, Льюїс і Біссон визначили 61 рандомізоване контрольоване дослідження (РКД) багаторазових психологічних втручань, спрямованих на запобігання або лікування симптомів ПТСР протягом трьох місяців після травматичної події. Не було знайдено жодних доказів на підтримку будь-якого втручання для універсальної

профілактики, але люди, які повідомляли про симптоми травматичного стресу на початку втручання (вказана профілактика), досягли значно кращих результатів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на травму (КПТ-Т), когнітивної терапії та десенсибілізації рухів очей і повторна обробка (EMDR). Були також докази того, що втручання КПТ-Т, призначені для раннього лікування людей з ПТСР, були ефективними. Астілл Райт та ін. знайшли обмежені докази щодо фармакологічної профілактики або раннього лікування посттравматичного стресового розладу. З 19 визначених РКД, що охоплюють сім різних фармакологічних препаратів, лише гідрокортизон виявився кращим за плацебо. Враховуючи характер включених РКД та потенційні побічні ефекти, автори висловили обережність щодо клінічного застосування гідрокортизону для запобігання посттравматичного стресового розладу перед подальшими дослідженнями [4, 24, 28, 30, 32, 39, 42, 43, 46, 47, 51, 57, 60, 70].

Рекомендації щодо профілактики нещодавно оновлених рекомендацій Міжнародного товариства досліджень травматичного стресу щодо профілактики та лікування ПТСР базувалися на результатах Робертса, Кітчінера, Кенарді, Льюїса та Біссона і Астіл Райт та ін. мета-аналізи, а також неопубліковані мета-аналізи, що стосуються одноразового психологічного втручання, спрямованого на запобігання ПТСР. Рекомендації ISTSS рекомендували КПТ-Т, когнітивну терапію та EMDR для раннього лікування людей із симптомами посттравматичного стресового розладу протягом трьох місяців після травматичної події. Вони також відзначили нові докази для гідрокортизону, групи 512 PM (розширена форма групового психологічного дебрифінгу), одноразового сеансу EMDR, короткої діадної терапії та самостійного втручання через Інтернет. Нещодавно оновлені рекомендації Національного інституту охорони здоров'я та догляду Великобританії рекомендували не пропонувати психологічно орієнтоване підведення підсумків або медикаментозне лікування для профілактики посттравматичного стресового розладу та пропонувати індивідуальне

втручання КПТ-Т дорослим, які мають гострий стресовий розлад або клінічно важливі симптоми ПТСР протягом місяця після травматичної події. У рекомендаціях Міністерства у справах ветеранів і Міністерства оборони немає рекомендацій щодо універсальної або показаної профілактики ПТСР, за винятком людей з діагнозом гострий стресовий розлад (ГСР), коли «індивідуальна психотерапія, орієнтована на травму, що включає основний компонент впливу та/або когнітивної реструктуризації» [16, 17, 22, 36, 45, 68].

3.2. Рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників при роботі з людьми, які мають ПТСР

Успішна допомога людям із ПТСР вимагає злагодженої роботи та професійної підтримки з боку психологів, психотерапевтів і соціальних працівників. Кожен із цих фахівців виконує унікальні функції, що сприяють відновленню психічного та соціального благополуччя клієнтів, які пережили травматичний досвід. Рекомендації, наведені нижче, спрямовані на підвищення ефективності роботи спеціалістів у наданні комплексної підтримки людям із ПТСР, що включає як терапевтичні втручання, так і соціальну адаптацію та психологічну стабільність.

Психологи, психотерапевти та соціальні працівники відіграють ключові ролі у наданні допомоги людям із ПТСР, кожен з яких приносить у процес важливі знання та навички.

Психологи проводять діагностику ПТСР, застосовуючи стандартизовані психодіагностичні методи для визначення ступеня порушення та специфічних симптомів. Вони допомагають клієнтам краще зрозуміти свою травму та вплив стресу на психічний стан, що є основою для подальшого терапевтичного втручання.

Психотерапевти забезпечують тривалу терапевтичну роботу з пацієнтами, які мають ПТСР, використовуючи ефективні методи, як-от когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та методи, орієнтовані на травму. Їх

завдання – допомогти людині знайти здорові способи подолання травматичного досвіду, зменшити інтенсивність симптомів та сприяти відновленню психологічного благополуччя.

Соціальні працівники надають психосоціальну підтримку та допомогу в повсякденному житті, допомагаючи інтегрувати людей із ПТСР у соціальне середовище. Вони допомагають їм відновити зв'язок із громадою, забезпечують доступ до необхідних ресурсів та послуг, як-от медичне забезпечення, житло, освіта або професійна реабілітація.

Спільна робота цих спеціалістів дозволяє забезпечити комплексну допомогу для людей із ПТСР, що сприяє їхньому фізичному, психологічному та соціальному відновленню.

Перелік рекомендацій для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, які працюють із людьми, що мають ПТСР:

Психологам рекомендується:

1. Забезпечте детальну діагностику – використовуйте перевірені інструменти та методи оцінки ПТСР, щоб визначити рівень і специфіку симптомів, допомагаючи сформувати індивідуальний план роботи.

2. Формуйте безпечне середовище – допоможіть клієнту відчувати безпеку та довіру під час діагностичного процесу, що є важливим для подальшої роботи.

3. Сприяйте самопізнанню – пояснюйте клієнтам механізми ПТСР і реакції тіла та психіки на травматичний досвід, що допомагає краще зрозуміти свій стан та потреби.

4. Навчайте методам саморегуляції – надавайте клієнтам базові техніки самоконтролю та управління стресом, як-от дихальні практики чи релаксаційні техніки.

