


**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.

**«ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВИМУШЕНО-
ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ»**

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

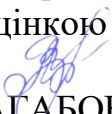
Жатікової Ольги Анатоліївни

Науковий керівник:
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри практичної
психології

Блашкова Олена Миколаївна

Рецензент:
доцент кафедри психології освіти
Кам'янець-Подільського
національного університету імені
І. Огієнка

кандидат психологічних наук
Дуткевич Тетяна Вікторівна

Кваліфікаційна робота
захищена з оцінкою 80 С
Секретар ЕК 
Анастасія ВАГАБОВА
«11» червня 2024 р.

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР.....	8
1.1 Поняття та структура ПТСР.....	8
1.2 Підходи до роботи з подолання ПТСР в країнах зарубіжжя.....	18
1.3 Огляд програм роботи з ПТСР в Україні.....	34
Висновки до розділу 1.....	43
РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМАТИКИ ПРОЯВУ ПТСР.....	44
2.1. Огляд і обґрунтування методів дослідження.....	44
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів.....	48
2.3. Програма психологічного супроводу для зменшення проявів симптомів посттравматичного розладу.....	57
Висновки до розділу 2.....	60
ВИСНОВКИ.....	62
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ.....	

Вступ

У сучасному світі проблема вимушено переміщених осіб є актуальною та тривожною. Загострення конфліктів, війн, природних катастроф, політичних криз, а також економічних труднощів призводять до того, що тисячі людей, зокрема молодь, змушені залишити свої домівки та шукати притулок у власній країні.

Умови переміщення, постійний стрес, втрата стабільності та невизначеність майбутнього мають значний вплив на психічне здоров'я цієї категорії осіб. Однією з серйозних проблем, з якою стикаються вимушено переміщені особи юнацького віку, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Даний розлад виникає внаслідок травматичного досвіду, і є серйозним фактором, що обмежує їхнє психічне здоров'я та адаптацію до нових умов.

Актуальність дослідження

Вимушено переміщені особи, особливо молодь, стикаються з численними стресовими чинниками: конфлікти (як політичні так і бойові), стихійні лиха, пандемії, переслідування тощо, що можуть призвести до виникнення посттравматичного стресового розладу. Це психічне захворювання суттєво впливає на психічний стан, адаптацію та соціальну інтеграцію молоді.

У сучасному світі, останні події, такі як глобальна пандемія COVID-19, військові конфлікти та стихійні лиха, неодмінно вплинули на психічний стан населення. Ці події стали причиною зростання стресових ситуацій та травматичних випробувань для багатьох, зокрема для осіб молодого віку.

З одного боку, пандемія COVID-19 змусила суспільство переглянути звичні шаблони життя, призвела до соціальної ізоляції, стресу через загрозу захворювання та втрату близьких.

А з іншого боку, військові дії та стихійні лиха залишають психологічні сліди, особливо у вразливих категорій, серед яких молодь є однією з найбільш вразливих, тому що не є повністю самостійною категорією населення.

Наші спостереження вказують на те, що молодь, яка пережила подібні стресові ситуації, може виявляти ознаки посттравматичного стресового розладу, але ця проблема часто залишається недооціненою та недостатньо вивченою темою в даний момент.

Дослідження щодо даного розладу серед молоді стає надзвичайно актуальним у зв'язку з небезпечними подіями, що відбулися останнім часом, та потребою в психологічній підтримці та реабілітації цієї категорії населення.

Метою даного дослідження є аналіз поширеності та особливостей прояву посттравматичного стресового розладу серед вимушено переселених осіб юнацького віку.

Об'єктом дослідження посттравматичний стресовий розлад у осіб юнацького віку

Предмет дослідження особливості переживання посттравматичного стресового розладу у вимушено переселених осіб юнацького віку як наслідок психотравмуючих ситуацій

Основні **завдання** включають:

1. Вивчення наукових джерел та публікацій, що стосуються даної проблематики;
2. Підбір відповідного діагностичного інструментарію для проведення емпіричного дослідження;
3. Емпірично перевірити та здійснити опрацювання отриманих даних;

4. Розробка методичних рекомендацій щодо подолання посттравматичного стресового розладу у вимушено переселених осіб юнацького віку

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що подолання проявів посттравматичного стресового розладу у вимушено переселених осіб юнацького віку може бути ефективним у разі соціальної підтримки та доступу до психологічної допомоги.

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 ВПО юнацького віку; анкетування, опитувальники; спостереження; методи математичної статистики (для узагальнення та унаочнення результатів експериментального дослідження).

У ході емпіричного дослідження використано наступні психодіагностичні методики:

1. Місісіпська шкала для оцінки ПТСР (цивільний варіант)
 - Опитувальник самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist)
 - Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків(Мороз Р.А.)

База та вибірку дослідження склали 35 вимушено переселених осіб, віком від 17 до 23 років.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає у тому, що запропоновані рекомендації та техніки можуть бути використані подолання посттравматичного розладу у вимушено переселених осіб юнацького віку.

Апробація результатів роботи.

Публікації.

Блашкова О., Жатікова О. Посттравматичний стресовий розлад у вимушено-переміщених осіб юнацького віку Соціально-психологічний супровід особистості в умовах інтеграції України в Європейський простір: зб. матеріалів IV Інтернет-конф., 22 трав. 2024 р. / за заг. ред. І. С. Деснової. Маріуполь: МДУ, 2024.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, який охоплює 48 найменувань. Загальний обсяг роботи складає 68 сторінок, із них обсяг основного тексту становить 63 сторінку. Робота містить 2 таблиці, 11 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР

1.1 Поняття та структура ПТСР

До 1980 року термін «Посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) не використовувався офіційно до випуску третього видання Діагностичного та Статистичного Довідника Психічних Захворювань. У цьому виданні ПТСР було віднесено до категорії «Тривожні розлади», які розвиваються внаслідок «рідкісних зовнішніх подій», що визначалися як катастрофічні обставини.

ПТСР викликає стан хронічного перезбудження вегетативної нервової системи, проявляючись у проблемах зі сном, роздратованості, різкому гніві та підвищеній чутливості до потенційних загроз. При цьому пацієнт може мимоволі здригатися чи навіть підстрибувати від несподіваних звуків.

ПТСР є символічним психічним захворюванням початку 21-го століття, і вважається одним із найпоширеніших наслідків емоційної травми [23, с.192].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як реакція на стресові події або ситуації, які є винятково загрозливими або катастрофічними. Ці події можуть бути природними катастрофами, техногенними аваріями, воєнними діями, втратою близьких, зґвалтуванням та іншими подіями, які порушують звичну життєву діяльність та безпеку людини.

Реакція на такі події може проявлятися у вигляді загального шоку, повторних вторгнень ідей, що відображають екстремальні події, гострих драматичних спалахів паніки або дисфорії.

Характерними ознаками ПТСР є хронічне почуття заціпеніння, емоційна відстороненість, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують травму. Важливою характеристикою є також період затримки між травматичною подією і виникненням ПТСР, який може тривати від кількох тижнів до кількох місяців.

Довготривалі спостереження показують, що ПТСР є хронічним психічним захворюванням, яке може супроводжувати людину протягом усього її життя. Це складний стан, який впливає на багато нейробиологічних систем внаслідок дисрегуляції когнітивної, афективної та поведінкової сфер. Дослідження в галузі нейробиології та психіатрії важливі для розуміння механізмів цього розладу та розробки ефективних методів лікування. [13].

Стресові реакції після травматичних подій досліджувалися серед молодих людей, і виявлено, що рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) може бути меншим у дітей порівняно з дорослими. Проте без відповідної терапії симптоми можуть затягнутися на десятиліття.

Схожий синдром на сучасний ПТСР вперше було виявлено у військових під час Громадянської війни в Америці (Da Costa, 1864) і отримав назву "синдром солдатського серця". Стресові реакції, пов'язані з бойовими діями та іншими екстремальними ситуаціями, вже вивчалися під час Другої світової війни [23, с.230].

Дослідження відповідного синдрому розпочалося в Америці після повернення ветеранів з В'єтнамської війни. Останні дані також свідчать, що психологічні проблеми серед ветеранів перевищують втрати від самої війни.

ПТСР може мати різні форми, включаючи гостру, підгостру, уповільнену та затягнуту, коли симптоми проявляються через деякий час

після травматичного досвіду. Даний синдром внесено до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Синдром увійшов до групи розладів адаптації та позначений як гостра реакція на стрес і розлад адаптації. В американській класифікації (DSM система) це визначається як посттравматичний стресовий розлад. При розгляді цього захворювання ми маємо на увазі не лише медичні, але й психологічні аспекти ПТСР.

Відповідно до МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена та тривала реакція на стресові події або ситуації, які є винятково загрозливими або катастрофічними, та можуть знаходити прояв у великій кількості людей у якості дистресу.

Таким чином, відзначаються дві ключові особливості: виражений психогенний характер розладу та безумовна видаляюча ступінь травматичності, яка перевищує звичайний людський досвід. З цього приводу, ПТСР варто розглядати серед інших психогенних розладів та надати особливу увагу через важкість психічної травми та особливості організації допомоги [36, с.92].

У сучасному розумінні (і згідно з МКХ-10), ПТСР включає такі групи симптомів, що проявляються клінічно [42, с.192]:

1. Наявність в анамнезі подій, які виходять за рамки звичайних людських ситуацій та мають травмуючий вплив на більшість людей.

