

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:

В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«21»січня 2025р.

**«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЗДОБУВАЧАМ ВИЩОЇ ОСВІТИ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР»**

Кваліфікаційна робота здобувача
вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Практична психологія»

Бодика Остапа Петровича

Науковий керівник:

**Задорожна-Княгницька Леніна
Вікторівна**

декан психолого-педагогічного
факультету, д. пед. н., професор кафедри
педагогіки та освіти

Рецензент:

Застело Анна Олександрівна,

к. психол. н., доцент кафедри соціальної
роботи та психології НУ «Запорізька
політехніка»

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 95 А

Секретар ЕК 

Ольга РЕБРО

«20» лютого 2025р.

Київ – 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК НАСЛІДОК ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ	9
1.1.Передумови виникнення ПТСР.....	9
1.2.Прояви та особливості ПТСР у дорослих.....	16
Висновки до Розділу 1.....	20
РОЗДІЛ 2. НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРОЯВАХ ПТСР.....	22
2.1. Чинники ризику та потенційні наслідки ПТСР для фізичного та психічного здоров'я.....	22
2.2. Психологічна допомога при проявах ПТСР.....	27
2.3. Практика надання психологічної допомоги особам із проявами у Маріупольському державному університеті	30
Висновки до Розділу 2.....	35
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗДОБУВАЧАМ ВИЩОЇ ОСВІТИ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР.....	36
3.1. Обґрунтування процедури експериментального дослідження.....	36
3.2. Діагностика психоемоційного стану здобувачів вищої освіти МДУ.....	38
3.3. Аналіз даних, отриманих в експериментальному дослідженні.....	44
Висновки до Розділу 3.....	52
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56
ДОДАТКИ.....	64

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

кПТСР	Комплексний посттравматичний стресовий розлад
МДУ	Маріупольський державний університет
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
АРА	American Psychological Association
≥	Більше або дорівнює (не менше)

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На життєвому шляху людина стикається з різними ситуаціями, які можуть бути травматичними через свою загрозовість, інтенсивність та непередбачуваність. Серед таких подій можуть бути занедбання у дитинстві, конфлікти між особами, булінг, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне, психологічне та сексуальне насильство, серйозні захворювання та багато іншого. Травматичний досвід є невід'ємним складником життя кожної людини, і його наслідки можуть серйозно впливати на психічне здоров'я. Особливо актуальною ця проблема стає в умовах військових конфліктів, катастроф, пандемій та терористичних актів, які можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у великій кількості людей одночасно.

Розуміння механізмів розвитку ПТСР та ефективних методів психологічної допомоги є необхідністю для фахівців, які працюють у системі «людина-людина», зокрема медичних працівників, психологів, соціальних працівників та освітян. Особливої уваги потребують здобувачі вищої освіти, які знаходяться на етапі становлення особистості та професійного розвитку і можуть бути вразливими до психологічних травм.

На початку 2024 року академічна спільнота об'єдналася в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» [12] за сприяння Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України та Міністерства освіти і науки України. У межах цієї програми було піднято питання психологічного стану українців під час війни та ролі університетів у підтримці ментального здоров'я суспільства. Зокрема, акцент зроблено на підготовці фахівців відповідного спрямування та створенні дбайливого середовища для освітян і здобувачів вищої освіти. Це зумовило вибір теми даної кваліфікаційної роботи як важливої та актуальної в умовах сьогодення.

Актуальність дослідження особливостей психологічної допомоги здобувачам вищої освіти у подоланні проявів ПТСР обумовлена зростаючою

кількістю випадків психічних розладів серед молоді, особливо в умовах війни в Україні. За даними досліджень Центру психічного здоров'я (<http://surl.li/cyhmen>), Міністерства охорони здоров'я (<http://surl.li/vukian>) та скринінгової платформи психічного здоров'я «Аніма.ua» (<http://surl.li/gpozzn>) значна частина студентської молоді відчуває тривогу, депресію, емоційне виснаження та симптоми ПТСР, що негативно впливає на їхню успішність, соціальну адаптацію та загальне психічне здоров'я. Недостатня увага до цієї проблеми може призвести до поглиблення кризових станів серед здобувачів вищої освіти, що вимагає термінових і системних заходів для забезпечення психологічної підтримки.

Незважаючи на значний обсяг наукових досліджень і методичних рекомендацій щодо надання медичної та психологічної допомоги при ПТСР, існує потреба у вивченні специфіки цієї проблематики саме серед студентської молоді. Це обумовлює необхідність розробки ефективних програм психологічної підтримки, спрямованих на подолання наслідків травматичних переживань, адаптацію до навчального середовища та підвищення психологічної стійкості.

В умовах війни в Україні актуальність розгляду тематики ПТСР постійно зростає. Дослідження (Л. Карамушка, О. Кокун, І. Мартиненко, О. Лук'яненко) підтверджують, що повномасштабне воєнне вторгнення негативно впливає на психічне здоров'я дітей і дорослих в Україні. Травматичні події спричиняють первинну і вторинну травматизацію, підвищують ризик розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР, тривожності та депресії. Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я, понад 15 мільйонів українців можуть зазнати психічних розладів через травматичний вплив війни. У контексті соціальної і психічної підтримки важливо враховувати, що молодь переживає серйозні стреси через невизначеність майбутнього, втрати та зміни життя. На особливу увагу заслуговує необхідність підтримки психічного здоров'я підлітків, які стикаються з особистими труднощами та травмами. Дослідники, як зарубіжні (G. Miller, T. Wyatt), так й українські (Б. Цурканов, А. Потужна), підкреслюють важливість соціальної підтримки, адаптаційних стратегій та наявності

психологічно безпечного середовища для подолання наслідків війни. Інноваційні підходи, як-от арт-терапія та віртуальна реальність, також показали свою ефективність у відновленні психічного здоров'я молоді після травм. Незважаючи на загальний обсяг досліджень та вказівок із питань надання медичної та психологічної допомоги при ПТСР, існує актуальна потреба у дослідженні даної проблематики щодо здобувачів вищої освіти.

Мета дослідження – обґрунтувати та емпірично дослідити зміст і особливості психологічної допомоги здобувачам вищої освіти, які мають прояви ПТСР.

Відповідно до мети були поставлені такі **завдання дослідження**:

- 1) узагальнити та систематизувати зміст понять: стрес, травма, ПТСР, психологічна допомога, відносно здобувачів вищої освіти МДУ;
- 2) скласти комплекс психодіагностичних методик для оцінки наявного психоемоційного стану здобувачів вищої освіти МДУ;
- 3) емпірично перевірити ефективність методів психологічної допомоги здобувачам вищої освіти МДУ.

Об'єкт дослідження – психологічна допомога при проявах ПТСР.

Предмет дослідження – особливості надання психологічної допомоги здобувачам вищої освіти у подоланні проявів ПТСР під час навчального процесу у Маріупольському державному університеті.

Гіпотеза дослідження – умовою зменшення симптоматики ПТСР є психолого-педагогічний вплив викладача та підвищення рівня обізнаності про ПТСР у здобувачів вищої освіти.

Для реалізації завдань дослідження і перевірки гіпотези був використаний комплекс **методів**, який містив:

- аналіз актуальних наукових джерел; феноменологічний (для уточнення сутності, змісту й особливостей базових понять дослідження); систематизація й узагальнення теоретичних положень (для з'ясування стану розробленості проблеми дослідження у психологічній теорії та практиці);

- діагностичні: шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5, тест PHQ-9, тест GAD-7;
- засоби психолого-педагогічного впливу, які стали основою формувального експерименту;
- анкетування;
- методи математичної статистики для узагальнення результатів експериментального дослідження (програми Excel, JASP).

Експериментальна частина кваліфікаційної роботи проводилася в Маріупольському державному університеті (м. Київ) за підтримки Студії практичної психології «Персона» (м. Запоріжжя). Конфлікт інтересів відсутній.

Практична значущість роботи. Результати дослідження можуть бути використані у процесі фахової підготовки майбутніх психологів, педагогів, соціальних працівників в закладах вищої освіти, а також для зазначених фахівців в умовах післядипломної освіти.

Апробація результатів дослідження: матеріали дослідження доповідались та обговорювались на засіданнях та науково-практичних семінарах кафедри практичної психології та кафедри англійської філології Маріупольського державного університету (м. Київ).

Публікації за темою дослідження:

1. Пучина О.В., Бодик О.П. Психологічна допомога при проявах ПТСР. Сучасні психологічні проблеми, викликані військовою агресією та шляхи їх подолання: матеріали Міжнародного конгресу, Київ, 4-5 квітня 2024 р. / Редкол.: О.І. Тимошенко та ін. Київ: Видавництво Європейського університету, 2024. С. 108-112. URL: <https://qrqd.org/6xj6>.

2. Bodyk O., Puchyna O. Addressing Post-Traumatic Stress Disorder Challenges: Mariupol State University's Approach. *Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 19 квітня 2024 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 91-95. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-393-7-23>.

3. Бодик О.П. Прояви та особливості ПТСР у дорослих. *Соціально-психологічний супровід особистості в умовах інтеграції України в Європейський простір*: збірник матеріалів IV Інтернет-конференції, м. Київ, 22 травня 2024 року / за заг. ред. І. С. Деснова. Київ: МДУ, 2024. С. 47-50. URL: <http://surl.li/jocsps>.

4. Puchyna O., Bulatova O., Zadorozhna-Kniahnytska L., Bodyk O. Psychological Assistance For Students with PTSD at Mariupol State University. *Організаційні та клінічні аспекти пацієнт-орієнтованого підходу до лікування та реабілітації в сучасних умовах*: Матеріали НПК з міжнародною участю, м. Київ, 29-30 травня 2024 року. Київ: ДНУНПЦПКМ ДУС, 2024. URL: <http://surl.li/urswb>.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, який налічує 82 найменування (22 іноземною мовою), 3 додатків на 4-х сторінках. Загальний обсяг роботи складає 74 сторінки. Робота містить 3 таблиці та 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК НАСЛІДОК ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

1.1. Передумови виникнення ПТСР

Під час воєнного стану в Україні безліч мирних мешканців постраждали від обстрілів, бомбардувань, передислокацій, втрат житла та інших негараздів, пов'язаних з війною. Незважаючи на широко відомі наслідки психологічних травм від воєнного стресу, для більшості цивільних осіб наразі головним завданням є вижити в умовах страху й страждань. Необхідно ефективно захищати себе та оточуючих, а також здобувати перемогу й мінімізувати збитки від війни. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) став актуальною проблемою внаслідок війни в Україні. Відповідно до результатів міжнародних досліджень в країнах, які пережили війну, ПТСР практично подвоюється та становить 15-40% серед осіб, які були в зоні воєнних дій, будь то військові або мирні жителі [20; 49; 54; 59; 73; 78]. Однак, дослідження також показують позитивну динаміку: значна частина осіб, які пережили психотравмуючу подію, не зазнає жодних проблем з психічним здоров'ям, і значна кількість людей з ПТСР може одужати самостійно [2; 12; 16; 21; 33]. Тому важливо не збільшувати масштаб проблеми, але в той самий час не мінімізувати її. Також відомо, що у значної частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми з психічним здоров'ям можуть з'явитися не одразу, а пізніше. Важливо також знати, що ці проблеми можуть виявлятися не лише як ПТСР, але й у формі інших розладів, таких як зловживання психоактивними речовинами, депресія, тривожні розлади, соматичні захворювання, втрата контролю за гнівом тощо, про це зазначають В. Бочелюк, М. Панов, А. Турубарова [4], Мері Бет Вільямс, Соїлі Пойюла [7], А. Гайдабрус [13], К. Демчик [15], В. Коширець [23], Н. Макієнко, О. Гершанов [24], Р. Мороз [27], О. Чабан, О. Хаустова, В. Омелянович [55; 56], Cloitre Marylene [62].

Для забезпечення якісної психологічної допомоги важливо чітко визначати й розрізняти психоемоційні стани, які людина переживає під час стресу, кризової ситуації, травматичного стресу та інших подібних ситуацій, а також спочатку розглянути самі поняття. У основі роботи психолога з цією проблематикою лежать такі базові поняття, що пов'язані з психологічним стресом і психотравмою: стрес, травматичний стрес, травма та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Стрес є природною реакцією організму на будь-які зміни, викликані психологічними, емоційними або фізичними факторами. Це стан, при якому людина почувається під тиском або напругою, що виникає внаслідок несприятливих обставин, які перевищують її ресурси адаптації. Більшість людей періодично стикаються зі стресом, що може серйозно впливати на їх психічне здоров'я. Реакція на стрес може мати позитивний ефект на когнітивну сферу, якщо фізіологічна реакція ефективно активується і своєчасно деактивується, сприяючи адаптивній пластичності. Однак, якщо не відбувається достатня регуляція, стрес може призвести до некоректних і шкідливих наслідків, спричинити дезадаптацію і розвиток психопатології. Сьогодні немає сумнівів в важливості вивчення впливу стресу на життя людини та його наслідків [52].

У концепції стресу, яку Г. Сельє запропонував у 1936 р., основні положення полягають у гомеостатичній моделі саморегуляції організму та активізації ресурсів для відповіді на стресор. Він класифікував усі впливи на організм як специфічні та неспецифічні ефекти стресу, які проявляються через загальний синдром адаптації. Цей синдром пройшов три стадії у своєму розвитку: стадію тривоги; стадію стійкості; стадію виснаження.

Г. Сельє запровадив концепцію адаптаційної енергії, що використовується шляхом перебудови гомеостатичних механізмів організму для мобілізації. Вичерпання цієї енергії є незворотнім процесом, який призводить до старіння і загибелі організму. Психологічні прояви загального адаптаційного синдрому відображаються як «емоційний стрес» – тобто афективні

переживання, які виникають під впливом стресу і супроводжуються несприятливими змінами в організмі людини. Оскільки емоції є неодмінною частиною будь-якої цілеспрямованої поведінки, емоційний апарат є першим, що активується під час реакції на екстремальні та деструктивні фактори. Це веде до активації функціональних вегетативних систем і відповідного ендокринного регулювання, що контролює поведінкові реакції. Сучасне уявлення про емоційний стрес полягає у тому, що він виникає, коли особа почуває порівняння між вимогами, що їй ставляться, і її здатністю справитися з ними. Якщо людина не має стратегії для подолання стресових ситуацій (копінг-стратегії), це може викликати напружений стан, який, разом з гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму, порушує його гомеостазу. Ця реакція є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (когнітивна та поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби подолати ситуацію є неефективними, стрес продовжується і може призвести до патологічних реакцій та органічних ушкоджень [76].

У деяких ситуаціях, замість того, щоб стимулювати організм до подолання труднощів, стрес призводить до серйозних порушень. Повторне виникнення афективних реакцій у зв'язку з тривалими труднощами може призвести до утворення стійкого емоційного перенапруження. Навіть після відновлення нормальної ситуації, це перенапруження залишається незмінним, постійно активуючи центральні частини нервової системи та впливаючи на роботу внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі є слабкі ланки, вони стають основними при формуванні хвороби. Початкові порушення, що виникають внаслідок емоційного стресу, впливають на різні структури мозку, і можуть призвести до змін у функціонуванні серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, згортаючої системи крові та імунної системи.