Рекомендації для психотерапевтів:

1. Інтегруйте доказові методи терапії – застосовуйте когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), десенсибілізацію та репроцесуалізацію за

допомогою рухів очей (EMDR), та інші травмофокусовані підходи, що довели свою ефективність при роботі з ПТСР.

2. Сприяйте розвитку навичок подолання травми – допомагайте клієнтам формувати стратегії для здорового подолання травматичних переживань, включаючи роботу з емоціями, негативними переконаннями та зміцненням впевненості.

3. Підтримуйте індивідуальний підхід – будьте гнучкими та адаптуйте техніки до особливостей та потреб кожного клієнта, враховуючи їхній емоційний стан та темп просування.

4. Проводьте міжсесійні завдання – сприяйте розвитку навичок поза терапевтичними сесіями через вправи чи самостійні практики, що допомагають клієнтам ефективніше інтегрувати зміни в повсякденне життя.

Соціальним працівникам можуть допомогти наступні рекомендації:

1. Налагоджуйте контакт із клієнтом – проявляйте емпатію та підтримку, сприяючи довірі, яка необхідна для подолання травматичного досвіду.

2. Інформуйте про доступні ресурси – допомагайте клієнтам отримувати доступ до соціальних послуг, медичного забезпечення, юридичної допомоги, житла та інших важливих ресурсів, які підтримують стабільність і безпеку.

3. Забезпечуйте практичну допомогу – надавайте підтримку в щоденних питаннях, таких як заповнення документів, пошук працевлаштування чи забезпечення безпечного житлового простору.

4. Організуйте групову підтримку – створюйте групи самодопомоги або підтримки для людей з ПТСР, що допомагає їм ділитися досвідом, встановлювати соціальні зв'язки та отримувати взаємну підтримку.

Ці рекомендації допоможуть фахівцям ефективно працювати з людьми, які мають ПТСР, та сприятимуть комплексному підходу до їхнього відновлення.

Професійне вигорання є поширеною проблемою серед фахівців, які працюють у сфері допомоги, і для його уникнення важливо застосовувати цілісний підхід до збереження психічного та фізичного здоров'я. Однією з

головних рекомендацій є встановлення чітких робочих меж і відокремлення особистого життя від професійної діяльності. Це включає вміння завершувати робочий день вчасно, планування відпочинку та уникнення постійної доступності для роботи.

Регулярне використання технік управління стресом, таких як дихальні вправи, медитація або фізична активність, допомагає знизити рівень емоційного навантаження та відновити внутрішній ресурс. Важливо також дбати про фізичне здоров'я, забезпечуючи достатній сон, правильне харчування та регулярну фізичну активність, які підтримують загальний енергетичний рівень.

Збалансована робота та відпочинок є запорукою стійкості до стресу. Рекомендується планувати щоденні невеликі перерви та повноцінний відпочинок у вихідні дні. Соціальна підтримка відіграє важливу роль у профілактиці вигорання, тому корисно підтримувати зв'язок із колегами та ділитися професійним досвідом або проблемами. Участь у супервізії, групах підтримки або професійних тренінгах також сприяє поліпшенню емоційного стану та розвитку навичок саморегуляції.

Знання власних обмежень і вміння делегувати завдання, якщо це можливо, допомагає уникати перенавантаження. Важливо вміти визнавати, коли потрібна допомога, і своєчасно звертатися за підтримкою до колег або фахівців у разі відчуття вигорання. Регулярна рефлексія та оцінка свого емоційного стану дозволяють вчасно розпізнавати перші ознаки виснаження і приймати заходи для підтримки свого психічного здоров'я.

Психологи, психотерапевти та соціальні працівники відіграють ключову роль у підтримці людей із ПТСР, забезпечуючи комплексний підхід до відновлення їхнього психічного та соціального благополуччя. Кожен із фахівців виконує унікальні функції: психологи діагностують і допомагають зрозуміти травматичний досвід, психотерапевти застосовують ефективні терапевтичні методи для опрацювання травми, а соціальні працівники забезпечують практичну допомогу та інтеграцію в соціальне середовище.

Рекомендації для цих спеціалістів спрямовані на підвищення ефективності їхньої роботи, а також містять поради для уникнення професійного вигорання, що дозволяє підтримувати високу якість допомоги та зберігати особисте психічне здоров'я.

Висновки до третього розділу.

Вважається, що ранні втручання після травматичних подій можуть знизити ймовірність розвитку ПТСР. У цьому напрямі було запропоновано кілька теоретичних підходів, таких як концепція консолідації пам'яті, теорія емоційної обробки та когнітивна теорія ПТСР. Визначення найефективніших методів втручання невдовзі після травми залишається важливим завданням для практиків та дослідників, хоча нинішні результати поки що не настільки обнадійливі, як хотілося б. Також зростає зацікавленість у проведенні профілактичних втручань до травматичних подій для груп високого ризику, таких як військовий персонал. Що стосується інших форм профілактики, то існує ряд можливих підходів до запобігання ПТСР. У сфері громадського здоров'я часто відстоюється універсальна, селективна та показана система класифікації, яка буде використовуватися для висвітлення можливих підходів до профілактики ПТСР.