2. Постійне повернення особи до переживань, пов'язаних з травматичною подією. Ці критерії включають чотири симптоми, а для встановлення діагнозу ПТСР достатньо виявити хоча б один з них: настійні, постійно повторювані спогади про пережите, що викликають неприємні емоційні переживання; повторювані сни і кошмари, пов'язані з травматичною подією; диссоціативні епізоди (флешбеки); інтенсивні спалахи негативних емоційних станів, спровоковані будь-якими подіями, пов'язаними з обставинами травми або подібними до них.

3. Стійка прагнення особи уникати будь-якого, що нагадує йому про травму. Це може включати уникнення думок і почуттів, пов'язаних з обставинами травми, або діяльності та ситуацій, що викликають спогади про ці обставини; неможливість відтворення основних пам'ятей; втрата інтересу до попередньо цікавих справ; відчуття відчуженості від інших; зниження рівня позитивних емоційних реакцій; невпевненість у майбутньому.

Симптоми підвищеної збудливості, які можуть з'явитися після травматичного досвіду, включають наступне: порушення сну, підвищена дратівливість або спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, підвищена обережність, збільшена лякливість, виражені фізіологічні реакції при згадці про пережитий стрес або пов'язані з ним обставини. [19, с.203].

Для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особа повинна відповідати принаймні двом з шести вказаних симптомів, причому ці симптоми повинні тривати від 1 місяця, щоб було можливо поставити діагноз ПТСР. Якщо симптоми з'являються через шість місяців або пізніше після травми, це може бути віднесено до специфічно відстрочених проявів ПТСР.

Існують три типи ПТСР [8, с.190]:

- Гострий ПТСР. При такого виді симптоми проявляються протягом 6 місяців після виявлення травми.
- Хронічний. Його тривалість понад 6 місяців.
- Відстрочений. В такому випадку симптоми виявляються значно більше, аніж через 6 місяців після травми.

Також є різноманітні чинники, які сприяють виникненню та розвитку ПТСР. Науковцями у своїх працях виділено 4 групи факторів [23, с.183]:

1. Група, пов'язана з природою травми.
2. Група, що враховує тривалість впливу.
3. Група, що описує інтенсивність переживань травми.
4. Група, яка включає в себе вразливість та чутливість особистості, а

саме:

4.1) Ранні переживання травми, коли всі події сприймаються як ПТСР від раніше пережитих травм у анамнезі.

4.2) Копінг-стратегії, тобто спосіб, як людина долає травму.

4.3) Реакція на навколишній світ.

Дж. Д. Кінзі (1989) вказує на те, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) часто виявляється як поєднання двох основних клінічних проявів: безперервних відроджень у свідомості хворого екстремальної ситуації зі супровідними афективними реакціями, такими як тривога та страх, а також поведінкою уникнення.

Нав'язливі спогади часто виникають без зовнішніх стимулів, але супроводжуються настільки сильними переживаннями, що пацієнт може відчувати, ніби трагічні події відбуваються в реальному часі. Реакції можуть бути ще більш вираженими при зустрічі з зовнішніми стимулами, що нагадують про ці події.

Наприклад, жертви нацистських концтаборів можуть реагувати на вигляд свастики, а учасники війни у В'єтнамі - на телевізійні сюжети, пов'язані з війною. Уникнення ситуацій та думок, які нагадують про трагедію, також є поширеним явищем.

На цьому етапі також можуть виникати розлади сну, дратівливість, вибуховість та зниження когнітивних функцій, таких як пам'ять та увага [46, с.79]. Можуть розвиватися більш серйозні психічні розлади, такі як депресія, тривожність, алкоголізм тощо.

Наслідки військових дій можуть мати важливі наслідки для здоров'я, що виходять за межі прямої загрози життю, фізичних травм та психічних розладів, пов'язаних з травмами. Ці наслідки включають загрозу руйнування економічних і соціальних інститутів та структур суспільства в цілому [20, с.192].

Люди з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) часто виявляють значне погіршення здатності інтегрувати свій травматичний досвід з іншими аспектами життя. У їхніх спогадах травми відсутній зв'язок між подіями, що сталися, та їхніми емоційними реакціями.

Ці спогади складаються переважно з інтенсивних емоцій та фізичних відчуттів, які активізуються в ситуаціях, що нагадують про травму. Ці спогади залишаються неінтегрованими в когнітивну схему індивіда, що призводить до їхнього "заморожування" у минулому, замість того, щоб бути пережитими як частина життєвого досвіду, що може бути оброблена та сприйнята.

Реакції тіла людей з ПТСР на фізичні та емоційні подразники можуть бути подібні до реакцій на реальну загрозу. Вони можуть мати підвищену пильність, збільшену реакцію на несподівані подразники та важкість у розслабленні. Постійне очікування серйозної загрози може призводити до труднощів з концентрацією уваги [20, с.94].

Ці реакції вказують на глибокий вплив травматичного досвіду на фізичне та емоційне благополуччя особистості та підкреслюють важливість професійної допомоги та підтримки для людей, які страждають від ПТСР.

Концепція А. Меркера виокремлює різні умови та фактори, які впливають на виникнення посттравматичного стресу. Серед них [12, с.45]:

1. Фактори, пов'язані з травматичною подією:
 - Тяжкість травми.

- Неконтрольованість події.
- Несподіваність та неочікуваність ситуації.

2. Захисні чинники:

- Здатність до осмислення того, що сталося.
- Наявність соціальної підтримки.
- Механізми подолання, що допомагають протистояти травмі.

3. Фактори ризику:

- Вік на момент травмування.
- Негативний минулий досвід.
- Психічні розлади в анамнезі.
- Низький соціоекономічний рівень.

ПТСР може впливати на широкий спектр людей, проте деякі групи осіб є більш вразливими до розвитку цього розладу. За результатами досліджень, особливо вразливими до «синдрому солдатського серця» є особи віком до 22 років та після 30 років.

Щодо статевого розподілу, вчені зауважують, що після травматичних подій ПТСР розвивається у 8% чоловіків і 20% жінок. Діти та підлітки також входять до групи ризику для розвитку цього розладу. Він може викликати різні емоційні реакції, які можуть змінюватися в залежності від конкретної ситуації та індивідуальних особливостей кожної людини.

Після нальоту може відбуватися зміна емоційних станів від почуття пригніченості та страху до ейфоричного збудження. Особи можуть переживати апатію та байдужість, особливо після важких нальотів. Також можуть спостерігатися гострі депресивні реакції з вираженим почуттям самозвинувачення та суїцидальними діями, коли люди, що залишилися живими, кидаються у вогонь [23, с.95].

Тригери, які спричиняють посттравматичні симптоми, можуть бути різноманітними і включають в себе різні звуки, запахи, обстановку, певні ситуації, час доби, місця, людей, конфліктні ситуації та інші. Ці тригери можуть викликати флешбеки, нав'язливі думки та нічні кошмари у людей з ПТСР. Навіть нейтральні стимули можуть активувати посттравматичні симптоми в разі прогресування розладу.

Травматичні події, що можуть призвести до ПТСР, можуть бути дуже різноманітними, включаючи природні катастрофи, аварії, воєнні конфлікти, травми, насильство, зґвалтування, втрату близьких тощо. Люди можуть переживати ці події як загрозові або катастрофічні, що може викликати у них посттравматичний стрес та реакції.

Симптоми ПТСР можуть бути різними і включати повторні спогади про травматичну подію, і люди з даним розладом можуть відчувати значний дискомфорт та патологічні зміни в їхньому фізичному та психологічному стані, що може впливати на їхнє щоденне функціонування та якість життя.

Закономірності виникнення та розвитку ПТСР визначають характером травматичних подій, що стали детермінантом психологічних та психосоматичних порушень. Важливу роль відіграє ступінь екстремальності події, що виходить за межі звичайних переживань, а також інтенсивність відчуття страху за власне життя, жаху та безпорадності. До інших важливих характеристик можна віднести несподіваність події, її стрімкий темп розвитку та тривалість дії, а також повторність подібних травматичних випадків протягом життя [28, с. 105].

Для кращого розуміння механізмів ПТСР і його впливу на психічне та фізичне здоров'я людини, дослідники проводять широкий спектр наукових досліджень [30, с.92].

Відповідно до клінічної типології та класифікації ПТСР, до цієї категорії розладів можна віднести тривалі патологічні стани, які спостерігаються у військовослужбовців, тих, хто був у полоні, ветеранів війни, або тих, що знаходилися під час довготривалої екстремальної події.

Однією із важливих особливостей синдрому є загострення інстинкту самозбереження, що супроводжується збільшенням внутрішнього психоемоційного напруження або збудження. Високий рівень напруги слугує підтримкою для механізму фільтрації стимулів, які знаходяться ззовні. Однак, окремі стимули при цьому вже розпізнаються свідомістю як ознака надзвичайної ситуації (Кекелідзе, 2004).

Більшість дослідників цієї психотравми виділяють три основні групи симптомів, що з віком мають тенденцію до посилення [43, с.190]:

- 1) надмірне збудження (враховуючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);
- 2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвиході);
- 3) риси істеричних реагувань (параліч, сліпота, глухота, нервові тремтіння).

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів, характерних для ПТСР, виділяються такі стани:

- «солдатське серце» (біль у грудях, серцебиття, уривчасте дихання, підвищена пітливість),
- синдром того, хто вижив (хронічне відчуття провини за те, що залишився живим),
- флешбеки (спогади про непереносні події, що насильно втручаються у свідомість),

- «комбатантна» психопатія (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками),

- прогресуюча астенія (стан, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою) [38, с.96].

Вважається, що середня поширеність ПТСР в умовах військових конфліктів становить від 15% до 30%, що цілком порівняно з високим рівнем ПТСР у жертв злочинів — від 15% до 50%. У мирний час загальна поширеність ПТСР після важкого стресу становить лише 0,5% - 1,2%.