Зазвичай стресори можна розділити на фізіологічні, які включають біль, голод, спрагу, надмірне фізичне навантаження, високу і низьку температуру, і психологічні, які пов'язані з небезпекою, загрозою, втратами, обманом, образою та інформаційним перевантаженням. Останні можна розділити на

емоційні та інформаційні.

Будь-який тип психологічного стресу, такий як особистісний, міжособистісний, сімейний або професійний, базується на інформаційних факторах. Це можуть бути зовнішні повідомлення про поточні або передбачувані небезпеки, загрози або внутрішня інформація, яка складається зі спогадів про минулі травматичні події, ситуації та їх наслідки. Зазвичай такі реакції супроводжуються негативними емоціями і почуттям тривоги протягом усього періоду конфлікту, до його вирішення або досягнення суб'єктивної заспокоєння. У цих випадках інформація про небажані або небезпечні події стає початковою точкою, яка визначає загрозу та активує почуття тривоги та психологічного напруження на основі згадування ситуацій, що виникають у професійній діяльності. Інформаційний стрес – це стан підвищеної психічної напруги, який супроводжується функціональною вегетосоматичною і психічною дезінтеграцією, негативними емоційними переживаннями та порушеннями працездатності, що виникають внаслідок несприятливого впливу факторів емоційної взаємодії. З іншого боку, інформаційний стрес може бути розглянутий як стан, коли особа не може впоратися з обсягом інформації, не може приймати правильні рішення в необхідному темпі та несе відповідальність за наслідки своїх дій [6; 11; 25; 29; 48; 75].

Р. Мороз у посібнику «Психологія травмуючих ситуацій» узагальнила роботи вітчизняних та зарубіжних авторів та визначила стрес як:

- сильний несприятливий, негативний вплив на організм;
- сильна несприятлива для організму фізіологічна чи психологічна реакція на дії стресора;
- сильні, як несприятливі, так і сприятливі для організму реакції різного роду;
- неспецифічні риси (елементи) фізіологічних, психологічних реакцій організму при сильних, екстремальних для нього впливах, що викликають інтенсивні прояви адаптаційної активності [27, с. 15].

Отже, стрес – це реакція організму на негативні подразники, яка

викликає порушення гармонії та еквілібріуму. Це поняття широко використовується у психології та медицині і є предметом активних досліджень протягом останніх десятиліть. Стрес може бути спричинений як фізичними факторами, такими як зміни клімату, травми або харчування, так і психологічними, наприклад, фізичним або емоційним перевантаженням, конфліктами, незадовільними соціальними умовами, ситуацією невизначеності та втратою контролю, а також психотравмами. Психологічний стрес може нанести особливо шкоду людям і призвести до різних патологій, таких як депресія, тривожність або серцево-судинні захворювання. Психологи вже довгий час вивчають стрес і його вплив на організм. За останні роки медичні та психологічні дослідження акцентуються на ролі стресу в розвитку психічних захворювань та шляхах ефективного управління стресом.

Травматичний стрес – це специфічна реакція організму на стресову ситуацію, яка перевищує його психологічні та фізичні можливості. Цей вид стресу відбувається тільки після подій, які є надзвичайними для людини, виходять за рамки її звичайного досвіду та можуть ставити під загрозу її життя, здоров'я або безпеку. Ситуації, що можуть викликати травматичний стрес, включають загрозу життю чи фізичному та психологічному благополуччю самої особи або близьких людей. Травматичний стрес виникає як наслідок потенційно небезпечної або життєво небезпечної ситуації, де особа піддається травмуванню або є загроза смерті. Це може бути війна, природна катастрофа, сексуальне насильство, тяжка аварія або інші надзвичайні обставини, які загрожують фізичній цілісності чи життю особи.

Травматичний стрес – це особлива форма загальної стресової реакції в ситуації перевантаження психологічних, фізіологічних, адаптаційних можливостей людини, в ситуації руйнації захисних сил організму, коли людина переживає виникнення тривоги. Проте не кожна подія може викликати травматичні переживання й призвести до психологічної травми [26, с. 20]. Однак, факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому ПТСР [26, с. 224].

О. Гершанов визначає травматичний стрес як складну реакцію організму на подію, яку людина суб'єктивно вважає травматичною. Характерною ознакою травматичного стресу є надзвичайно сильне почуття жаху, безпорадності, безсилля, втрати контролю та відчуття безпеки. Травматичні реакції виникають тоді, коли звичні стратегії не вдаються, коли відсутні можливості для схоплення ініціативи чи опору. Система самозахисту людини виходить з ладу, адаптаційні механізми не працюють як зазвичай. Саме травматичний стрес може провокувати реакції «бий», «біжи» або «завми».

До чинників, що посилюють травматичний стрес відносяться: сприйняття події, як крайньої несправедливості; нездатність та/або неможливість протистояти ситуації; поведінкова пасивність; невдалий досвід подолання травматичних ситуацій у минулому; важкі захворювання; фізична перевтома; відсутність підтримки родини, друзів, колег [24, с.8].

Практично будь-яку подію, яка має значний вплив на психоемоційний стан людини, часто називають «травматичною подією» або «травмою». Однак, ці терміни не завжди точно відповідають професійному розумінню і критеріям для визнання події як справжньої травми. Американська класифікація психічних розладів DSM-5 визначає травму як частину ПТСР. Для ратифікації факту наявності в людини ПТСР фахівець (психіатр, психотерапевт, психолог) має підтвердити, що людина пережила саме травматичну подію. Травматична подія визначається як виникнення несподіваної ситуації, яка може бути шкідливою для особистості, яка є учасником або свідком такої події. Під час події людина має (інколи суб'єктивне) переконання про потенційну загрозу своєму життю або здоров'ю або життю та здоров'ю своїх близьких.

Травма (психологічна травма, психотравма) є фізичною або психологічною шкодою, яка може бути завдана організму, спричинити сильну негативну реакцію, викликати стресову відповідь та порушити нормальне функціонування особистості. Травма може мати різні форми і ступені важкості і впливати на різні аспекти та сфери життя людини. Травма виникає в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації; емоційна дія,

яка спричинила психічний розлад; шкода, нанесена психічному і фізичному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гострих емоційних, стресових впливів інших людей на її психіку. Руйнівна сила психологічної травми залежить від індивідуальної значущості надзвичайної події для людини. Травма може бути спричинена людьми, війною, стихійними лихами, насильством, тортурами, дорожньо-транспортною пригодою, втратою близьких тощо. Переживання травми та її наслідків є суто індивідуальним, що є важливим для розуміння ситуації та надання психологічної допомоги [17; 18; 22; 24; 25; 27; 28; 31; 32; 36; 37; 45; 50; 69; 70].

Багато чинників впливають на те, як люди реагують на травмуючу подію. Реакція зумовлюється віком (молодь реагує гостріше, ніж люди поважного віку); кількістю та якістю попереджувальної інформації, якщо така взагалі надавалась; розміром завданої шкоди (фізичної, матеріальної, моральної, емоційної); кількістю смертей або руйнувань, свідками яких стали люди; ступенем відповідальності, сорому та провини, які відчують учасники та свідки травматичних подій тощо. ПТСР є найвідомішим з усіх довгострокових наслідків психотравми [7, с. 24].

Зазначимо фактори, що підсилюють та загострюють реагування на психотравмуючі події: попередня дія важких несприятливих життєвих подій, травми або стан жертви у дитинстві; емоційне, фізичне, сексуальне, психологічне насильство; жорстоке поводження або спостереження за таким поводженням; депресивний чи тривожний стан в дитинстві; психічні захворювання в дитинстві та дорослому віці; несприятлива ситуація в родині, наявність в сімейному анамнезі психічних розладів в батьків, алкоголізм батьків, наявність в сімейній історії випадків самогубств, злочинної поведінки; численні розлуки зі значущими людьми; зловживання психоактивними речовинами; втечі з дому, відстороненням від школи, неуспішність, бійки та прогули школи у дитинстві; відсутність соціальної підтримки та допомоги у важкі часи; менш функціональні стратегії копінг; посттравматична

дисоціація, дереалізація або деперсоналізація; гіперреактивна або дисфункціональна нервова система [7, С. 25-26].

Травма пригнічує функціонування ряду ділянок лобової частки кори головного мозку і, відповідно, здатність людини до судження, самосвідомості та співчуття. Можуть бути пошкоджені життєво важливі зв'язки мозку. Іноді може бути порушено комунікацію між двома півкулями мозку – більш лінійною і раціональною лівою та більш емоційною, просторовою і творчою правою, тоді людина відчувається роздробленою, неспроможною зібрати до купи думки та почуття. Візуальні зображення травми, які утворюються у зоровій корі у задній частині головного мозку, можуть бути частково або повністю відрізані від ділянки, відповідальної за мовлення у скроневій частці лівої півкулі. Багатьох людей діймають жахливі образи, але вони не в змозі вербалізувати їх [16, с. 36]. Причиною травми не є сама ситуація, а її загрозливе значення і вплив на почуття та сприйняття людини. Навіть коли симптоматика травми не досягає рівня ПТСР, травма перевантажує уявлення людини та гіперболізує збентеження та почуття власної відповідальності за те, що сталося з людиною. Почуття провини та страху переплітаються між собою та підсилюються яскраво вираженим фізичним болем у будь-якій ділянці тіла (частіше за всіх – біль у спині, біль у суглобах, біль в області живота, головний біль, біль за грудиною). Больова симптоматика як наслідок переживання травми, з'являється трохи згодом, і вказує на розвиток ПТСР.

1.2. Прояви та особливості ПТСР у дорослих

У книзі «Психічні розлади воєнного часу» відомі українські фахівці О. Чабан, О. Хаустова та В. Омелянович визначають ПТСР як специфічний психіатричний розлад, який розвивається після безпосереднього або непрямого впливу надзвичайно стресової (травматичної) події або серії подій. Симптоми ПТСР включають нав'язливі спогади, викликані травматичною подією, стражданням у відповідь на пов'язані з травмою сигнали та уникнення цих сигналів, негативні зміни в пізнанні та настрої і можуть бути згруповані в

чотири групи симптомів: вторгнення, уникання, негативні зміни у відчуттях і настрої та зміни в збудженні й реактивності [56, с.50]. ПТСР характеризується:

- повторним переживанням травматичної події або подій у сьогоденні у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або кошмарів, що, як правило, супроводжується сильними негативними емоціями, особливо страхом чи жахом, а також сильними фізичними відчуттями;
- униканням думок і спогадів про подію або події чи униканням діяльності, ситуацій або людей, що нагадують про подію або події;
- стійким уявленням про підвищену поточну загрозу, наприклад прояви гіпернастороженості або підвищеної реакції переляку на стимули, такі як несподівані шуми [56, с. 72].

ПТСР – серйозний розлад психіки, який може розвинутися після переживання надмірно емоційної травматичної події – перебування в зоні бойових дій, перебування в полоні, природні та техногенні катастрофи, сексуальна агресія, домагання, зґвалтування, пограбування, тортури, примусове переселення, втрата близької людини, конфлікти тощо. Зазначені фактори можуть стати причиною не лише ПТСР, кПТСР, депресивного, тривожного та коморбідних станів, а також до цілої низки фізичних порушень та загострення хронічних захворювань, що значною мірою знижує якість життя.

До основних ознак ПТСР у дорослих належать:

- травматичний досвід: смерть близької людини, тяжкі тілесні ушкодження, сексуальне насильство, участь у бойових діях, дорожньо-транспортна пригода, важка хвороба тощо;
- повторюване, нав'язливе переживання травматичних подій: гнітючі спогади, нав'язливі думки, жахливі сновидіння; флешбеки – людина переживає повторні неприємні відчуття, смакові або візуальні образи, запахи травматичної ситуації, почуття, ніби травматичні події відбуваються знову та відчуває при цьому сильні емоційні чи фізіологічні реакції [27; 56];
- уникаюча поведінка: намагання уникнути гнітючих спогадів, думок,

почуттів, дій, місць та людей, що нагадують про травматичний досвід;

- негативні зміни в думках та настрої: нездатність пригадати аспекти травматичних подій; стійкі, нав'язливі та спотворені думки про причини та наслідки травматичної події та/або подій, про себе, інших людей;

- втрата інтересу до значимої й цікавої колись діяльності; інтересу до справ родини; втрата мотивації; нездатність переживати позитивні емоції; небажання спілкуватися, почуття відстороненості чи відчуження від інших;

- збудливість та реактивність: дратівливість, агресивність, вибухи гніву, неконтрольована рухова активність; ризикована поведінка, надмірна пильність;

- порушення сну: безсоння, сон по 1-4 години, переривчастий сон; нічні жахіття; відчуття нестачі повітря; страх смерті уві сні [56];

- деперсоналізація – відчуття відстороненості від власних психічних процесів або тіла, відчуття втрати самого себе;

- дереалізація – постійні або періодичні переживання нереальності оточення, середовища, подій [42; 44; 46; 47; 50; 53; 60];

- наявність больового синдрому, фантомного болю, який неможливо усунути медикаментозним знеболенням [5; 56; 77].

Відмінність ПТСР від інших розладів полягає в тому, що він має чіткий початок – точку відліку, а конкретно – час впливу стрес-фактору, після якого настає значне погіршення стану індивіда. Одним із ключових симптомів ПТСР, крім наявності травматичної події в анамнезі, є повторне переживання водночас з унікаючою поведінкою, симптомами оніміння або заціпеніння та підвищеною збудливістю. До симптомів повторного переживання або «травматичної пам'яті» належать: нав'язливі спогади, образи і думки, що вторгаються в життя, нав'язливі кошмарні сни про травматичну подію. Усі ці переживання сприймаються як «реальність» (ілюзії, галюцинації, «флешбеки», дисоціації) і призводять до інтенсивних психологічних та фізіологічних реакцій. Минуле завжди переслідує в теперішньому: людина неначе проживає травму знову [52].