Не було знайдено жодних доказів на підтримку будь-якого втручання для універсальної профілактики, але люди, які повідомляли про симптоми травматичного стресу на початку втручання (вказана профілактика), досягли значно кращих результатів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на травму (КПТ-Т), когнітивної терапії та десенсибілізації рухів очей і повторна обробка (EMDR). Були також докази того, що втручання КПТ-Т, призначені для раннього лікування людей з ПТСР, були ефективними

Що стосуються одноразового психологічного втручання, спрямованого на запобігання ПТСР. Рекомендації ISTSS рекомендували КПТ-Т, когнітивну терапію та EMDR для раннього лікування людей із симптомами ПТСР

протягом трьох місяців після травматичної події. Вони також відзначили нові докази для гідрокортизону, групи 512 РМ (розширена форма групового психологічного дебрифінгу), одноразового сеансу EMDR, короткої діадної терапії та самостійного втручання через Інтернет. Нещодавно оновлені рекомендації Національного інституту охорони здоров'я та догляду Великобританії рекомендували не пропонувати психологічно орієнтоване підведення підсумків або медикаментозне лікування для профілактики ПТСР та пропонувати індивідуальне втручання КПТ-Т дорослим, які мають гострий стресовий розлад або клінічно важливі симптоми ПТСР протягом місяця після травматичної події. У рекомендаціях Міністерства у справах ветеранів і Міністерства оборони немає рекомендацій щодо універсальної або показаної профілактики ПТСР, за винятком людей з діагнозом гострий стресовий розлад (ГСР), коли «індивідуальна психотерапія, орієнтована на травму, що включає основний компонент впливу та/або когнітивної реструктуризації».

Рекомендації, спрямовані на підвищення ефективності роботи спеціалістів у наданні комплексної підтримки людям із ПТСР, що включає як терапевтичні втручання, так і соціальну адаптацію та психологічну стабільність.

Психологи, психотерапевти та соціальні працівники відіграють ключові ролі у наданні допомоги людям із ПТСР, кожен з яких приносить у процес важливі знання та навички.

Психологи проводять діагностику ПТСР, застосовуючи стандартизовані психодіагностичні методи для визначення ступеня порушення та специфічних симптомів. Вони допомагають клієнтам краще зрозуміти свою травму та вплив стресу на психічний стан, що є основою для подальшого терапевтичного втручання. Психологам рекомендується: забезпечити детальну; сформувати безпечне середовище; сприяти самопізнанню; навчати методам саморегуляції.

Психотерапевти забезпечують тривалу терапевтичну роботу з пацієнтами, які мають ПТСР, використовуючи ефективні методи, як-от

когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та методи, орієнтовані на травму. Їх завдання – допомогти людині знайти здорові способи подолання травматичного досвіду, зменшити інтенсивність симптомів та сприяти відновленню психологічного благополуччя.

Рекомендації для психотерапевтів: інтегрувати доказові методи терапії (КПТ, EMDR та інші травмофокусовані підходи); сприяти розвитку навичок подолання травми; підтримувати індивідуальний підхід; впроваджувати міжсесійні завдання.

Соціальні працівники надають психосоціальну підтримку та допомогу в повсякденному житті, допомагаючи інтегрувати людей із ПТСР у соціальне середовище. Вони допомагають їм відновити зв'язок із громадою, забезпечують доступ до необхідних ресурсів та послуг, як-от медичне забезпечення, житло, освіта або професійна реабілітація. Соціальним працівникам можуть допомогти наступні рекомендації: налагоджувати контакт із клієнтом; інформувати про доступні ресурси; забезпечувати практичну допомогу; організовувати групову підтримку.

Спільна робота цих спеціалістів дозволяє забезпечити комплексну допомогу для людей із ПТСР, що сприяє їхньому фізичному, психологічному та соціальному відновленню.

Психологи, психотерапевти та соціальні працівники відіграють ключову роль у підтримці людей із ПТСР, забезпечуючи комплексний підхід до відновлення їхнього психічного та соціального благополуччя. Кожен із фахівців виконує унікальні функції: психологи діагностують і допомагають зрозуміти травматичний досвід, психотерапевти застосовують ефективні терапевтичні методи для опрацювання травми, а соціальні працівники забезпечують практичну допомогу та інтеграцію в соціальне середовище. Рекомендації для цих спеціалістів спрямовані на підвищення ефективності їхньої роботи, а також містять поради для уникнення професійного вигорання, що дозволяє підтримувати високу якість допомоги та зберігати особисте психічне здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Розглядаючи основні теоретичні підходи до вивчення ПТСР було означено: теорію зруйнованих Ронні Янофф-Булман (1992 р); біологічний, генеичний, психодинамічний та когнітивний підходи; гештальт; соціокультурний та куртурологічний підходи. Розглядаючи сучасні наукові контексти відокремлено: нейропсихологічний підхід, в рамках якого вивчається вплив травми на структуру мозку (зменшення об'єму гіпокампа, активація мигдалини); генетико та епігенетичний – аналіз ролі спадковості та впливу зовнішніх факторів на експресію генів.

2. Дослідивши роботи зарубіжних та вітчизняних науковців: Адамс Р. С., Аймедов К.В., Александровський У.А., Асєєва Ю.О., Аснаані А., Беннер П., Бланко А., Більбао М., Будьоний П.В., Браун Л.А., Беллі Г.М., Ван Л., Вільягран Л., Вільямсон, Дж., Гордон Д.Р., Ге Ю., Джаффі М. С., Енгель К.С., Завадський М.Й., Кан М., Келлі П.В., Коллінз Р.Л., Ларсон М. Дж., Лукашенко М., Лю Ю., Мервійк Е.Л., Моріна Н., Медоуз С.О., Олеа Ж., Попелл К.Л., Сесур Р., Сабіа Дж.Дж, К. Сюе, Тан Б., Текин Э., Халперн Дж., Хорхе Р. Е., Хоппен Т.Х., Фoa Е.Б. та інших. Визначено що ПТСР – це психічний розлад, що виникає як відповідь на переживання або свідчення травматичної події, яка загрожує життю, фізичному чи емоційному благополуччю.

