


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

До захисту допустити:  
В.о. завідувача кафедри  
—  Ірина ДЕСНОВА  
«03» травня 2024 р.

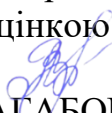
**«ЗАСТОСУВАННЯ ТРАВМО-ФОКУСОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК  
ЗАСОБУ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ»**

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

**Бєлік Віолети Артурівни**

Науковий керівник:  
Кандидат педагогічних наук,  
доцент  
**Деснова Ірина Сергіївна**

Рецензент:  
Завідувачка кафедри практичної  
психології та психодіагностики  
Волинського національного  
університету імені Лесі  
Українки, кандидат  
психологічних наук, доцент,  
**Магдисюк Людмила Іванівна**

Кваліфікаційна робота  
захищена з оцінкою 62 Е  
Секретар ЕК   
Анастасія ВАГАБОВА  
«11» червня 2024 р

Київ – 2024

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ....</b>	<b>8</b>
1.1. Теоретичний аналіз поняття «посттравматичний розлад» в науковій літературі.....	8
1.2. Чинники, що обумовлюють виникнення посттравматичного розладу у військовослужбовців.....	19
1.3. Застосування технік травмо-фокусованої терапії як засобу подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців.....	25
Висновки	з першого розділу.....33
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ .</b>	<b>33</b>
2.1. Опис експериментального дослідження.....	34
2.2. Діагностика стану посттравматичного розладу у військовослужбовців .....	38
2.3. Система подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців з використанням технік травмо-фокусованої терапії.....	45
Висновки з другого розділу.....	53
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>55</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>58</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>65</b>

## ВСТУП

Як правило, неприємності, труднощі та інші всілякі проблеми викликають у людей реакцію у вигляді тих чи інших негативних емоцій (смуток, гнів тощо). Відчувати подібні емоції при виникненні несприятливих подій - це природно і нормально. Ступінь вираженості негативної емоції частково залежить від масштабів події, яка її спровокувала.

Однак ми не випадково вжили тут слово «частково». Найчастіше значення, яке надається певній події, лише погіршує ситуацію, посилюючи наші негативні емоції та переживання. Наш спосіб мислення - те, як ми ставимося до тих чи інших аспектів нашої життєвої ситуації (як поточних, так і тих, що залишилися в минулому), може бути негативним і перетворити нормальний, здоровий стрес на набагато серйозніші психологічні розлади. Наприклад, такі стани, як депресія, тривожність, гнів, почуття провини, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є болючими і можуть призвести до виникнення подальших проблем у нашому житті.

Враховуючи реалії сьогодення вплив травматичних подій на пересічного українця є вкрай сильним. Адже, через військовий конфлікт, який триває на території нашої держави упродовж десяти років, перед суспільством постають все нові складні виклики.

Все більше українців, беруть до рук зброю стаючи на захист нашої країни, переживаючи щосекунди відчуття страху за власне життя та життя близьких оточуючих. Під час безпосередньої участі у бойових діях, отримавши психофізичну травму різного ступеню, перебуваючи тривалий час у критичних стресових ситуаціях, українські військові виснажуються морально, фізично, психологічно.

Розуміючи такі фактори, все більш актуальною є потреба розробки та удосконалення сучасних методів, підходів, теорій і практик для надання

військовослужбовцям якісної кваліфікаційної психологічної або психотерапевтичної допомоги.

Напрямки такої допомоги різноманітні, починаючи від допомоги пережити психотравмуючі ситуації різного ступеня важкості до віри в можливість соціальної адаптації та початку нового етапу життя.

Аналізуючи літературні джерела, варто звернути увагу саме на когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка являє собою форму психотерапії, що фокусується на сприйнятті - наших думках - і на поведінці - наших діях. Але водночас КПТ приділяє не меншу увагу поведінці, тому що наші почуття часто визначають нашу поведінку. А наша поведінка, своєю чергою, може чинити позитивний або негативний вплив на наші почуття та емоції. Людина можете неусвідомлено дотримуватися патернів поведінки, що підкріплюють ваші негативні емоції.

В основі когнітивно-поведінкової терапії лежить вивчення взаємозв'язку між думками, почуттями і поведінкою. Таким чином когнітивно-поведінкова терапія аналізує спосіб мислення і поведінку людини, щоб допомогти їй впоратися з поведінковими та емоційними проблемами. Когнітивно-поведінкову терапію застосовують для вирішення найрізноманітніших психологічних проблем.

Вивченню проблеми впливу психотравмуючих ситуацій на життя людини та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) сьогодні присвячено чималу кількість наукових робіт та публікацій дослідників Т. Титаренко, О. Романчук, Л. Гребін, З. Кісарчук, В. Горбунова, П. Горнстай, В. Климчук, Я. Омельченко, Н. Журавльова, Л. Царенко, Ж. Новікова, О. Лосієвська, В. Станчишин, В. Горбунова, А. Карачевський, В. Климчук, Г. Нетлюх, О. Романчук, О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, О. Лосієвська, І. Москович, Пророк, О. Запорожець, Д. Креймеєр, Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова, О. Климишин, А. Мокроусова, Н.Пророк, Н. Сиротич, Т. Сіренко, Л. Царенко, Н. Шапошник.

Розуміємо, що на емоційний стан впливає багато чинників і незалежно від того, як саме і за яких обставин військовослужбовці отримали психотравму чи травмівний стрес, за яких обставин її пережила, зміни у її свідомості відбуваються, і ці зміни потребують кваліфікованої психологічної допомоги.

Аналізуючи ряд наукових психолого-педагогічних досліджень із даної проблематики вважаємо, що одним із найбільш ефективних засобів допомоги військовослужбовцям у подоланні проблеми наслідків посттравматичного стресового розладу може бути травмо-фокусована когнітивно-поведінкової терапія.

Оскільки КПТ є однією із різноманітних моделей роботи з людиною. Останніми роками вона все більше привертає до себе увагу з боку фахівців.

Враховуючи актуальність проблематики, нами була обрана тема дослідження **«Застосування травмо-фокусованої терапії як засобу подолання ПТСР у військовослужбовців»**.

**Мета дослідження** теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити травмо-фокусовану терапію як засобу подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

**Об'єкт дослідження** посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців

**Предмет дослідження** особливості переживання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців як наслідок психотравмуючих ситуацій

**Гіпотеза дослідження** полягає у припущенні, що подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців може бути ефективним у разі використання травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії.

Враховуючи означені об'єкт та предмет нашого дослідження, для досягнення поставленої мети, нами були висунуті наступні **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз психолого-педагогічних джерел із даної проблематики;
2. Обрати необхідний діагностичний інструментарій для визначення схильності до посттравматичного стресового розладу військовослужбовців;
3. Емпірично перевірити та здійснити обробку отриманих результатів дослідження;
4. Розробити систему травмо-фокусованої терапії як засобу подолання ПТСР у військовослужбовців.

Теоретичне вивчення проблеми дослідження та здійснення емпіричної її частини передбачало використання таких методів: теоретичні: аналіз наукових джерел, порівняльний (для порівняння різних наукових поглядів); 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); емпіричні: психодіагностичні методики дослідження для визначення схильності до посттравматичного стресового розладу військовослужбовців; анкетування, опитувальники; спостереження; методи математичної статистики (для узагальнення та унаочнення результатів експериментального дослідження).

У ході емпіричного дослідження використано наступні психодіагностичні методики:

1. Опитувальник на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire
2. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)
3. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale)

База та вибірку дослідження склали військовослужбовці 20 осіб, віком від 28 до 49 років.

**Наукова новизна роботи:**

- обґрунтовано потенційні можливості в розвитку травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, як засобу подолання ПТСР у військовослужбовців

- запропоновано систему подолання постравматичного розладу у військовослужбовців з використанням технік травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії;

**Теоретична значущість роботи** – полягає у теоретичному обґрунтуванні травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії як ефективного засобу подолання постравматичного розладу у військовослужбовців;

**Практичне значення** отриманих результатів дослідження полягає у тому, що запропоновані рекомендації та техніки можуть бути використані подолання постравматичного розладу у військовослужбовців

#### **Апробація результатів роботи.**

Публікації.

- у збірнику матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції Інновації в дошкільній освіті: теорія, перспективи, шляхи запровадження у практику: збірник матеріалів, 28 березня 2024 року / за заг. ред. Ю.О.Демидова. Маріуполь: МДУ, 2024. 207 с.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, який охоплює 57 найменувань. Загальний обсяг роботи складає 69 сторінок, із них обсяг основного тексту становить 55 сторінок. Робота містить 1 таблиць, 3 рисунки, 3 додатки

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОДОЛАННЯ ПОСТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

### 1.1. Теоретичний аналіз поняття «посттравматичний розлад» в науковій літературі

Звернувшись до огляду історичного розвитку становлення психології, як науки, Л. Герасименко, у своїй публікації зазначає, що *посттравматичний стресовий розлад* (ПТСР) є комплексом психічних розладів, які є проявом дезадаптивного, відстроченого, а інколи й затяжного реагування на ті стресові події, які класифікують як загрозові або несуть катастрофічний характер [5, с.27].

Авторка зазначає, що 1888 року, Н. Орпенгейм ввів такий термін як «*травматичний невроз*», це поняття стало праобразом нинішнього розуміння визначення ПТСР [5, с.27; 55].

А. Скрипніков, Л. Герасименко, Р. Ісаков підкреслюють, що *посттравматичний стресовий розлад* (ПТСР) до сьогодні є одним із «наймолодших» діагнозів, якщо мова йде про психотерапію. Кодування за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) F43.1, а рубрика, до якої він включений входить до розділу F-40-F-48, тобто до розділу з «невротичних, хвороб, пов'язаних зі стресом і соматоформними розладами» [33, 34].

М. Ногowitz у своїх наукових дослідженнях, запропонувала ввести в науковий обіг нове поняття *синдрому ПТСР*, але вже таким, який має спеціальні діагностичні критерії, які спочатку пропагувалися в американській класифікації DSM, а з часом стали включенням і у європейську Міжнародну класифікацію хвороб МКХ [47].



У 5-му виданні Діагностичного і статистичного керівництва психічних розладів є певні зміни як місця ПТСР у класифікації, так і низки критеріїв порівняно з DSM-IV [57].

Так, сам діагноз ПТСР із розділу «Тривожні розлади» перейшов у новий розділ «Розлади, пов'язані з травмою і стресором» («trauma and stressor-related disorders»). Головною умовою включення до цього розділу є вплив травматичної або стресової події як діагностичного критерію.

Необхідними критеріями для включення до цього розділу слугують також такі симптоми: вираження занепокоєння та/або страху, ангедонія і дисфорія, гнів або інші прояви агресії, дисоціативні симптоми [57].

У DSM-V було внесено такі зміни до діагностичних критеріїв ПТСР:

1. *Виділено три кластери (B, C і D) симптомів ПТСР у DSM-IV тепер розділені на чотири кластери (B, C, D і E):*

B - нав'язливе відтворення травматичної події («intrusion»);

C - уникнення травматичної події («avoidance»);

D - негативні наслідки для когнітивної сфери та настрою;

E - підвищене збудження і реактивність.

Таким чином, критерій C у DSM-IV (уникнення і блокування емоцій) був розділений на два критерії: C (уникнення) і D (негативні наслідки для когнітивної сфери і настрою) [57].

2. Було додано три нові симптоми, такі як:

- До критерію D - стійке і неадекватне звинувачення себе та інших, а також знижений настрій.

- До критерію E - необережна або руйнівна поведінка.

3. Симптоми з пункту 2 критерію A (що включає страх, безпорадність або жах, що виникає одразу після травми) видалені з DSM-V, оскільки дослідження показали, що вони не підвищують точність діагностики.

4. З'явилися нові підтипи ПТСР із визначеними критеріями:

ПТСР у дітей 6-ти років та менше (передшкільний підтип ПТСР) і дисоціативний підтип ПТСР. Діагноз дисоціативного підтипу можна застосувати до осіб, які відповідають критеріям ПТСР поряд із проявами деперсоналізації та дереалізації [57].

Тобто, до *головних симптомів ПТСР належать* [23,с13]:

1. *Повторне переживання симптомів* – коли людина мимоволі знову переживає певні аспекти травмивної події, флешбеки, нагадування про травматичну подію викликає дистрес або фізіологічні реакції.