На рис. 1.1. зазначені особливості прояву реакцій на стрес та динаміка розвитку ПТСР [32]:

ВІД ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ ДО ПТСР				
Травматична подія	Гостра стресова реакція	Гострий стресовий розлад	Гострий ПТСР	Хронічний ПТСР
	перші хвилини та 3-4 дні після травматичної події	до 4 тижнів після травматичної події	від 1 до 3 місяців після травматичної події	від 1 року після травматичної події
Симптоми 	• нервово тремтіння; • ступор; • гіперзбудження; • істерика; • плач; • роздратування; • уникнення розповідей і спогадів про подію; • розповідь про подію, наче вона ще триває	• агресія; • апатія, сум, плаксивість; • дисоціація (нечуттєвість щодо свого тіла та емоцій); • повторне переживання – «флешбеки» (відчуття, ніби подія знову відбувається в реальному часі); • нічні жахи; • порушення сну; • втрата або посилення апетиту; • різкі зміни настрою	• спогади, відчуття та реакції такі самі сильні, як і під час події; • флешбеки, нічні кошмари; • емоційне оніміння або уникнення; • загострення хронічних хвороб; • ангедонія (зниження або втрата здатності отримувати задоволення); • деструктивна поведінка – вживання психоактивних речовин	• симптоми такі самі, як при гострому ПТСР; • амнезія, порушення пам'яті; спогади, що травмують; • суїцидальна поведінка; • асоціальна поведінка; • галюцинації
Вираження симптомів 	Симптоми можуть згаснути самостійно. Якщо симптоми не зникають, вони переходять у наступну стадію, стають більш вираженими.	Симптоми можуть згаснути самостійно, але краще звернутися по психологічну допомогу. Якщо симптоми не зникають, вони переходять у наступну стадію, стають більш вираженими.	Симптоми само-стійно не згаснуть, потрібно звернутися по психіатричну допомогу. Без отримання допомоги симптоми переходять у наступну стадію, стають більш вираженими.	Без отримання належної комплексної терапії якість життя значно погіршується, можуть розвиватися інші розлади психіки.

Рис. 1.1. Розвиток ПТСР та його прояви

Однак посттравматичний стресовий розлад не виникає внаслідок тих ситуацій, які ми зазвичай називаємо «стресовими» у повсякденному житті, таких як розлука, сварка з керівником, втрата роботи, неуспіх при співбесіді, чи негативна оцінка на екзамені. Для розвитку необхідна динаміка від травматичної події до ПТСР.

Висновки до розділу 1

Під час воєнного стану в Україні безліч мирних мешканців постраждали від обстрілів, бомбардувань, передислокацій, втрат житла та інших негараздів, пов'язаних з війною. Проаналізовано базові поняття, які лежать в основі роботи психолога з цією проблематикою.

Стрес є природною реакцією організму на будь-які зміни, викликані психологічними, емоційними або фізичними факторами. Це стан, при якому людина відчувається під тиском або напругою, що виникає внаслідок несприятливих обставин, які перевищують її ресурси адаптації. Стрес – це реакція організму на негативні подразники, яка викликає порушення гармонії та еквілібріуму. Це поняття широко використовується у психології та медицині і є предметом активних досліджень протягом останніх десятиліть. Стрес може бути спричинений як фізичними факторами, такими як зміни клімату, травми або харчування, так і психологічними, наприклад, фізичним або емоційним перевантаженням, конфліктами, незадовільними соціальними умовами, ситуацією невизначеності та втратою контролю, а також психотравмами. Психологічний стрес може нанести особливо шкоду людям і призвести до різних патологій, таких як депресія, тривожність, серцево-судинні захворювання тощо.

Травматичний стрес – це специфічна реакція організму на стресову ситуацію, яка перевищує його психологічні та фізичні можливості. Цей вид стресу відбувається тільки після подій, які є надзвичайними для людини, виходять за рамки її звичайного досвіду та можуть ставити під загрозу її життя, здоров'я або безпеку. Ситуації, що можуть викликати травматичний стрес,

включають загрозу життю чи фізичному та психологічному благополуччю самої особи або близьких людей. Травматичний стрес виникає як наслідок потенційно небезпечної або життєво небезпечної ситуації, де особа піддається травмуванню або є загроза смерті. Це може бути війна, природна катастрофа, сексуальне насильство, тяжка аварія або інші надзвичайні обставини, які загрожують фізичній цілісності чи життю особи.

Травма (психологічна травма, психотравма) є фізичною або психологічною шкодою, яка може бути завдана організму, спричинити сильну негативну реакцію, викликати стресову відповідь та порушити нормальне функціонування особистості. Травма може мати різні форми і ступені важкості і впливати на різні аспекти та сфери життя людини. Травма виникає в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації; емоційна дія, яка спричинила психічний розлад; шкода, нанесена психічному і фізичному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гострих емоційних, стресових впливів інших людей на її психіку. Травма може бути спричинена людьми, війною, стихійними лихами, насильством, тортурами, дорожньо-транспортною пригодою, втратою близьких тощо. Переживання травми та її наслідків є суто індивідуальним, що є важливим для розуміння ситуації та надання психологічної допомоги. Причиною травми не є сама ситуація, а її загрозливе значення і вплив на почуття та сприйняття людини. Почуття провини та страху переплітаються між собою та підсилюються яскраво вираженим фізичним болем у будь-якій ділянці тіла (частіше за всіх – біль у спині, біль у суглобах, біль в області живота, головний біль, біль за грудиною). Больова симптоматика як наслідок переживання травми, з'являється трохи згодом, і вказує на розвиток ПТСР.

ПТСР – стан, який може розвинутися після переживання надмірно емоційної травматичної події – перебування в зоні бойових дій, перебування в полоні, природні та техногенні катастрофи, сексуальна агресія, домагання, зґвалтування, пограбування, тортури, примусове переселення, втрата близької людини, конфлікти тощо. Одним із ключових симптомів ПТСР, крім наявності

травматичної події в анамнезі, є повторне переживання водночас з унікаючою поведінкою, симптомами оніміння або заціпеніння та підвищеною збудливістю.

РОЗДІЛ 2.

НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРОЯВАХ ПТСР

2.1. Чинники ризику та потенційні наслідки ПТСР для фізичного та психічного здоров'я.

Відомо, що ПТСР є групою станів, пов'язаних зі стресом, та симптомами, які з'являються або значно посилюються після експозиції до серйозної травми, воєнних дій, сексуального насильства або іншої травматичної події. Розвиток ПТСР може відбутися після експозиції до негативних наслідків події або внаслідок отримання інформації про те, що така подія сталася з членом родини чи близькою людиною. Реакція людини на травматичну подію включає повторне переживання через думки, нічні кошмари, флешбеки, уникнення пов'язаних з травмою міркувань, почуттів і ситуацій, що викликають травматичні спогади, негативні зміни в емоціях та переконаннях, підвищену реактивність і збудження. У разі тривалості вказаних симптомів понад місяць, фахівець може зробити висновок про наявність в особи ПТСР/кПТСР або коморбідного стану [47].

Протікання ПТСР ускладнюється тим, що в більшій частині випадків він пов'язаний з коморбідними станами, хворобами й розладами. Найчастіше ПТСР є коморбідним із депресією та тривогою. Під депресією розуміється низка станів: «депресія як поганий настрій», «депресія як реакція на негативну подію в житті», «депресія як прояв особистості», «депресія як один із симптомів хронічного соматичного або психічного захворювання» та «депресія як самостійний психічний розлад» [38, с. 5]. Депресія має значний вплив на якість життя людини, дотична до суб'єктивного благополуччя, задоволеності життям, сприйняття соціальних та сімейних відносин, фізичного здоров'я, економічного стану та здатності функціонувати у повсякденній діяльності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), депресія є основною причиною інвалідності в усьому світі [1]. Депресія може призводити до психічних та фізичних проблем. Хоча емоційним симптомам часто приділяється більше уваги, ніж фізичним, важливо завжди звертати увагу на фізичне самопочуття людини. Розуміння того, що фізичний біль, хвороби, проблеми зі сном, втома та зміни в

активності, апетиті і вазі можуть бути пов'язані з депресією, може допомогти отримати правильне тлумачення стану та ефективну допомогу.

Тривога є універсальною та найпоширенішою адаптаційною реакцією організму на ситуації загрози, невизначеності або зміни життєвого стереотипу. вона є складовою структури неспецифічного стресового синдрому, що розвивається у відповідь на значні психотравмуючі події. При типових реакціях на небезпеку відбувається активація функціональних резервів організму, збільшується надходження кисню до тканин, прискорюються реакції та мислення. Її фізіологічне значення полягає в мобілізації організму для швидкого досягнення адаптації. Розрізняють два види тривожної реакції: фізіологічну (нормальну) та патологічну. Фізіологічна тривога є тимчасовим відчуттям, зумовленим зовнішніми факторами, і залежить від тривалості ситуації, що травмує. Вона пов'язана із ситуацією загрози, посилюється адекватно їй в умовах суб'єктивної значущості вибору, за недостатністю інформації, в умовах дефіциту часу тощо. Патологічна тривога – «безпредметне занепокоєння», безпідставне невизначене хвилювання, передчуття небезпеки, загрозової катастрофи з відчуттям внутрішньої напруги, боязкого очікування, що не пов'язане з реальною загрозою, посилюється неадекватно ситуації. На відміну від нормальної, патологічна тривога завжди більш тривала і виражена, призводить до придушення (виснаження), а не посилення адаптаційних можливостей організму. Патологічна тривога – одне з найчастіших і найпоширеніших порушень людської психіки в суспільстві, істотно порушує якість життя і повсякденну діяльність людини [40, с. 5].

Із появою психотравми, що становить безпосередню загрозу життю та здоров'ю, може виникнути гостра реакція на стрес або латентний період, що триває до шести місяців. Гостра реакція виникає відразу або впродовж трьох днів після надзвичайної ситуації і може супроводжуватися звуженням свідомості, розгубленістю, дезорієнтацією, панічними реакціями, психомоторним збудженням або ступором, мнестичними порушеннями, а також психопатологічними симптомами, що відображають зміст самої травми,

наприклад, галюцинаціями звуків падаючих бомб після бомбардування чи ілюзіями коливання землі після землетрусу. Певні випадки можуть сягати психотичного рівня, супроводжуючись психомоторним збудженням або загальмованістю, дезорієнтацією та відсутністю самокритики у людини. Симптоми можуть розвиватися декілька годин і завершуються сном або прострацією. У разі, якщо загрожуюча ситуація не буде вирішена протягом 48 годин, може виникнути гостра психопатологічна симптоматика. На третю добу прояви цієї симптоматики можуть раптово зменшитись, а людина почне відчувати афективне звуження свідомості, що буде супроводжуватись почуттям жаху та безпорадності. У такому стані у людини може виникнути порушення концентрації уваги, цілісного і послідовного сприйняття реальності. Це може утруднити осмислення ситуації та контроль над поведінкою, що ускладнює формування адаптивних реакцій. Після подолання постраждалим небезпечної ситуації відбувається фаза ізоляції, яка часто супроводжується змінами у фізіології та психології. Цей період може виявитися складним через сприйняття постраждалим своєї емоційної реакції на події в навколишньому світі. Також можливо помітити певні психологічні зміни, такі як морально-етична деградація, зміни у поведінці та прагнення задоволення базових потреб. Після цього етапу настає перехідний період, під час якого особа може відчувати загальну слабкість, певні фізичні та психічні симптоми, та зниження активності. У цей період також може спостерігатися збільшення апетиту. У період стресової ситуації людина часто схильна думати про можливість повторення небезпечних подій, шукає інформацію та джерела, які можуть допомогти їй уникнути загроз. Стратегії виживання стають пріоритетом, і людина зосереджується на збереженні енергетичних запасів, фізичних сил і забезпеченні безпеки. Одним із характерних проявів є внутрішня ревізія власної поведінки в умовах стресу, коли особисті вчинки оцінюються за суб'єктивними моральними стандартами. Розвиток симптомів ПТСР може тривати довго, навіть після того, як в основному психотравмуючі події вже відбулись, і загроза здається неактуальною. У цей час можуть виникати різноманітні психологічні

симптоми та поведінкові розлади, які часто ускладнюються вживанням заспокійливих чи знеболюючих медикаментів, алкоголю або наркотиків [14; 63].

На сьогодні ПТСР розглядають як стан, що має нав'язливі спогади про нищівну травматичну подію. Спогади тривають більше одного місяця і турбують протягом декількох місяців або років після події. Для цього стану характерний сталий симптомокомплекс, який включає симптоми вторгнення, уникання, негативного впливу на когнітивну функцію та настрої, значне зниження інтересу або участі у важливих видах діяльності людини, відчуття відстороненості чи відчуженості від інших, змінену збудливість і реактивність.

Фактори сприятливого прогнозу включають швидке зростання симптомів, відсутність історії психічних порушень, належна медична допомога, кваліфікована психологічна підтримка та соціальна допомога. У разі часткового відновлення можуть залишитися епізодичні проблеми зі сном у вигляді нічних кошмарів та нестійкість настрою, а також обмеження у соціальних контактах. У той же час, шляхом соціальної активності може бути досягнута адаптація завдяки компенсаторним механізмам психіки.

Фактори ризику виникнення ПТСР включають історію психічних розладів, вплив попередніх психотравмуючих ситуацій, високий рівень емоційної нестійкості, серйозність травматичної події та способи подолання негативних наслідків події. Перебільшені оцінки та катастрофізація травматичного досвіду, які можуть призвести до негативних очікувань щодо майбутніх втрат, провини або відчуття безвиході, значно підвищують ризик розвитку ПТСР. О. Чабан, О. Хаустова та В. Омелянович класифікують фактори ризику розвитку ПТСР трьома категоріями:

1. Претравматичні фактори: жіноча стать; інтелектуальна недостатність; відсутність чи недостатність освіти; історія травматичних подій; психіатричні розлади в анамнезі; розлад особистості; спадкова схильність.

2. Перитравматичні фактори: тяжкість травми; фізичний напад; зґвалтування; тілесне ушкодження.

3. Посттравматичні фактори: безпосередня симптоматика гострого стресового розладу; тахікардія (прискорене серцебиття); низький соціально-економічний статус; сила фізичного болю; перебування в реанімації; черепно-мозкова травма; дисоціативні симптоми; інвалідність; подальший життєвий стрес [56, с. 19].

Під впливом тривалого стресу та негативних життєвих обставин, у людини може виникнути психологічне виснаження, що виявляється у відключенні від реальності, появі, проблем зі сном, суїцидальних думок. У разі недостатньої допомоги та підтримки ці симптоми можуть загостритися та призвести до серйозних наслідків, включаючи значну втрату працездатності. Часто люди відсторонюються від соціуму або шукають спілкування з тими, хто пережив подібне, наприклад, ветерани або жертви травматичних подій. Однак ця стратегія може бути неефективною, так як вона може викликати неприємні спогади. Це може призвести до погіршення психічного стану та дезадаптації, що потенційно призведе до глибокої деградації, свідомого відокремлення від суспільства, а також розвитку залежності від психоактивних речовин або ігор. Часто наслідком цього може стати суїцидальна поведінка, що є серйозним наслідком посттравматичного стресового розладу.

Аналіз сучасних досліджень та публікацій АРА свідчить, що далеко не у всіх, хто зазнав травматичного досвіду, розвивається ПТСР [59; 74]. Це вказує на існування окремих позастресових факторів й окремої симптоматики (наприклад, тривога, депресія, інсомнія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, холецистит, коліт, бронхіальна астма, серцево-судинні захворювання тощо, які здебільшого розглядаються як окремі стани), які варто враховувати психологам при діагностиці ПТСР та при наданні психологічної допомоги особам з проявами ПТСР.