Етіологія та симптоматика ПТСР складалась протягом багатьох століть, хоча сам розлад мав різноманітні назви, залежно від епохи: «солдатське серце» чи «ностальгія». Однак, лише в 1980 році Американська психіатрична асоціація офіційно визнала ПТСР у третьому виданні Діагностичного статистичного посібника (DSM-III) що стало важливим кроком у розумінні впливу травматичних подій на психіку людини.

Еволюція діагностики ПТСР у класифікаціях DSM та МКХ, зокрема DSM-V і DSM-V-TR та МКХ-10 й МКХ-11, підкреслює зростання розуміння природи цього розладу. Його сучасна класифікація як розладу, пов'язана з

травмою та стресом, забезпечує більш глибокий підхід до допомоги постраждалим, спрямований на їхню реабілітацію та психологічне відновлення.

Основними симптомами ПТСР є переживання травми, нав'язливі спогади та кошмари, уникання певних ситуацій пов'язаних з травмою, емоційна нестабільність і підвищене збудження, зміни в когніціях. Визнання цих ознак сприяло розвитку ефективних терапевтичних підходів, які включають психологічну підтримку та фармакологію. На сьогодні відокремлюють три групи симптомів ПТСР: нав'язливі симптоми (спогади, флешбеки, кошмари); симптоми уникання (уникнення людей, місць чи подій, пов'язаних із травмою); негативні зміни в настрої та когнітивних функціях (почуття провини, ізоляція, втрата інтересу); гіперзбудження (дратівливість, проблеми зі сном, надмірна пильність).

3. Дослідивши методи діагностики та оцінювання ПТСР нами були обрані: Шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна для діагностики ситуативної та особистісної тривожності; Шкалу депресії Бека – виявлення ступеня прояву депресії; Шкалу оцінки впливу травматичної події – для встановлення різних реакцій на психотравмуючу ситуацію «уникнення», «вторгнення» або «фізіологічна збудливість». Для оцінки наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у респондентів застосовано цивільний варіант Місісіпської шкали, яка дозволяє визначити рівень вираженості ПТСР серед цивільного населення. У дослідженні взяли участь 61 респондент віком від 26 до 43 років, які були розподілені за статевою ознакою на дві групи. Група 1 (Г1) включала 28 чоловіків, а група 2 (Г2) складалася з 33 жінок.

4. Виконуюче четверте завдання нашого дослідження було проведено констатуючий експеримент, за яким визначено, що більшість респондентів має знижений рівень прояву ознак ПТСР – 45,90 % опитаних, а 23,00 % опитаних знаходяться в межах норми, отже 68,90 % вибірки мають незначні ознаки ПТСР. Однак виявлено 21,30 % опитаних які мають середній рівень прояву ознак ПТСР та 9,80 % опитаних знаходяться у межах підвищеного рівня, що

вказує на необхідність отримання кваліфікованої допомоги. Аналізуючи отримані результати за рівнями прояву тривоги серед нашої вибірки відзначено, що група характеризується проявом помірного рівня особистісної тривоги – 44,30 % опитаних, достатньо значна кількість осіб мають низький рівень проявів особистісної тривоги – 39,30 % опитаних, однак наявний і значний відсоток осіб які мають високий рівень особистісної тривоги – 16,40 % опитаних. Розглядаючи показники наявності ситуативної тривоги можна відзначити, що більшість опитаних осіб має помірний рівень – 52,40 % опитаних, значна кількість осіб має високий рівень – 32,80 % опитаних, і лише 14,80 % осіб мають низький рівень ситуативної тривоги. Розглянувши схильність до проявів депресивних станів серед мирного населення, встановлено, що найбільша кількість осіб має прояви субдепресії – 41,00 % опитаних, помірна депресія спостерігається у 24,60 % опитаних, відсутні прояви депресії у 16,40 % опитаних, депресія середньої тяжкості виявлена у 11,40 % опитаних, а важка депресія у 6,60 % опитаних. Для з'ясування ступеня вираженості впливу травматичної події використано опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події (IES - R)». За отриманими результатами відзначено, що більшість осіб відчувають фізіологічне збудження – 45,90 % опитаних, майже однакові результати за відчуттями вторгнення та уникнення (27,90 % та 26,20 % опитаних відповідно). Такі показники вказують на те, що майже третина вибірки відчуває періодичні інтенсивні переживання та думки про травматичну подію, що особливо характерно для жінок. Розглядаючи статеві відмінності можна відзначити, що за субшкалою «Вторгнення», що чоловіки лише у 17,90% опитаних демонструють виражені симптоми за цією субшкалою, на відміну від жінок серед них цей показник значно вищий – 36,40% осіб. За субшкалою «Уникнення» чоловіки (35,70%) в більшій мірі демонструють тенденцію до уникнення, а ніж жінки (18,20%). Це може означати, що чоловіки частіше схильні уникнути думок і ситуацій, пов'язаних із травмою, як захисний механізм, на відміну від жінок. Відзначено також, що чоловіки мають високі показники фізіологічної збудливості (Г1 – 46,40%

опитаних) демонструючи нам наявність значного напруження, проблем зі сном, дратівливістю та високою ймовірністю фізичних симптомів ПТСР. Жінки також демонструють значні показники фізіологічної збудливості (Г2 – 45,40% осіб). Домінуюча фізіологічна збудливість вказує на те, що багато учасників, незалежно від статті, відчувають симптоми фізіологічного напруження, яке часто супроводжує посттравматичні реакції, такі як безсоння, гіпервідчутливість та загальна дратівливість. Це може бути пов'язане із постійними переживаннями небезпеки в умовах війни.