2. *Уникання згадок про травму* – уникання всього що може нагадувати про пережиту ситуацію, людина намагається виштовхнути усі подібні спогади із пам'яті та думок;

3. *Симптоми надмірного збудження* - занадто насторожена поведінка, лякливість, труднощі з концентрацією уваги та мислення;

4. *Симптом емоційне оніміння* – втрата здатності відчувати емоції, відчуття ніби відсторонений ід інших людей [23,с. 14].

У DSM-V додатково до ПТСР було включено діагноз гострого стресового розладу, що включає стресові розлади, які розвиваються упродовж першого місяця після травматичного впливу. Його поява в попередній класифікації була зумовлена необхідністю виділення специфічної нозологічної одиниці для осіб, які перебувають у стані вираженого дистресу, але не відповідають специфічним симптоматичним критеріям ПТСР [57].

На цю категорію людей слід звертати особливу увагу фахівцям соматичного профілю з метою надання своєчасної допомоги або направлення їх до психотерапевта для лікування коморбідних психічних порушень. У плані предиктора розвитку ПТСР гострі стресові порушення є помірним предиктором подальшого розвитку ПТСР, як показали лонгітюдні дослідження.

### **Класифікація ПТСР у МКХ 11:**

1. **Посттравматичний стресовий розлад 6B40** Розлад, який розвивається після впливу екстремальної загрозової або жахливої події чи серії подій, і характеризується:

1) повторним переживанням травматичної події у теперішньому часі у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками або нічними кошмарами;

2) уникненням думок і спогадів про подію або уникненням діяльності, або уникненням думок і спогадів про подію, або уникненням діяльності, або ситуацій, що нагадують подію;

3) станом суб'єктивного відчуття загрози, що зберігається, у вигляді гіпернастороженості або посиленних реакцій переляку [57]..

Такі симптоми можуть тривати щонайменше кілька тижнів і спричинити значне погіршення функціонування. погіршення функціонування і діяльності людини

## **2. Комплексний посттравматичний стресовий розлад 6B41**

Розлад, що виникає після впливу надзвичайного або тривалого за своєю природою стресора, позбутися якого важко або неможливо (наприклад, вплив геноциду, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури або рабство) [57].

Розлад характеризується основними симптомами ПТСР, а також розвитком персистуючих і наскрізних порушень в афективній сфері, ставленні до самого себе і в соціальному функціонуванні, виникають труднощі в регуляції емоцій, відчуття себе як приниженої, переможеної і нічого не гідної людини, труднощі в підтримці взаємин.

*Існує типові кластери симптомів ПТСР:*

1. Стійкі тривалі порушення в афективній сфері (підвищена емоційна реактивність, відсутність емоцій, розвиток дисоціативних станів);

2. Поведінкові порушення (спалахи люті, безрозсудна або саморуйнівна поведінка);

3. Зміни у сфері уявлень про самого себе (стійкі негативні уявлення про себе, як про принижену, переможену людину, яка нічого не варта, які можуть супроводжуватися глибокими і всеосяжними почуттями сорому, провини або неспроможності);

4. Порушення в соціальному функціонуванні (послідовне уникнення або незацікавленість в особистих взаєминах і соціальній залученості загалом; труднощі в підтримці близьких стосунків) [57].

Варто зазначити, що клінічна маніфестація ПТСР виникає внаслідок потужного психотравмуючого впливу загрозливого або катастрофічного характеру, що супроводжується екстремальним стресом, який переживає людина.

Що ж до визначення *симптомів ПТСР*, згідно з дослідженнями вчених В. Алещенко, В. Горбунова, Є. Глива, Л. Засєкіна, О. Кокун, Г. Ломакін, Ж. Новікова, В. Стеблюк, К. Проноза-Стеблюк у клінічному аспекті ПТСР виділяють таку специфічну (основну) симптоматику:

1. Повторювані переживання травмівної події (флешбеки, представлені в нав'язливих ремінісценціях, яскравих нав'язливих спогадах або повторюваних снах). У більшості випадків вони неприємні й афективно насичені (R. Bastien, CR Brewin).

2. Уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму (фактичне уникнення, відчуття «оніміння» та емоційного притуплення, відчуженості, несприйнятливості до навколишнього, емоційна відстороненість, ангедонія, обмежувальна поведінка) (R. Bastien, F. Shapiro, L Maxfield).

3. Наявність надмірного фізіологічного збудження (безсоння, яке може бути пов'язане з напливом неприємних спогадів про травматичну подію, гіпервігілітет, різкі зміни настрою, надмірна обережність, підвищена реакція переляку) [31, 33].

Досить часто симптоми ПТСР виникають одразу після травматичної події, інколи можуть виникати пізніше. Інколи, люди можуть не звертатися

за допомогою кілька років. Однак робота з подолання ПТСР може бути ефективною навіть через декілька років [31, с.14].

Терапія ПСТР може бути ефективною коли проведена діагностика розладу. У більшості випадків, можливість розпізнати ПТСР і його ідентифікація з'являється під час звичайних медичних втручань, або після нещасного випадку [31, с.14].

Згідно з даними МКХ-10, симптоми мають виникати упродовж останніх 6 місяців після пережитої травматичної події. Між дією стресора та виникненням клінічних проявів може спостерігатися латентний період.

*Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* виникає та розвивається після стресової події або ситуації, які мають загрозливий чи катастрофічний характер, викликаючи сильне почуття дистресу у більшості людей [31, с.13].

Важливо, що через «повсякденні, побутові стреси» якими насичене наше життя, як-от розлучення, зміна або втрата роботи, посттравматичний стресовий розлад не виникає і не розвивається. Але, цей розлад може розвинути у людей будь якого віку, статі та соціального статусу і а його можуть 25-30% людей, які пережили важку травмуючу ситуацію [31, с.13].

Також у людей з ПТСР можуть відзначатися такі порушення [19, 33]:

1. Психогенна амнезія, часткова або повна, щодо важливих аспектів періоду впливу стресора.
2. Формування депресивних переживань, епізодична або генералізована тривожність.
3. Постійна внутрішня напруга, в якій перебуває потерпілий (у зв'язку із загостренням інстинкту самозбереження), що утруднює модуляцію афекту: іноді постраждалі не можуть стримати спалахи гніву навіть із незначного приводу. Можуть відзначатися гострі спалахи страху, паніки або агресії, викликані спогадами про травму.
4. Порушення сну - безсоння (утруднення засинання), нічні кошмари. Іншими явищами, притаманними ПТСР і пов'язаними зі сном, є: сомнамбулізм, сноговоріння, гіпнагогічні та гіпнопомпичні галюцинації,

зменшення представленості 4-ї стадії сну. Також при ПТСР нерідко виявляються розлади дихання уві сні.

5. Суб'єктивно сприймаються порушення пам'яті: утруднення запам'ятовування; зниження ретенції в пам'яті тієї чи іншої інформації; труднощі відтворення.

З огляду на фіксацію пацієнта з ПТСР на травматичні переживання, розлади пам'яті не пов'язані зі справжніми порушеннями різних функцій пам'яті, а зумовлені насамперед труднощами з концентрацією уваги на фактах, які не мають прямого відношення до травматичної події та загрози повторного її виникнення.

6. Підвищений рефлекс чотиригорбкового тіла на раптові подразники зовнішнього середовища (світлові, зорові, слухові, тактильні) може легко виникнути здригання, підхоплення, зойкання або навпаки, «застигання». Іноді супроводжується вегетативними проявами (підвищенням артеріального тиску, появою тахікардії тощо). Обумовлений зв'язками тектума (верхніх горбків чотиригорбкового тіла у людини) з шийними та грудними сегментами спинного мозку.

7. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, і numbing - блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми) може виражатися в таких проявах:

- Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою;
- Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму;
- Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія);
- Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності;
- Почуття відстороненості або відокремленості від інших людей;
- Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові);

- Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань щодо кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя).

Загалом ПТСР спричиняє клінічно значущий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

У динаміці розвитку розладів на першому етапі ПТСР людина занурена у світ власних переживань, пов'язаних із травмою, інколи відзначаються найбільш виражені в цей період флешбеки. На цьому етапі нерідко відзначається загострення (або діагностуються вперше) хронічних соматичних захворювань, особливо тих, в основі яких беруть участь психосоматичні механізми формування (наприклад, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки).

Відзначаються також сексологічні порушення: зниження лібідо та ерекції. Варто зазначити, що специфічні симптоми, які проявляються в почутті безпорадності, розгубленості, вторгнення лякаючих образів, стійких румінацій про прогресування захворювання можуть значною мірою впливати на подолання соматичного захворювання.

Дисоціативні симптоми, зумовлені впливом психотравми, перешкоджають своєчасному зверненню людини за кваліфікованою допомогою.

Надалі, спогади про стресову ситуацію стають менш актуальними. Людина намагається активно уникати навіть розмов про пережите, щоб не «торкатися важких спогадів». У цих випадках іноді на перший план виступають дратівливість, конфліктність і навіть прояви агресивності.

На клінічну динаміку та віддалені прогнози появи ПТСР можуть також впливати екзогенно-органічні зміни головного мозку, переважно травматичного генезу, що є найактуальнішим у комбатантів, як групи ризику формування ПТСР.

Динамічні та катамнестичні дослідження ветеранів показують наростання вираженості органічних розладів у структурі ПТСР. Клінічні стани, кваліфіковані в гострому періоді розладу як «гострі стресові реакції», «порушення адаптації» і «посттравматичні стресові розлади», через роки проявляли переважно симптоми, характерні для органічних розладів із переважанням психопатоподібної симптоматики та інтелектуально-мнестичного зниження.

Варто розглянути наступне поняття «коморбідність», яке тісно пов'язане із виникненням та проявами посттравматичного розладу.

Як зазначають науковці В. Алещенко, Є. Глива, Л. Зсекіна «коморбідність» є характерною ознакою ПТСР. Патологія, коморбідна ПТСР, широко поширена і представлена різноманітними поєднаннями клініко-психопатологічних проявів. Подібні стани дали змогу виділити групу розладів, що позначаються як атипові ПТСР, що включають різноманітні симптомокомплекси, представлені перекриванням проявів ПТСР як психогенного розладу з порушеннями інших психопатологічних регістрів [1,7,9].

Найчастіше зустрічається коморбідність із такими психічними розладами:

- ендогенна депресія, рекурентний депресивний розлад;
- панічний розлад;
- генералізований тривожний розлад;
- наркотична залежність, залежність від психоактивних речовин (ПАР)
- соціальна фобія;
- специфічна фобія;
- дисоціативні розлади;
- біполярний афективний розлад;
- резидуально-органічні захворювання головного мозку;
- екзогенно-органічні захворювання головного мозку;
- шизофренія.



Якщо у людини наявний зв'язок клінічних і психопатологічних порушень зі стресом ПТСР рекомендується диференціювати з такими нозологіями з метою точної верифікації стану: гостра реакція на стрес (F43.0), розлад адаптації (F43.2), хронічна зміна особистості після катастрофи.

Якщо існують ознаки ПТСР, науковці Л. Герасименко, В. Горбунова, Л. Засекіна, О. Кокун, О.Лосієвська рекомендують проводити диференціальну діагностику з наступними розладами з метою точної верифікації стану людини [3,6,8,9,13,19]:

- розлади, пов'язані зі стресом (гостра реакція на стрес, розлади адаптації, хронічна зміна особистості після переживання катастрофи);
- панічний розлад;
- генералізований тривожний розлад;
- соціальна фобія;
- специфічна фобія;
- дисоціативні розлади;
- резидуально-органічні захворювання головного мозку;
- органічні захворювання головного мозку;
- специфічні розлади особистості;
- шизофренія;
- гострий поліморфний психотичний розлад;
- гіпоталамічний розлад;
- патологія щитоподібної залози;
- феохромоцитома;
- вживання ПАР (напр., амфетамінів, кокаїну та ін.);
- скасування похідних бензодіазепіну
- побічні ефекти фармакотерапії (наприклад, кортикостероїдів для системного застосування, статевих гормонів, психостимуляторів і ноотропних препаратів, препаратів для лікування захворювань серця).

Посттравматичний стресовий розлад, виникає внаслідок впливу на людину травматичних подій, пов'язаних із загибеллю, серйозними пораненнями людей, або ж можливою загрозою загибелі або поранень. При цьому людина, яка пережила травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб.

Діти та підлітки більш чутливі до психічних травм, ніж дорослі, тож ризик розвитку ПТСР у них значно вищий. Це стосується абсолютно всіх екстремальних ситуацій, які спричиняють посттравматичний синдром у зрілому віці (війни, катастрофи, викрадення, фізичне та сексуальне насильство тощо).