Останні роки ПТСР досліджували та використовували для оцінки наслідків катастроф мирного часу, таких як нещасні випадки, природні та екологічні катастрофи, пожежі, терористичні акти, свідчення насильства при насильницькій смерті інших людей під час розбійного нападу, а також при транспортних та виробничих аваріях, сексуальному насильстві, смертельних захворюваннях та сімейних драмах.

Україна, особливо в контексті подій на Сході країни, стикається з актуальністю використання терміну ПТСР як військової травми, наслідком участі у бойових діях. Тему ПТСР всебічно почали досліджувати у світі у 70-х роках минулого століття, після отримання суперечливих результатів проведених досліджень щодо психологічних травм людей, які пережили Голокост, а також колишніх військовослужбовців, які брали участь у війнах у В'єтнамі, Кореї, та Афганістані.

У літературі зазначається, що американські психіатри Р. Грінкер і Д. Шпігель (Grinker і Spiegel) були одними з перших, хто почав досліджувати відстрочені психічні стани у ветеранів бойових дій як реакцію на бойовий стрес. Вони ідентифікували найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес, застосувавши терміни "реакція боротьби" та "реакція після

бою". Міжнародні дослідження підтверджують, що багато військових, які не отримали поранень чи не захворіли, все таки можуть потребувати реабілітації для профілактики наслідків, пов'язаних із перебуванням у бойових умовах. Ці вивчення показують, що психічні проблеми можуть проявлятися через місяці або навіть роки після повернення військових до цивільного життя [5, с.325].

Ефективним засобом застереження негативного впливу психічної травми на психічний стан людини є профілактична допомога. За допомогою розробленого комплексу заходів з первинної та вторинної профілактики ПТСР та реабілітації постраждалих можливо відновити психоемоційний стан та зменшити напруженість особи. Наразі в Україні це є однією з актуальних проблем сучасної психології. Поширеність ПТСР серед популяції залежить від частоти надзвичайних подій [23, с.49].

Події, що відбуваються в Україні, вкрай складна соціально політична ситуація у суспільстві показали необхідність соціально психологічного захисту і психологічної допомоги як дітям і окремим дорослим, так і цілим соціальним групам.

1.2 Підходи до роботи з подолання ПТСР в різних країнах світу

Стрес - це специфічна форма емоційного досвіду, яка виникає під впливом негативних життєвих обставин, відомих як стресори. Ці стресори можуть бути як психологічними - ситуації загрози або небезпеки для благополуччя особистості, так і фізичними - надмірні фізичні навантаження, біль, аномальна температура тіла і т. д.

Стан стресу призводить до змін у психічних процесах, перетворення мотиваційної структури діяльності та змін у мовній та руховій поведінці. Стрес є негативним емоційним досвідом, пов'язаним з загальною

мобілізацією сил для знаходження виходу з ситуації та досягнення необхідного адаптаційного ефекту. [27, с.190].

У осіб із травматичним досвідом часто присутні такі негативні реакції, як страх, стрес, фрустрація, афективні стани, паніка, дистрес. Особливо такі емоції стали помітними після початку війни, що може призвести до погіршення травматичного стану особистості.

Травматичний досвід визначається як такий котрий приголомшує, загрожує, лякає або знаходиться поза нашим контролем. Травматичним досвідом можуть виступати: нещасні випадки, катастрофи, навмисне травмування, перебування в ситуації, що загрожують життю, потрапляння в аварію, бути жертвою насилля, стати свідком насилля стосовно іншої людини, стати свідком смерті.

Завдяки прояву травматичного досвіду людина може переживати пригнічений стан. Всі люди по різному реагують на травматичні події [19, с.23].

Травматичні життєві події можуть мати негативний вплив на загрозу для життя чи здоров'я особистості, а також на психічні стани людини. Під травматичними можна вважати події, котрі негативно впливають на людину та мають негативне забарвлення.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) було вперше введено у медичні класифікації Американською психіатричною асоціацією. При цьому величезна кількість природних катаклізмів, військових конфліктів та інших травматичних стресорів виникає поза західного світу. Зрозуміло, що у зв'язку з цим виникає питання про крос-культурну валідацію ПТСР та підтвердження універсальності цього розладу як патологічної реакції на травматичний вплив.

Термін «посттравматичний ріст» з був введений американськими психологами Річардом Тедеші та Лоуренсом Келхоуном, які

започаткували емпіричні дослідження даного феномена (R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun, S. Joseph, P.A. Linley, R. Janoff Bulman та ін). Р. Тедеші та Л. Келхоун розробили соціально-когнітивну модель посттравматичного зростання особистості [29, с.123], яка, однак, має низку суттєвих обмежень:

1) пропонуючи опис посттравматичного росту, модель не виділяє та не характеризує стадії посттравматичного росту, внаслідок чого картина досліджуваних процесів виглядає статичною;

2) модель містить вказівку на визначальну роль соціально-психологічних факторів (соціально-психологічної підтримки, міжособистісної взаємодії, соціальних уявлень) у процесах посттравматичного зростання, але не розкриває і не конкретизує зміст цих факторів;

3) недостатнє розуміння структурно-часових особливостей і соціально-психологічних факторів посттравматичного особистісного зростання залишає неясною можливість психологічної фасилітації особистісного зростання після травми.

Серед сучасних теорій психічної травми особливо цікавий підхід американського вченого Пітера Левіна. Його підхід інтегрує знання з психології, психотерапії, біології, психофізіології та нейропсихології. Левін розглядає травму як прорив бар'єру, що захищає людину від впливів, які супроводжуються надзвичайно сильним почуттям безпорадності. Психологічна травма, за його думкою, часто виникає через нестачу індивідуальних ресурсів для подолання травматичної події.

Левін вважає, що деструктивна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості, яку має травмуюча подія для людини, ступеня її психологічної безпеки та здатності до саморегуляції. [28, с.93].

Функціонування людського організму пов'язане з таким явищем як стрес. Стрес, у загальному розумінні, допомагає людському організму пристосовуватися до нових, впливів довкілля, пише Г. Сельє [2]. Дефініцію «стрес» вперше було описано з медичної точки зору на початку ХХ століття як нейро-гормонально-фізіологічна особливість функціонування організму людини.

Вивчення «проживання» людиною травматичного досвіду, яка веде до формування посттравматичного стресу і, як наслідок, до зниження життєстійкості, виникнення депресивних станів зниження рівня стурбованості можливими життєвими перспективами, особливо в умовах останніх неспокійних подій в країні[32, с.75].

Отже, травматичний стрес - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини. Виділяють чотири характеристики травми, здатні викликати травматичний стрес:

- подія, через яку у людини погіршився психологічний стан;
- стан обумовлений зовнішніми причинами.
- руйнування звичайного способу життя;
- подія котра виникає страх та почуття безпорадності.

Психологічна реакція на травму включає три самостійні фази.

Перша фаза – психологічного шоку – містить два основні компонента:

- Придушення активності, порушення орієнтування у навколишньому середовищі
- Заперечення того, що сталося.

Друга фаза – вплив – характеризується вираженими емоційними реакціями на події та її наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні функціонування організму – фізіологічний, психологічний, емоційний. Це призводить до стійких змін психіки людини, зникнення почуття безпеки та погіршення самоконтролю [30, с.245].

Вчення про психологічні травми розробляються також в контексті уявлень про критичні життєві ситуації та кризові стани.

Події, що призводять до кризи через (життєві) іменуються як події, що створюють потенційну або реальну загрозу задоволенню фундаментальних потреб. Вони ставлять її перед проблемою, від якої неможливо втекти і яку в той же час неможливо вирішити.

Загалом критична ситуація визначається як ситуація «неможливості». Точніше, її природа визначається тим, яка життєва необхідність паралізована через недостатність доступної суб'єкту діяльності.

Способи подолання проблемної ситуації – це спроби її ефективного вирішення на адаптивному, частково адаптивному або неадаптивному рівні. Як стресор при психічній травмі виступає травматична подія. Це екстремальні кризові ситуації, які мають негативним наслідком, ситуації загрози життя для самого себе або значних близьких, тобто події, які порушують почуття безпеки [7, с.92].

Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них майбутнього посттравматичного стресового розладу.

До переліку травматичних входять також ситуації, коли людина знаходиться під впливом шкідливих для організму факторів. Відмінною особливістю такого роду травматичних ситуацій є те, що людина не сприймає загрозу такого впливу за допомогою органів чуття.

Травматичне переживання, порушують почуття безпеки індивіда, тому важливим є застосування психологічного захисту. В результаті на когнітивному рівні відбувається поділ життя на дві частини. до та після травми. У рамках психоаналітичного підходу такий поділ розглядається як використання особистістю «примітивних» чи «дисоціативних» захистів, мета яких полягає в тому, щоб травма була пережита [32, с.249].

Виразність інтрапсихічного конфлікту та способи його вирішення залежать від характеру травми та особливостей особистості. Для вирішення інтрапсихічного конфлікту та редукції тривоги породженої ним індивід використовує психологічні захисту та копінг-стратегії .

В даний час можна виділити три тенденції пояснення формування посттравматичного досвіду: а) з погляду теорій навчання; б) з точки зору зміни когнітивних схем та дисфункціональних когніцій; в) біологічний підхід.

Захисними факторами можна визначити: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізми подолання;, можливість говорити про травму, покращення емоційного самопочуттям.

Фактори ризику: вік до моменту травмування, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький інтелект та соціоекономічний рівень [17, с.92].