Отже, жінки частіше демонструють симптоми вторгнення, що може вказувати на глибше переживання травматичного досвіду та більшу схильність до повторних емоційних спалахів, пов'язаних із подією. Це узгоджується з попередніми даними щодо підвищеної тривожності та депресивних проявів у жінок.

5. Дослідивши існуючі психотерапевтичні підходи та методи психологічної допомоги людям з ПТСР ми приходимо до висновку, що ранні втручання після травматичних подій можуть знизити ймовірність розвитку ПТСР. У цьому напрямі було запропоновано кілька теоретичних підходів, таких як концепція консолідації пам'яті, теорія емоційної обробки та когнітивна теорія ПТСР. Визначення найефективніших методів втручання невдовзі після травми залишається важливим завданням для практиків та дослідників, хоча нинішні результати поки що не настільки обнадійливі, як хотілося б. Також зростає зацікавленість у проведенні профілактичних втручань до травматичних подій для груп високого ризику, таких як військовий персонал. Що стосується інших форм профілактики, то існує ряд можливих підходів до запобігання ПТСР. У сфері громадського здоров'я часто відстоюється універсальна, селективна та показана система класифікації, яка буде використовуватися для висвітлення можливих підходів до профілактики ПТСР.

Не було знайдено жодних доказів на підтримку будь-якого втручання для універсальної профілактики, але люди, які повідомляли про симптоми

травматичного стресу на початку втручання (вказана профілактика), досягли значно кращих результатів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на травму (КПТ-Т), когнітивної терапії та десенсибілізації рухів очей і повторна обробка (EMDR). Були також докази того, що втручання КПТ-Т, призначені для раннього лікування людей з ПТСР, були ефективними

Що стосуються одноразового психологічного втручання, спрямованого на запобігання ПТСР. Рекомендації ISTSS рекомендували КПТ-Т, когнітивну терапію та EMDR для раннього лікування людей із симптомами ПТСР протягом трьох місяців після травматичної події. Вони також відзначили нові докази для гідрокортизону, групи 512 РМ (розширена форма групового психологічного дебрифінгу).

6. Сформовано рекомендації, спрямовані на підвищення ефективності роботи спеціалістів у наданні комплексної підтримки людям із ПТСР, що включає як терапевтичні втручання, так і соціальну адаптацію та психологічну стабільність. Психологи, психотерапевти та соціальні працівники відіграють ключові ролі у наданні допомоги людям із ПТСР, кожен з яких приносить у процес важливі знання та навички. Всі вони відіграють ключову роль у підтримці людей із ПТСР, забезпечуючи комплексний підхід до відновлення їхнього психічного та соціального благополуччя. Кожен із фахівців виконує унікальні функції: психологи діагностують і допомагають зрозуміти травматичний досвід, психотерапевти застосовують ефективні терапевтичні методи для опрацювання травми, а соціальні працівники забезпечують практичну допомогу та інтеграцію в соціальне середовище. Рекомендації для цих спеціалістів спрямовані на підвищення ефективності їхньої роботи, а також містять поради для уникнення професійного вигорання, що дозволяє підтримувати високу якість допомоги та зберігати особисте психічне здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокурн О. М., Пішко І. О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Аймедов К.В., Асєєва Ю.О., Волощук А.Е., Толмачов О.А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії* 2016. Т.22, №2. С. 128-129
3. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: метод. рек. М-во оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України ; Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко та ін.. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
4. Антонюк В.В. Інформаційна війна в структурі сучасного геополітичного протиборства: нові контексти та інтерпретації. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2121>
5. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Чемер Ю. П., Касикова М. В. Посттравматичний стресовий розлад та причини його виникнення серед осіб, які мають досвід участі в бойових діях. *Вісник медицини, психології та фармації* 2024. № 1/2024 С. 53-64. DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.01.05>
6. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А.М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я* 2024. №2. С.8-18 DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2>
7. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А.М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус* 2024. Вип. 63 С. 137-141 URL: <http://habitus.od.ua/journals/2024/63-2024/25.pdf>

8. Балл Г.О. Раціогуманістична орієнтація в методології людинознавства К. : Видавництво ПП «СКД», 2017. 204 с.
9. Бірон Б.В. (2015). Проактивне подолання стресових ситуацій особистістю: дис. на здобуття канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Одеса, 2015. 197 с.
10. Блінов О.А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal*. 2018. № 12 (2). С. 9-22. DOI: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>
11. Бондарев Г.В., Круть П.П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.
12. Бучок Ю.С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 3 (80), С. 42-47.
13. Варій М.Й. Основи психології і педагогіки : підручник / М.Й. Варій, В.Л. Ортинський ; Нац. ун-т «Львівська політехніка». Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2017. 547 с.
14. Василенко (Дідух) М.М. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2009. Вип. XI (7). С. 95-107.
15. Васильченко О., Зубенко М. Медитативні практики як техніки роботи із стресовими станами особистості. Вчені записки Університету «КРОК». 2021. Вип. 3(63). С. 189-194.
16. Вашкович В.В. Соціальна функція держави як одна із функцій правової держави: тези: Ужгород, 2016. С. 1-5.
17. Вольнова Л.М. (2019). Проектна діяльність як засіб підвищення рівня професійної підготовки майбутніх психологів: методичні рекомендації [Електронне видання], 2-е вид., виправлене і доповнене. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2019. 49 с.
18. Галич М.Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період : дис. ... канд.

психол. наук: 053. Київ, 2020. 207 с. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/17885>.

19. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. К.: ВСВ «Медицина». 2023. 120 с.