Крім того, багато закордонних фахівців C. Brewin, S. Rose, B. Andrews, J Green, P. Tata, M. C. Evedy, S. Turne, R Bastien. T. Banner, J. Cohen, A. De Young, R. Gray, D. Budden-Potts, F Bourke вважають, що до списку причин розвитку посттравматичних стресових розладів у дітей, підлітків та дорослих слід додатково включити такі екстремальні для них ситуації, як тяжка хвороба або смерть одного з батьків та переміщення з сім'ї, зміна місця проживання [37,38,39,41,43,44,45].

Найбільш стресогенними подіями, при впливі яких відмічається максимальний ризик розвитку ПТСР, є військові дії та насильство. Наявність психотравмуючих подій у дитинстві підвищує ризик розвитку ПТСР у дорослому віці.

Психологічні травми відбиваються на процесі фізичного і психічного розвитку людини. За відсутності своєчасної діагностики та адекватної терапії ПТСР у дітей стає хронічним, ускладнюється розвитком вторинної депресії, появою obsесивно-компульсивного, панічного розладу та фобій.

У міру дорослішання виникає ризик патохарактерологічного, психопатичного розвитку особистості, спостерігається замкнутість, тривожність, озлобленість, агресивність. Розлади поведінки асоціюються з підвищеним ризиком алкоголізації, наркотичної залежності, соціальної дезадаптації, суїциду

Зазвичай симптоми травми відповідають симптомам ПТСР, але також включають інші депресивні, тривожні симптоми, зокрема аутоагресію, зловживання психоактивними речовинами, порушення міжособистісних стосунків або поведінкові розлади.

Значна частина людей з кого є ризик ПТСР, можуть швидше з ним впоратися, за допомогою мінімальних втручань і навіть без жодної терапії. Але частіше, коли не має належної допомоги виникають тривалі хронічні проблеми. Важкість первинної травматизаційної реакції, є тим знаком, коли недохідним є раннє втручання і тоді терапевтичну роботу не можна відкласти.

## **1.2. Чинники, що обумовлюють виникнення посттравматичного розладу у військовослужбовців**

Опираючись на описані визначення поняття посттравматичного розладу, вважаємо за доцільне розглянути можливі причини та фактори його виникнення.

Як вважають вчені Д. Брідер, В. Горбунов, Н. Кемп, О. Кокун, Г. Ломакін, О. Лосієвська, А. Скрипніков та інші, посттравматичний розлад (ПТСР) може розвиватися як наслідок нездатності особистості впоратися з екзогенним психотравмуючим впливом надзвичайного характеру [4,6,11,12,13,14,15,31].

У публікаціях закордонних науковців, J. Kinzie., P. Leung, зазначено, що психогенні чинники, які викликають посттравматичний розлад, зазвичай несуть загрозу життю людини, бо є неконтрольованими та непередбачуваними. Вони характеризуються травматичними подіями, які виходять за межі звичайного, неекстремального життєвого досвіду людини [49].

Також, Л. Герасименко, до патогенних ситуацій, які викликають розвиток ПТСР у своїх наукових дослідженнях виділила наступні: різні природні катаклізми, які непідвладні людині, техногенні катастрофи, які

людина не в змозі зупинити та виправити їх наслідки, теракти, війна та бойові дії, антисоціальні ситуації стосовно інших людей, як-от згвалтування чи розбійний напад [5, с. 27].

Як зазначалося у попередньому параграфі, латентний період, або первинна реакція на дію серйозного стресу може тривати від кількох тижнів до 6 місяців [5, с. 27]. Далі, виникає гостра реакція впродовж перших трьох діб, що проявляється розгубленістю, звуженням свідомості, дезорієнтацією, панічними реакціями, ступором, мнестичними розладами. Такий прояв симптомів триває від кількох годин, і зазвичай, потім у людини виникає різка потреба у сні, або виникає прострація [5, с. 27].

У разі, якщо загрозлива ситуація не вирішується упродовж 48 годин, тоді у людини різко редукується гостра психопатологічна симптоматика, вже до кінця третьої доби. Тобто, виникає афективне звуження свідомості із легким «оглушенням» та відчуттям жаху і безпорадності. Також, відбувається грубе порушення діяльності когнітивних процесів, людині все важче мислити, аналізувати ситуацію, знижується вольовий контроль власної поведінки, що дуже шкодить формуванню адаптивних моделей реагування [5, с. 27].

Коли ж людина виходить із небезпечної ситуації, відбувається перехід у фазу ізоляції. Ця фаза характеризується підвищенням апетиту, спраги, різка бажання у задоволення фізіологічних потреб. І, що важливо, у людини існує «параліч емоцій». По завершенні гострої реакції на стрес, виникає перехідний період, який може тривати від 5 до 30 діб [5, с. 27-28].

Характерними ознаками цього стану є, наявність головного болю, порушення сну та ритму, підвищена тривожність, але можливо посилення апетиту [5, с. 28].

Важливо зазначити, що у людини спостерігається феномен, який має назву внутрішня ревізія власної поведінки у стресовій ситуації. Тобто, людина спів ставляє власні вчинки із суб'єктивними уявленнями про моральні стандарти [5, с. 28].

Саме тому, детально аналізуючи попередні етапи проживання людиною критичної ситуації, як зазначає Герасименко, етап становлення та розвитку ПТСР з усіма симптомами, виникає не одразу, а ніби «відстрочено». У цій ситуації, коли вже все позаду, і усі психотраумувальні події, пережито і загрози життю втратили свою актуальність, виникає та розвивається сукупність тяжкої неврозоподібної симптоматики і психопатоподібні поведінкові розлади, що інколи супроводжується процесом вживання алкоголю [5,с. 28].

Важливо зазначити, що у людини може спостерігатися порушення пам'яті, в емоційній сфері, вникають напливи афективно забарвлених спогадів та поведінка уникнення [5,с. 28].

Нині активно досліджується внесок навіть генетичних чинників, зокрема з метою пошуку можливих нових препаратів для лікування ПТСР, на сьогоднішній день є велика база генетичних досліджень, які вказують на полігенний характер фенотипу ПТСР, водночас питання щодо співвідношення власне генетичних чинників і чинників зовнішнього середовища залишається відкритим.

Так, попередня травматизація підвищує ризик розвитку ПТСР, але поки що немає однозначного опису патогенетичних механізмів подібної сенситизації [11,14].

Як зазначають ряд науковців Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр, Л. Гридковець, Л. Царенко, О. Ковальчук, В. Невмержицький, О. Лосієвська, К. Пітрсон, Т. Майстренко, гострі стресові реакції є нормальною відповіддю на надзвичайні впливи в більшій частині людей. Через дефіцит ресурсів ефективної адаптації природна відповідь на стрес набуває патологічного характеру, зокрема порушується функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової структури та симпатoadреналової системи, що призводить до маніфестації симптомів ПТСР, підвищеної готовності до тривожних реакцій, фізіологічного збудження [15, 19, 21,22].

У когнітивних моделях ПТСР, які нині знайшли своє підтвердження в дослідженнях із використанням сучасних можливостей нейровізуалізації, патогенез ПТСР тісно пов'язаний із порушенням процесів переробки інформації та інтеграції травматичного досвіду в загальну біографічну пам'ять індивіда. Було виявлено, що травматичні спогади асоційовані зі зниженою активністю лівої нижньої фронтальної кори, що дає можливість припустити, що в цих спогадах переважають емоційні та сенсорні елементи без відповідних лінгвістичних асоціацій.

Пережита та зафіксована інформація про травму існує в активній робочій пам'яті до того часу, доки не відбудеться її осмислення та сприйняття. Таким чином формується цикл пожвавлення травматичних спогадів під впливом тригерів, пов'язаних із травмою, і прагненням уникати неприємного досвіду зі спробами контролювати перебіг думок та уникати зіткнення з усім, що може нагадувати про травму, що, впливає на загальне переживання травматичного досвіду.

У нормі епізоди нав'язливих спогадів травматичних переживань чергуються з періодами уникнення, згодом у міру завершення процесу ці стани стають рідшими і менш інтенсивними.

Інколи може виникати конфлікт між потребою в осмисленні та наявною системою взаємодій, у цьому разі може виникати конфлікт із подальшим розвитком поведінки «уникнення», тобто емоційного оніміння, як прояву психологічного захисту організму, що формує підґрунтя для подальшої маніфестації коморбідних депресивних розладів. У цих випадках афект втрачає свою сигнальну функцію, оскільки будь-яка сильна емоція сприймається як небезпека повернення травматичного досвіду

У працях Л. Герасименко, Л. Засєкіної, Н. Кемп, О. Кокун, Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр, Л. Гридковець, Л. Царенко, власне пусковими чинниками виступають ті події, які здатні спричинити дистрес практично в будь-якої людини: природні та техногенні катастрофи, загроза життю, напад, катування, сексуальне насильство, військові дії, терористичні акти,

перебування в полоні або концентраційному таборі, загибель іншої людини, загрозове для життя захворювання, захворювання, яке призводить до інвалідизації, зокрема травма, втрата кінцівки, отримання звістки про неочікувану чи насильницьку смерть близької людини та ін..

Науковці Л. Герасименко, Л. Засєкіна, Н. Кемп, О. Кокун, Н. Пророк, О. Запорожець, Л. Царенко зазначають, що до основних критеріїв чинників травматичного переживання :

- Подія або ситуація які мають загрозовий або катастрофічний характер;

- Подія або ситуація, які здатні викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини.

- Травматичні ситуації виникають під час впливу екстремальних чинників, як-от стихійні лиха, техногенні катастрофи, війни та громадянські конфлікти, насильство (сексуальне, фізичне, емоційне), захоплення заручників, полон, важке, зокрема й стигматизуюче, захворювання (наприклад, рак, ВІЛ, туберкульоз) [5,8,9,11,16,12].

У подібних ситуаціях виникає психічна травма, з якою військовослужбовець не може впоратися самотійно, оскільки в нього просто не вистачить на це сил, внутрішніх ресурсів і стратегій упоралося.

Військовий не зможе самотійно адаптуватися до ситуації, знайти їй пояснення і заспокоїти себе. Оскільки важку травму, може завдати якась одна подія, наприклад, теракт. Або ж травма утворюється внаслідок низки повторюваних подій наприклад, систематичного жорстокого поводження в сім'ї. Можна розглядати такі види травм:

*Одинична травма* - це стресова подія величезної емоційної інтенсивності, яка трапилася одноразово і має дуже конкретні часові межі. Людина зазвичай пам'ятає час початку травмувальної події, приблизно або точно може описати характер події та визначає момент закінчення. Приклад такої травми - теракт, смерть близької людини.

*Травма пролонгована (кумулятивна)* - має затяжний характер, оскільки в цьому випадку має місце тривалий вплив негативних явищ на психіку людини. Приклад - перебування в зоні військових дій, тривале насильство в сім'ї.

*Комплексна травма* - розвивається у відповідь на тривалий, повторюваний досвід міжособистісної травми, пов'язаної з психологічним, сексуальним, фізичним насильством і зневагою в дитячому віці.

Психічна травма має відбиток на когнітивній, емоційній, поведінковій, фізіологічній і соціальній сферах людини, а також впливає розуміння на сприйняття часу. Під її впливом змінюється бачення минулого, сьогодення і майбутнього.

За інтенсивністю пережитих почуттів травматичний стрес співмірний з усім попереднім життям. Через це він здається найістотнішою подією життя, що розділила його на «до» і «після». Головний зміст психічної травми становить втрата віри в те, що життя організоване відповідно до певного порядку і піддається контролю, особливо гостро такі відчуття присутні у військовослужбовців, які перебувають у зоні бойових дій.

Для травматичних переживань характерні:

- Негативний характер переживань - в травматичній ситуації виходять відчуття та емоції негативного характеру («Мені зле»);

- Висока інтенсивність переживань - сила й інтенсивність почуттів у кризовій ситуації значно перевершує ті емоції, які людина відчуває та здатна пережити у повсякденному житті («Я цього не в змозі стерпіти»);

- Різноманіття переживань - кризовий стан в якому перебуває людина, досить насичений найрізноманітнішими емоціями і переживаннями, пригніченість, страх, почуття провини, образа, гнів, безпорадність, безнадійність, самотність тощо;

- Суперечливість переживань, те різноманіття почуттів, які відчуває людина в кризовій ситуації мають суперечливий характер, тобто, що в



повсякденному житті практично не сумісне, у кризовому стані часто невіддільне одне від одного;

- Неприйнятність переживань суспільством – тобто існує перелік таких почуттів, які у суспільстві вважаються неприйнятними і неприпустимими (агресія, злість). У результаті людина, яка відчуває ці почуття, відчуває себе «ненормальною» та ізольованою від суспільства, оскільки вона не може розповісти про них оточенню, що ще більше посилює її кризовий стан («Я божеволію»).