Таким чином травматичними можна назвати такі події, котрі несуть для особистості стресовий, негативний чи болісний характер, з якими їй складно впоратися, вирішити, які приносять страждання, труднощі в адаптації, проблеми в особистому і професійному житті, розлади емоційних станів.

Усі люди, які пережили війну, вимушену міграцію, насильство різного роду, потребують негайної та ефективної психотерапевтичної допомоги. Навіть у тому випадку, коли вони не зверталися за такою

допомогою та роблять вигляд, що не потребують її та знаходяться в нормальному стані, це не так. Воно знаходить свій прояв на психічному стані так чи інакше.

У вивченні питання про надання психокорекційної допомоги жертвам масових катастроф, стихійних лих та локальних конфліктів, відомі роботи французьких вчених (С. М. Chemtob, S. Tomas), які велику роль відводять співбесіді як найбільш поширеному способу психологічної допомоги.

Співбесіда - це спосіб психологічної підтримки, що дозволяє зменшити почуття психологічного дискомфорту. Навіть через досить великий проміжок часу в осіб, які перенесли посттравматичне переживання, зберігалися яскраві спогади про пережите.

На думку цих авторів (С. М. Chemtob, S. Tomas), співбесіда, проведена у віддалені терміни більш ефективні, ніж негайне втручання, і, крім того, це дозволяє виявити осіб, які тривалий час відчують почуття психологічний дискомфорт.

Також відомо, що короткочасні сеанси когнітивно-поведінкової психотерапії, проведені невдовзі після психотравми, сприяють покращенню психічного статусу потерпілих. Симптоми постстресових розладів слабше виражені у тих, кому було надано своєчасна психотерапевтична та психокорекційна допомога.

На думку вчених (В. С. М'якотних) краще проводити особистісно-орієнтовану (реконструктивну) психотерапію, цілями та завданнями якої є [37, с.93]:

1) глибокий та всебічний аналіз особистості клієнта, вивчення його специфіки емоційного реагування, мотивації, а також дослідження структури та формування його системи відносин;

2) виявлення та вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють як виникненню, так і збереженню невротичного стану та симптоматики;

3) досягнення у клієнта усвідомлення та розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин та його захворюванням;

4) допомога клієнту в розумному дозволі психотравмуючої ситуації, зміні за необхідності його об'єктивного становища та відношення до нього оточуючих;

5) зміна відносин клієнта. Корекція неадекватних реакцій та форм поведінки, що є головним завданням психологічної допомоги і в свою чергу веде як до покращення суб'єктивного самопочуття клієнта, і до відновлення повноцінності його соціального функціонування [7, з. 45].

У лікуванні постстресових розладів використовуються психокорекційні техніки, що належать до основних психокорекційних підходів: психодинамічна психокорекція, когнітивно-поведінкова та групова психокорекція. Когнітивно-поведінкова психокорекція – це техніка «розкривних інтервенцій» (Exposure-Based Intervention, EBI).

Як основний прийом у ній використовується пряма чи непряма конфронтація клієнта з травматичними образами-спогадами. Даний терапевтичний метод базується на тому, що у посттравматичних розладах страх викликають не лише самі події травми, але й спогади про них.

Це призводить до припущення, що занурення у емоції, пов'язані з травмою, допомагає пацієнтові зібрати усі негативні враження. Емоційно фокусовані інтервенції допомагають знизити рівень стресу, обтяжливі спогади та фізіологічну реакцію. Цей метод показав свою ефективність у роботі з ветеранами, дітьми та підлітками, які пережили воєнні конфлікти.

Досить широкого поширення набув метод окорухової десенсибілізації (Eye movement desensitization, EMDR), запропонований Ф. Шапіро 1987р. EMDR є варіант Exposure-Based Interventions (EBI) і подає комбінацію з наступних процедур: подання клієнтом травматичної сцени, переживання почуття тривоги, когнітивної реструктуризації (це та частина, яка поєднує EMDR та EBI) та спрямованих психологом саккадичних рухів очей (що є специфічним для EMDR) [35, с.152].

Найчастіше з людьми, які пережили психотравматичний досвід використовують метод групової психокорекції у поєднанні з різними видами.

Численні напрями групової психокорекції охоплюють когнітивно-біхевіоральні, психолого-освітні, психоаналітичні, психодраматичні групи, групи самопомоги, юнгіанського аналізу сновидінь, арт-терапії.

Психологічна корекція має представляти систему різних заходів, спрямованих на запобігання хронізації психічних розладів, розвитку затяжних патологічних процесів, і більш раннє повернення до соціальної діяльності.

На думку В. Н. Нечипоренка, С. В. Литвинцева, Є. В. Снедкова, Ю. К. Малахова, В. Є. Саламатова учасники війн та локальних конфліктів, стосовно яких здійснюються реабілітаційні психокорекційні заходи поділяються на [42, с.235]:

- психічно здорових осіб із прикордонними нервово-психічними розладами;
- хворих із психотичними формами;
- з адиктивними розладами (алкоголізм та наркоманія) та з соматичною патологією.

Причиною психічної дезадаптації людей є нажиті в екстремальній обстановці особистісні зміни, нові реактивні здібності та емоційно-

поведінкові стереотипи у вигляді поєднань хронічної тривоги, агресивності та імпульсивності. Психологічна корекція має використовувати основні положення сучасної інтегративної копінг-концепції, відповідно до якої у подоланні стресу людина намагається:

- пом'якшити чи ліквідувати проблему;
- зменшити інтенсивність емоції, переглянувши свою позицію по відношенню до неї;
- полегшити її вплив, зосереджуючись на чомусь іншому або використовуючи інші методи.

У вітчизняній літературі відомі роботи, присвячені психокорекції психогенних розладів, що спираються на принципи патогенетичної концепції, заснованої на психології.

Відповідно до цієї концепції, психогенний нервово-психічний розлад виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин людини. Психологічний конфлікт розглядається тут з позицій діалектичної єдності об'єктивних та суб'єктивних факторів його виникнення та розвитку, його нейрофізіологічної та психічної природи [8, с. 73].

Основною детермінантою невротичного конфлікту є несприятливий для особистості індивідуальний досвід соціальної взаємодії. Необхідно оптимізувати внутрішній стан невротичної особистості, реконструювати конфліктну систему її суб'єктивних відносин до дійсності.

Основною метою психокорекції травми є, насамперед, зміна порушеної системи відносин, корекція неадекватних емоційних реакцій, досягнення розуміння причинно-наслідкових залежностей між особливостями системи відносин та захворюванням.

Іншим напрямом цього є раціональна психокорекція. Її особливістю є спрямованість на зменшення інтенсивності зняття переживань,

пов'язаних із стресом. Одним із напрямів раціональної психокорекції є роз'яснення людині сутності невротичних розладів.

Багато дослідників (М. J. Horowitz, A. Bleich, B. Siegel, R. Garb) висловлюються на користь короткочасної психокорекції для осіб, які зазнали психологічної травми, спричиненої вимушеною міграцією.

Ця терапія зазвичай пов'язана з когнітивним підходом, а також вона забезпечує підтримку та захист. Короткочасність психокорекції мінімізує ризик виникнення залежності та хронізації. Групова та сімейна психокорекція виявилася також ефективним методом при лікуванні осіб, які зазнали травмування [21, с.45].

Тренінг посттравматичного зростання спрямований на тих осіб, які пережили фізичну або психологічну травму. Цей процес взаємодіє з психологічною гнучкістю, соціальною адаптованістю та позитивними емоціями.

Під час тренінгу відбувається когнітивне переосмислення травми, виявлення позитивних аспектів її впливу на сприйняття світу людиною, а також створення нового життєвого плану. Ключовими етапами є переосмислення життєвого сенсу та зміна пріоритетів. Травма розглядається як джерело саморозвитку, формування нового образу себе і прийняття фізичного тіла [36, с.179].

Згідно з дослідженнями К. McRae, J.J. Gross, J.Weber, E. R.Robertson, P.SokolHessner, R. D.Ray, J. Gabrieli [26, с.82], переосмислення сенсу життя та пріоритетів у жінок та чоловіків відбувається по-різному.

Емоційна реактивність у жінок часто ускладнює цей процес, у той час як чоловіки, будучи менш емоційними, раціональніше переосмислюють свої життєві перспективи.

З цим слід враховувати на тренінгах для жінок, де проблемі переосмислення життя слід приділити більше уваги, давати можливість

відкрито виразити свої емоції щодо травми, а потім спрямовувати зусилля на когнітивне переосмислення сенсу життя.

Також існують вікові особливості переосмислення сенсу життя (Р. Orpitz, L.C. Rauch, D.P. Terry, H. Urry [27]). Молоді люди до 25 років легше трансформують негативні емоції у позитивний досвід, швидше адаптуються до свого зміненого тіла і оволодівають способами релаксації.

Найскладніше переосмислення пріоритетів відбувається у людей віком 55-65 років. Ці дані також важливо враховувати при організації тренінгів посттравматичного зростання.

Переосмислення сенсу життя охоплює три сфери: Я (негативне ставлення до себе «Я нещасний», заперечення власного тіла «Я каліка» тощо), світ і найближче оточення («Світ жорстокий». », «Я приречений на провал») і майбутнє («Майбутнє безнадійне», «У мене немає майбутнього»).

Одне з найпопулярніших сьогодні у вітчизняній психотерапії поняття усвідомленості тісно пов'язане з переосмисленням сенсу життя. У зв'язку з відсутністю його однозначного перекладу різними мовами, розберемо його більш детально. У перекладі з англійської «майндфулнес» означає «увага, усвідомленість». [30, с.92]

Спочатку слово «mindfulness» використовувалося для перекладу з палійської мови буддійського терміну «саті» (санскр. «Смриті» тиб. Drenpa).