20. Гурлева Т.С. Діалогічне спілкування психолога у просторі друкованих ЗМІ у відновленні та розвитку особистості в кризових умовах: *Актуальні проблеми психології* Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія, 2016. Вип. 12, С. 61-74. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/708478/>

21. Гурлева Т.С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах. *Актуальні проблеми психології*. Консультативна психологія і психотерапія, 2018. Вип. 14 (3), С. 191-213. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/716097/>

22. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>

23. Дудченко В.В. Ціннісний вимір юридичної техніки. Наука та суспільне життя України в епоху глобальних викликів людства у цифрову еру (з нагоди 30-річчя проголошення незалежності України та 25-річчя прийняття Конституції України) : у 2 т. : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 21 трав. 2021 р.) / за загальною редакцією С. В. Ківалова. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2021. Т. 1. С. 44-46.

24. Жук М.С. Психологічні наслідки інформаційного перевантаження: діагностика та профілактика. *Соціальна психологія*. 2018. № 2 (15). С. 54-61.

25. Журавльова Н.Ю. Гурлева Т.С. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових. *Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні*: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-

практичної конференції (м. Львів, 21-22 лютого 2020 р.). Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113-117.

26. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 219 с.

27. Керівництво з надання першої психологічної допомоги. Головні редактори: Louise Vinther-Larsen (Луїза Вінтер-Ларсен) та Nana Wiedemann (Нана Відеманн). Психосоціальний центр. Копенгаген, Данія. 2018. 104 с.

28. Ковальова Т.О. Інформаційне перевантаження та психічне здоров'я сучасної людини. *Соціальна психологія*. 2018. № 1 (14). С. 37-42.

29. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям умовах бойових дій: метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

30. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заверотний В.І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 6 (76). С. 59-71.

31. Кошова І.В., Кресан О.Д. Психологія девіантної поведінки: Навчально-методичний посібник. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.

32. Краснова О.В. Інформаційне перевантаження як складова психологічної напруги в умовах сучасного соціуму. *Педагогіка та психологія*. 2019. № 3 (65). С. 44-51.

33. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України*. 2019. № 50 (2). С. 65-73. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.

34. Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції, 30 вересня 2023 р. Київ- Біла Церква: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 268 с.

35. Мудрик А.Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.

36. Наугольник Л.Б. (2015). Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 324 с.
37. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89-91. DOI: 10.36074/23.10.2020.v1.12.
38. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень. 2020. Вип.1.12 С.89-91 DOI 10.36074/23.10.2020.v1.12
39. Оніщенко Н.В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків : Право, 2014. 584 с.
40. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. Колектив авторів: Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Д., Гридковець Л., Царенко Л та інгш., Том 2. Київ, 2018. 240 с.
41. Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія: за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.
42. Перша психологічна допомога: посіб. для тренера /уклад.: Чернобровкіна В. А., Гірник А. М. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 96 с.
43. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях Київ : Пульсари, 2017. 66 с.
44. Про затвердження плану заходів на 2021-2023 рр. з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 р. : розпорядження Кабінету Міністрів України від 06.10.2021 р. № 1215-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-na20212023-roki-z-realizaciyi-koncepciyi-s1215-61021>
45. Проект Закону про правотворчу діяльність від 25.06.2021 р. № 5705. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=72355

46. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

47. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 207 с.

48. Психологія бою: посібник / Т.Л. Грицевич, І.М. Гузенко, О.С. Капінус та ін. ; за ред. А.М. Романишина. Львів : Астролябія, 2017. 351 с.

49. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297-304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).

50. Солодовник О.В. Віртуальний світ та емоційний стан особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2017. № 2 (17). С. 140-144.

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

52. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

53. Українське суспільство в умовах війни. 2022: Колективна монографія / С. Дембіцький, О. Злобіна, Н. Костенко та ін.; за ред. член.-кор. НАН України, д. філос. н. Є. Головахи, д. соц. н. С. Макеєва. Київ: Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с.

54. Цихоня В. Пам’ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. № 7 (8). С. 57-58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/mistetzto/2014-10-16/6.pdf>.

55. Чулков О.М. Григорян А.З., Сінча К.А. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник

до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів І та ІІ медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 131 с.

56. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Черенько Л.М., Полякова С.В., Шишкін В.С., Реут А.Г., Крикун О.І., Когатько Ю.Л., Заяць В.С., Клименко Ю.А.; Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр.та соц. дослідж. ім.М.В. Птухи. Електронне видання. Київ, 2023. Об'єм даних 4,42 МБ.

57. Abdallah C.G., Averill L.A., Akiki T.J., Raza M., Averill C.L., Goma H., Adikey A., Krystal J.H. The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2019 Jan 06;59. P.171-189.

58. Betancourt T.S., Abdi S., Ito B.S., Lilienthal G.M., Agalab N., Ellis H. We left one war and came to another: Resource loss, acculturative stress, and caregiver-child relationships in Somali refugee families. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*. 2015 №21(1) P.114-125. DOI: 10.1037/a0037538.

59. Blum K., Gondré-Lewis M.C., Modestino E.J., Lott L., Baron D., Siwicki D., McLaughlin T., Howedy A., Krengel M.H., Oscar-Berman M., Thanos P.K., Elman I., Hauser M., Fried L., Bowirrat A., Badgaiyan R.D. Understanding the Scientific Basis of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Precision Behavioral Management Overrides Stigmatization. *Mol Neurobiol*. 2019 № 56(11). P. 7836-7850.

60. Calhoun C.D., Stone K.J., Cobb A.R., Patterson M.W., Danielson C.K., Bendežú J.J. The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for Posttraumatic Stress Recovery. *Psychiatr Q*. 2022. № 93(4).P. 949-970.