- Неприйняття переживань людиною. Різноманітність почуттів, якими насичений кризовий стан, неприйнятні не тільки для оточуючих, а й не приймаються самою людиною. У результаті значна частина кризового стану наповнена так званими метапочуттями, або думками та переживаннями з приводу своїх почуттів. Головним чином, це негативні почуття, які проявляються в боротьбі людини зі своєю реакцією на травматичну ситуацію.

Але ті дорослі, які навчилися взаємодіяти з екстремальною ситуацією, мають більшу можливість до саморегуляції та легше адаптуються в соціумі.

Таким чином, можемо підкреслити дві особливості ПТСР: яскрава психогенна природа розладу і тяжкість психотравми, що виходить за рамки звичайного людського досвіду.

### **1.3. Застосування технік травмо-фокусованої терапії як засобу подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців**

Із вищезазначеного матеріалу, стає чітко зрозуміло, що ПТСР - розлад, який має високу коморбідність з великою кількістю психічних та соматичних розладів.

Герасименко зазначає, що попри різноманітність та відмінність запропонованих програм лікувальних стратегій та видів терапії, важливо враховувати значення психічної травми в етіології посттравматичної симптоматики. Оскільки найважливішим, у терапії з роботою ПТСР є

пропрацювання травматичного досвіду та наслідків психічної травми. Досить часто, людина, у якої вже формується ПТСР пізно звертається за кваліфікованою допомогою [5,с.30].

Важливо те, що людина має розуміти значення невідкладності і ефективності застосування психофармакологічних впливів і заходів реабілітації. Авторка зазначає, що необхідність застосування фармакологічних засобів у роботі з дорослими не завжди є потрібною. Лише, якщо на це є клінічні показники, такі як диссомнія, нічні кошмари, гіперажитация. Лікарі можуть призначити певні транквілізатори, антидепресанти або снодійні препарати, або нейролептики, якщо спостерігається гіперзбудження у відповідних дозах за показами.

Якщо у людини спостерігаються різного роду фізіологічні симптоми, типу різного болю опорно-рухового апарату, варто керуватися мультидисциплінарним підходом у лікуванні, обов'язково враховуючи фізичні, соціальні, психологічні компоненти [5, с.30].

Якщо прийнято рішення раннього застосування саме медикаментів, обов'язковим є контроль за психічним станом людини. І, дуже вагомим є застосування інших, додаткових методів, таких як підтримувальна психотерапія із психолого-педагогічним включенням [5, с.30].

Можна використовувати зовсім немедикаментозний підхід, який допоможе людині тримати біль під контролем, такі як фізіотерапія масаж, йога, медитація тощо [5, с.30].

Якщо йде мова про лікування пацієнтів із ПТСР та коморбідними порушеннями доцільно опиратися на клінічні рекомендації та стандарти надання допомоги для цих захворювань.

Існують безліч варіантів роботи з людиною, яка прожила різного ступеня травмуючі події, серед яких, наприклад виокремлено *дебрифінг* - як короткої, одноразової бесіди із людиною, яка пережила екстремальну ситуацію або травму. Психологічна бесіда має бути структурованою.

На думку військових та цивільних психологів, застосування такої бесіди допоможе позбавити людину спотворювального впливу гострих, афективних переживань, які вона набула [5, с.30].

Якщо мова йде про професійну діяльність військовослужбовців, вони часто використовують даний метод дебрифінгу, але у військових цілях, як-от звіт про виконану роботу або завдання. Але, саме емпіричною діяльністю, якраз військові виявили, що включення у структуру дебрифінгу саме частин щодо психологічного розвантаження для згладжування наслідків пережитих подій, є доречним та дієвим [5, с.30].

На сьогодні, як підкреслює Герасименко, одним із найефективніших методів роботи з клінічно сформованим посттравматичним стресовим розладом є використання травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ), або ж десенсибілізацію та пророблення травми рухами очей (EMDR).

У публікаціях закордонних дослідників, Cain D. J., Seeman J [42] зазначено, що травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) є короткостроковою інтервенцією, для того щоб зменшити, приглушити інтенсивність посттравматичних переживань. Даний метод був започаткований у 1980-х роках, Джудіт Коен, Ентоні Манаріном та Естер Деблінгер. На думку, вчених, за допомогою даного методу можливо працювати із негативними емоціями, різними фізичними реакціями та іншими труднощами, що викликають асоціацію пережитого досвіду [42].

Оскільки, травматичні ситуації - це екстремальні події, що несуть загрозу життю або здоров'ю особистості, так і її значущим близьким, робота над такими ситуаціями потребує екстраординарних зусиль для того, щоб упоратися з їхніми наслідками

Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія є науково обґрунтованим для роботи з посттравматичним стресовим розладом, депресивних і тривожних симптомів та інших емоційних і поведінкових проблем, що показало високу ефективність її застосування.

Теоретичною основою роботи з ПТСР у рамках ТФ-КПТ виступає модель так званого когнітивного трикутника у якому поєднуються думки, почуття та дії.

Будь-яка травмувальна подія продукує певні думки, які викликають почуття, а вони зі свого боку формують поведінку людини. Впливаючи на формулювання думок, у наших силах змінити набір або інтенсивність почуттів, що своєю чергою закономірно призведе до зміни поведінки.

Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія включає в себе індивідуальні заняття, а також спільні сеанси. На думку Джудіт Коен, Ентоні Манаріном та Естер Деблінгер достатнім може бути 12-16 сеансів, які присвячені психоосвіті, експозиції, принципів моделюванню поведінки, оволодінню потрібними копінг-стратегіями та тренінгам які допоможуть регулювати власну поведінку, якщо спостерігається надмірна реактивність у поведінці [42].

Якщо у роботі психолога з військовослужбовцями застосовується травмо-фокусована або нетравмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, групова форма цієї терапії може бути лише як додаткова форма. Але ніяк не використовується як заміна індивідуальній ТФ КПТ робота [42].

У цьому полягає перевага травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії перед багатьма іншими підходами, які спрямовані на військовослужбовців.

Базовими *принципами травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії* є такі:

- терапія будується на фазах і компонентах;
- чіткий порядок компонентів і пропорційність фаз;
- використання поступового виявлення (експозиції);
- важливість залучення інших людей до терапії.

*Цілі травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії* полягають у тому, щоб скоригувати наслідки травми, у нашому випадку *під час роботи з військовослужбовцями*, які проявляються в різних сферах:

- в *афективній сфері*: наприклад, дратівливість, збудливість, тривожність, психічна напруженість; емоційна нестійкість, знижений фон настрою;

- у *поведінковій*, наприклад, уникнення нагадувань про травму, самошкодження, опозиційність, агресивність, сексуалізована поведінка;

- у *психосоматичній*, наприклад, підвищена стомлюваність, порушення сну, біль у животі, головні болі;

- у *когнітивній*, наприклад, нав'язливі думки та спогади, пов'язані з травмою; неадекватні травматичні переконання; амбівалентне ставлення до насильства та обвинувачуваного;

- у *соціальній та навчальній*, наприклад, порушені стосунки з сім'єю, друзями, однолітками, знецінення прив'язаності або довіри, прогули школи.

З усього вище зазначеного розуміємо, що головною метою застосування травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії є націленість на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності військовослужбовця, переоцінка ним власне пережитого травматичного досвіду, рух у напрямку відновлення почуття власної цінності та гідності, цілісності особистості, формування ефективної соціалізації та інтеграції назад у суспільство.

Ключовими положеннями травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, щодо виявлення первинної реакції на травму:

- виявлення таких опитуваних, які пережили травмівну подію із запропонованим індивідуальним короткотерміновим втручання за допомогою однієї сесії;

- якщо симптоми, які є у людини проявляються не довше 4 тижнів, після переживання травмівної події, то один із варіантів вирішення цієї проблеми є мьуляторне спостереження за людиною.. А вже через місяць потрібно провести наступну зустріч [31, с, 11].

Відомо, що фармакологічні засоби також можуть бути застосовані під час роботи із наслідками травматичних подій, але як зазначають науковці, не

варто надавати перевагу лікам перед травмо-фокусованою когнітивно-поведінковою терапією [5, с.31].

Якщо все ж таки, лікар призначає застосування фармакологічних препаратів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, варто дотримуватися певних умов, для їх ефективного використання:

1. якщо військовослужбовець не виявляє особистого бажання або не має доступу до отримання допомоги засобами травмо-фокусованою когнітивно-поведінковою терапією;

2. військовослужбовець перебуває на певному етапі, коли ситуація та обставини не дозволяють розпочати психологічну травмофокусовану терапію;

3. якщо фіксується наявність додаткової проблеми із психічним здоров'ям військовослужбовця, наприклад депресія, або виразні ознаки дисоціації;

4. у тому випадку, коли поставлені цілі застосування технік травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії не дали потрібного результату і військовослужбовець потребує подальшої допомоги.

Отже, травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію рекомендовано тим людям, хто страждає від важких посттравматичних симптомів або важкого випадку ПТСР, і дуже важливо це має бути здійснено упродовж першого місяця після пережитої події [31, С.11].

Зважаючи на те, що суб'єктами нашого дослідження є військовослужбовці, у яких виявляються посттравматичні стресові розлади, їм також рекомендується проходити курс травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, або десенсибілізацію та репроцесуалізацію за допомогою руху очей [EMDR]. Вся робота має здійснюватися індивідуально [31, С.12].

Якщо після психологічної діагностики, військовослужбовець потрапив до групи ризику розвитку ПТСР, у результаті прожитого лиха,

відповідальним спеціалістам за координацію необхідної допомоги, також рекомендується застосування короткого інструменту скринінгу ПТСР, але також через один місяць після пережитої травми [31, С.12].

Якщо ПТСР має тривалість менше 3-х місяців, то варто застосовувати короткі сесії до 5 разів у тому випадку, коли терапія почалася упродовж першого місяці після травми. А вже по завершенню першого місяці, потрібна терапія саме хронічного ПТСР [31, С.21].

Саме травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію варто використовувати тим людям, у кого спостерігаються важкі посттравматичні симптоми або з важкою формою ПТСР і саме у перший місяць після травматичної події. Така робота здійснюється індивідуально.

Травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію пропонують людині, коли у неї спостерігається ПСТР упродовж трьох місяців, після пережитої травми.

Тривалість травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії становить 8-12 сесій короткі сесії. Інколи можуть бути і довготривалі до 90 хвилин. Здійснена терапія має бути регулярно і безперервною [31, С.22].

Медикаментозна допомога доцільна коли у людини спостерігається порушення сну.

Що ж до використання нетравмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії або недирективна терапія, можна нерегулярно її застосовувати, якщо вона не має на меті роботу із травмами з людьми, які страждають від симптомів ПТСР упродовж перших трьох місяців[31, С.21].

Можемо зауважити, що не менш важливими моментом у роботі з військовослужбовцями є провадження реабілітаційної роботи різнопрофільних фахівців. Тобто, створення програми реабілітації з обранням відповідної команди спеціалістів. Адже головною метою надання терапевтичної допомоги є поступовий перехід від деструктивних, неприйнятних форм поведінки, поступовий відхід від деструктивних форм подолання дистресу, як пасивної соціальної позиції, до формування та

розвитку саме активної соціальної позиції, з інтеграцією та поверненням до суспільства та повноцінного життя у ньому.

Не менш важливим є момент профілактичної роботи, тобто поширення знань серед військовослужбовців про набуття стресу, причин його виникнення та методів подолання наслідків.

Такі превентивні заходи мають відбуватися ще до початку виникнення стресових подій, але на жаль, в момент воєнного стану, українські військові та цивільні психологи, не мали змоги вчасно та якісно підготувати військовослужбовців.

Тому, варто звернути увагу на стан посттравматичного розладу у якому перебувають військові, здійснивши відповідне емпіричне дослідження, етапи проведення та результати якого будуть висвітлені у наступному розділі кваліфікаційної роботи.

Згідно з отриманими даними буде запропоновано систему подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців з використанням технік травмо-фокусованої терапії.