Дослідник мови палі Томас Вільям Ріс Девідс вперше переклав «саті» у 1881 році як усвідомленість, активний, пильний розум. У палійських текстах слово «саті» перекладається як «пильність», але воно має більш широке значення у буддійській психології.

У буддійській літературі часто використовується слово «mindfulness», але його значення відрізняється від сучасного вживання у психології та психотерапії.

Буддійські прийоми культивування усвідомленості були адаптовані західною клінічною психологією і психіатрією у 70-80-х роках ХХ століття, і відповідають контексту західної психотерапії, практичної психології і навіть нейронауки.

Джон Кабат-Зінн, фундатор програми зниження стресу шляхом усвідомленості, визначає майндфулнесс як безоціночну обізнаність, що виникає в результаті свідомого спрямування уваги на досвід, що розгортається у даний момент.

У своїй праці він стверджує: «Майндфулнесс може розглядатися як такий, що триває від одного моменту до іншого, не базована на міркуваннях обізнаність, що створюються завдяки спрямуванню уваги особливим чином: тобто на поточний момент, максимально без емоційно, але щиро». [19, с.190].

Натепер у контексті майндфулнес підходу виділено наступні терапевтичні програми: майндфулнес базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнес базована когнітивна терапія (МВСТ), терапія прийняття та відповідальності (АСТ), діалектична поведінкова терапія (DBT), деактивація внутрішньої напруги (МДТ), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнес релаксація, модель внутрішньосімейних систем.

Майндфулнес базоване зниження стресу (MBSR) – програма зниження стресу на основі усвідомлення, створена у медичному центрі Массачусетського університету у 1970-х рр. проф. Дж. Кабат-Зінном і являє собою поєднання майндфулнесс медитацій, усвідомлення власного тіла та йоги. Програма призначена для будь-яких осіб, які страждають від

наслідків стресів, але, насамперед, створювалася для пацієнтів із різними хронічними захворюваннями.

Нині Програма MBSR офіційно визнана в якості ефективного допоміжного засобу у лікуванні різноманітних розладів. Понад 250 лікарень і клінік у всьому світі пропонують програми MBSR і їхня кількість зростає з кожним роком. Метод MBSR викладається й на медичних факультетах Стенфорда і Гарварда²⁵.

В основі даного підходу лежить низка ідей [9, с.230]:

1) Людина в своєму звичайному стані переважно не усвідомлює події, які трапляються з нею, функціонуючи в режимі «автопілота».

2) Всі люди здатні скеровувати і утримувати увагу на те, що відбувається в їхній психіці. Цю здатність можна істотно розвинути, шляхом поступової, регулярної практики.

3) Усвідомлення того, що відбувається у кожен момент суттєво збагачує життя, робить його насиченішим та ефективнішим.

4) Безоцінне, постійне спостереження за тим, що відбувається в думках дозволяє більш адекватно та об'єктивно сприймати власне життя, а розуміння своїх шаблонів психологічних реакцій на зовнішні і внутрішні стимули, автоматично зумовлює збір додаткової інформації про світ, прийняттю досконаліших рішень, що дозволяє краще контролювати своє життя та досягати поставлених цілей.

Використовуються наступні практики (J.D. Creswell, 2016) [11, с.23]:

1. Сканування тіла (вправа «Сканер»). Подумки скануючи тіло, людина, лежачи, фокусується на відчуттях у кожній його частині.

2. Формальна сидяча медитація (усвідомлення дихання; усвідомлення та спостереження за звуками; свідоме спостереження за думками, емоціями; «відкрита присутність» (безпредметна розслаблена увага).

3. Неформальні вправи (усвідомлене виконання будь-яких дій: простих побутових дій, спілкування тощо).

4. Усвідомлена практика вправ йоги (розроблено декілька комплексів хатха-йоги, пози спрощені, зручні для тривалого перебування в них і тому зручні для практики усвідомленості).

В даний час існує велика кількість наукових даних, присвячених ефективності програми MBSR. Окрема мета дослідження (тобто аналіз результатів інших досліджень) оперують базами даних кількох сотень публікацій.

Хоча багато досліджень не відповідають жорстким вимогам доказової медицини (відсутність контрольних груп, MBSR не єдина змінна в дослідженні, «не випадковий» характер відбору учасників, неадекватний статистичний аналіз результатів тощо). Водночас є достатньо фактів, що підтверджують ефективність MBSR (S.G.Hofmann, A.T.Sawyer, A.A.Witt, 2010) [18, с.190]:

Значне скорочення рівня больових відчуттів і підвищення здатності справлятися з болем, яка не може бути подолана;

- Значне зменшення тривоги, депресії та агресивності;
- Зростання здатності розслаблятися;
- Підвищення життєвої енергії;
- Зростання самооцінки;
- Формування навичок управління стресом.

У хворих на онкологію, MBSR терапія призводить не лише до психологічних змін, а й позитивних змін онкомаркерів (S.E.Rush, M.Sharma, 2016) [32]. Доведено ефективність застосування даного методу при комплексній терапії ПТСП (L.Hilton, A.R.Maher, B.Colaiaso, 2016) [16]. Проводяться вивчення MBSR як засобу профілактики хвороби Альцгеймера (E.Larouche, C.Hudon, S.Goulet, 2015) [42, с.53].

Когнітивна терапія на основі уважності (МВСТ) — це психотерапія, призначена для запобігання рецидивам депресії, особливо у пацієнтів із великим депресивним розладом і наркоманією. У практиці МВСТ використовуються як традиційні для когнітивно-поведінкової терапії методи, так і медитація усвідомленості.

Когнітивні техніки полягають, перш за все, в психопросвітленні пацієнтів щодо їх хвороби, її фізичних і психологічних наслідків, тоді як медитація дозволяє зосередитися на усвідомленні всіх надходять думок і почуттів, приймати, але не реагувати на них.

Цей процес отримав назву децентрації, спрямований на звільнення людини від самокритики, роздумів і дисфоричного настрою, які виникають як реакція на негативні моделі мислення.

МВСТ базується на багаторівневій теорії психіки під назвою «Інтерактивні когнітивні підсистеми» (П. Барнард, Дж. Тісдейл, 1991). Ключова передумова теорії полягає в тому, що психіка має кілька режимів, які відповідають за когнітивне й емоційне сприйняття й обробку нової інформації. Відповідно, схильність людини до депресії обумовлена тим, наскільки вона базується лише на одному з модусів психіки, мимоволі блокуючи інші [15, с.62].

Оскільки головною проблемою пацієнтів, які страждають на межові розлади особистості, є емоційна нестійкість і дуже інтенсивні емоційні реакції на стрес, діалектична терапія охоплює розвиток певних навичок, що допомагають контролювати негативні емоції і поводитись оптимальним способом. До цих навичок відносяться:

Ні-судження - допомагає пацієнту стати неупередженим спостерігачем того, що відбувається навколо нього, а також того, що він сам відчуває. Події та емоції сприймаються як факт, а не оцінюються з точки зору «добре/погано» чи «правильно/неправильно». Такий підхід

дозволяє знизити інтенсивність емоційної реакції на ситуацію, а також не відчувати провини або неповноцінності щодо власної емоційної реакції на те, що відбувається.

Здатність описувати ситуацію в неосудних термінах необхідна для того, щоб людина могла спокійно пояснити іншим, у чому полягає його проблема і що потрібно зробити, щоб її вирішити.

Залучення до дії - допомагає людині повністю зосередитися на завданні, яке він вирішує в конкретний момент.

Уміння зосереджувати увагу на одному об'єкті знижує небезпеку надмірно інтенсивних емоцій і сприяє конструктивному підходу до проблеми. Оцінка за критерієм ефективності - що повинен зробити пацієнт для поліпшення самопочуття [9, с.237].

Самозаспокоєння – пацієнт ставиться до себе дбайливо й доброзичливо, не виявляючи аутодеструктивних тенденцій.

Для полегшення запам'ятовування того, що слід робити в проблемній ситуації, в діалектичній терапії використовуються різні аббревіатури, за змістом пов'язані із завданням, яке пацієнт повинен вирішити.

Отже, пост-стресове відновлення досягається численними психологічними втручаннями, найбільшої популярності серед яких набула так звана третя хвиля поведінкової психотерапії, базована на когнітивно-поведінковій терапії і техніках майндфулнес (усвідомлення). У західній психотерапії все більшого впливу набувають медитативні буддійські практики, за допомогою яких стабілізується емоційний стан людей зі стресовими розладами.

1.3 Огляд програм роботи з ПТСР в Україні

У сучасному лікуванні важких випадків психічної травми застосовують комплексний підхід, який включає медикаментозне лікування (найчастіше транквілізатори, антидепресанти та інші препарати) і психотерапію.

Сучасний практикуючий психолог або психотерапевт, працюючи з психічною травмою, може вибирати для себе і свого клієнта методи, напрями та способи психотерапії з широкого спектру інструментів.

У початку ХХІ століття в Україні сталися події, що викликали емоційні потрясіння у людей - стихійні лиха, антропогенні катастрофи, військові конфлікти, терористичні акти, які набирають обертів. [45, с.82].

Ці події характеризуються передусім екстремальною дією на психіку людини, викликаючи в неї травматичний стрес, психологічні наслідки якого, у крайньому своєму прояві, виражаються в посттравматичному стресовому розладі.

Допомога людям, які пережили стрес, рекомендується надавати якнайшвидше, здійснюючи кризове втручання безпосередньо після події. Для надання ефективної професійної психологічної допомоги при травматичному стресі, кризових станах, тяжких психотравмах необхідно використовувати комплексний підхід. Зокрема хворі на ПТСР вимагають медикаментозної (психофармакотерапія), психотерапевтичної допомоги, а також проведення реабілітаційних заходів [48, с.230].