В Україні симптоми ПТСР визначені так:

- людина має пережити дію стресової події/подій або ситуації;
- стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, чи повторне переживання горя за ситуацій, які нагадують або асоціюються зі стресором;
- хворий має проявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором;
- наявність будь-якого з двох симптомів: психогенна амнезія (або часткова, або повна) відносно важливих аспектів періоду дії стресора;
- стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості чи збудливості (що не спостерігалися до дії стресора).

У МКХ-11 уперше з'являється такий термін, як комплексний ПТСР (кПТСР). При кПТСР людина має симптоми, що відповідають ПТСР, до яких додаються наступні елементи: стійкі та поширені труднощі в регулюванні емоцій, негативні переконання щодо себе й міжособистісної діяльності (наприклад, зловживання знеболюючими медикаментами, алкоголем або вживання наркотичних речовин; суїцидальні думки, дії), що значно ускладнює будь-які діагностичні, терапевтичні чи реабілітаційні заходи [13].

О. Чабан, О. Хаустова, В. Омелянович визначають кПТСР як «захворювання, яке може розвинутися після впливу події або низки подій надзвичайно загрозливого або страхітливого характеру, найбільш часто тривалі або повторювані події, уникати яких важко або неможливо (наприклад, тортури, рабство, геноцид, тривале насильство в сім'ї, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві). Характеризується всіма діагностичними вимогами до ПТСР. Окрім того, характеризується важкими і стійкими: порушенням контролю над афективною сферою; сприйняттям себе як приниженого, переможеного або нікчемного, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаною з травматичною подією; труднощами в підтримці відносин і втратою відчуття близькості до оточуючих.

Ці симптоми викликають значне погіршення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах

функціонування [56, С. 72-73].

Психогенні чинники, що провокують виникнення ПТСР, як правило, несуть загрозу для життя і вирізняються непередбачуваністю та неконтрольованістю. Загалом вони визначаються як «травматичні події, що значно виходять за рамки звичайного життєвого досвіду» [14].

2.2. Психологічна допомога при проявах ПТСР

Базовими переживаннями у психологічній травмі є відчуття втрати влади над собою та своїм життям і відгородженість від інших. Отже, основою відновлення є здобуття влади для постраждалої особи та побудови нових зв'язків. Відновлення та відужання можливе лише в контексті стосунків, воно не може відбутися в ізоляції. у відбудованих зв'язках з іншими людьми постраждала особа відновлює психологічні функції, пошкоджені або деформовані внаслідок травматичного досвіду: здатність довіряти, автономію, ініціативність, спроможність, ідентичність та приватність. Ці функції формуються у стосунках з іншими людьми, отже, і відновлюватися вони мають також у стосунках [45, с. 231].

«Психологічна допомога – містке поняття, зміст якого складається з різноманіття теорій і практик, що варіюються від специфічного застосування такого методу соціологічних обстежень, як глибинне інтерв'ю, до різноманітних технік соціально-психологічного тренінгу, понять та методів, що входять до медичної психотерапії, без яких тонка жива тканина психолога-практика та його клієнта може легко зруйнуватися, а сама психологічна допомога перетвориться чи то на моралізування, чи то на просте висловлювання співчуття» [34, с. 12]. Психологічна допомога – це форма підтримки, яку надають кваліфіковані фахівці для стабілізації психоемоційного стану та покращення якості життя людини чи групи. Метою її є сприяння швидкому відновленню психічного благополуччя за допомогою різноманітних діагностичних, психокорекційних та психологічних методів. Для роботи з людьми, які мають прояви ПТСР, залучаються професіонали в галузі психології, психотерапії та психіатрії.

Психологічна допомога має наступні етапи:

1. Початковий етап. Вхід в ситуацію надання психологічної допомоги.
2. Етап дій та проживання психологічної допомоги.
3. Етап входу в новий досвід.
4. Етап входу в буденність з набутим новим досвідом.

Ефективна психологічна допомога при ПТСР потребує попередньої діагностики. Мета психологічної допомоги при ПТСР полягає в полегшенні симптомів, підтримці особистісного розвитку та покращенні якості життя постраждалих людей. Це може включати зменшення тривоги та депресії, підвищення самовпевненості, розвиток копінг-стратегій у роботі зі стресом, відновлення взаємовідносин та соціальну адаптацію. Крім того, психологічна допомога спрямована на покращення розуміння та прийняття власних емоцій та досвіду, що стали причиною ПТСР, та на побудову стратегій для подолання та відновлення людини після пережитих травматичних подій.

Оскільки ПТСР може виявлятися різноманітними симптомами, включаючи інтрузивні повторні спогади, уникання, підвищену збудливість, депресію, тривожність, флешбеки і нічні жахи, панічні напади, емоційне приглушення, зловживання наркотиками, алкоголем чи медикаментами, злість, важливо, емпатично ставити питання про можливі травматичні події, які вони пережили (навіть якщо це відбулося багато місяців або років тому), та надавати конкретні приклади таких подій, таких як напади, вибухи, зґвалтування, дорожньо-транспортні пригоди тощо. Часто люди звертаються за психологічною допомогою в стадії загострення хронічних захворювань, погіршення фізичного самопочуття, погіршення стану на емоційному рівні, мають ознаки дезадаптації, розлади поведінки та когнітивних функцій.

Основними завданнями пролонгованої психологічної допомоги (через певний час, наприклад, через кілька місяців або років після травматичної події) – відновлення нормального функціонування в соціумі. Психологічна допомога в такому випадку надається комплексно та покроково, має глибинний та пролонгований (не менше 3 місяців) характер. Від фахівця, що надає

психологічну допомогу, вимагається надзвичайна тактовність, уміння встановити довірливі стосунки, емпатія, розуміння глибини вразливості людини. Психологічну допомогу слід розрізняти за модальністю, підходами, формами і методами. Вид психологічної допомоги обирається з урахуванням індивідуально-характерологічних, психопатологічних, психологічних, конституційно-типологічних особливостей кожної людини, рівня інтелекту, рівнів соціальної адаптації та соціальної підтримки тощо. З огляду на це при психологічній допомозі перевага надається навичкам психологічного відновлення, стресостійкості, груповим формам соціально-психологічної підтримки (наприклад, групи самопомоги, групи «Рівний рівному»). У закладі вищої освіти доцільним є також застосування психоосвіти.

Принципи психологічної допомоги особам з ПТСР:

1. Принцип нормалізації. Акцентується увага на тому, при зіткненні з ненормальними обставинами є нормальним переживати екстраординарні почуття.

2. Принцип партнерства, відновлення й збереження гідності особистості. Після пережитих психотравмуючих подій, змінюється сприйняття себе, чутливість, самоствавлення: з'являється вразливість, схильність до самозвинувачень та відчуттю власної неадекватності, зниженню самооцінки та почуттю безсилля, провини й сорому, агресивності, гіперзбудливості.

3. Принцип індивідуальності. Після травми та розвитку ПТСР в кожної людини свій темп відновлення, свої терміни стабілізації з можливим регресом, переживаннями, зривами, загостренням тощо.

4. Принцип професіоналізму, досвідченості та кваліфікованості психолога/психотерапевта. У фахівця має бути вища освіта (психологічна, медична), а також спеціалізація в означеній тематиці [27, С. 91-92; 16 с. 301].

Етапи психологічної допомоги особам з проявами ПТСР мають таку послідовність:

1. Встановлення контакту.

2. Відновлення ресурсу.
3. Стабілізація емоційного стану.
4. Повернення відчуття контролю над емоціями, думками, тілом, власним життям.
5. Трансформація травматичних переживань, опрацювання травми (експозиція травми).
6. Інтеграція травматичного досвіду в життя [8; 10; 22; 24; 27; 28; 35; 50; 71].

2.3. Практика надання психологічної допомоги особам із проявами ПТСР у Маріупольському державному університеті.

Багато послуг у галузі охорони психічного здоров'я та соціального забезпечення нині ґрунтуються на переконанні, що для багатьох людей відновлення можливе лише через медичний підхід або вважається неможливим взагалі. Проте, наявність значної доказової бази свідчить про те, що в контексті психічного здоров'я люди здатні не лише до відновлення, а й успішно це здійснюють.

Незважаючи на різноманітність та відмінність запропонованих програм і методів терапії ПТСР, важливим принципом усіх заходів є визнання впливу психічної травми на розвиток посттравматичних симптомів. Головним аспектом терапії ПТСР є перероблення травматичного досвіду людини та наслідків психічної травми. Часто люди із проявами ПТСР запізно звертаються за психіатричною та психологічною допомогою, і це може бути пов'язано зі стигматизацією та негативними соціальними переконаннями. Наприклад, сьогодні в Україні існують реабілітаційні центри, хаби, групи підтримки, гарячі лінії, які надають психологічну допомогу військовослужбовцям, ветеранам, членам їх родин. Там створена безпечна атмосфера, яка допомагає подолати бар'єри недовіри між психологами і особами, яким надається така допомога, досягається нівелювання стигми і відбувається відновлення від травм. Здобувачі вищої освіти та освітяни до певного моменту лишалися на

самоті з ситуацією, де вони самотужки поралися з негативними психоемоційними станами та проявами ПТСР. Лише на початку 2024 р. відбулося об'єднання академічної спільноти у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» за сприяння Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України та Міністерства освіти і науки України, де підняли питання психологічного стану українців під час війни, а також роль університетів у підтримці метального здоров'я суспільства – від підготовки фахівців відповідного спрямування до створення дбайливого середовища навколо освітян і здобувачів вищої освіти [12].

Наша робота присвячена питанням стабілізації та відновлення психоемоційних станів здобувачів вищої освіти Маріупольського державного університету, які внаслідок війни в Україні зазнали психотравм та потерпають від проявів ПТСР, таких як: постійне почуття смутку, тривоги або безнадії; почуття провини або безпорадності; страхи; почуття дратівливості або неспокою; нав'язливі спогади, постійні занурення в події минулого; втрата інтересу до навчання, роботи або хобі; небажання спілкуватися з друзями, родичами, колегами; постійне відчуття втоми; труднощі з концентрацією, погіршення пам'яті, складнощі з прийняттям рішень; розлади сну; переїдання, втрата апетиту, зміна ваги; постійні болі (головний біль, біль у шлунку, біль у суглобах тощо), проблеми з травленням, які не полегшуються при медичному лікуванні.

Ми у своїй взаємодії зі здобувачами освіти намагаємося створити умови, в яких вони будуть не лише опановувати навчальні дисципліни, але й будуть мати можливість отримати якісну професійну психологічну допомогу у безпечному онлайн просторі. Для набуття необхідних знань із зазначеної проблематики фахівці кафедри англійської філології поступили в магістратуру спеціальності 053 «Психологія».

Основою психологічної допомоги здобувачам вищої освіти з проявами ПТСР стали розуміння важкості негативних психоемоційних станів та наслідків травматичних подій, визнання важливості надання психологічної

допомоги під час навчального процесу. Для реалізації мети фахівцями кафедр практичної психології та англійської філології МДУ були опрацьовані: «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [50], довідник «Базові навички турботи про себе та інших» [2], аналітична записка «Психічне здоров'я на робочому місці» [1], «Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях» [35], «Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій» [24], «Трансформація травми. Шлях до надії та зцілення» [16], «Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу» [48], «Інструменти mhGAP для громади: програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я ВООЗ» [10], «Самодопомога Плюс: Груповий курс управління стресом для дорослих» [11], «ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу та впроваджено відповідні заходи психолого-педагогічного впливу» [7], «Інструмент самодопомоги з планування людиноорієнтованого процесу відновлення психічного здоров'я та благополуччя [9]», «Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта [41]».

Оскільки оптимальним підходом для надання психологічної допомоги після отримання травматичного досвіду є психоосвіта, емоційна підтримка та заохочення до використання адаптивних копінг-стратегій, то елементами основних модальностей психологічної допомоги, що були включені в дану роботу, стали:

- травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФКПТ) [8; 9; 16; 27; 33; 36; 48; 53; 56; 57; 67];
- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [7; 8; 9; 16; 27; 33; 36; 37; 48; 53; 56; 57; 67; 72];

- травмоорієнтована когнітивно-поведінкова терапія (ТО-КПТ) [16; 18; 24; 27; 56];
- терапія когнітивної обробки (ТКО) [7; 27; 56];
- десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО) [7; 16; 27; 56];
- психоаналіз [20];
- арт-терапія [7; 18; 27; 61; 67].

Робота зі здобувачами вищої освіти МДУ була сфокусована на трансформації травматичного досвіду, відновленні власних ресурсів, стабілізації психоемоційних станів, нормалізації фізичного стану, впорядкуванні режиму навчання / роботи / відпочинку, самооцінці, адекватних способах психологічного захисту, когнітивній сфері, комунікативних навичках, мотивації до активного життя в сім'ї та суспільстві, плануванні навчання, роботи, життя. В роботі були враховані і задіяні фактори, які можуть позитивно впливати на перебіг ПТСР, а саме: наявність внутрішнього локусу контролю (розуміння, що контроль над ситуацією належить людині, а не зовнішнім обставинам); самоефективність (почуття впевненості у власній здатності долати труднощі); почуття когерентності (визнання того, що навіть події, які сильно травмують, можна усвідомити та впоратися з ними); мотивацію й оптимістичну налаштованість, активний стиль копіngu. У нашій роботі були враховані наступні аспекти:

- створення ситуації та можливостей виражати свої почуття та переживання;
- безоцінне прийняття переживань, психоемоційних станів кожної людини;
- категоричне уникнення повчань, прямих настанов і вказівок;
- емпатична підтримка;
- звернення до попереднього позитивного досвіду переборення критичних ситуацій та життєвих проблем;
- розрив порочного кола негативних емоцій («все погано», «я невдаха»);
- заохочення та підключення принципів позитивного якоріння при

досягненні успіхів у наповненні та включенні в життя;

- підключення екзистенційних компонентів психологічного супроводу;
- підведення кожного здобувача вищої освіти до самостійності у прийнятті рішень.

Психоосвітні заходи щодо обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР у здобувачів вищої освіти в МДУ було реалізовано протягом березня-травня 2024 р.

Програму проведених заходів представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Заходи для здобувачів вищої освіти в МДУ

№ з/п	Захід	Термін
1	Первинна психодіагностика	Березень 2024
2	Лекція «ПТСР. Як вийти із замкнутого кола»	09.03.2024
3	Лекція «Життя до та після. Техніки стабілізації»	30.03.2024
4	Лекція «Трансформація травми»	20.04.2024
5	Тренінг «Інтенсивна робота з психотравмою»	11.05.2024
6	Психологічна робота на заняттях	Березень-травень 2024
7	Повторна психодіагностика	Травень 2024
8	Анкетування	Травень 2024

Важливим аспектом, який враховано у нашій роботі, стало розуміння невідкладності та безперервності надання психологічної допомоги. Після завершення експериментальної частини дослідження даної роботи всім здобувачам вищої освіти МДУ запропоновано відвідування фахівців-психологів для зменшення наявної симптоматики та для попередження загострення негативних психоемоційних станів.