### **Висновки до першого розділу**

Отже, з усього вище зазначеного можемо підкреслити наступне, у першому розділі наукового дослідження було реалізовано такі завдання:

1. Здійснено ґрунтовний аналіз наукової літератури з зазначеної проблематики, щодо виявлення, уточнення ключових понять обраної нами теми. Згідно з об'єктом нашого дослідження можемо зазначити, що розуміння суті, характеристики симптомів, механізмів, закономірностей розвитку посттравматичного розладу є актуальною теоретичною та прикладною проблемою дослідження ряду науковців, активне вивчення даного питання здійснюється впродовж останніх десятиліть.

2. Враховуючи все вище викладене, розуміємо, що посттравматичний стресовий розлад, виникає внаслідок впливу на людину травматичних подій, пов'язаних із загибеллю, серйозними пораненнями людей, або ж можливою загрозою загибелі або поранень. При цьому людина, яка пережила травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб.

3. Визначено основні чинники та фактори, які викликають травматичні переживання (ПТСР): подія або ситуація які мають загрозливий або катастрофічний характер; подія або ситуація, які здатні викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини; травматичні ситуації виникають під час впливу екстремальних чинників, як-от стихійні лиха, техногенні катастрофи, війни та громадянські конфлікти, насильство (сексуальне, фізичне, емоційне), захоплення заручників, полон, важке, зокрема й стигматизуюче, захворювання (наприклад, рак, ВІЛ, туберкульоз).

У подібних ситуаціях виникає психічна травма, з якою військовослужбовець не може впоратися самостійно, оскільки в нього просто не вистачить на це сил, внутрішніх ресурсів і стратегій упоралося

4. Проаналізовано теорію травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії та підкреслено можливість застосування її технік для подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців.

## **РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕХНІК ТРАВМО-ФОКУСОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

### **2.1. Опис експериментального дослідження**

Орієнтуючись на мету та об'єкт нашого наукового дослідження, нами було здійснено емпіричне дослідження, яке складалося із ряду етапів.

Дослідження посттравматичного розладу у військовослужбовців проводилося із військовослужбовцями Збройних сил України. Вибірку склали 20 військовослужбовців.

Проведене емпіричне дослідження даного дослідження включало такі етапи:

1. Здійснення аналізу наукових джерел з даної проблематики та визначення цілей і засобів для проведення емпіричного дослідження;

2. Здійснення відбору діагностичного інструментарію на виявлення стану посттравматичного розладу, в якому була охоплена уся вибірка;

3. Розроблено систему подолання наслідків посттравматичного розладу у військовослужбовців.

*Метою нашого дослідження є виявлення ступеня посттравматичного розладу у військовослужбовців з використанням технік травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії.*

Для того аби здійснене дослідження вважалось ефективних, нами було використано комплекс відповідних методів діагностики, застосування яких визначено специфікою проблематики на кожному з етапів роботи:

1. Організаційні методи;
2. Емпіричні методи;
3. Методи математичної обробки отриманих даних;
4. Інтерпретаційні методи;

Діагностичний інструментарій [9,12,13] виявлення ступеня посттравматичного розладу у військовослужбовців складався із таких методики:

1. *Опитувальник на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire*
2. *Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)*
3. *Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale)*

Розглянемо обрані нами методики

Перший *Опитувальник на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire* визначає тяжкість клінічних проявів, перебіг захворювання, основну психопатологічну симптоматику психопатологічну симптоматику, уточнити основні кластери типових для ПТСР симптомів. Даний Опитувальник складається з 10 запитань, які відображають симптоми вторгнення і фізіологічного збудження, що дає змогу провести скринінг ПТСР. Методика створювалася і була адаптована на кафедрі клінічної психології здоров'я, університетський коледж Лондона у 2002 р.

Він складається з 10 запитань, що відображають симптоми вторгнення (інтрузії) і фізіологічного збудження, з варіантами відповіді «так» або «ні». Для позитивної відповіді, кожен із симптомів має бути відзначений принаймні двічі минулого тижня.

Інструкція респондентам: Ця анкета пов'язана з вашими особистими реакціями на травматичну подію, яка трапилася з вами. Нижче вказані деякі реакції, які іноді виникають у людей після травматичної події. Будь ласка, дайте відповідь «Так», якщо ви відчували такі симптоми принаймні двічі минулого тижня

Обробка та інтерпретація результатів: Якщо отриманий бал за опитувальником, дорівнює або перевищує 6, то випробуваного слід віднести до групи ризику. Цей опитувальник зарекомендував себе як хороший діагностичний інструментарій для виявлення симптомів ПТСР. Однак, для постановки діагнозу або верифікації симптомів результати мають бути підтверджені за допомогою клінічного інтерв'ю та додаткових тестових методик.

Другою тестовою методикою ПТСР, яку ми використовували є *Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)*. Шкала оцінки впливу травматичної ситуації (ШОВТС) клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх вираженості.

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються в три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) або «часто» (5 балів).

Обробка отриманих даних ШОВТС проводиться за ключем:

- субшкала «вторгнення» (IN): підсумовуються бали пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20 - дає змогу виявляти у випробуваного нічні кошмари, нав'язливі думки, пов'язані з травмувальною подією;

- субшкала «уникнення» (AV): підсумовуються бали пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; - дає змогу виявляти у випробуваного симптоми уникнення,

що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із впливом кризової події;

- субшкала «фізіологічне збудження» (AR): підсумовуються бали пунктів 4,10, 14, 15, 18, 19, 21; - дає змогу виявляти у випробовуваного злість і дратівливість, гіпертрофовану реакцію переляку, психофізіологічне збудження, зумовлене спогадами про подію, безсоння безсоння.

Усі пункти мають пряме значення. Опитувальник призначений для вивчення наявності, ступеня вираженості та симптоматичної структури посттравматичного стресового розладу. Шкала зарекомендувала себе як надійний, валідний інструмент, що пройшов крос-культурну апробацію.

Шкала може бути включена в батарею психодіагностичних методик для роботи з особами, у яких є або підозрюється ПТСР.

Інструкція така: Користуючись цією шкалою, вкажіть, якою мірою ви згодні і чи не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження: Ніколи, Рідко, Іноді, Часто. Зверніть увагу, що перелічені симптоми стосуються Вашого самопочуття стосовно останнього тижня Вашого життя.

Ключі до обробки

- Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1,2, 3, 6, 9,16,20.
- Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5,7,8,11,12,13,17,22.
- Субшкала «фізіологічна збудливість»: сума балів пунктів 4, 10,14,15,18,19,21

Третя, заключна методика, це *Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу* (англ. *Mississippi Scale*) варіант для військових. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. *Mississippi Scale*) - клінічна тестова методика, спочатку розроблена в 1987 році Кеапе Т. М. зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. У 1995 році було розроблено й опубліковано цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР.

Опитувальник складається з 35 запитань у «військовому» і 39 запитань у «цивільному» варіантах. 30 запитань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно з DSM-III:

11 запитань першої шкали описують симптоми групи вторгнення,  
11 симптомів другої шкали описують симптоми групи уникнення,  
8 запитань третьої шкали описують симптоми збудливості.

П'ять запитань, що залишилися, описують симптоми, які стосуються почуття провини і суїцидальних нахилів.

Популяційні дослідження показали високу внутрішню узгодженість військового (0,94) і цивільного (0,86) варіантів шкали. Шкала має 87% чутливість і 63% специфічність у діагностиці ПТСР у контингенту психічно хворих.

Відповіді на запитання даються за шкалою Ліккерта. Незважаючи на групування запитань у чотири субшкали, вираховується тільки один підсумковий коефіцієнт. Частина запитань має перевернуті значення, що дає змогу знизити установки опитуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Бланк військового варіанта містить твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5».

Користуючись цією шкалою, вкажіть, якою мірою ви згодні або не згодні з цим твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження: Абсолютно невірно, Іноді вірно, До деякої міри вірно, Вірно, Абсолютно вірно

Інтерпретація: сумується кожен збіг із ключем, та оцінюється в один бал.

Вважаємо, що саме за обраними методиками, можливо виявити ступінь посттравматичного розладу у військовослужбовців, опрацювавши отримані результати дадуть змогу запропонувати системи подолання його наслідків засобами травмо-фокусованої терапії.

## **2.2. Діагностика стану посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців**

Для здійснення емпіричного дослідження нам була обрана вибірка військовослужбовців, які погодилися взяти участь у опитуванні, у кількості 20 осіб, віком від 28 до 49 років.

На момент проведення дослідження усі опитувані в спокійному стані, з адекватним настроєм. В процесі діагностики в респондентів не було відчуття дискомфорту, і опитування проводилося за можливості в доречний час.

Так, отримані результати за *опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire*, дали змогу виявити, що:

14 (70%) осіб відповіли «так» на запитання опитувальника більше ніж 6 разів, що дає можливість рахувати їх у групі ризику людей, у кого можна трактувати можливість виявлення ПТСР.

І лише 6 (30%) респондентів дали відповіді «так» на пропоновані запитання 5 і менше разів, що дає підстави не вважати їх у групі ризику виникнення посттравматичного розладу.

Для кращого розуміння отриманих кількісних результатів, нами подано секторну діаграму з відповідними показниками (рис.2.1)

### **Результати за *опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire*,**



**Рисунок 2.2.1. Показники групи ризику за опитувальником на скринінг ПТСР *Trauma Screening Questionnaire***

За результатами поданими у діаграмі, стає зрозумілим, що значна частина респондентів 14 (70%) підпадає до групи ризику осіб, у яких можна виявити посттравматичний розлад. Що в свою чергу передбачає надання кваліфікованої допомоги психолога для подолання його наслідків. І, лише 6 (30%) осіб на даний момент не належать до групи ризику. Що можливо пояснити малим досвідом перебування у складних стресових ситуаціях, які пов'язані із участю у бойових діях.

За отриманими результатами *шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)*, було виділено наступний розподіл за шкалами:

- Відповіді 16 (80%) осіб за субшкалою «вторгнення» (IN) дають змогу визначити те, що у досліджуваних присутні нічні кошмари, нав'язливі думки, які пов'язані з травмувальною подією;

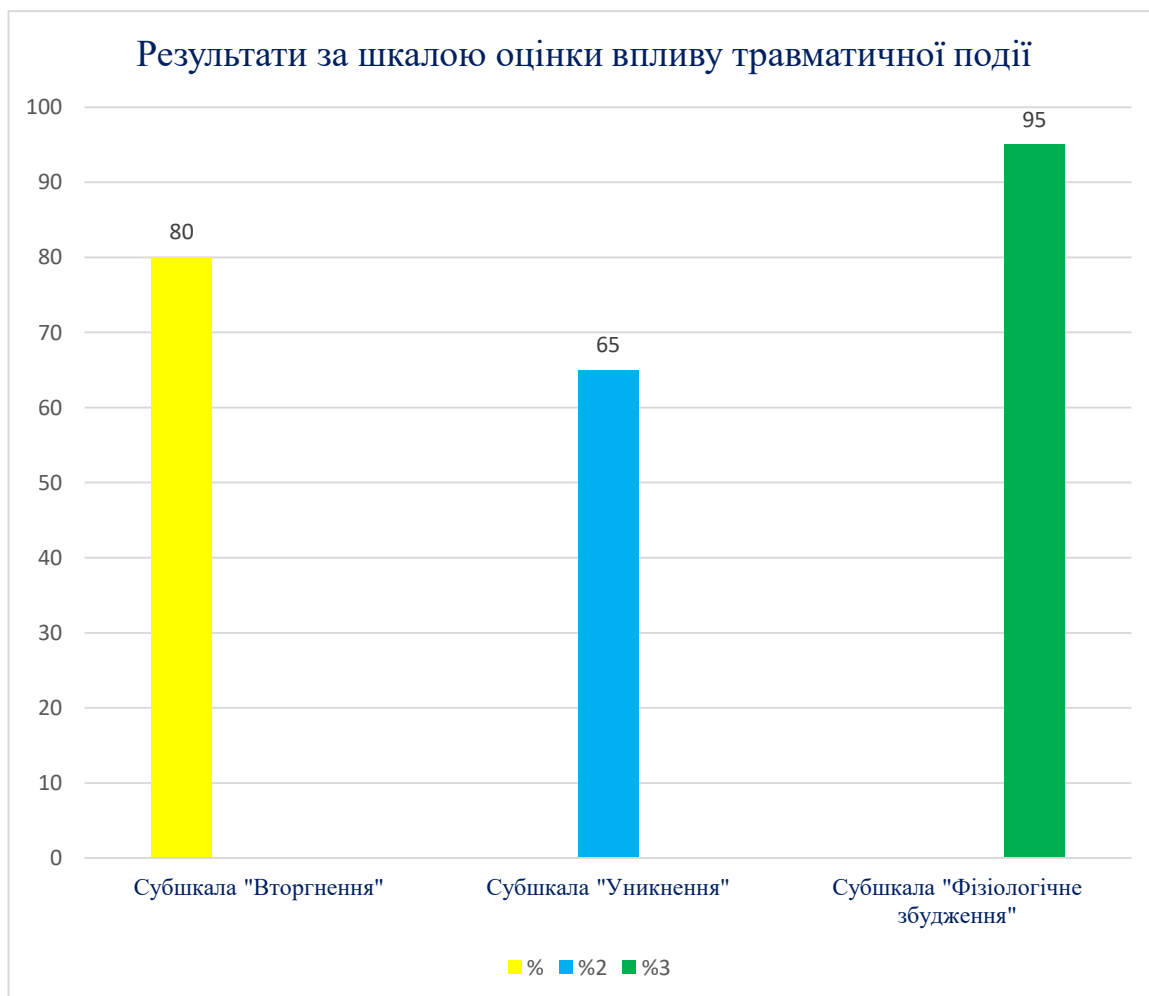


- Отримані відповіді 13 (65%) осіб за субшкалою «уникнення» (AV) дають змогу виявляти наявність в опитуваних симптомів уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із впливом від пережитої кризової події;

- Відповіді 19 (95%) осіб, які співпадають за субшкалою «фізіологічне збудження» (AR) дали можливість виявити у респондентів злість та дратівливість, гіпертрофовану реакцію переляку, наявність психофізіологічного збудження, яке може бути зумовлене спогадами про важку подію, також інколи спостерігається порушення сну та безсоння.