Перший принцип ПТТ (посттравматичної терапії) – принцип нормалізації. Загальна модель посттравматичного пристосування, а також думки та почуття, які включаються до неї, – нормальні, хоча вони можуть бути болючими та насторожувати хворого, можуть бути не зовсім зрозумілими як самому потерпілому, так і фахівцям, незнайомим із такими проявами реакцій.

Другий принцип ПТТ – принцип партнерства та підвищення гідності особистості. Це означає, що терапевтичні відносини повинні будуватися спільно, призводячи до відновлення в правах особистості тих, хто був утиснений у своїй гідності та безпеці. Цей принцип особливо важливий у роботі з жертвами тяжких злочинів.

Третій принцип ПТТ – принцип індивідуальності. Кожна людина має свій унікальний шлях відновлення після перенесеного посттравматичного стресу. Хоча були описані загальні фізіологічні та психологічні реакції стрес, багато дослідників визначають складність людської реакції стресового впливу.

У сучасних підходах ПТТ, щоб зменшити вплив хворобливих наслідків, необхідно основний акцент робити на мобілізацію власних механізмів подолання (копінгу).

Всі методи лікування ПТСР можна розділити на чотири категорії.

Освітня категорія. Включає обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології, щоб мати можливість оцінити ступінь ПТСР [21, с.45].

Друга група методів розташовується в області холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я. Фахівці у галузі формування здорового способу життя справедливо зазначають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору роблять великий внесок у одужання людини як єдиного цілого.

Третя категорія включає методи, які збільшують соціальну підтримку та соціальну інтеграцію. Сімейна та групова терапія можуть бути віднесені до цієї категорії. Сюди можна включити розвиток мережі самопомоги [42, с.189].

Останню, четверту категорію найкраще описати як терапію. Це робота з горем, гасіння фобічних реакцій шляхом роботи з супутніми

травматичними образами, розумне застосування фармакотерапії для усунення окремих симптомів, розповідь травматичної історії, рольові ігри, гіпнотерапія та багато інших видів психотерапії, які відповідають основним принципам РТТ.

Вважаємо за доцільне докладніше зупинитися на четвертій групі методів – терапії. Вона включає в себе величезну різноманітність підгруп, наприклад [12, с.192:

1. Психофармакотерапія - у випадках гострого ПТСР до фармакотерапії вдаються при сильному збудженні або потрясіння хворого. Доцільно призначення лікарських засобів та при лікуванні хронічного ПТСР.

2. Психотерапія – при ПТСР ставить за мету допомогти людині переробити проблеми та оволодіти симптомами, які продукуються внаслідок зіткнення з травматичною ситуацією.

Один з ефективних підходів – допомогти людині відреагувати травматичний досвід, обговорюючи та заново переживаючи думки та почуття, пов'язані з травмою у безпеці терапевтичної обстановки. Це призводить до подолання реакцій, які раніше були некерованими.

Якщо стресові умови існують протягом тривалого періоду, то виникає психологічне виснаження. Структура особистості та індивідуальні схильності реакцій також відіграють суттєву участь у розвитку психічних зривів.

З самого початку лікування необхідно акцентувати увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної діяльності [32, с.96].

Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (за наявності). Корисно

оволодіти психологічними прийомами боротьби зі стресом (релаксація, дихальна гімнастика тощо), навчитися відволікатися на позитивні спогади.

Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики — тієї, що викликає позитивні емоції — теж шлях до одужання. Хороший ефект дають техніки медитації в поєднанні з музикою.

Прості поради, які повинен надавати сімейний лікар, — це дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового дрібного харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю, тютюнопаління. Також важливі поради сімейного лікаря, які можуть допомогти вийти зі стану стресу.

Антистресове дихання: повільно зробити глибокий вдих через ніс; на висоті вдиху затримайте дихання на мить, потім якомога повільніше видихніть. Це заспокійливе дихання. Він полягає у відносному скороченні вдиху, подовженні видиху і паузі після нього. Спробуйте уявити, що з кожним глибоким вдихом і довгим видихом ви частково позбавляєтеся від стресової напруги [21, с.53].

Хвилинна релаксація: розслабте куточки рота, зволожите губи. Розслабте плечі, пийте воду маленькими ковтками, по можливості вийдіть з кімнати, пройдіться, дихайте ритмічно і обов'язково подовжуйте видих: два кроки - вдих, три кроки - видих, пауза. Увімкніть спокійну музику, ту, яка вам подобається, по можливості поговоріть на якусь абстрактну тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч. Якщо поруч нікого немає, покличте друзів або родичів.

Це відволікаюча дія, яка відбувається «тут і зараз» і призначена для того, щоб витіснити внутрішній діалог, сповнений стресу, з вашої свідомості. Важливо враховувати, що в цій ситуації співпраця з сімейним

лікарем та активна участь у лікуванні значно підвищує ймовірність одужання. [47, с.190].

Надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам із ГСР та ПТСР передбачає використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, сонографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.

У процесі діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) враховується вся історія, пов'язана з травмою, включаючи попередні травматичні події, саму травматичну подію, психічний стан до травми і після неї.

Особливу увагу приділяють питанням фізичного здоров'я, таких як ушкодження, що можуть виникнути внаслідок травматичного інциденту, супутні патології або проблеми, які розвиваються, а також можливі препарати, які були призначені для вирішення цих проблем. Важливо оцінити інші аспекти якості життя, такі як фізичне здоров'я, сімейне та професійне оточення, правовий і фінансовий стан. [17, с.230].

Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи.

Третинна (високоспеціалізована) допомога надається мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, психотерапевта, психолога, практичного психолога та інших відповідних спеціалістів. До надання допомоги залучені волонтери, ветерани бойових дій, соціальні працівники, члени сімей хворих та представники громадських організацій.

Фармакологічним препаратам не слід надавати перевагу перед травмо-орієнтованою терапією, але їх використання може бути розглянуто, коли особа не готова або не бажає брати участь або не має доступу до травмо-орієнтованої терапії, якщо особа має додаткові проблеми з психічним здоров'ям. такі проблеми, як депресія, або вони не покращилися за допомогою терапії, орієнтованої на травму. У разі використання фармакологічних засобів перевагу слід віддавати СІЗЗС [29, с.128].

Лікування антидепресантами повинно розглядатися як доповнення до психотерапії та психокорекції в дорослих, у яких основні симптоми ПТСР є важкими і перешкоджають пацієнтові отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Заходи з реабілітації, що сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

Така реабілітація має передбачати психоосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової і/або освітньої продуктивності.

На підставі аналізу літературних джерел щодо напруження функціонального стану людей у разі стресу, визначено чотири види його субсиндромів: вегетативний, емоційно-поведінковий, когнітивний, соціально-психологічний [46, с.192].

1. Вегетативний субсиндром є найдавнішим у філогенезі. Діяльність вегетативної нервової системи не контролюється свідомістю, тому захисні вегетативні реакції запускаються незалежно від виду стресора. Проявами вегетативного субсиндрому стресу є: підвищення тонуусу серцево-судинної

системи; активація фагоцитозу; активація процесу регенерації тканин; тромбоцитоз; пітливість; блювота тощо. Якщо дія стресора продовжується і організм не справляється із завданням, згадані вище місцеві вегетативні реакції можуть спричинити розвиток «стресових хвороб» [14, с.189].

2. Емоційно-поведінковий субсиндром характеризується особливостями поведінки в умовах стресу, тобто емоційно-поведінковими реакціями на стрес. Діапазон цих реакцій може бути дуже широким: від незначних змін загального емоційного фону та поведінки до гострих реакцій на стрес – плачу, істерик, агресивної поведінки, апатії тощо.

3. Когнітивний субсиндром – зміна когнітивних процесів (сприйняття, уваги, мислення, пам'яті), а також процесів самосвідомості (самообраз, самооцінка), розуміння дійсності тощо.

4. Соціально-психологічний субсиндром – зміна соціальної ролі, зміна стилю спілкування людей у стресових ситуаціях. Вони можуть набувати як соціально-позитивних тенденцій, так і соціально-негативних форм спілкування [15, с.218].

Травматичний стрес може спричинити стан психічної дезадаптації, яка є реакцією відповіді психіки на надмірні фізичні, емоційні навантаження. Психопатологічні розлади в екстремальних ситуаціях мають багато спільного з клінікою порушень, що розвиваються у звичайних умовах, однак є й суттєві відмінності: 1) одномоментне виникнення психічних розладів у великій кількості людей; 2) клінічна картина в цих випадках не настільки індивідуальна, як за «звичайних» психотравмуючих обставин, для неї характерна невелика кількість досить типових виявів; 3) людина змушена продовжувати активну боротьбу з наслідками стихійного лиха (катастрофи) заради виживання та збереження життя близьких і навколишніх [16, с.129].

Для багатьох людей симптоми посттравматичного стресового розладу поступово зникають, що призводить до того, що думки про травматичні події або події залишаються все менше і менше. Однак може знадобитися деякий час, щоб подолати травму та зажити. Важливо, по можливості, в особливо складних обставинах подбати про себе:

- підтримувати контакт і зв'язок з близькими людьми;
- шукати допомоги та приймати допомогу від інших, включаючи основні ресурси, здоров'я та благополуччя;
- звертатися за допомогою до груп підтримки особисто чи онлайн, до спеціалістів із психічного здоров'я чи консультантів [17, с.93].

