

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

РЕФЕРАТ
кваліфікаційної роботи
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
зі спеціальності 053 «Психологія»
за освітньою програмою «Психологія»
на тему: **«Розвиток посттравматичного стресового розладу у представників**
різних професій»

Виконавець:

студентка 4 курсу 41 групи ФЕУП

Каландирець Євгенія Сергіївна _____

(прізвище, ім'я, по батькові) /підпис/

Науковий керівник:

к. психол. н., ст. викладач

(науковий ступінь, вчене звання)

Пундєв Володимир Васильович _____

(прізвище, ім'я, по батькові) /підпис/

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

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

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

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

Воєнні дії в поєднанні із ситуацією постковіду призвели до зростання частоти психічних розладів, особливо уразливими контингентами стали жінки та діти. Згідно даних спеціалізованого медичного порталу Health-ua.com загальна поширеність ПТСР в Україні наразі становить близько 25%, при тому більше половини населення, а саме близько 57% знаходиться у зоні ризику, або має один

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

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

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

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

Завдання дослідження:

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

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

Об'єкт дослідження: етіологія посттравматичного стресового розладу

Предмет дослідження особливості посттравматичного стресового розладу у представників різних професій

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

Аналіз наукових досліджень та публікацій:

Окреслена в межах даного дослідження проблематика була предметом вивчення: Л. Кітаєва-Смика, І. Малкіна-Пиха, В. Ромека, Е. Крепеліна, Г. Сельє, які досліджували сутність поняття «стрес» та особливості його впливу на психіку людини. Розглянуто роботи: Б. Бадмаєв, О. Гордєєва, В. Доморацький, М. Зеленова, О. Лазєбна, М. Магомед-Емінов, В. Моляко, Я. Подоляк, А. Пушкарьов, О. Столяренко, Н. Тарабрина, які досліджували різні аспекти вивчення процесу виникнення і протікання посттравматичного стресового розладу та його механізмів. Проаналізовано роботи, які були спрямовані на дослідження наслідків бойових психічних травм під час воєнних конфліктів: Р. Абдурахманов, К. Аймедов, П. Будьоний, О. Друзь, В. Березовець, С. Захарик, В. Стасюк, О. Толмачов, І. Черненко тощо.

Посттравматичні стресові розлади досліджуються головним чином у контексті психології емоційного розвитку особистості з урахуванням різних

рівнів аналізу, таких як загально-психологічний та прикладний тому Ю. Александровський, Ф. Василюк, Т. Кириленко, Т. Титаренко, О. Саннікова, О. Чебикін та інші, зосереджувались на вивченні внутрішніх переживань та емоційних реакцій у людей, що страждають від таких розладів.

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

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

Апробація результатів роботи

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

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

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми роботи, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, наукову новизну і методи дослідження.

У першому розділі «Наслідки перебування людини в умовах воєнного конфлікту» У дослідженні розкрито сутність поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його взаємозв'язок з такими феноменами як психотравма та стрес. Описано етіологію розладу з детальним розкриттям клінічної симптоматики. Проаналізовано сучасні теоретико-методологічні та науково-практичні дослідження з питань впливу екстремальних ситуацій та безпосередньо військових конфліктів на психологічне і фізичне благополуччя

особистості. Розглянуто сучасні підходи до надання психолого-психіатричної та соціальної допомоги особам з ПТСР.

У другому розділі «Вивчення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у представників різних професій» описано дизайн експериментального дослідження та обґрунтовано вибрані методики. Детально проаналізовано та описано результати порівняльного дослідження проведеного серед лікарів першої ланки (ЛПЛ) КНП «Центр первинної медико-соціальної допомоги №2» та науково-педагогічного складу (НПС) Одеського національного економічного університету. Також у розділі провідні світові програми профілактики ПТСР.

Діагностика ПТСР проводилася відповідно до симптоматики визначеної у МКХ-10 та у відповідності із рекомендаціями зазначеними у протоколах МОЗ України, в яких рекомендованим психодіагностичним тестом на визначення наявності ПТСР відзначено – Міссісіпську шкалу ПТСР (цивільний варіант), а також за допомогою наступного рекомендованого психодіагностичного інструментарію: Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. В. Бойко); Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised - SCL-90-R).

Проаналізувавши отриманні результати дослідження, нами було встановлено, що між групами ЛПЛ та НПС є певні схожі тенденції в рівнях розладу адаптації. Проте, серед ЛПЛ вищий відсоток осіб з підозрою на ПТСР – 46,88% опитаних, порівняно з НПС – 36,11% опитаних. Наявність такої ознак ПТСР свідчить, що понад 35 % педагогів та понад 45 % лікарів мають стійкі порушення сну, страждають від неконтрольованих появ повторних спогадів про травмуючу подію, доволі часто відчують гіперзбудженість та тривожність. Науково-педагогічний склад, з іншого боку, має вищий відсоток осіб з розладами адаптації (НПС – 38,89% опитаних), порівняно з лікарями першої ланки (ЛПЛ – 31,25% опитаних). Обидві групи показують схожі рівні достатньої адаптації до складних й мінливих умов життя (ЛПЛ – 21,88% опитаних та НПС – 25,00% опитаних). Тобто після двох років воєнних дій лише понад 20 % опитаних

успішно справляється зі стресом та демонструє стійкість у виконанні своїх обов'язків.