У діаграмі (рис. 2.2.) представлено кількісні показники отриманих результатів за даною методикою.

### **Результати шкали оцінки впливу травматичної події (*Impact of Event Scale R IESR*)**



### Рисунок 2.2.2 Результати шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)

Отримані показники є досить невтішними, адже за кожною субшкалою фіксується високий показник збігів із ключем. Тобто за підрахунками субшкали «вторгнення» виявлено, що у 80% респондентів спостерігаються нічні кошмари, нав'язливі думки, пов'язані з досвідом пережитих травмувальних подій.

У 65% респондентів виявлено симптоми уникнення, що характеризуються спробами пом'якшення або уникнення особистих переживань, пов'язаних із впливом кризової події, за субшкалою «уникнення» (AV).

І, дуже високий показник, аж у 95% респондентів спостерігається фізіологічне збудження (субшкала «фізіологічне збудження» (AR)), яке проявляється у вигляді злості, підвищеної дратівливості, гіпертрофованої реакції переляку, загального психофізіологічного збудження, ці прояви зумовлені спогадами про пережиті важкі, травмуючі подію, також виявлено порушення сну, відпочинку та безсоння.

За результатами даної методики можемо вказати, що у значної частини опитуваних явно виражена схильність до розвитку посттравматичного розладу, який може бути спровокованим постійним перебуванням у складних, стресових ситуаціях, де існує загроза життю та здоров'ю військовослужбовців.

Отримані результати за відомою *Міссісіпською шкалою на виявлення посттравматичного стресового розладу*, дають можливість виявити вірогідність появи ПТСР згідно із DSM-III.

У таблиці подано отримані результати за результатами зазначеної методики.

**Таблиця 2.2.1.**

## Результати діагностики військовослужбовців за Міссісіпською шкалою для оцінки ПТСР

<b>Вірогідність виявлення посттравматичного стресового розладу</b>		
<b>Висока</b>	<b>Середня</b>	<b>Низька</b>
90 і більше балів	89-80 балів	до 80 балів
7 (35%)	11 (55%)	2 (20%)

Згідно із наведеними даними отриманими за проведеною Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу, стало зрозуміло, що висока вірогідність виникнення та прояву посттравматичних реакцій є характерною для 7 (35%) осіб, а показник середнього рівня виникнення посттравматичних реакцій є характерним для 11 (55%) осіб.

А от для 2 (10%) осіб спостерігається незначна тенденція до виникнення та прояву посттравматичних реакцій.

Запропонуємо діаграму (рис. 2.3), на якій представлено кількісні показники результатів даної методики.



**Рис. 2.2.3** Результати діагностики військовослужбовців за Міссісіпською шкалою для оцінки ПТСР.

Здійснивши емпіричне дослідження за обраними діагностичним інструментарієм ми розуміємо, що за результатами *шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)* можемо вказати, що у значної частини опитуваних явно виражена схильність до розвитку посттравматичного розладу, який може бути спровокованим постійним перебуванням у складних, стресових ситуаціях, де існує загроза життю та здоров'ю військовослужбовців.

Згідно отриманих результатів за *опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire*, нами було виявлено що 14 (70%) осіб відповіли «так» на запитання опитувальника більше ніж 6 разів, що дає

можливість рахувати їх у групі ризику людей, у кого можна трактувати можливість виявлення ПТСР.

І лише 6 (30%) респондентів дали відповіді «так» на запропоновані запитання 5 і менше разів, що дає підстави не вважати їх у групі ризику виникнення посттравматичного розладу.

За допомогою варіанту методики для роботи з військовими Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичного стресового розладу, нами було виявлено, що у 18(80%) респондентів, від загальної кількості опитуваних осіб із травмивним досвідом, спостерігається висока та середня схильність до виникнення ПТСР.

Усі отримані результати в загальні сумі свідчать про те, що українські військовослужбовці, які перебувають або вийшли із зони бойових дій, в більшій чи меншій мірі пережили складні, довготривалі психотравмуючі ситуації.

Коли військовослужбовець потрапляє назад в суспільство, або на лікування чи реабілітації у шпиталь, саме тоді зовнішні та внутрішні чинники, різного роду фактори впливають на прояв посттравматичного стресового розладу.

Лише за вчасної, кваліфікованої психологічної діагностики, із правильними висновками, а у разі потреби і з залученням інших фахівців, стає можливим подолати військовослужбовцям такий складний стан та повернутися до нормального життя.

Саме про систему подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з використанням технік травмо-фокусованої терапії буде висвітлено у наступному параграфі даного розділу.

### **2.3. Система подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з використанням технік травмо-фокусованої терапії**

Враховуючи отримані показники здійсненої діагностики на виявлення схильності до посттравматичного розладу у військовослужбовців, можемо зазначити, що більше половина респондентів знаходяться у групі ризику тих осіб, у яких він може виникнути.

Оскільки *посттравматичний стресовий розлад* (ПТСР) визначається як психічний розлад, що розвивається внаслідок потужного психотравмувального впливу загрозливого чи катастрофічного характеру він може супроводжуватися екстремальним стресом.

Основними клінічними проявами виступають повторні переживання елементів травматичної події у ситуації «тут і зараз» у формі флешбеків, повторюваних сновидінь та кошмарів, що супроводжується частіше тривогою та панікою, але можливе також гнівом, злістю, відчуттям провини чи безнадії, прагненням уникати тих стресорів, які можуть нагадувати про вже пережиті події.

Оскільки, травматичні ситуації - це екстремальні події, що несуть загрозу життю або здоров'ю як самому військовослужбовцю, так і його значущим близьким, вони потребують екстраординарних зусиль для того, щоб упоратися з їхніми наслідками.

Травматичні ситуації виникають під час впливу екстремальних чинників, як-от стихійні лиха, техногенні катастрофи, війни та громадянські конфлікти, насильство (сексуальне, фізичне, емоційне), захоплення заручників, полон, важке, зокрема й стигматизуюче, захворювання (наприклад, рак, ВІЛ, туберкульоз).

У подібних ситуаціях народжується психічна травма, з якою військовому не впоратися самотійно, оскільки у нього може просто не вистачити на це сил, внутрішніх ресурсів і стратегій упоратися.

Військовослужбовець, який має значний досвід травмуючих подій, часто просто не може самотійно адаптуватися до ситуації, знайти їй пояснення і заспокоїти себе.

У разі роботи з травмо-фокусованої когнітивно-поведніковою терапією тут важливе значення мають система охорони здоров'я та соціальні служби.

У плані роботи мають бути розроблені координовані психологічні реакції надання такої допомоги.

Важливо розробка плану психолого-соціального аспекту, із негайним наданням практичної психологічної допомоги, із застосуванням засобів для підтримки громад, конкретної особистості, надання спеціалізованої допомоги фахівців з охорони психічного здоров'я постраждалих, у нашому випадку це військовослужбовці [31,с 27].

Робота травмо-фокусованої когнітивно-поведнікової терапії з дорослими, військовослужбовцями передбачає врахування формату терапії для конкретних людей.

Програма скринінгу яку необхідно провести відповідним чином, з розробленням лонгitudного дослідження, щоб виявити чи може бути застосована звичайна методика скринінгу, яка зрозуміла людині. Такі методики і їх доцільне використання допоможе уточнити і гарантувати, що військовослужбовці отримують ефективну терапевтичну допомогу.

У разі потреби варто застосовувати й медикаментозне і терапевтичне втручання разом.

*Заходи, які можуть бути використанні у такій психологічній роботі:*

1. Короткочасні втручання, які тривають одну сесію – застосовуються у тих випадках, коли людина пережила травматичну подію, у вигляді індивідуального короткотермінового втручання за одну сесію, у вигляді *дебрифінгу*. Але це не має бути у вигляді звичайної практики. Така терапія має свої обмеження і не може бути запропонована усім без винятку військовослужбовцям.

2. Перебування військовослужбовців під наглядом у разі того, коли симптоми виражені слабо, і проявляються упродовж чотирьох тижнів. У такому випадку, варто тримати таку людину під наглядом фахівців, що можливо зреалізувати, коли військовослужбовець перебуває на

стаціонарному лікуванні у шпиталі або лікарні. І вже через місяць проводиться наступна зустріч.

3. Травмо-фокусована терапія надається таким військовослужбовцям, які страждають від важких, посттравматичних симптомів, або складного ПТСР у перший місяць після пережитої травматичної події. Така робота проводиться в індивідуальній формі або амбулаторно.

4. Варто застосовувати також курс травмо-фокусованої терапії і десенсибілізацію та репроцесуалізацію за допомогою руху очей. Також індивідуально або амбулаторно.

5. Медикаментозне лікування – зазвичай не застосовують звичайну терапію першого виробу при ПТСР у дорослих, варто звернути увагу саме на травмо-фокусовану терапію.

6. У випадку коли військовослужбовець відмовляється від надання йому психологічної допомоги можна застосовувати медикаментозне лікування, яке призначає лікар.

7. Фахівцю, який здійснює план з подолання наслідків травмуючих подій, має систематично використовувати короткі інструменти для скринінгу ПТСР через місяць з тими людьми, які перебувають у групі ризику розвитку у них ПТСР

Розглянемо більш детально процедуру «Дебрифінг критичного інциденту» був розроблений американським психологом Дж. Мітчелом у 1983 році для представників «небезпечних професій», до яких належать рятувальники, пожежники, поліцейські та інші.

На даний момент **метод дебрифінгу** здобув визнання і серед кризових психологів.

*Дебрифінг* полягає у детальному розпитуванні людини про те, що відбулось, тобто у своєрідному інтерв'юванні, адже, як доводить терапевтичний досвід, у багатьох є природна потреба все розповісти.



Рекомендується до проведення не пізніше ніж через 48 годин після інциденту.

***Процедура складається з кількох елементів.***

В одну аудиторію збираються учасники події, їх просять поділитись своїми розповідями, вони обмінюються власними індивідуальними реакціями, а психолог висвітлює свою позицію, сутність якої – у визнанні нормальності будь-якої реакції у даній ситуації. Потім аналізуються наявні ресурси.

*Для проведення дебрифінгу* спеціалісти рекомендують розміщувати учасників (групу з 10-15 осіб) навкруги столу, що відрізняється від моделі традиційної групової терапії, коли стільці розставлені по колу з пустим полем посередині. Вважається, що пустота підсилює тривогу і може навіть сприйматись як загрозна. Усі сторонні втручання (телефонні дзвінки, відвідувачі тощо) виключаються.

Важливим моментом процедури є поведінка терапевта: він повинен не лише слухати, а й перекладати почуте на мову модальностей (говорячи термінологією НЛП) – зорову, слухову, кінестетичну. «Якими були запахи? Що ти чув? Що відчував? Що бачив?» і так далі.

Розпитування повинно бути спокійним, делікатним, проводитись у зацікавленій, проте не переляканій манері.

Нижче наводиться приблизна структура інтерв'ю.

1. Вступ. Терапевт відрекомендовується, пояснює мету питань.