Висновки до розділу 2

ПТСР є групою станів, пов'язаних зі стресом, та симптомами, які з'являються або значно посилюються після експозиції до серйозної травми, воєнних дій, сексуального насильства або іншої травматичної події. Розвиток симптомів ПТСР може тривати довго, навіть після того, як в основному психотравмуючі події вже відбулись, і загроза здається неактуальною.

Фактори сприятливого прогнозу включають швидке зростання симптомів, відсутність історії психічних порушень, належна медична допомога, кваліфікована психологічна підтримка та соціальна допомога. У разі часткового відновлення можуть залишитися епізодичні проблеми зі сном у вигляді нічних кошмарів та нестійкість настрою, а також обмеження у соціальних контактах. У той же час, шляхом соціальної активності може бути досягнута адаптація завдяки компенсаторним механізмам психіки.

Фактори ризику виникнення ПТСР включають історію психічних розладів, вплив попередніх психотравмуючих ситуацій, високий рівень емоційної нестійкості, серйозність травматичної події та способи подолання негативних наслідків події. Перебільшені оцінки та катастрофізація травматичного досвіду, які можуть призвести до негативних очікувань щодо майбутніх втрат, провини або відчуття безвиході, значно підвищують ризик розвитку ПТСР.

Психологічна допомога при ПТСР має свої особливості та етапи. Головним аспектом терапії ПТСР є перероблення травматичного досвіду людини та наслідків психічної травми. Часто люди із проявами ПТСР запізно звертаються за психіатричною та психологічною допомогою, і це може бути пов'язано зі стигматизацією та негативними соціальними переконаннями.

Здобувачам вищої освіти МДУ було запропоновано відвідування заходів щодо обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР, які налічували онлайн-лекції, тренінг та поточний психологічний супровід впродовж занять.

РОЗДІЛ 3.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗДОБУВАЧАМ ВИЩОЇ ОСВІТИ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР

3.1. Обґрунтування процедури експериментального дослідження.

У відповідності до завдань даної кваліфікаційної роботи було проведено експериментальне дослідження щодо особливостей психологічної допомоги здобувачам вищої освіти, які мають прояви ПТСР, яке містило наступні етапи:

1. Первинна психодіагностика за обраними методами дослідження та статистична обробка інформації – березень 2024 р.
2. Заходи психолого-педагогічного впливу, психоосвіта – березень-травень 2024 р.
3. Повторна психодіагностика за обраними методами дослідження, анкетування – травень 2024 р.
4. Математична, статистична обробка інформації – червень-липень 2024 р.
5. Узагальнення, унаочнення результатів експериментального дослідження – серпень 2024 р.

Вибірку склали здобувачі освітніх програм «Середня освіта. Англійська мова та література» та «Філологія. Англійська мова і література. Перекладознавчі студії» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, а також «Середня освіта. Мова і література (англійська)», а також «Англійська мова, зарубіжна література та компаративістика» другого (магістерського) рівня вищої освіти Маріупольського державного університету. Загальна кількість здобувачів вищої освіти за вказаними спеціальностями складає 107 осіб, однак, за різних обставин у дослідженні взяли участь 64 особи, віком 18-29 років, з них – 17 чоловіків та 47 жінок. Всі вказані здобувачі заявляли про наявність наступної симптоматики: на фізичному рівні – коливання апетиту, зміна ваги, безсоння, погіршення стану здоров'я, болі у різних частинах тіла

(головний біль, біль у шлунку, біль у спині), постійне м'язове напруження, зниження лібідо тощо; на емоційному рівні – почуття роздратування, агресивності, тривоги, печалі, почуття безсилля та безнадії, зниження настрою, відсутність радощів; на поведінковому рівні – втрата інтересів, усамітнення, небажання спілкуватися, небажання виходити з дому, часті конфлікти в сім'ї та на роботі, небажання виконувати свої професійні обов'язки; на когнітивному рівні – погіршення пам'яті, забудькуватість, неможливість концентрувати увагу, негативні нав'язливі думки, уповільнення мислення тощо. Заявлена симптоматика свідчить про наявність у здобувачів вищої освіти МДУ ПТСР/кПТСР у коморбідності з депресивним та тривожним станом.

Учасникам було запропоновано взяти участь у заходах щодо обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР. Психодіагностичні дії проводились в форматі онлайн за умови отримання письмової згоди на отримання і обробку персональних даних з використанням Google Forms. Дослідження проведене за умови збереження конфіденційності та з урахуванням Етичного кодексу психолога [19]. Загальну характеристику вибірки представлено у таблиці 3.1.:

Таблиця 3.1.

Вибірка здобувачів вищої освіти МДУ

Кількість осіб	64
Чоловіків	17
Жінок	47
Вік	18-29
Освітні програми	«Середня освіта. Англійська мова та література», «Філологія. Англійська мова і література. Перекладознавчі студії», «Середня освіта. Мова і література (англійська)», «Англійська мова, зарубіжна література та компаративістика»

Для реалізації мети та завдань цього дослідження був складений комплекс психодіагностичних методик для оцінки наявного психоемоційного стану здобувачів вищої освіти МДУ, який було використано для первинної та повторної психодіагностики:

1. Для діагностики наявної симптоматики ПТСР – шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5 [3; 7; 74].
2. Для діагностики наявного депресивного стану – тест PHQ-9 [38; 39; 51; 58].
3. Для діагностики наявного тривожного стану – тест GAD-7 [40; 51; 64].
4. Для аналізу й розуміння якості психолого-педагогічного впливу було розроблено анкету щодо обізнаності про ПТСР для здобувачів вищої освіти МДУ.

Друковані версії діагностичних методик «тест PHQ-9» та «тест GAD-7», друковані щоденники ментального здоров'я та їх цифрові версії, методичний супровід стосовно використання методик «тест PHQ-9», «тест GAD-7» та щоденника ментального здоров'я люб'язно надані працівниками фармацевтичної компанії «ЗДРАВО» [51]. Для зручності весь діагностичний інструментарій був оформлений в Google Forms. Для математичної та статистичної обробки даних, а також для графічного зображення було використано комп'ютерні програми Excel та JASP [68], результати розрахунків округлені до сотих.

3.2. Діагностика психоемоційного стану здобувачів вищої освіти МДУ

На першому етапі експериментального дослідження було проведено психодіагностичні дії за обраними методиками та отримано наступні результати.

Шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5. Інструкція для фахівця: «Проблеми, з якими інколи стикаються люди, що зазнали сильного стресу, наведено далі в таблиці. Рекомендуйте людині, згадуючи в думках найгіршу

подію, уважно прочитати зазначені запитання та відмітити, наскільки вони його турбували протягом останнього місяця. Треба при цьому намагатись якомога коротше описувати такі події; якщо вони викликають сильне занепокоєння, або людина може взагалі пропустити цей пункт. Опитувальник PCL-5 містить 20 запитань, кожне з яких оцінюють від 0 до 4 балів, залежно від вираженості симптому. Його зазвичай використовують для скринінгу ПТСР» [3; 7]. Автори цієї методики пропонують два варіанти обчислення результатів. Для нашої роботи було обрано той варіант, де пропонується простий підрахунок набраних балів (ПТСР є наявним при ≥ 33 балів). Інструкція для учасників: «Нижче вказані реакції, які іноді бувають після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожен пункт та виберіть відповідь, яка відображає, наскільки сильно вас турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця» [3]. Опитувальник представлено в Додатку 1.

За даним тестуванням отримано наступні результати: 42 особи, що складає 65,62% продемонстрували наявність ПТСР (≥ 33).

Дані свідчать про значну розповсюдженість проявів ПТСР у здобувачів вищої освіти Маріупольського державного університету. Це пояснюється тим, що переважна більшість здобувачів освіти потерпає від психотравм та проявів ПТСР в період війни в Україні. До основних проявів ПТСР відносимо:

- фізичні – втрата апетиту чи переїдання, безсоння, больові відчуття; неможливість розслабитися;
- емоційні – тривога, агресивність, роздратування, безнадія, неможливість радіти, печаль;
- когнітивні – погіршення пам'яті, негативні нав'язливі думки, нічні жахіття, труднощі з концентрацією уваги;
- поведінкові – небажання спілкуватися, небажання вчитися, втрата інтересу до того, що раніше було цікавим.

Графічно результати наведено на рисунку 3.1.

Дана симптоматика також вказує на наявність у людей депресивного, тривожного та коморбідних станів [5; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 21; 25; 31; 36; 42; 44;

46; 47; 50; 53; 55; 56; 60; 65; 66]. Вказані прояви ПТСР можуть зберігати актуальність навіть тоді, коли, власне, травма як така уже давно минула [15]. Наслідки психотравми можуть проявлятися протягом усього життя людини та стати чинниками погіршення фізичного та психічного здоров'я. Всім учасникам, в яких наявні прояви ПТСР запропоновано звернутися за фаховою допомогою.

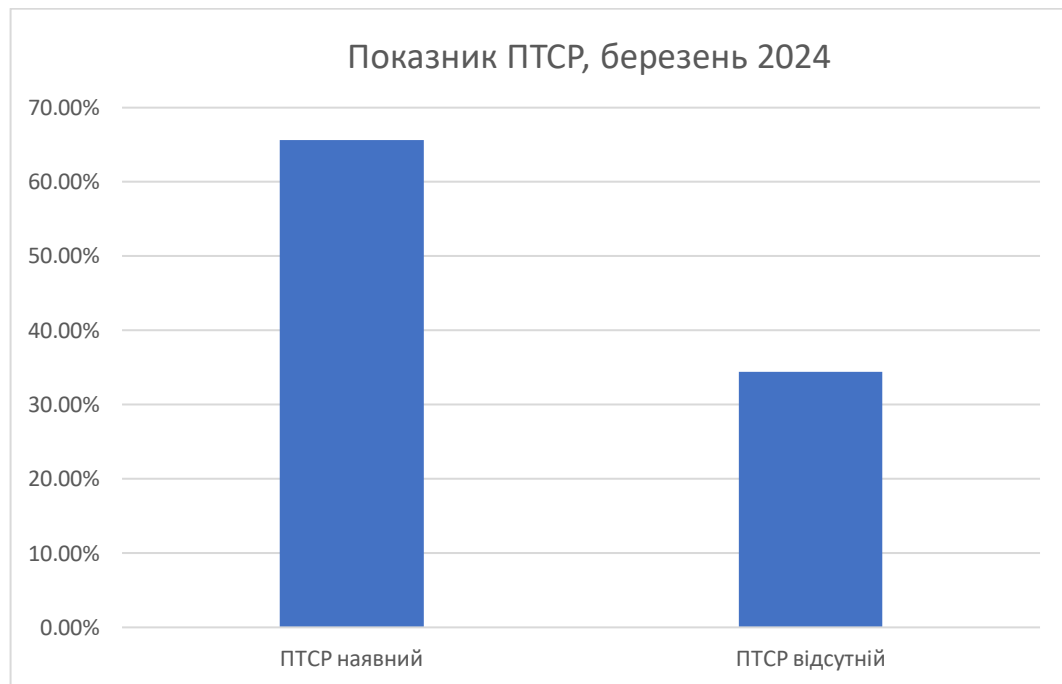


Рис. 3.1. Результати за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5

Тест PHQ-9 є ефективним інструментом для оцінки та моніторингу ступеня тяжкості депресії. Шкала депресії PHQ-9 має поширення як у клінічній, так і в лабораторній практиці. Інструкція для учасників: «Позначте твердження, яке підходить Вам найкраще. Загалом ви можете набрати від 0 до 27 балів. Після проходження тесту необхідно підрахувати кількість балів, яку Ви набрали для визначення вашого стану.» [51; 58]. Опитувальник представлено в Додатку 2.

Опис результатів тестування PHQ-9:

0-4 бали. Вітаємо, ваше ментальне здоров'я в нормі. Важливо і надалі його підтримувати. Для цього ви самостійно можете:

- подбати про гігієну сну;

- намагатися уникати стресових ситуацій та навчитись адекватно на них реагувати;
- збалансувати харчування і додати фізичної активності.

5-9 балів. Результат Ваших відповідей дає підстави припустити, що у Вас присутня депресія легкого ступеню важкості. При такому стані рекомендовано звернути увагу на Ваш спосіб життя: перейти на здорове збалансоване харчування, дотримуватися психогігієни сну, організувати прогулянки на свіжому повітрі, зменшити час використання мобільного телефону. Також Ви можете звернутися за консультацією до психолога.

10-14 балів. Результат Ваших відповідей дає підстави припустити, що у Вас присутня депресія помірного ступеню важкості, яка негативно впливає на Ваше самопочуття і зниження працездатності та може бути причиною виникнення фізичних симптомів. Такий стан потребує звернення за допомогою до фахівця. Також Ви можете звернутися за консультацією до психолога, психотерапевта.

15-20 балів. Результат Ваших відповідей дає підстави припустити, що у Вас присутня депресія середнього ступеню важкості, яка негативно впливає на Ваше самопочуття і зниження працездатності та може бути причиною виникнення фізичних симптомів. Такий стан потребує медичної корекції. Вам рекомендовано звернутися по професійну допомогу до сімейного лікаря або психотерапевта, який призначить необхідне лікування, щоб попередити можливі ускладнення соматичних захворювань. Також Ви можете звернутися за консультацією до психолога, психотерапевта.

21-27 балів. Результат Ваших відповідей вказують на те, що у Вас присутні множинні симптоми депресії, які негативно впливають на всі сфери Вашого життя та підвищують ризики розвитку різних хронічних захворювань. Такий стан потребує обов'язкової медичної корекції. Вам рекомендовано без зволікань звернутися до психолога, лікаря-психотерапевта або психіатра для детальної консультації та призначення лікування [51].

Обчислення результатів за даним тестуванням виявило наступне: від 0

до 4 балів набрали 17 здобувачів вищої освіти (23,56%), що свідчить про відсутність депресії; наявність депресії легкого ступеню визначена у 31 особи (48,43%); депресія помірного ступеню присутня у 15 осіб (23,44%); депресії середнього ступеню важкості в групі не зафіксовано (0%); множинні симптоми депресії наявні в 1 особи (1,56%). Всім учасникам, в яких наявний депресивний стан будь-якого ступеню запропоновано звернутися за фаховою допомогою. Графічне представлення показника депресії у березні 2024 р. бачимо на рисунку 3.2:



Рис. 3.2. Результати за тестом PHQ-9

Тест GAD-7. Шкала оцінки тривоги GAD-7 була виділена з попереднього тесту PHQ-9 і допомагає визначити рівень тривожності. Інструкція для учасників: «Позначте твердження, яке підходить Вам найкраще. Загалом ви можете набрати від 0 до 21 балів. Після проходження тесту необхідно підрахувати кількість балів, яку Ви набрали для визначення вашого стану.» [51]. Опитувальник представлено в Додатку 2.

Опис результатів тестування GAD-7:

0-5 балів. Ви проявляєте лише мінімальну тривогу або не виявляєте її взагалі: вітаємо Вас! Вам рекомендовано і надалі підтримувати Ваше

ментальне здоров'я. Для цього ви самостійно можете:

- подбати про гігієну сну;
- намагатися уникати стресових ситуацій та навчитись адекватно на них реагувати;
- збалансувати харчування і додати фізичної активності.