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

З метою визначення наявності психопатологічної симптоматики серед працівників міжособистісної сфери, було використано, опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Derogatis) Аналізуючи отримані результати за опитувальником для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Derogatis) можна відзначити, що в обох групах спостерігається певний рівень різних психічних симптомів, проте це не виявляється як загальна тенденція для обох груп.

ВИСНОВКИ

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

За результатами аналізу наукових надбань, ми прийшли до висновку, що в нормальному процесі життєдіяльності короткостроковий стрес – мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню, адаптації людини до мінливих умов, а травматичний стрес – виснажує, вичерпує ресурси людини та

зменшує адаптаційні можливості. А травматичний стрес – це не просто сильна емоційна реакція, це глибокий злам у психологічній та фізіологічній системі людини, що виникає, коли стресогенний фактор перетворюється на руйнівну силу, перенавантажуючи психіку людини виснажуючи фізіологічні та адаптаційні ресурси особистості, руйнує механізми психологічного захисту, викликаючи тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного дисбалансу в організмі.

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

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

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

них в майбутньому ПТСР, який являє собою непсихотичну реакцію, що виникає відстрочено після отримання індивідом травматичного стресу.

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

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

факторами. З урахуванням поєднання різноманітних факторів: демографічних характеристик, індивідуальних особливостей та соціально-психологічних чинників, можливо вказати на многогранність варіацій різноманітного ступеню травматизації та сили впливу для кожної конкретної особистості та можливої вірогідності виникнення ПТСР у кожної конкретної особи.

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

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

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

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

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

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

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

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

психосоціальну підтримку; тренінги та психоедукацію; професійну реабілітацію; соціальну інтеграцію; життєве консультування.

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

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

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

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

5. На виконання п'ятого завдання нашого дослідження з дотриманням принципів біоетики та деонтології, нами було опитано 68 осіб, у віці від 25 до 45 років, які були представниками медичної та наукової галузі. До групи (ЛПЛ) увійшли лікарі першої ланки КНП «Центр первинної медико-соціальної допомоги №2» Одеської міської ради у кількості 32 осіб, до групи (НПС) яка складалась із представників науково-педагогічного складу Одеського національного економічного університету у кількості 36 осіб. Діагностика проводилася за допомогою: Міссісіпської шкали ПТСР (цивільний варіант) [49, с. 438-452]; Методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. В. Бойко) [18, с. 60-62]; Опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised - SCL-90-R) [47, 49].

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

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

життєві обставини та напруження на роботі пов'язані із постійними бойовими діями залишатись у стабільному психологічному стані.

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

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

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

Розглядаючи результати отримані від науково-педагогічного складу (НПС) вказано, що вони виявляють вищий рівень міжособистісної сенситивності (27,78%) та депресії (13,89%). Також педагоги мають нижчий рівень ворожості (22,22%) та тривожності (25,00%) порівняно з ЛПЛ. Серед науково-

педагогічного складу спостерігається помірний рівень обсессивно-компульсивних симптомів (11,11%) та фобічної тривожності (16,67%), при цьому вони мають найвищий рівень паранояльних тенденцій (НПС – 8,33%) та психотизму (НПС– 5,56%) порівняно з ЛПЛ.

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

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

6. Узагальнивши та систематизувавши сучасні науково-методологічні знання з проблеми профілактики, лікування та психологічної корекції й супроводу осіб з ПТСР було виявлено, що більшість науковців сходиться в думці, що профілактичні та психокорекційні заходи повинні базуватися на мультидисциплінарній методології яка включає медичні, психологічні та соціальні інтервенції. Основними стратегіями профілактики ПТСР є розробка та впровадження скринінгових програм для раннього виявлення психічних дисфункцій у потерпілих внаслідок екстремальних подій, а також систематичний моніторинг здоров'я осіб, що належать до груп з підвищеним ризиком. Важливу роль відіграє адаптація профілактичних програм до конкретних груп населення, на які вони спрямовані. Окрім того, з метою боротьби зі стигматизованим сприйняттям ПТСР у багатьох європейських країнах проводяться інформаційні кампанії основними цілями яких є переосмислення уявлень про ПТСР та формування культури турботи про психічне здоров'я серед громадян.

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

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

Надання психологічної допомоги – має на меті попередження розпаду сімей, збереження соціальних зв'язків та допомогу у подоланні почуттів провини, безнадійності та неприємності. Психотерапія також підсилює ефективність біологічних та психіатричних методів лікування. Більшість психологічних асоціацій рекомендує використання таких методів як травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та EMDR. В психотерапевтичній роботі з пацієнтами, які мають ПТСР, виокремлюють кілька етапів, а саме: стабілізація психоемоційних переживань та підвищення психологічної стійкості; робота з психотравмою; інтеграція та посттравматичне зростання.

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