2. Спочатку надається опис самої події й ставляться такі запитання: як ви дізнались про подію? Що відбувалось до неї? Де були ви?

3. Наступний крок – з'ясування очікувань людини: на що ви очікували і що відбулось насправді? Про що ви думали під час події? Що ви зробили і чому?

4. Далі з'ясовуються основні враження, викликані подією: які враження про те, що відбулось, лишились у вашій пам'яті? Що ви бачили / чули, чого торкались, який відчували запах та смак?

5. Після встановлення вражень, отриманих за всіма каналами, терапевт розпитує свідка про його почуття: що було найжахливішим? Що ви відчували у той момент? Від чого було найбільісніше? Чи плакали ви? Чому ви плакали?

**Мета цієї стадії** – надати людині можливість висловити навіть специфічний біль (наприклад, висловлювання про загиблого рідного: «мені було боляче, що лежало неприкрите тіло»).

6. З'ясовуються наступні реакції, які мали місце вже після травматичної події: як ви почуваетесь зараз? Окремо потрібно дізнатись про те, що відбувалося з людиною під час залишення місця подій: що відбувалось, коли вас привезли до лікарні? А коли ви вийшли з лікарні?

7. Стадія нормалізації: людині надається інформація щодо стадій ПТСР, про те, що всі її реакції є нормальними та закономірними.

8. Окреслення перспектив: чого ви і ваша родина зараз потребуєте? Ресурси, до яких ви можете звернутись?

9. Терапевт дякує опитуваному. Процедура завершення бесіди

Після завершення варто звернути додаткову увагу на тих членів групи, хто викликає найбільіше занепокоєння у терапевтів, можливо, поговорити з ними наодинці.

Крім того, спеціалісти, які проводять дебрифінг постраждалих у кризовій ситуації, повинні обміркувати шляхи профілактики виникнення у себе вторинної травматизації: заходи щодо самовідновлення, способи відреагування пережитих емоцій тощо

Оскільки когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія охоплює різні схеми втручань, спрямовані на переосмислення та повторне переживання травматичних подій.

Основними методами травмофокусованих втручань є

експозиція наживо (*in vivo exposure*), експозиція в уяві (*imaginal exposure*), пролонгована експозиція (*prolonged exposure*) - **Експозиція** – це процедура, під час якої людина навмисне стикається з об'єктами або

ситуаціями, які викликають страх і тривогу. Людина знаходиться в цих ситуаціях досить довго, щоб тривога та страх почали зникати самі по собі. Попередження реакції – це утримання від будь-яких дій, які раніше використовувалися для зниження тривоги.

стимульна конфронтація (stimulus confrontation),  
повторне когнітивне опрацювання (cognitive reprocessing),  
когнітивна реструктуризація (cognitive restructuring),  
а також наративна реконструкція (narrative reconstruction).

Найдієвішою в когнітивно-поведінковій психотерапії посттравматичного стресового розладу вважають так звану *когнітивну терапію ПТСР* (cognitive therapy for PTSD), запропоновану А. Ехлерс і Д. Кларком. Її неофіційна назва – оксфордський підхід до терапії ПТСР – виникла через асоціацію з місцем праці авторів – Оксфордським центром тривожних розладів і травми.

*Усунення дисфункційної поведінки і стратегій сприймання та інтерпретації реальності здійснюється шляхом обговорення, проведення дискусій, сократівських діалогів та поведінкових експериментів, під час яких клієнти переглядають старі способи світосприймання і реагування та переконуються в їхній неефективності.*

Зауважимо, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

Відповідно до цього протоколу втручання розраховане на 10 послідовних 50-хвилинних сесій з кількома бустерними три місяці потому.

На першій сесії формулюються цілі терапії; нормалізуються симптоми ПТСР (клієнту пояснюють, що симптоми є нормальною реакцією на ненормальні події);

ідентифікуються основні інтрузивні спогади;

здійснюється первинна ідентифікація факторів, що підтримують симптоми ПТСР (негативні оцінки, когнітивні стратегії, гіперпильність, захисна поведінка тощо);

практикується звільнення від думок («нехай спогади приходять і йдуть») та пояснюється природа травматичної пам'яті.

Друга сесія присвячена уявному переживанню травматичної події та ідентифікації гарячих точок, обговоренню особистісних значень у цих точках та пошуку пояснень, більш релевантних реальності.

На третій сесії, за потреби, повторюється процедура уявного переживання та розгортається пошук нових значень травматичної події, провадиться оновлення травматичних спогадів.

Четверта і п'ята сесії передбачають подальше обговорення значень та оновлення спогадів, а також роботу по дискримінації тригерів.

Шоста сесія спрямована на підтримку адаптивних стратегій: упроваджуються поведінкові експерименти, щоб продемонструвати, що немає необхідності контролювати загрози (наприклад, потреби в униканні та посиленій пильності); експерименти на зменшення румінації, усунення реакцій, які заважають засинанню, тощо.

На сьомій сесії відбувається перегляд місця події.

На восьмій продовжується робота, спрямована на оновлення спогадів, дискримінацію тригерів та зміну поведінки, яка є підтримувальною для симптоматики ПТСР.

На дев'ятій має бути відмічено досягнутий прогрес у всіх напрямках: оновленні травматичних спогадів, дискримінації тригерів, зміні особистісних значень, усуненні підтримувальної поведінки та когнітивних стратегій, – а також здійснено фінальне оновлення спогадів і побудову цілісного наративу травматичної події (також дається домашнє завдання з повторної наративізації травми).

Фінальна сесія орієнтована на повернення та адаптацію до життя; на ній відмічається досягнений прогрес, фіксуються усі зміни та дається домашнє завдання на практикування нових способів сприймання і поведінки.

Бустерні сесії передбачають моніторинг поточного стану клієнта, аналіз досягнутого прогресу, нагадування про терапевтичні інструменти та стимулювання до практикування адаптивних стратегій.

ТФ-Когнітивна терапія ПТСР ефективність якої на цей час доведено, базується на деталізованій теоретичній моделі посттравматичного стресового розладу, є логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою і такою, що має чітко виписаний протокол інтервенцій.

Згадані характеристики уможливають наразі ефективне навчання фахівців та широке застосування підходу в роботі з особами, які зазнали травматичних впливів, у тому числі і з потерпілими від бойових дій на сході України.

## **Висновки до другого розділу**

Дотримуючись мети та завдань даного наукового дослідження, у даному розділі нами було зреалізовано наступні завдання:

1. Проведено емпіричне дослідження за такими етапами: здійснення аналізу наукових джерел з даної проблематики та визначення цілей і засобів для проведення емпіричного дослідження; здійснення відбору діагностичного інструментарію на виявлення стану посттравматичного розладу, в якому була охоплена уся вибірка; запропоновано систему подолання наслідків посттравматичного розладу у військовослужбовців.

2. Проаналізовано наукову літературу з метою обрання необхідного діагностичного інструментарію для можливості виявлення посттравматичного розладу у військовослужбовців, або групи ризику за такими методиками: *опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire*; *шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)*; *міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale)*

3. Опрацьовано отримані результати: за *опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire*, ми виявили, що: 14 (70%) осіб відповіли «так» на запитання опитувальника більше ніж 6 разів, що дає можливість рахувати їх у групі ризику людей, у кого можна трактувати можливість виявлення ПТСР. І лише 6 (30%) респондентів дали відповіді «так» на запропоновані запитання 5 і менше разів, що дає підстави не вважати їх у групі ризику виникнення посттравматичного розладу.

За отриманими результатами *шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)*, було виділено наступний розподіл за шкалами: відповіді 16 (80%) осіб за субшкалою «вторгнення» (IN) дають змогу визначити те, що у досліджуваних присутні нічні кошмари, нав'язливі думки, які пов'язані з травмувальною подією; отримані відповіді 13 (65%) осіб за субшкалою «уникнення» (AV) дають змогу виявляти наявність в опитуваних симптомів уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із впливом від пережитої кризової події; відповіді 19

(95%) осіб, які співпадають за субшкалою «фізіологічне збудження» (AR) дали можливість виявити у респондентів злість та дратівливість, гіпертрофовану реакцію переляку, наявність психофізіологічного збудження, яке може бути зумовлене спогадами про важку подію, також інколи спостерігається порушення сну та безсоння.

Отримані результати за відомою *Міссісіпською шкалою на виявлення посттравматичного стресового розладу*, дають можливість виявити вірогідність появи ПТСР згідно із DSM-III: виска вірогідність виникнення та прояву посттравматичних реакцій є характерною для 7 (35%) осіб, а показник середнього рівня виникнення посттравматичних реакцій є характерним для 11 (55%) осіб. А от для 2 (10%) осіб спостерігається незначна тенденція до виникнення та прояву посттравматичних реакцій.

4. На основі опрацьованих літературних джерел та орієнтуючись на отримані результати здійсненої діагностичної роботи, нами було запропоновано використання травмо-фокусованої когнітивно-поведнікової терапії з військовослужбовцями. Оскільки посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) набутий ними визначається як психічний розлад, що розвивається внаслідок потужного психотравмувального впливу загрозливого чи катастрофічного характеру він може супроводжуватися екстремальним стресом.

Вважаємо, що висунута гіпотеза про можливість застосування травмо-фокусованої когнітивно-поведнікової терапії з військовослужбовцями, які є в групі ризику, щодо виникнення у них ПТСР є доведеною.

## ВИСНОВКИ

Отже, згідно поставлених завдань написання даної кваліфікаційної роботи нами було:

1. Здійснено ґрунтовний аналіз наукової літератури з зазначеної проблематики, щодо виявлення, уточнення ключових понять обраної нами теми. Згідно з об'єктом нашого дослідження можемо зазначити, що розуміння суті, характеристики симптомів, механізмів, закономірностей розвитку посттравматичного розладу є актуальною теоретичною та прикладною проблемою дослідження ряду науковців, активне вивчення даного питання здійснюється впродовж останніх десятиліть.

Враховуючи все вище викладене, розуміємо, що посттравматичний стресовий розлад, виникає внаслідок впливу на людину травматичних подій, пов'язаних із загибеллю, серйозними пораненнями людей, або ж можливою загрозою загибелі або поранень. При цьому людина, яка пережила травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб.

2. Визначено основні чинники та фактори, які викликають травматичні переживання (ПТСР): подія або ситуація які мають загрозливий або катастрофічний характер; подія або ситуація, які здатні викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини; травматичні ситуації виникають під час впливу екстремальних чинників, як-от стихійні лиха, техногенні катастрофи, війни та громадянські конфлікти, насильство (сексуальне, фізичне, емоційне), захоплення заручників, полон, важке, зокрема й стигматизуюче, захворювання (наприклад, рак, ВІЛ, туберкульоз).

У подібних ситуаціях виникає психічна травма, з якою військовослужбовець не може впоратися самотійно, оскільки в нього просто не вистачить на це сил, внутрішніх ресурсів і стратегій упоратися.

3. Проведено емпіричне дослідження за такими етапами: здійснення аналізу наукових джерел з даної проблематики та визначення цілей і засобів для проведення емпіричного дослідження; здійснення відбору



діагностичного інструментарію на виявлення стану посттравматичного розладу, в якому була охоплена уся вибірка; запропоновано систему подолання наслідків посттравматичного розладу у військовослужбовців.

Проаналізовано наукову літературу з метою обрання необхідного діагностичного інструментарію для можливості виявлення посттравматичного розладу у військовослужбовців, або групи ризику за такими методиками: опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire; шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR); міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale).

Опрацьовано отримані результати: за опитувальником на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire, ми виявили, що: 14 (70%) осіб відповіли «так» на запитання опитувальника більше ніж 6 разів, що дає можливість рахувати їх у групі ризику людей, у кого можна трактувати можливість виявлення ПТСР. І лише 6 (30%) респондентів дали відповіді «так» на пропоновані запитання 5 і менше разів, що дає підстави не вважати їх у групі ризику виникнення посттравматичного розладу.

За отриманими результатами шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR), було виділено наступний розподіл за шкалами: відповіді 16 (80%) осіб за субшкалою «вторгнення» (IN) дають змогу визначити те, що у досліджуваних присутні нічні кошмари, нав'язливі думки, які пов'язані з травмувальною подією; отримані відповіді 13 (65%) осіб за субшкалою «уникнення» (AV) дають змогу виявляти наявність в опитуваних симптомів уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із впливом від пережитої кризової події; відповіді 19 (95%) осіб, які співпадають за субшкалою «фізіологічне збудження» (AR) дали можливість виявити у респондентів злість та дратівливість, гіпертрофовану реакцію переляку, наявність психофізіологічного збудження, яке може бути зумовлене спогадами про важку подію, також інколи спостерігається порушення сну та безсоння.