6-10 балів. Ви проявляєте легку тривогу. Вам рекомендовано і надалі стежити за своїм ментальним здоров'ям. При такому стані рекомендовано звернути увагу на Ваш спосіб життя: перейти на здорове збалансоване харчування, дотримуватися психогігієни сну, організувати прогулянки на свіжому повітрі, зменшити час використання мобільного телефону. Також Ви можете звернутися за консультацією до психолога.

11-15 балів. Ви проявляєте помірну тривогу. Такий стан негативно впливає на Ваше самопочуття, зниження працездатності та може бути причиною виникнення фізичних симптомів. Вам рекомендовано звернутися по професійну допомогу до психотерапевта або сімейного лікаря, який призначить необхідне лікування.

16 і більше балів. Ви проявляєте сильну тривогу, яка негативно впливає на всі сфери Вашого життя та підвищує ризики розвитку різних хронічних захворювань. Такий стан потребує обов'язкової медичної корекції. Вам рекомендовано без зволікань звернутися до психолога, лікаря-психотерапевта або психіатра для детальної консультації та призначення лікування [51].

Результати за даним тестуванням наступні: відсутність тривоги не зафіксовано в жодної особи (0%); легку тривогу продемонстрували 14 здобувачів вищої освіти (21,88%); наявність помірної тривоги виявлено у 21 особи (32,81%); сильна тривога притаманна 29 особам (45,31%). Всім учасникам, в яких зафіксовано наявний тривожний стан, запропоновано звернутися за фаховою допомогою до психолога, психотерапевта, психіатра або сімейного лікаря, оскільки тривожність може бути як проявом ПТСР, самостійним симптомом та може вказувати на наявність інших захворювань соматичного та психічного спектру.

Графічне зображення показника тривоги у березні 2024 р. представлено на рисунку 3.3:



Рис. 3.3. Результати за тестом GAD-7

Результати констатувального етапу дослідження показали високу представленість ПТСР, депресивного та тривожного стану у здобувачів вищої освіти МДУ. Наявність таких психоемоційних станів значно впливає на всі аспекти життя людини та її найближчого соціального оточення (на родичів, друзів, колег), територіальної громади та суспільства загалом. Наслідки таких станів взаємопов'язані з порушенням життєдіяльності родини постраждалих осіб та з економічними наслідками, зумовленими відчутними витратами на медичне обслуговування та психологічний супровід, зниженням працездатності тощо. Це пояснюється важким переживанням психотравм, яких зазнали люди внаслідок пережитих потрясінь, пов'язаних з війною в Україні, втратою близьких та дому, переїзду в інше місто та/або країну. Ситуація ускладнюється відсутністю знань про свій стан, за різних обставин неможливістю звернутися за фаховою допомогою, загостренням хвороб, фізичним та емоційним виснаженням тощо.

3.3. Аналіз даних, отриманих в експериментальному дослідженні психоемоційного стану здобувачів вищої освіти

Для реалізації завдання формувального етапу здобувачам вищої освіти МДУ було запропоновано відвідування онлайн-лекцій «ПТСР. Як вийти із замкнутого кола?», «Життя до та після. Техніки стабілізації», «Трансформація травми», тренінг «Інтенсивна робота з психотравмою», які було проведено сумісно з фахівцями кафедри практичної психології МДУ за підтримки Студії практичної психології «Персона». Під час занять в університеті за необхідності були включені вправи на стабілізацію емоційного стану, перегляд інформаційних та мотивуючих відео [12], застосування психологічних кризових інтервенцій тощо. Для усвідомлення динаміки психоемоційних станів здобувачам освіти було запропоновано вести щоденники ментального здоров'я протягом 3-х місяців, дотримуватись режиму здорового харчування, налагодити питний режим, додати помірну фізичну активність, звернутися за професійною допомогою до фахівців. Після серії проведених заходів щодо обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР було проведено повторну психодіагностику за допомогою обраного та зазначеного вище комплексу методик. За даним тестуванням отримано наступні результати: ознаки ПТСР наявні у 31 особи, що дорівнює 48,44% (≥ 33) (рис. 3.4)

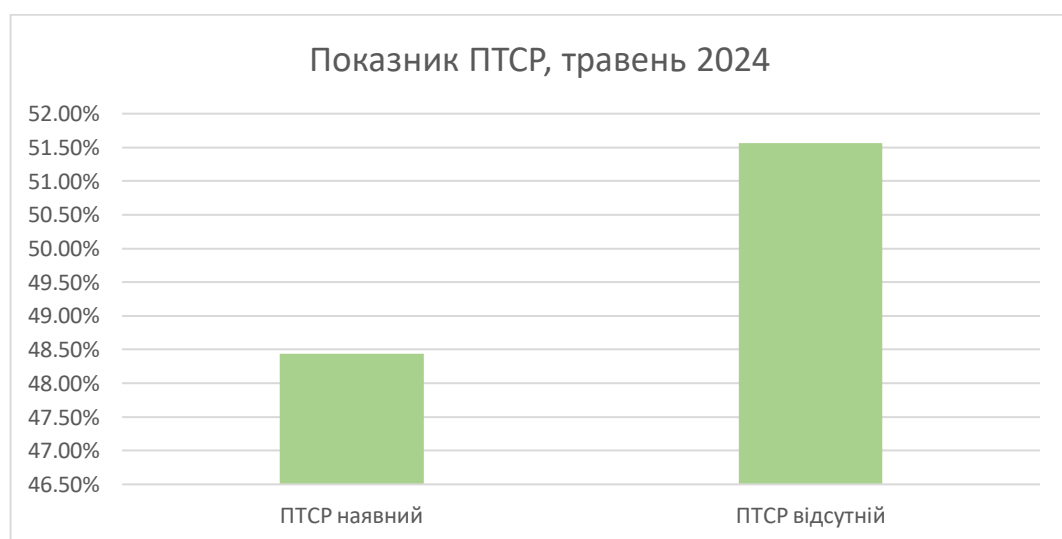


Рис. 3.4. Результати за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 у травні 2024 р.

Порівняльні діаграми результатів на початку та наприкінці експериментального дослідження представлено на рисунку 3.5.

Як бачимо, рівень представленості ПТСР у травні знизився на 17,18%, що дає змогу припустити, що психолого-педагогічний вплив, який було здійснено, є ефективним. Заявлена симптоматика стала значно слабшою або взагалі зникла, покращилась якість сну, зменшилися больові прояви.

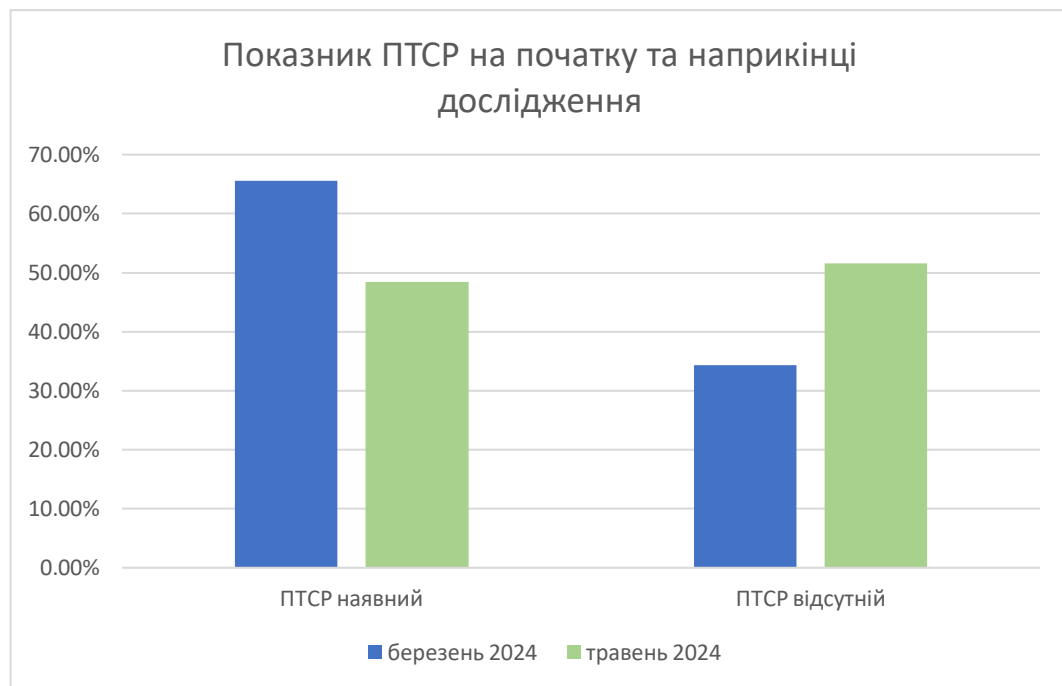


Рис. 3.5. Результати за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 на початку та наприкінці експериментального дослідження

Обчислення результатів за тестуванням PHQ-9 виявило наступне: 30 здобувачів вищої освіти МДУ (46,88%) продемонстрували відсутність депресії; наявність депресії легкого ступеню визначена у 24 осіб (37,5%); депресія помірного ступеню важкості виявлена у 9 осіб (14,06%); депресія середнього ступеню важкості зафіксовано в 1 особи (1,56%); множинні симптоми депресії у травні 2024 р. у вибірці відсутні (0%). Графічне представлення показника депресії у травні 2024 р. бачимо на рисунку 3.6.

В цілому спостерігається позитивна динаміка показника депресії у вибірці. Як видно з результатів за тестом PHQ-9, значно покращився показник

відсутності депресії (на 20,32%) з 26,56% зріс до 46,88%, що також доводить ефективність психологічної допомоги здобувачам вищої освіти МДУ.

Також спостерігається значне зменшення показника легкого ступеню важкості депресії, який зменшився на 10,93% і став дорівнювати 37,5%. Представленість помірного ступеню важкості депресії в групі знизилась на 9,35% і дорівнює 14,06%.

Депресія середнього ступеню важкості зафіксовано у однієї особи (1,56%), в якій на початку експерименту були множинні симптоми депресії (зараз показник дещо покращився, особа отримує медикаментозне лікування, призначене лікарем та відвідує психолога).

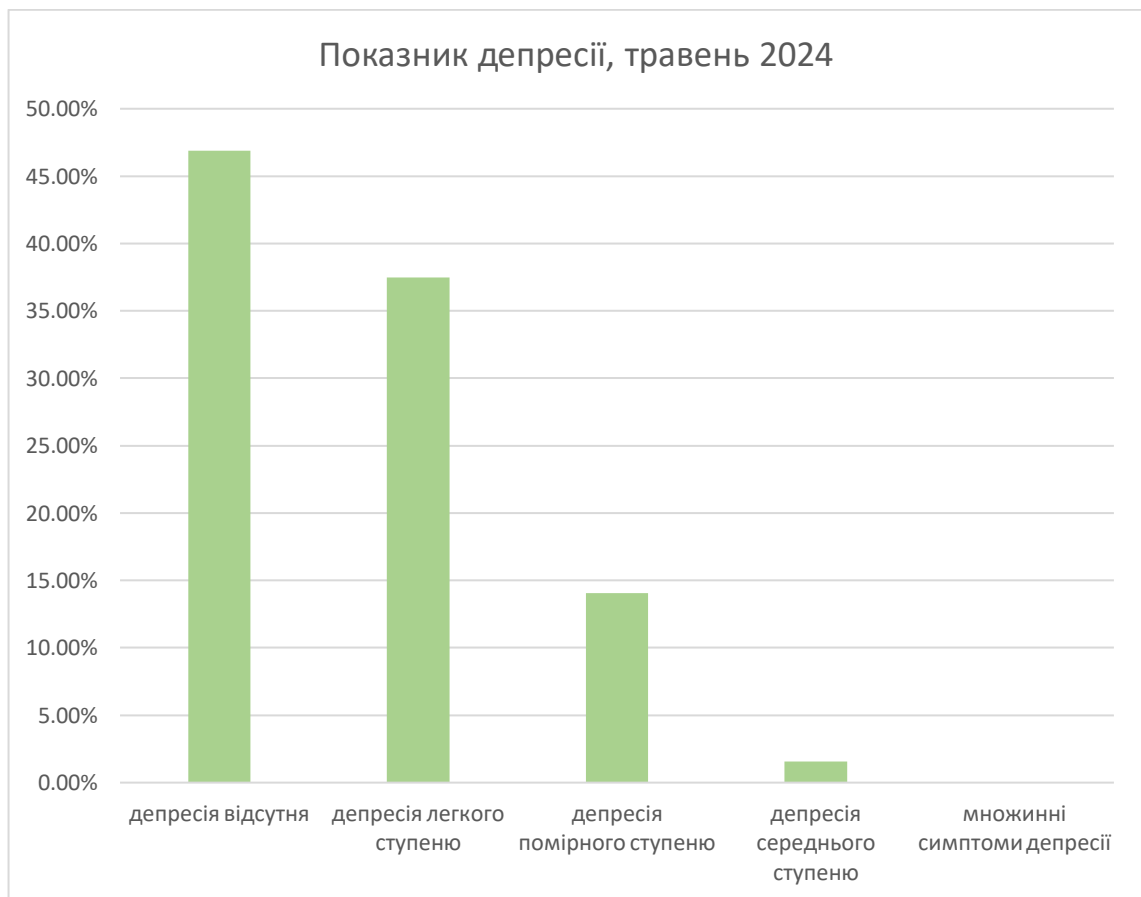


Рис. 3.6. Результати за тестом PHQ-9 у травні 2024 р.

Графічне зображення порівняння результатів представлено на рис. 3.7:



Рис. 3.7. Результати за тестом PHQ-9 на початку та наприкінці експериментального дослідження

Результати за тестуванням GAD-7 виявили наступне та графічно зображені на рисунку 3.8:

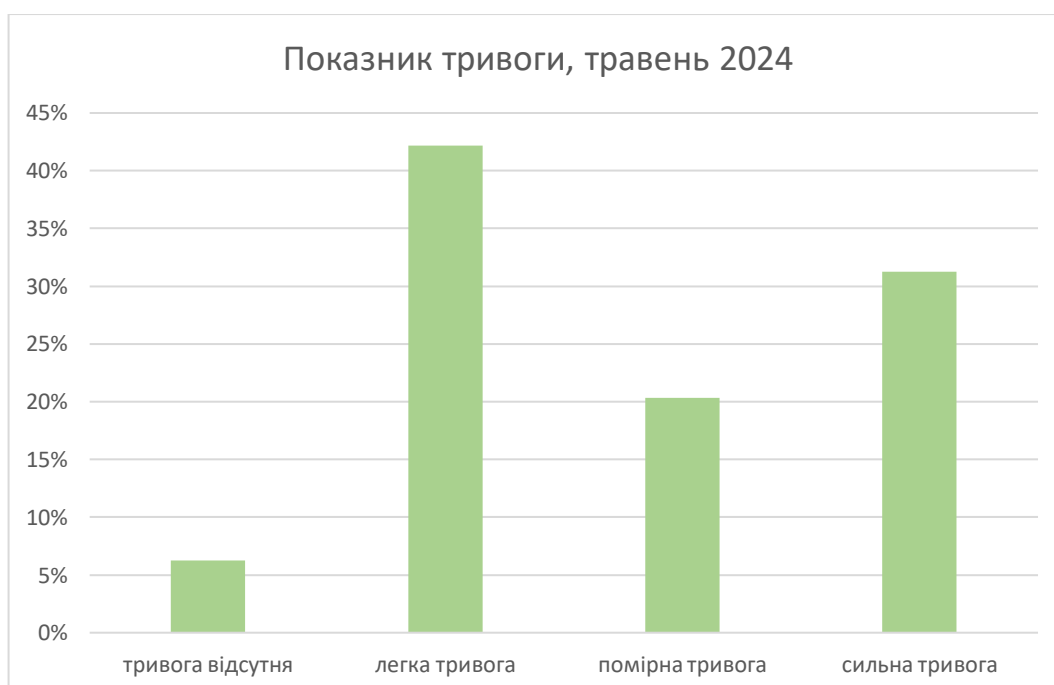


Рис. 3.8. Результати за тестом GAD-7 у травні 2024 р.