За умови контролю факторів, що сприяють ПТСР, отримання ефективного лікування після розвитку симптомів ПТСР може мати вирішальне значення для зменшення симптомів і покращення щоденного функціонування. Якщо симптоми зберігаються більше місяця та/або погіршуються, вам слід проконсультуватися з лікарем, психологом або психіатром або зв'язатися з групою підтримки чи агентством, яке може надати контактну інформацію для організацій, що надають послуги з питань психічного здоров'я. [18, с.192].

Ключовим завданням під час воєнного конфлікту є збереження психічного здоров'я населення. Це вимагає комплексного підходу до застосування психопрофілактичних та психодіагностичних методів. Популяризація знань про виникнення та перебіг негативних психоемоційних станів допоможе сформувати правильні уявлення в населення про їх наслідки для здоров'я. Війна є одним із основних факторів, що спричиняють посттравматичний стресовий розлад.

Висновки до розділу 1

Люди з ПТСР можуть відчувати постійний страх і тривогу, навіть якщо немає конкретної небезпеки. У них можуть бути напади паніки або вони постійно відчують напругу та нервозність. Це можуть бути раптові спогади про травматичну подію, які знову і знову повертаються в думках людини.

Це може викликати сильний страх, тривогу та дискомфорт. Люди з ПТСР можуть відчувати себе відчуженими від інших людей, навіть від близьких друзів і членів сім'ї. Вони можуть почуватися відірваними або відчуженими від світу, а також можуть відчувати велику провину чи сором за те, що вижили, за те, що не змогли запобігти травмі, або за свою реакцію на подію.

Багато людей із посттравматичним стресовим розладом мають проблеми зі сном, такі як неспокійні сни або безсоння. Вони також можуть мати проблеми з концентрацією та пам'яттю. Наслідки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можуть бути значними та впливати на всі аспекти життя людини. Вони також можуть серйозно вплинути на якість життя та потребувати професійної підтримки та лікування.

Терапія та психотерапія можуть допомогти впоратися з симптомами ПТСР і покращити загальне самопочуття.

РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМАТИКИ ПРОЯВУ ПТСР

2.1. Огляд і обґрунтування методів дослідження

Вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є важливим з погляду як наукового розвитку, так і соціальної практики. Розуміння його механізмів та наслідків дозволяє розробляти більш ефективні методи діагностики та корекції, що сприяє покращенню якості життя постраждалих осіб і зменшенню соціальних наслідків подібних станів.

Для проведення даного дослідження взяли участь 35 вимушено переселених осіб молодого віку з різних регіонів України та з-за кордону, віком від 17 до 23 років, які переважно є студентами або учнями старших класів, що майже завершили шкільне навчання.

Оскільки цей віковий діапазон відображає перехідні етапи в житті особистості, дослідження цієї категорії має особливу вагу та значення.

Додатково, слід зазначити, що серед респондентів було відносно рівномірне співвідношення жіночої та чоловічої статей (55% людей жіночої статі та 45% чоловічого).

Для збору даних використовувалося інтернет-опитування, організоване за допомогою сервісу Google Forms, що забезпечило зручність та доступність для учасників дослідження.

1. Опитувальник самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist).

PCL – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1

(зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця.

Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL–M - це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL- S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця.

Таким чином, діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом, Weathers та інші (1993) рекомендують межу від 50 балів і вище - як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта (тобто якщо підрахунок балів дорівнює 50 і більше, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

Альтернативний метод підрахунку може використовувати окремі пункти згідно з критеріями DSM-IV для визначення підозри на наявність ПТСР.

Наприклад, для встановлення підозри на ПТСР необхідно, щоб було відзначено не менш як на рівні "3" (помірно) або вищому рівні одне з питань з діапазону №№1-5, не менш як 3 питання серед питань діапазону №№6-12, і мінімум 2 питання серед питань №№13-17. Пропонується граничний бал "3" (помірно) або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу.

Психометрія.

Шкала PCL демонструє високі психометричні характеристики. Внутрішня послідовність (альфа Кронбаха) оцінюється від .94 (Blanchard et al., 1996) до .97 (Weathers et al., 1993).

Надійність тесту-ретесту показала значення .96 через 2-3 дні та .88 через 1 тиждень (Blanchard et al., 1996; Rudd et al., 2003). PCL позитивно корелює з іншими шкалами оцінки ПТСР, такими як шкала оцінки ПТСР за Міссісіпі, з коефіцієнтами кореляції між $r = .85$ і $r = .93$ (Weathers et al., 1993). Також спостерігається сильна кореляція з іншими шкалами, такими як шкала Кейна у ММРІ-2 (.77), IES (.77-.90) і CAPS .92 (Blanchard et al., 1996).

Використання порогового значення 50 для діагнозу ПТСР показало хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86).

Зниження порогового балу до 44 показало ще кращі результати: чутливість (.94), специфічність (.86) і повну діагностичну ефективність (.90) у випадку жертв автомобільних аварій (Blanchard et al., 1996).

У рамках дослідження учасники отримували опитувальник PCL-C та брали участь у самостійному заповненні після надання інструкцій щодо його заповнення. Опитувальник містить ряд питань, спрямованих на визначення рівня виникнення симптомів ПТСР, таких як травматичні спогади, гіперзбудженість, уникання та проблеми зі сном.

Дані, отримані від учасників після заповнення опитувальника, були зібрані та оброблені з метою визначення наявності та ступеня вираженості симптомів ПТСР серед вимушено переміщених осіб юнацького віку.

Отримані результати були проаналізовані для встановлення ступеня вираженості симптомів ПТСР у даній групі та порівняння їх зі стандартними критеріями та нормами, передбаченими для даного інструменту.

2. Місісіпська шкала для оцінки ПТСР (цивільний варіант).

Методика була розроблена для визначення рівня посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T. M., et al., 1987,1988) і стала однією з широко використовуваних у цій сфері.

Місісіпська шкала (МШ) почала використовуватися в Україні в 1990-х роках у дослідженнях, присвячених психологічним наслідкам аварії на ЧАЕС та ПТСР серед ветеранів війни в Афганістані.

Анкета включає 4 категорії питань:

11 пунктів оцінюють симптоми вторгнення,

11 - уникнення,

8 - фізіологічну збудливість, а

5 питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальність.

МШ виявила свою психометричну вірогідність, а високий підсумковий бал добре корелює з діагнозом "посттравматичний стресовий розлад". Це спонукало дослідників до створення "цивільного" варіанту МШ, який має 39 питань.

У 1995 році були опубліковані (Vreven D. et al.) психометричні дані, отримані на 668 цивільних осіб, де було показано, що цивільна форма МШ має високу внутрішню консистентність (0,86), хоча трохи нижчу, ніж військова (0,94).

Методика використовується для дослідження ПТСР у людей, які стали свідками або учасниками надзвичайних ситуацій. Військовий варіант застосовується для діагностики ПТСР у військовослужбовців та ветеранів. Також вона допомагає виявити схильність особистості до почуття провини та суїцидальність.

Методика призначена лише для дорослих. Оцінка результатів проводиться шляхом підсумовування балів, що дозволяє визначити ступінь впливу перенесеного травмуючого досвіду. Цей інструмент дозволяє оцінити рівень виникнення та серйозність симптомів ПТСР у людей молодого віку. Процедура заповнення шкали передбачала індивідуальні опитування учасників дослідження.

Дослідник звертався до кожного учасника за методом електронного опитування з рядом запитань згідно з Місісіпською шкалою для отримання інформації про наявність та інтенсивність симптомів ПТСР. Отримані дані були оброблені та проаналізовані для визначення рівня посттравматичного стресового розладу серед вимушено переміщених осіб юнацького віку.

3. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків.

Даний опитувальник включає в себе ряд питань, спрямованих на оцінку психологічних ефектів травматичних подій, які можуть включати в себе такі аспекти, як чутливість до подразників, відчуття безпеки, поширеність тривоги чи депресії, а також здатність до адаптації після травматичних дослідів.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів

Спершу нами було застосовано *методику Місісіпська шкала*. Отримані результати ми занесли до Таб.2.2.1. та Рис..2.2.1.

ПТСР

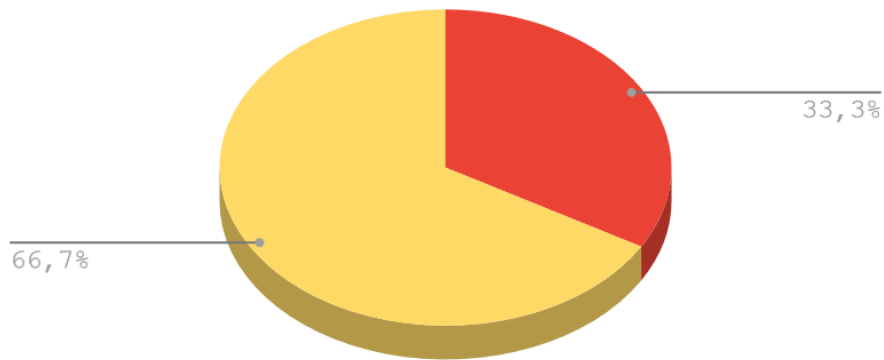


Рис.2.2.1 Результати за Міссісіпською шкалою

Результати показали що 33,3 % опитуваних юнаків котрі були вимушено переміщені перебувають у схильності до появи травматичного досвіду. Для них характерним є прояви стурбованості про наступний день, переживання про стан у якому вони знаходяться, часто можуть виникати стресові стани. Також по отриманим результатам ми бачимо, що не проявилася схильність до травматичного досвіду у 66,7% опитуваних юнаків. Вони більш адекватно реагують на ситуацію вимушеного переміщення.