Отримані результати за відомою Міссісіпською шкалою на виявлення посттравматичного стресового розладу, дають можливість виявити вірогідність появи ПТСР згідно із DSM-III: виска вірогідність виникнення та прояву посттравматичних реакцій є характерною для 7 (35%) осіб, а показник середнього рівня виникнення посттравматичних реакцій є характерним для 11 (55%) осіб. А от для 2 (10%) осіб спостерігається незначна тенденція до виникнення та прояву посттравматичних реакцій.

4. На основі опрацьованих літературних джерел та орієнтуючись на отримані результати здійсненої діагностичної роботи, нами було запропоновано використання травмо-фокусованої когнітивно-поведнікової терапії з військовослужбовцями. Оскільки посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) набутий ними визначається як психічний розлад, що розвивається внаслідок потужного психотравмувального впливу загрозливого чи катастрофічного характеру він може супроводжуватися екстремальним стресом.

Вважаємо, що висунута гіпотеза про можливість застосування травмо-фокусованої когнітивно-поведнікової терапії з військовослужбовцями, які є в групі ризику, щодо виникнення у них ПТСР є доведеною.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В.І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з посттравматичними психічними розладами: навч. посібник Х.: ХУПС, 2005. 84
2. Арнц А., & Якоб Г. (2014). Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів: Свічадо.
3. Без броні. Інтернет портал. - URL: [bezbroni.net](http://bezbroni.net)
4. Бріер Д. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
5. Герасименко Л. Посттравматичний стресовий розлад [http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/17083/1/Post-traumatic\\_stress\\_disorder.pdf](http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/17083/1/Post-traumatic_stress_disorder.pdf)
6. Горбунова В. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп: навчальний посібник. Л.: Інс-т псих. здоров'я Українського кат.університету, 2016. 96 с
7. Глива Є. Вступ до психотерапії: навч. посіб./ Нац. ун-т "Острозька академія".- Острог ; К.: Кондор, 2004.- 532 с.- Бібліогр.: с. 505-520.-
8. Державна цільова програма з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганських областях, забезпеченні їх здійснення на період до 2022 року. Програма, Паспорт, Заходи. Постанова Кабінету міністрів України від 05.12.2018 №1021 - [URL:http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%DO%BF](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%DO%BF)
9. Засекіна, Л. В. Психолінгвістична діагностика і реорганізація негативних глибинних переконань особистості. Психологічні перспективи, 2015(26), 143-156.

10. Кеннерлі Д., Вестрбук Д.Ю Кірк Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічададо. 2014.
11. Кемп Н. Військова психіатрія США: спадщина війни у В'єтнамі // Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. К.: Наш формат, 2017.
12. Кокурн О.М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО . Х.: НУЦЗУ, 2015. вип. 3 (46). с. 123 – 129.
13. Кокурн О. М. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності, Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 20. Х.: НУЦЗУ, 2016. с. 84 – 93
14. Ломакін Г.І. Прояви порушень реадаптації учасників бойових дій у системі суспільних відносин, Проблеми емпіричних досліджень у психології: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 6-7 грудня 2012 р.) К.: ОВС, 2012. С.94 – 100.
15. Лосієвська О. Посттравматичний стресовий розлад: психологічні аспекти *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* збірник тез II Всеукраїнської науково-практичної конференції (20 жовтня 2017 року). Л.: ЛьвДУВС, 2017. С. 221 -225.
16. Новікова Ж. Проблеми адаптації та збереження психологічного здоров'я в кризових ситуаціях *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* збірник тез II Всеукраїнської науково-практичної конференції (20 жовтня 2017 року) Л.: ЛьвДУВС, 2017. С. 282 - 286.
17. Олексюк-Нехман А. Роль реабілітаційних методик для терапії пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом // *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* / збірник тез II Всеукраїнської науково-практичної конференції (20 жовтня 2017 року) Л.: ЛьвДУВС, 2017. С. 286 – 291.

- 18.Орищин-Буждиган Л.С. Математичні методи у психології: практичний посібник. Л.: ЛьвДУВС, 2018. 180 с.
- 19.Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр, Л. Гридковець, Л. Царенко, О. Ковальчук, В Невмержицький, Том 1. Київ, 2018. 208 с
- 20.Основи реабілітації психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр, Л. Гридковець, Л. Царенко, та ін. Т. 3. К., 2018. 236
- 21.Пітерсон К. Відновлення військовослужбовців: повернення до мирного життя *Охорона психічного здоров'я в умовах війни* К.: Наш формат, 2017. – 1068 с
- 22.Повернення з зони бойових дій. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО. Редактор упорядник: Т.М. Майстренко. Житомир: Вид-во Євенок О.О., 2015. – 32 с
- 23.Положення про психологічну реабілітацію. Наказ Міністерства оборони України №702 від 09.12.2015 р. - URL: <http://zakon/rada.gov.ua>
- 24.Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО. Указ президента України №150/2015 від 18.03.2015 р. - URL:[http://zakon/rada.gov.ua /laws/show/150/2015](http://zakon/rada.gov.ua/laws/show/150/2015)
- 25.Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО. Розпорядження Кабінету міністрів України №359-р від 31.03.2015 р. - URL: <http://zakon/rada.gov.ua/laws/show/359-2015-p>
- 26.Про затвердження порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності. Постанова Кабінету міністрів України № 1057 від 27.12.2017. - URL:<http://zakon/rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-n>
- 27.Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників

- антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності. Наказ Міністерства соціальної політики України № 810 від 01.06.2018 р. - URL: <http://zakon/rada.gov.ua/go/zo723-18>
28. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №121 від 23.02.2016 р. URL: <http://zakon/rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>
29. Про план заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №597 від 16.09.2011 р. - URL: <http://zakon/rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11> 83
30. Про реабілітацію інвалідів в Україні. Закон України №2961-IV від 06.10.2005 р. - URL: <http://zakon/rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
31. Протокол з діагностики та терапії птср. Національного інституту клінічної майстерності великобританії (nice). Інститут психічного здоров'я українського католицького університету видавнича серія «психологія. Психіатрія. Психотерапія», Львів 2015. Онлайн-видання. Issued: March 2005 NICE clinical guideline 26 [guidance.nice.org.uk/cg26](http://guidance.nice.org.uk/cg26). С.64
32. Романчук, О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. 2013 URL: <http://neuronews.com.ua/article/155>
33. Стеблюк, В. В., & Проноза-Стеблюк, К. В.. Травма та травмотерапія: історія та сьогодення. *Український вісник психоневрології*, 2018 (26, вип. 4), 82-86.
34. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. 155 с

35. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
36. Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata P., Mc Evedy, C., Turner, S., and Foa E. B. Короткий інструмент скринінгу посттравматичного стресового розладу. /Британський журнал *Psychiatry*. 2002 V. 181, №3. P. 158-166
37. Bastien R. J. B. et al. The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis *Psychological Medicine*. 2020. V. 50. №. 10. pp. 1598-1612.
38. Banner Thomas Frederick. An Examination of the Lived Experiences of United States Military Veterans who have been Diagnosed with Psychological Injuries of War who have Utilized Equine Assisted Therapy. LSU Doctoral Dissertations. [URL: http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool\\_dissertations/118](http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/118)
39. Brewin CR. A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4): 373-393.
40. Cohen J. A. et al. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007. V. 46. №. 7. pp. 811-819.
41. Cain D.J., Seeman J. Defining characteristics, history, and evolution of humanistic psychotherapies. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* Washington, DC: American Psychological Association. 2002. P. 3-54.
42. De Young A. C. et al. Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012. T. 53. №. 1. C. 56-63.

43. DeVoe E. R. Judith Cohen, Anthony Mannarino, and Esther Deblinger, *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents: Guildford Press, New York, NY, 2006, 248 pp. 2009.*
44. Gray, R., Budden-Potts, D., & Bourke, F. . Reconsolidation of traumatic memories for PTSD: A randomized controlled trial of 74 male veterans. *Psychotherapy Research*, 2019 29(5), 621-639.
45. Green J. G. et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in thenational comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders *Archives of general psychiatry*. 2010. V. 67. №. 2. pp. 113-123.
46. Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* , 1979 41, 209 218.
47. Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1991 59(5), 715.
48. Kinzie J. D., Leung P. Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1989. Vol. 177, № 9. P. 546–550
49. Knapp, P., & Beck, A. T. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2008 30, 54-64.
50. Rogers, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change 2007
51. Shapiro, F., & Maxfield, L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology*, 2002 58(8), 933-946.
52. Scheeringa M. S. et al. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSDsymptomatology in children and adolescents *American Journal of Psychiatry*. 2006. V. 163. №. 4. pp. 644-651.
53. Trauma and Recovery Judith Herman, M.D. New York: Basic Books, 1992



54. Watson G.G. Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version. *J. Clin. Psychol.* 1991, № 47. P.186–188.
55. Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world.* Hachette UK.
56. WHO, 28 May 2019, Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases
57. Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.*

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Опитувальник на скринінг ПТСР Trauma Screening Questionnaire

Запитання	Так	Ні
1. Важкі думки або спогади про подію і приходили мені в голову проти моєї волі		
2. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося		
3 Я раптом помічав(ла), що дію і відчуваюся так, нібито ситуація повторюється знову		
4. Коли щось то нагадує мені про цю подію, я відчуваю себе пригніченим		
5. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні відчуття (пітливість, збій дихання, нудоту, прискорення пульсу та ін.)		
6. У мене порушений сон (труднощі засинання або часті пробудження)		
7. Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів		
8. Мені було складно зосередитися		
9. Я став більш обізнаним про потенційні небезпеки для себе та інших		
10. Я весь час був(ла) напружений(ла) і здригався(ла), якщо щось раптово лякало мене		

## Додаток Б

## Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale R IESR)

Запитання	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувало мене заново переживати все, що трапилося				
2. Я не міг спокійно спати ночами				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або щось нагадувало мені про неї				
6. Я думав про те, що трапилося, проти своєї волі				
7. Мені здавалося, що всього того, що трапилося, начебто б не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося				
9. Окремі картини того, що сталося, раптово виникали у свідомості				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що сталося, але нічого не робив, щоб їх уникнути				
13. Я відчував щось на кшталт заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що трапилося, були начебто паралізовані				
14. Я раptom помічав, що дію або почуваюся так, нібито все ще перебуваю в цій ситуації				
15. Мені було важко заснути				
16. Мене буквально захльостували нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося, з пам'яті				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чомусь				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття - пітнів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося				
21. Я був постійно насторожений і весь час очікував, що трапиться щось погане				

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапалося				
---	--	--	--	--

## Додаток В

**Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ.  
Mississippi Scale)**

Бланк військового варіанта

Текст опитувальника

Ім'я \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Сімейний стан \_\_\_\_\_ Діти \_\_\_\_\_

Професія \_\_\_\_\_

Вага \_\_\_\_\_ Зріст \_\_\_\_\_

<b>Твердження</b>	<b>Абсолютно невірно</b>	<b>Іноді невірно</b>	<b>До деякої міри вірно</b>	<b>Вірно</b>	<b>Абсолютно вірно</b>
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз					
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії					
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я, найімовірніше, не стримаюся (застосую фізичну силу)					
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю					
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться					
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.					
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні					
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити					
9. Зовні я виглядаю бездушним					
10. Останнім часом я відчуваю що хочу накласти на себе руки					
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді,					

коли треба вставати.					
12. Я весь час ставлю собі запитання, чому я ще живий, тоді як інші загинули на війні					
13. У певних ситуаціях я почуваюся так. так, ніби я знову в армії					
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати					
15. Я відчуваю, що більше не можу					
16. Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не зачіпають					
17. Мене, як і раніше, тішать ті самі речі, що й раніше.					
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх					
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації					
20. Мені важко зосередитися					
21. Я безпричинно плачу					
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей					
23. Мене лякають мої прагнення і бажання					
24. Я легко засинаю.					
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся					
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю					
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.					
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти будь-кому, тому що цього нікому не зрозуміти					
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії					
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.					
31. я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці					
32. Я боюся засинати					
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії					
34. Моя пам'ять така ж гарна, як і раніше.					

35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть стосовно близьких людей					
---	--	--	--	--	--

### Ключ

Відповідь	Номери тверджень
Пункти, що рахуються в прямих значеннях	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Пункти, що рахуються у зворотних значеннях:	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34