Відсутність тривоги зафіксовано в 4 здобувачів вищої освіти МДУ (6,25%), показник зріс з 0%; легку тривогу виявлено в 27 осіб (42,19%), що демонструє зміну на 20,31%; наявність помірної тривоги показали у 13 осіб (20,31%), цей показник змінився на 12,5%; сильна тривога зафіксована у 20 здобувачів вищої освіти (31,25%), що зменшився відносно первинної діагностики на 14,06%.

Порівняння результатів у березні 2024 р. і травні 2024 за даним тестом графічно представлене на рис. 3.9.

Дане тестування також виявило позитивні зміни щодо зменшення тривоги у вибірці, що дає змогу стверджувати, що психолого-педагогічний вплив є чинником покращення психоемоційного стану здобувачів вищої освіти МДУ.



Рис. 3.9. Результати за тестом GAD-7 на початку та наприкінці експериментального дослідження

Всі отримані в ході експериментального дослідження дані обчислено, для наочності зведено у таблицю 3.2., яка демонструє динаміку на початку й наприкінці експерименту та доводить ефективність вжитих заходів щодо

обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР для здобувачів вищої освіти МДУ:

Таблиця 3.2.

Результати діагностичних даних у здобувачів вищої освіти МДУ

Березень, 2024		Травень, 2024	
ПСТР, кількість осіб, у %			
наявний	відсутній	наявний	відсутній
42 (65,62%)	22 (34,38%)	31(48,44%)	33 (51,56%)
Депресія, ступінь важкості, кількість осіб, у %			
відсутня	17 (26,56%)	відсутня	30 (46,88%)
легкий	31 (48,43%)	легкий	24 (37,5%)
помірний	15 (23,44%)	помірний	9 (14,06%)
Продовження Таблиці 3.1. Результати діагностичних даних			
середній	0 (0%)	середній	1 (1,56%)
множинні симптоми	1 (1,56%)	множинні симптоми	0 (0%)
Тривога, ступінь, кількість осіб, у %			
відсутня	0 (0%)	відсутня	4 (6,25%)
легка	14 (21,88%)	легка	27 (42,19%)
помірна	21 (32,81%)	помірна	13 (20,31%)
сильна	29 (45,31%)	сильна	20 (31,25%)

Після завершення формувального етапу дослідження для аналізу й розуміння якості психолого-педагогічного впливу учасникам було запропоновано розроблену нами анкету щодо обізнаності про ПТСР для здобувачів вищої освіти МДУ. Анкета містила наступні питання:

1. Чи відвідували Ви лекцію «ПТСР. Як вийти із замкнутого кола»?
2. Чи відвідували Ви лекцію «Життя до та після. Техніки стабілізації»?
3. Чи відвідували Ви лекцію «Трансформація травми»?
4. Чи відвідували Ви Тренінг «Інтенсивна робота з психотравмою»?
5. Якщо відвідували, чи дізнались Ви щось нове про ПТСР? Якщо так, що саме?
6. Ви вели/ведете щоденник ментального здоров'я?
7. Чи змінилось Ваше самопочуття за останні 3 місяці? Якщо так, що саме змінилось?
8. Що вплинуло на зміни у самопочутті?
9. Чи вважаєте Ви запропоновані заходи корисними для себе?
10. Ваші зауваження та побажання.

Отримані відповіді були опрацьовані, результати анкетування: на питання 1 позитивно відповіли 51 особи (79,69%), на питання 2 – 48 осіб (75%), на питання 3 від 53 (82,81%) осіб отримали стверджувальну відповідь, на питання 4 відповіли позитивно 51 (79,69%) здобувачів вищої освіти. В цілому спостерігалася висока відвідуваність зазначених заходів, що свідчить про актуальність психологічної роботи (психоосвіти) з таким запитом у здобувачів вищої освіти МДУ. Відповіді на питання 5 було згруповано та впорядковано наступним чином: новим в розумінні ПТСР для здобувачів вищої освіти стали поняття про психотравму та її відмінності від повсякденного стресу, наслідки психотравми, механізми розвитку ПТСР, супутні (коморбідні) стани при ПТСР, прояви ПТСР на фізичному, емоційному, когнітивному та соціальному рівнях. Щоденник ментального здоров'я (питання 6) вели та/або продовжують вести 62 (96,88%) учасників. Відповіді на питання 7 було згруповано так: відповіді «так» – 56 (87,5%), «ні» – 8 (12,5%) у осіб. Серед змін у самопочутті за зменшенням: покращився настрій, зменшилася больова симптоматика (біль у спині, головний біль, біль у животі, відчуття задухи, відчуття «кому в горлі»), зникла плаксивість, зменшилися чи зникли зовсім панічні напади, став краще сон, стало легше засинати, зникло відчуття постійного голоду. Питання 8 мало

відповіді, які також згруповані за змістом та зменшенням: нові знання про ПТСР, психологічна допомога викладачів під час занять, налагоджений режим навчання/роботи/відпочинку, заняття спортом, ведення щоденника ментального здоров'я, стосунки, час, нічого не вплинуло. Корисними для себе запропоновані заходи (питання 9) вважають 59 (92,19%) здобувачів вищої освіти МДУ. У відповідях на 10 питання здебільшого переважали слова подяки і побажання продовжувати роботу з такою важливою темою.

Кінцевим результатом проведеної експериментальної роботи стали зменшення або деактуалізація травматичних подій, травматичного досвіду, зменшення або зникнення заявленої фізичної та психосоматичної симптоматики, які впливали на соціальне функціонування, психологічне благополуччя та якість життя. Представлені дані дають можливість стверджувати, що гіпотеза, яка базувалася на припущенні, що умовою зменшення симптоматики ПТСР є психолого-педагогічний вплив викладача та підвищення рівня обізнаності про ПТСР у здобувачів вищої освіти, є підтвердженою.

Висновки до розділу

У відповідності до завдань нашої кваліфікаційної роботи було проведено експериментальне дослідження щодо особливостей психологічної допомоги здобувачам вищої освіти, які мають прояви ПТСР. Вибірку склали здобувачі освітніх програм першого (бакалаврського) «Середня освіта. Англійська мова та література», «Філологія. Англійська мова і література. Перекладознавчі студії» та другого (магістерського) рівнів вищої освіти «Середня освіта. Мова і література (англійська)», «Англійська мова, зарубіжна література та компаративістика» Маріупольського державного університету у кількості 64 особи, яким було запропоновано взяти участь у заходах щодо обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР.

При первинній діагностиці у березні 2024 р. отримані дані: за тестуванням «Шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5» 65,62%

продemonстрували наявність ПТСР; за тестуванням PHQ-9: у 23,56% депресія відсутня, наявність депресії легкого ступеню визначена у 48,43%, депресія помірного ступеню присутня у 23,44%; депресії середнього ступеню важкості в групі не зафіксовано; множинні симптоми депресії наявні в 1,56%; за тестуванням GAD-7: відсутність тривоги не зафіксовано в жодної особи; легку тривогу продемонстрували 21,88%; наявність помірної тривоги виявлено у 32,81%; сильна тривога притаманна 45,31%. Результати констатувального етапу дослідження показали високу представленість ПТСР, депресивного та тривожного стану у здобувачів вищої освіти МДУ. Це пояснюється важким переживанням психотравм, яких зазнали люди.

Після проведених заходів діагностичні дані у травні 2024 р. демонструють наступну динаміку: за тестуванням «Шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5» ПТСР наявні у 48,44%; за тестуванням PHQ-9: 46,88% здобувачів вищої освіти МДУ продемонстрували відсутність депресії; наявність депресії легкого ступеню визначена у 37,5%; депресія помірного ступеню важкості виявлена у 14,06%; депресія середнього ступеню важкості зафіксовано в 1,56%; множинні симптоми депресії у вибірці відсутні; за тестуванням GAD-7: відсутність тривоги зафіксовано в 6,25% здобувачів вищої освіти МДУ, легку тривогу виявлено в 42,19%, наявність помірної тривоги показали 20,31%, сильна тривога зафіксована у 31,25%.

Результати анкетування показали високий попит на заходи щодо роботи з ПТСР, продемонстрували високу ефективність проведеної роботи щодо обізнаності про ПТСР та підтвердили дані, отримані за допомогою методик «Шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5», PHQ-9 та GAD-7 та дали можливість стверджувати, що гіпотеза, яка базувалася на припущенні, що умовою зменшення симптоматики ПТСР є психолого-педагогічний вплив викладача та підвищення рівня обізнаності про ПТСР у здобувачів вищої освіти, є підтвердженою.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У даній кваліфікаційній роботі узагальнено та систематизовано зміст основних понять. Стрес є природною реакцією організму на будь-які зміни, викликані психологічними, емоційними або фізичними факторами. Це стан, при якому людина почувається під тиском або напругою, що виникає внаслідок несприятливих обставин, які перевищують її ресурси адаптації. Стрес – це реакція організму на негативні подразники, яка викликає порушення гармонії та еквілібріуму. Травматичний стрес – це специфічна реакція організму на стресову ситуацію, яка перевищує його психологічні та фізичні можливості. Цей вид стресу відбувається тільки після подій, які є надзвичайними для людини, виходять за рамки її звичайного досвіду та можуть ставити під загрозу її життя, здоров'я або безпеку. Ситуації, що можуть викликати травматичний стрес, включають загрозу життю чи фізичному та психологічному благополуччю самої особи або близьких людей. Травматичний стрес виникає як наслідок потенційно небезпечної або життєво небезпечної ситуації, де особа піддається травмуванню або є загроза смерті. Це може бути війна, природна катастрофа, сексуальне насильство, тяжка аварія або інші надзвичайні обставини, які загрожують фізичній цілісності чи життю особи.

Травма (психологічна травма, психотравма) є фізичною або психологічною шкодою, яка може бути завдана організму, спричинити сильну негативну реакцію, викликати стресову відповідь та порушити нормальне функціонування особистості. Травма може мати різні форми і ступені важкості і впливати на різні аспекти та сфери життя людини. Травма виникає в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації; емоційна дія, яка спричинила психічний розлад; шкода, нанесена психічному і фізичному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гострих емоційних, стресових впливів інших людей на її психіку. Травма може бути спричинена людьми, війною, стихійними лихами, насильством, тортурами, дорожньо-транспортною пригодою, втратою близьких

тощо. Переживання травми та її наслідків є суто індивідуальним, що є важливим для розуміння ситуації та надання психологічної допомоги. Причиною травми не є сама ситуація, а її загрозливе значення і вплив на почуття та сприйняття людини. Почуття провини та страху переплітаються між собою та підсилюються яскраво вираженим фізичним болем у будь-якій ділянці тіла (частіше за всіх – біль у спині, біль у суглобах, біль в області живота, головний біль, біль за грудиною). Больова симптоматика як наслідок переживання травми, з'являється трохи згодом, і вказує на розвиток ПТСР.

ПТСР – стан, який може розвинутися після переживання надмірно емоційної травматичної події – перебування в зоні бойових дій, перебування в полоні, природні та техногенні катастрофи, сексуальна агресія, домагання, зґвалтування, пограбування, тортури, примусове переселення, втрата близької людини, конфлікти тощо. Одним із ключових симптомів ПТСР, крім наявності травматичної події в анамнезі, є повторне переживання водночас з унікаючою поведінкою, симптомами оніміння або заціпеніння та підвищеною збудливістю.

З урахуванням специфіки роботи Маріупольського державного університету складено комплекс психодіагностичних методик для оцінки наявного психоемоційного стану здобувачів вищої освіти. Для діагностики наявної симптоматики ПТСР – шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5; для діагностики наявного депресивного стану – тест PHQ-9; для діагностики наявного тривожного стану – тест GAD-7; для аналізу й розуміння якості психолого-педагогічного впливу було розроблено анкету щодо обізнаності про ПТСР для здобувачів вищої освіти МДУ.