61. Cloitre M., Garvert D.W., Weiss B. et al. Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2014. № 5. P.153-162

62. Fanai M., Khan M.A.B. State-Trait Anxiety Inventory, STAI. Stat Pearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): *Acute Stress Disorder* .2023. Jul 10,

63. Goldsmith R.E., Martin C.G., Smith C.P. Systemic trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2014. № 15(2) P.117-132. DOI: 10.1080/15299732.2014.871666

64. Goldstein R.B., Smith S.M., Chou S.P., Saha T.D., Jung J., Zhang H., Pickering R.P., Ruan W.J., Huang B., Grant B.F. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 №51(8). P. 1137-48.

65. Han H.R., Miller H.N., Nkimbeng M., Budhathoki C., Mikhael T., Rivers E., Gray J., Trimble K., Chow S., Wilson P. Trauma informed interventions: A systematic review. *PLoS One*. 2021. №16(6). P.0252747.

66. Hyland P., Shevlin M., Fyvie C., Karatzias T. Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *J Trauma Stress*. 2018 № 31(2). P. 174-180.

67. Kisely S., Alichniewicz K.K., Black E.B., Siskind D., Spurling G., Toombs M. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017 №84. P. 137-152.

68. Miao X.R., Chen Q.B., Wei K., Tao K.M., Lu Z.J. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res*. 2018. №28;5(1). P.32-42

69. Ousdal O.T., Milde A.M., Hafstad G.S., Hodneland E., Dyb G., Craven A.R., Melinder A., Endestad T., Hugdahl K. The association of PTSD symptom severity with amygdala nuclei volumes in traumatized youths. *Transl Psychiatry*. 2020. №17;10(1). P.288-297

70. Rice T.R., Prout T., Cohen J., Russo M., Clements T., Kufferath-Lin T., Joaquin M., Kui T., Kim S., Zaidi A., Hoffman L. Psychodynamic Psychotherapy for Children as a Trauma-Informed Intervention. *Psychodyn Psychiatry*. 2021 №49(1). P.73-85.

71. Ruglass L.M., Hien D.A., Hu M.C., Campbell A.N., Caldeira N.A., Miele G.M. Racial/ethnic match and treatment outcomes for women with PTSD and

substance use disorders receiving community-based treatment. *Community Mental Health Journal*. 2014. №50(7). P. 811-822. DOI: 10.1007/s10597-014-9732-9.

72. Schuler E.R., Boals A. Shattering world assumptions: A prospective view of the impact of adverse events on world assumptions. *Psychol Trauma*. 2016 №8(3). P. 259-266.

73. Selemon, L. D., Young, K. A., Cruz, D. A., & Williamson, D. E. (2019). Frontal Lobe Circuitry in Posttraumatic Stress Disorder. *Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.)* №3. P.2-17 DOI: <https://doi.org/10.1177/2470547019850166>

74. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. et al. Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatr Scand* 2017. №135. P. 419-28.

75. Streb M., Conway M.A., Michael T. Conditioned responses to trauma reminders: How durable are they over time and does memory integration reduce them? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017 №57. P. 88-95.

76. Walker D.F., Courtois C.A., Aten J., editors. Spiritually oriented psychotherapy for trauma. *American Psychological Association; Washington, DC*: 2014. 292 p.

77. Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C. et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *J Affect Disord* 2017. № 207. P. 181-7.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВДР	Великий депресивний розлад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Г	Група
ГСР	Гострий стресовий розлад
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КПТСР	Комплексний посттравматичний стресовий розлад
ЛГБТ	Акронім для позначення лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
НУО	Неурядові організації
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
РАС	Розлади аутистичного спектру
ЦНС	Центральна нервова система
ЧМТ	Черепно-мозкова травма
AR	Субшкала «фізіологічне збудження»
AV	Субшкала «уникнення»
BDI	Шкала депресії Бека
DID	Дисоціативний розлад ідентичності
DSM	Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів
EMDR	Десенсибілізація Та Репроцесуалізація За Допомогою Руху Очей
HPA	Гіпоталамо-Гіпофізарно-Наднирникова Система
IES-R	Загальний бал
IN	Субшкала «вторгнення»
PCL	Контрольний список ПТСР
PPT	Позитивна психотерапія
STAI	Шкала тривоги Спілбергера
TSC	Контрольний список симптомів травми

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.

№	Питання	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	Правильно частково	Прави- льно	Абсолютно правильно
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 відбувалось 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	1	2	3	4	5

	трапилося зі мною в минулому, відбувається знову					
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 танаркології 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

Шкала оцінки впливу травматичної події

Інструкція: «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень».

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				

14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, щ трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				

Ключ

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється:

«ніколи» – 0 балів;

«рідко» – 1 бал;

«іноді» – 3 бали;

«часто» – 5 балів.

Шкала депресії Бека

Інструкція: «У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожен групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви себе почували цього тижня і сьогодні. Поставте галочку біля обраного затвердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре підходять, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі».