Емпірично перевірено ефективність методів психологічної допомоги здобувачам вищої освіти МДУ. Було реалізовано наступні заходи щодо обізнаності та подолання наслідків психотравми й проявів ПТСР у студентів МДУ: лекція «ПТСР. Як вийти із замкнутого кола», лекція «Життя до та після. Техніки стабілізації», лекція «Трансформація травми», тренінг «Інтенсивна робота з психотравмою», психологічна робота на заняттях, де фокус уваги був

на трансформації травматичного досвіду, відновленні власних ресурсів, самооцінці, адекватних способах психологічного захисту, мотивації до активного життя в сім'ї та суспільстві, плануванні життя. Після проведених заходів у здобувачів вищої освіти зменшилися показники проявів ПТСР, депресії, тривоги. Результати показали високу ефективність проведеної роботи та попит на психологічну допомогу та затребуваність психоосвітніх заходів щодо роботи з ПТСР в Маріупольському державному університеті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична записка МОП-ВООЗ «Психічне здоров'я на робочому місці». 2022. URL: <http://surl.li/mlaubj> (дата звернення: 11.06.2024).
2. Базові навички турботи про себе та інших / Довідник. Бюро ВООЗ в Україні. 2022. 44 с.
3. Безшейко В.Г. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. PMGP [інтернет]. 19, Вересень 2016 [цит. за 13, Січень 2025];1(1):e010108. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> (дата звернення: 11.06.2024).
4. Бочелюк В., Панов М., Турубарова А. Посттравматичний стресовий розлад: стан проблеми, психодіагностика та психологічна допомога. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 2(58). С. 51–63. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-51-63>.
5. Бурчинський С. Г. Депресія, тривога і порушення сну: як вийти із замкненого кола. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2022. Т. 18. № 3. С. 25–29. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.3.2022.950>.
6. Важливі навички в період стресу: ілюстроване керівництво: Копенгаген: Європейський регіональний офіс Всесвітньої організації охорони здоров'я; 2020. Ліцензія CC BY-NC-SA 3.0 GO.
7. Вільямс Б., Пойюла С. ПТСР : робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 528 с.
8. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Випуск 2 (83). С. 105.
9. Всесвітня організація охорони здоров'я. Інструмент самодопомоги з планування людиноорієнтованого процесу відновлення психічного здоров'я та благополуччя. Ініціатива ВООЗ QualityRights. Копенгаген : Європейське

- регіональне бюро ВООЗ. 2022. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Всесвітня організація охорони здоров'я. Інструменти mhGAP для громади: програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я ВООЗ. Тестова версія. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ . 2023. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516556>
 11. Всесвітня організація охорони здоров'я. Самодопомога Плюс: Груповий курс управління стресом для дорослих. Узагальнена версія 1.0 для апробації в польових умовах, 2021 р. Серія психологічних втручань низької інтенсивності, № 5. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 12. Всеукраїнська програма ментального здоров'я за ініціативою Олени Зеленської «Ти як?». URL: <https://www.howareu.com/> (дата звернення: 11.06.2024).
 13. Гайдабрус А. В. Посттравматичний стресовий розлад: визначення, ризики, алгоритм надання первинної допомоги. *Спеціалізований медичний портал Health-ua.com*. URL: <https://health-ua.com/article/70798-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-viznachennya-riziki-algoritm-nadannya-pe> (дата звернення: 11.06.2024).
 14. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. № 8(129). URL: <http://surl.li/fyiwpv> (дата звернення: 11.06.2024).
 15. Демчик К. Особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у людей, які переживають воєнні дії в країні. VII Міжнародна науково-практична конференція «Психолого-педагогічні, правові та соціально-культурні проблеми сучасного суспільства». 2023. DOI: <https://doi.org/10.32782/fphisn.2023.2.91-92>
 16. Джеймс С. Гордон. *Трансформація травми. Шлях до надії та зцілення* / Переклала з англ. Галина Сташків. Львів : Літопис, 2023. 352 с.
 17. Діагностичні критерії ДСМ-5 посттравматичного стресового розладу / *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи*. Навчальний

- посібник. Т. 1. Київ, 2018. С. 126–128.
18. Донна Джексон Наказава. *Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити* / Донна Джексон Наказава ; [пер. з англ. Вікторія Пушина]. Київ : BookcheF, 2022. 384 с.
 19. Етичний кодекс психолога. URL: <http://surl.li/nrmbsz> (дата звернення: 11.06.2024).
 20. Звіт про психічне здоров'я у світі: трансформація систем охорони психічного здоров'я для всіх. 2023. 272 с. URL: <http://surl.li/jtgnfs> (дата звернення: 11.06.2024).
 21. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: перелік контрольних показників для використання на місцях. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017 (б). 36 с.
 22. Климчук В. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. 2016. №5. С. 46-52. DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2016-5-6>.
 23. Коширець В. В. Особливості надання першої психологічної допомоги особам з ПТСР. *Збірник наукових праць РДГУ*. 2017. Випуск 8. С. 128–133.
 24. Макієнко Н., Гершанов О. *Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій* : Посібник. Israel Trauma Coalition. 2023. 72 с.
 25. Марковська М. Стрес і психологічна травма. Що з нами відбувається зараз. Нова українська школа. Смарт освіта. 7 квітня 2022 р. URL: <http://surl.li/rsmraf> (дата звернення: 11.06.2024).
 26. Марциновська І.П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна"*. 2017. № 14. С. 223-227. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2017_14_53 (дата звернення: 11.06.2024).
 27. Мороз Р. А. *Психологія травмуючих ситуацій* : навчально-методичний посібник. Миколаїв : Іліон, 2018. 298 с.
 28. Назарець Л. М., Якімова Я. Л. Особливості прояву основних симптомів

- ПТСР. *Людина і суспільство: економічний та соціокультурний розвиток*: матеріали IX Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Рівне: Рівненський інститут Університет «Україна», 12 квітня 2021. С. 120–127.
29. Назарець Л., Руденко Н. Психологічна допомога здобувачам вищої освіти у подоланні травматичного стресу в умовах війни. *Scientific Collection «InterConf»*. 2022. 50. С. 191–197. URL: <http://surl.li/gvsvuf> (дата звернення: 11.06.2024).
30. Наливайко Н. *Психоаналіз в Україні: Історія. Сьогодення. Майбутнє* : монографія. Київ : ВЦ «Академія», 2023. 144 с.
31. Науменко Г., Жук А., Янчук Т. Важливі навички в період стресу. Досвід проведення навчання груповому курсу управління стресом для дорослих самодопомога+ (self-help+). *PMGP* [інтернет]. 30, Червень 2023 [цит. за 07, Березень 2024]; 8(2). URL: <http://surl.li/rmuies> (дата звернення: 11.06.2024).
32. Несенюк Н., Чудаєва Н., Мурашкевич О. *Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога*. Довідник для фахівців і фахівчинь допоміжних професій соціальної сфери, які працюють з внутрішньо переміщеними особами та постраждалим населенням. Рада Європи. 92 с. URL: <http://surl.li/annmsd> (дата звернення: 11.06.2024).
33. *Основи реабілітаційної психології : подолання наслідків кризи*: навчальний посібник / за заг. ред. Пророк Н. Київ: «СВАРОГ», 2023. Том 1. 208 с.
34. Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. *Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультаування* : навч. посібник / за заг. ред. В.Г. Панка, І.М. Зварича. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 384 с.
35. *Перша психологічна допомога* : посібник для працівників на місцях. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 64 с.
36. Посттравматичний стресовий розлад. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, Державний експертний центр МОЗ України. 2016 URL: <http://surl.li/aduijs> (дата звернення: 11.06.2024).
37. Прайтлер Б. *На їхньому боці. Психосоціальна робота з травмованими біженцями*. / Переклад з німецької Мелашенко Д., Супрун Т. Львів, ВНТЛ-

Класика, 2022. 156 с.

38. *Практична психосоматика: депресія*. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2020. 216с.
39. *Практична психосоматика: діагностичні шкали*. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. – 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
40. *Практична психосоматика: тривога* : навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2022. 144с.
41. Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта. Відкритий документ (5 грудня 2022 року). URL: <http://surl.li/uymvfv> (дата звернення: 11.06.2024).
42. Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Бондар Л.А., Сотник Г.Т. *Психіатрія та наркологія* : навч.-метод. посіб. – 2-ге вид., стер. Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 224 с.
43. Психічне здоров'я на робочому місці. Аналітична записка. World Health Organization and International Labour Organization, 2023. URL: <http://surl.li/rcpdww> (дата звернення: 11.06.2024).
44. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. *Психогенні психічні розлади* : навч.-метод. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.
45. Герман Дж. *Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору* / переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. Львів : Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
46. Смашна О. Є. Визначення особливостей психопатологічної структури посттравматичного стресового розладу, коморбідного з черепно-мозковою травмою, за допомогою шкали CAPS-5. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2021. № 2. С. 151–60. DOI: <http://dx.doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v.i2.12219>.
47. Сошенко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *НейроNews*:

- психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 3(96). URL: <http://surl.li/oxejdp> (дата звернення: 11.06.2024).
48. Кісарчук З. Г. [та ін.]. *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу*: монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
 49. Третій саміт перших леді та джентельменів. Ментальне здоров'я: крихкість і стійкість майбутнього. 06 вересня 2023 року. URL: <https://kyivsummitflg.gov.ua/> (дата звернення: 11.06.2024).
 50. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». URL: <http://surl.li/emzosj> (дата звернення: 11.06.2024).
 51. Фармацевтична компанія ЗДРАВО. URL: <https://zdravo.in.ua/> (дата звернення: 11.06.2024).
 52. Франкова І. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017. № 3(87). URL: <http://surl.li/nhyjip> (дата звернення: 11.06.2024).
 53. Хаустова О. О., Авраменко О. М. Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. *Ukrainian Medical Journal*. 2023. Т. 157, № 5. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.157.248382>.
 54. Центр Економічної стратегії. Біженці з України: хто вони, скільки їх та як їх повернути? Фінальний звіт. 5 вересня 2023 року. URL: <https://ces.org.ua/refugees-from-ukraine-ukr-final-report/> (дата звернення: 11.06.2024).
 55. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. *Невідкладна допомога в психіатрії та наркології*: монографія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2019. 172 с.
 56. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. *Психічні розлади воєнного часу*: монографія. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
 57. Шарун А. І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного

- коледжу, що перенесли психоемоційний стрес. *Ukrainian Medical Journal*. 2021. Т. 143. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.143.208967>.
58. Шкала депресії PHQ. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2712-shkala-depres-PHQ> (дата звернення: 11.06.2024).
 59. American Psychological Association. How to cope with traumatic stress. 2023. URL: <https://www.apa.org/topics/trauma/stress> (дата звернення: 11.06.2024).
 60. Nowak A. C. [et al.]. Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*. 2023. Vol. 23, No. 1. DOI: 10.1186/s12889-023-15931-1.
 61. Christensen M. K., Lim C. C. W., Saha S., Plana-Ripoll O., Cannon D., Presley F. et al. The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020. 29:e161.
 62. Cloitre, Marylene. Complex PTSD: assessment and treatment. *European Journal of Psychotraumatology* 12, sup1 (February 1, 2021): 1866423. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2020.1866423>.
 63. Cortman C., Walden J. *Keep Pain in the Past: Getting over Trauma, Grief and the Worst That's Ever Happened to You*. Mango Media, 2018. 244 p.
 64. General anxiety scale (GAD-7). URL: <https://healthify.nz/tools/g/general-anxiety-scale-gad-7/> (дата звернення: 11.06.2024).
 65. Global Burden of Disease (GBD) Results Tool. Global Health Data Exchange. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (дата звернення: 11.06.2024).
 66. Goodwin G. M., Stein D. J. Generalised Anxiety Disorder and Depression: Contemporary Treatment Approaches. *Advances in Therapy*. 2021. Vol. 38, S2. P. 45–51. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01859-8>.
 67. Guzman L. *Essential Art Therapy Exercises: Effective Techniques to Manage Anxiety, Depression, and PTSD*. Rockridge Press, 2020. 162 p.
 68. JASP. URL: <https://jasp-stats.org/> (дата звернення: 11.06.2024)
 69. Jayne K., Hackett S., and Hill M. Art Psychotherapy for adults who have experienced complex trauma: An international survey. 'Perspectives on Trauma'

- Vol. 1 Journal 2021. URL: <http://surl.li/kzndwo> (дата звернення: 11.06.2024).
70. Loschinin G. A. To the issue of etiology of posttraumatic stress disorder and complex PTSD. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2021. Vol. 9, no. 2 (33). P. 125–132. DOI: <https://doi.org/10.23888/humj20212125-132>.
 71. Futterman I. D. [et al.]. Maternal anxiety, depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) after natural disasters: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2023. Vol. 36, No. 1. DOI: 10.1080/14767058.2023.2199345.
 72. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946> (дата звернення: 11.06.2024).
 73. National psychological association of Ukraine & Proinsight Lab. Результати дослідження "Психічний стан українців під час війни проти росії". URL: <http://surl.li/zdmnlu> (дата звернення: 11.06.2024).
 74. Bryant R. A. [et al.]. Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2023. Vol. 19, No. 1. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-080921-080359.
 75. Safe and healthy working environments free from violence and harassment. Geneva: International Labour Organization; 2020. URL: <http://surl.li/mfyddd> (дата звернення: 11.06.2024).
 76. Selye H. Stress without distress. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1009491/> (дата звернення: 11.06.2024).
 77. Shepard A. Complex Trauma: A college counsellor's perspective. *Perspectives on Trauma*. 2022. Vol. 2. URL: <http://surl.li/syfnt> (дата звернення: 11.06.2024).
 78. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: <http://surl.li/xglait> (дата звернення: 11.06.2024).
 79. Пучина О.В., Бодик О.П. Психологічна допомога при проявах ПТСР. Сучасні психологічні проблеми, викликані військовою агресією та шляхи їх подолання: матеріали Міжнародного конгресу, Київ, 4-5 квітня 2024 р. /

- Редкол.: О.І. Тимошенко та ін. Київ: Видавництво Європейського університету, 2024. С. 108-112. URL: <https://qrcd.org/6xj6> (дата звернення: 11.06.2024).
80. Bodyk O., Puchyna O. Addressing Post-Traumatic Stress Disorder Challenges: Mariupol State University's Approach. *Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 19 квітня 2024 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 91-95. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-393-7-23>.
81. Бодик О.П. Прояви та особливості ПТСР у дорослих. *Соціально-психологічний супровід особистості в умовах інтеграції України в Європейський простір*: збірник матеріалів IV Інтернет-конференції, м. Київ, 22 травня 2024 року / за заг. ред. І. С. Деснова. Київ: МДУ, 2024. С. 47-50. URL: <http://surl.li/jocsps> (дата звернення: 11.06.2024).
82. Puchyna O., Bulatova O., Zadorozhna-Kniahnytska L., Bodyk O. Psychological Assistance For Students with PTSD at Mariupol State University. *Організаційні та клінічні аспекти пацієнт-орієнтованого підходу до лікування та реабілітації в сучасних умовах*: Матеріали НПК з міжнародною участю, м. Київ, 29-30 травня 2024 року. Київ: ДНУНПЦПКМ ДУС, 2024. URL: <http://surl.li/urswb> (дата звернення: 11.06.2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала самооцінки проявів ПТСР PCL-5

№	Питання	Зовсім ні	Трохи	Помір- но	Відчут- но	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові відчуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...),	0	1	2	3	4

	які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (приміром, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти», «світ — небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по	0	1	2	3	4

	відношенні до близької людини)?					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте, або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4
Загалом						

Додаток Б

Тест PHQ-9

Тест PHQ-9

Як часто за останні 2 тижні вас турбували наступні прояви (обведіть відповідь)	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання робити)	0	1	2	3
2. Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3. Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4. Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5. Поганий апетит чи навпаки - переїдання	0	1	2	3
6. Погані(негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7. Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8. Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9. Думки про те, що вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3

Загальний бал

Додаток В

Тест GAD-7

Тест GAD-7

Як часто за останні 2 тижні
Вас турбували такі проблеми?
(обведіть відповідь)

Ніколи
(не було
взагалі)

Декілька
днів
(іноді)

Більше
половини
днів
(часто)

Майже
щодня
(практично
постійно)

1. Ви нервували, відчували тривогу
або були дуже напружені

0

1

2

3

2. Ви не могли зупинити або
контролювати своє хвилювання

0

1

2

3

3. Ви занадто хвилювались через різні речі

0

1

2

3

4. Вам було важко розслабитись

0

1

2

3

5. Ви були настільки неспокійні, що
Вам було важко всидіти на одному місці

0

1

2

3

6. Вам було легко дошкулити
або роздрадувати Вас

0

1

2

3

7. Ви відчували страх, неначе може
статися щось жахливе

0

1

2

3

Загальний бал