Стимульний матеріал

1. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не відчуваю себе засмученим, сумним
- ☐ 1. Я засмучений
- ☐ 2. Я весь час засмучений і не можу від цього відключитися
- ☐ 3. Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати

2. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не турбуюся про своє майбутнє
- ☐ 1. Я відчуваю, що здивований майбутнім
- ☐ 2. Я відчуваю, що мене нічого не чекає в майбутньому
- ☐ 3. Моє майбутнє безнадійно, і ніщо не може змінитися на краще

3. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не відчуваю себе невдахою
- ☐ 1. Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди
- ☐ 2. Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ній багато невдач
- ☐ 3. Я відчуваю, що як особистість я – повний невдаха

4. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше
- ☐ 1. Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше
- ☐ 2. Я більше не отримую задоволення ні від чого
- ☐ 3. Я повністю не задоволений життям і мені все набридло

5. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не відчуваю себе в чому-небудь винуватим
- ☐ 1. Досить часто я відчуваю себе винуватим
- ☐ 2. Велику частину часу я відчуваю себе винуватим
- ☐ 3. Я постійно відчуваю почуття провини

6. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не відчуваю, що можу бути покараним за що-небудь
- ☐ 1. Я відчуваю, що можу бути покараний
- ☐ 2. Я очікую, що можу бути покараний
- ☐ 3. Я відчуваю себе вже покараним

7. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не розчарувався в собі
- ☐ 1. Я розчарувався в собі
- ☐ 2. Я собі огидний
- ☐ 3. Я себе ненавиджу

8. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я знаю, що я не гірше інших
- ☐ 1. Я критикую себе за помилки і слабкості
- ☐ 2. Я весь час звинувачую себе за свої вчинки
- ☐ 3. Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

9. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я ніколи не думав накласти на себе руки
- ☐ 1. До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не буду їх

здійснювати

- ☐ 2. Я хотів би накласти на себе руки
- ☐ 3. Я б убив себе, якби випала нагода

10. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я плачу не більше ніж зазвичай
- ☐ 1. Зараз я плачу частіше, ніж раніше
- ☐ 2. Тепер я весь час плачу
- ☐ 3. Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться

11. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай
- ☐ 1. Я більш легко дратуюся, ніж раніше
- ☐ 2. Тепер я постійно відчуваю, що роздратований
- ☐ 3. Я став байдужий до речей, які мене раніше дратували

12. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я не втратив інтересу до інших людей
- ☐ 1. Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше
- ☐ 2. Я майже втратив інтерес до інших людей
- ☐ 3. Я повністю втратив інтерес до інших людей

13. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я відкладаю прийняття рішення іноді, як і раніше
- ☐ 1. Я частіше, ніж раніше, відкладаю прийняття рішення
- ☐ 2. Мені важче приймати рішення, ніж раніше

☐ 3. Я більше не можу приймати рішення

14. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

☐ 0. Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай

☐ 1. Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим

☐ 2. Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, що роблять мене непривабливим

☐ 3. Я знаю, що виглядаю потворно

15. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

☐ 0. Я можу працювати так само добре, як і раніше

☐ 1. Мені необхідно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити що-небудь

☐ 2. Я насилу змушую себе робити що-небудь

☐ 3. Я зовсім не можу виконувати ніякої роботи

16. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

☐ 0. Я сплю так само добре, як і раніше

☐ 1. Зараз я сплю гірше, ніж раніше

☐ 2. Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову

☐ 3. Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і більше не можу заснути

17. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

☐ 0. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай

☐ 1. Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше

☐ 2. Я втомлююся майже від усього, що я роблю

☐ 3. Я не можу нічого робити через втому

18. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Мій апетит не гірше, ніж зазвичай
- ☐ 1. Мій апетит став гірше, ніж раніше
- ☐ 2. Мій апетит тепер значно гірше
- ☐ 3. У мене взагалі немає апетиту

19. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Останнім часом я не схудла або втрата ваги була незначною
- ☐ 1. За останній час я втратив більше 2 кг
- ☐ 2. Я втратив більше 5 кг
- ☐ 3. Я втратив більше 7 кг

20. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай
- ☐ 1. Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі, як болі, розлад шлунка, запори і т.д.
- ☐ 2. Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше
- ☐ 3. Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати

21. Виберіть твердження, яке найкраще описує ваш стан на минулому тижні

- ☐ 0. Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до близькості
- ☐ 1. Мене менше займають проблеми близькості, ніж раніше
- ☐ 2. Зараз я значно менше цікавлюся міжстатевих стосунків, ніж раніше
- ☐ 3. Я повністю втратив лібідо інтерес

Обробка і інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях.

0-9 – відсутність депресивних симптомів

10-15 – легка депресія (субдепресія)

16-19 – помірна депресія

20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості)

30-63 – важка депресія

Градуюально оцінюється вираженість 21 симптому депресії.

Пункти 1-13 – когнітивно-афективна Субшкала (C-A)

Пункти 14-21 – Субшкала соматичних проявів депресії (S-P)

Відсутність депресивних симптомів. Все в порядку, у вас відсутні будь-які симптоми клінічної депресії.

Легка депресія (субдепресія). Схоже на те, що у вас присутні ознаки легкої депресії.

Помірна депресія. У вас спостерігаються симптоми помірної депресії. Саме час звернути на це свою пильну увагу і не дозволити перетікання цього стану в більш виражене.

Виражена депресія (середньої тяжкості). У вас всі ознаки клінічної депресії середньої тяжкості. Не варто пускати це на самоплив. Вам варто серйозно зайнятися своїм психологічним станом.

Важка депресія. Справа погано, результати тесту показують, що у вас присутні симптоми важкої клінічної депресії. Не варто намагатися самотійно вибиратися з депресії і приховувати її від оточуючих. Вам необхідно звернутися зі своєю проблемою до лікаря або спеціаліста-психолога.

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна

Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: «Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи».

Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Шкала ситуативної (реактивної) тривожності

Інструкція: «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь,

зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану».

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Показник ситуативної (реактивної) тривожності розраховується за формулою: $PT = \sum 1 - \sum 2 + 35$, де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока. Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і

невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями. Низька тривожність

Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає»

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4

35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. \text{ РТ} = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. \text{ ОТ} = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.