Наступною ми дослідили методику *Опитувальник самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist)*, яка була використана для визначення рівня самооцінки симптомів ПТСР у відповідності з критеріями, визначеними Діагностичним і статистичним керівництвом психічних розладів (DSM-5). Цей опитувальник дозволяє особам, які пережили травматичні події, самостійно оцінити наявність та інтенсивність симптомів ПТСР.

У рамках дослідження, учасники отримували опитувальник PCL-C та брали участь у самостійному заповненні після надання інструкцій щодо

його заповнення. Опитувальник містить ряд питань, спрямованих на визначення рівня виникнення симптомів ПТСР, таких як травматичні спогади, гіперзбудженість, уникання та проблеми зі сном.

Таблиця 2.2. 1

Результати дослідження представлені в Табл.2.1. та на Рис.2.2.

Ступінь показника	Проблеми зі сном	Уникання	Сенситивність
Високий показник	22	4	7
Середній показник	8	25	18
Низький показник	5	6	10

Таб.2.1. Результати дослідження Опитувальника самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist)

Рис.2.2. Результати дослідження Опитувальника самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist)

Отримані показники показали, що високий показник показали такі шкали: на високому рівні у юнаків проявилися проблеми зі сном 20%, на середньому - уникнення 23% та сенситивність 16%.

Таким чином результати дослідження PCL-C (цивільний варіант- 17 питань) показали спів падіння результатів, отже лише підтверджує показник прояву симптоматики.

Наступною ми дослідили методику Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків. Цей опитувальник включає в себе ряд питань, спрямованих на оцінку психологічних ефектів травматичних подій, які можуть включати в себе такі аспекти, як

чутливість до подразників, відчуття безпеки, поширеність тривоги чи депресії, а також здатність до адаптації після травматичних дослідів.

Результати дослідження показані нижче.

3. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (110 питань)

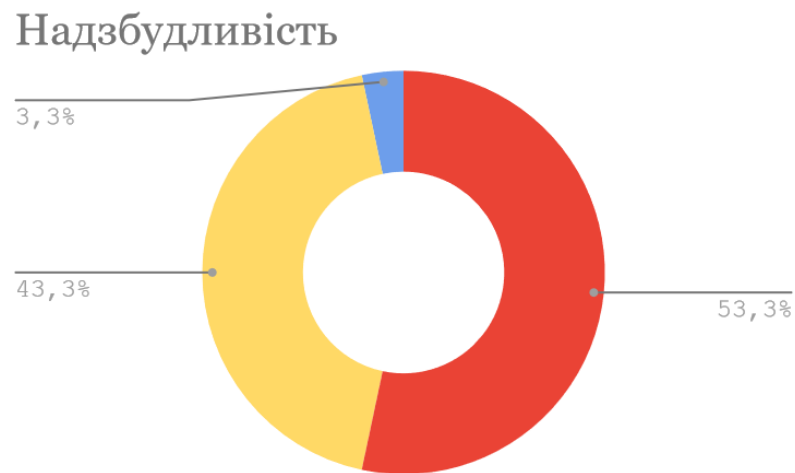


Рис..2.2.2. Результати надзбудливості

По отриманим результатам ми бачимо, що у юнаків котрі перебувають у вимушеному переміщенні на високому рівні проявилася риса над збудливості – 59,3%, середній рівень мають 43,3 % юнаків та низький рівень мають 3,3%.

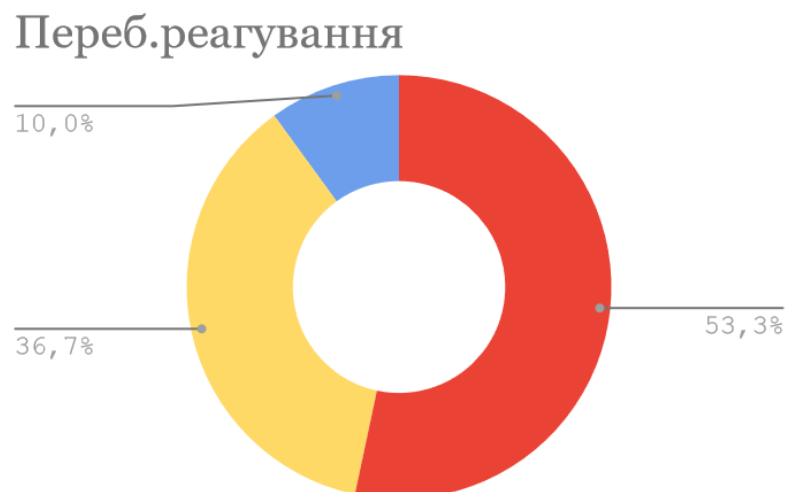


Рис.2.2.4. Результати прояву перебільшеного реагування

Отже, по отриманим результатам ми бачимо, що у юнаків переважають високий рівень перебільшеного реагування - 53,3%, середній рівень мають 36,7% опитуваних та низький – 10,0% опитуваних.

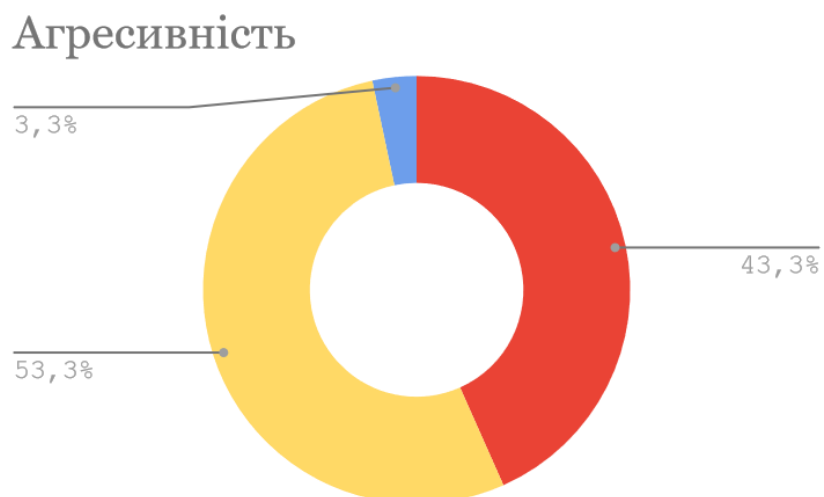


Рис.2.2.5.Результати прояву агресивності

Отже, серед вимушено переміщених юнаків переважає середній рівень прояву агресивності – 53,3 % та високий рівень мають 43,3 %

опитуваних юнаків. Низький рівень агресивності мають 3,3 % опитуваних юнаків.

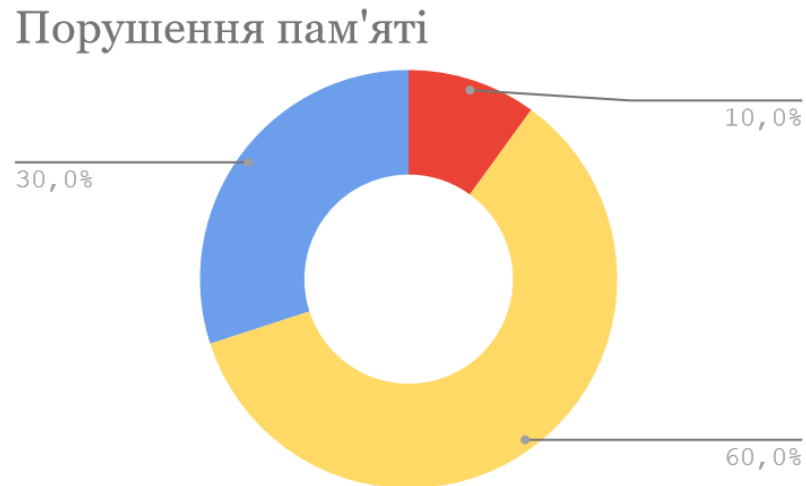


Рис.2.2.6.Результати дослідження порушення пам'яті

По отриманим даним, можемо бачити що у вимушено переміщених юнаків переважає середній рівень порушення пам'яті – 60%. Високий рівень мають 10,0% юнаків та низький рівень мають 30% юнаків.

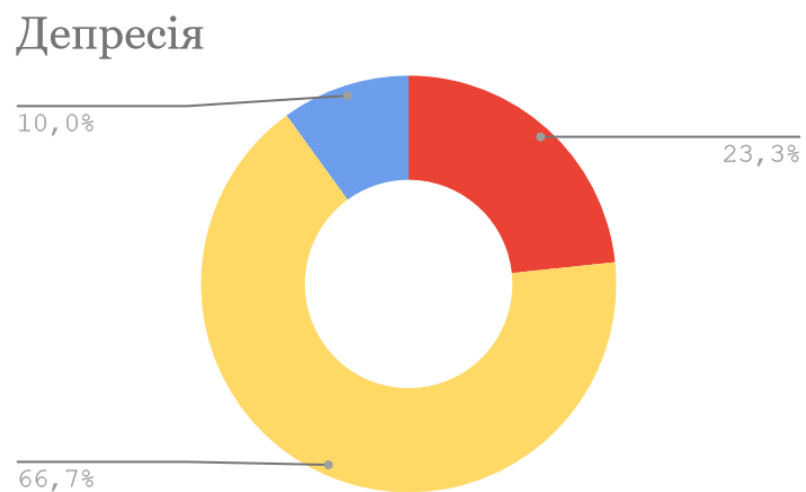


Рис.2.2.7. Результати дослідження депресії

Отже, отримані результати показали що у юнаків переважає середній рівень пам'яті – 66,7%, високий рівень мають 23,3% опитуваних та низький рівень мають 10% опитуваних юнаків.

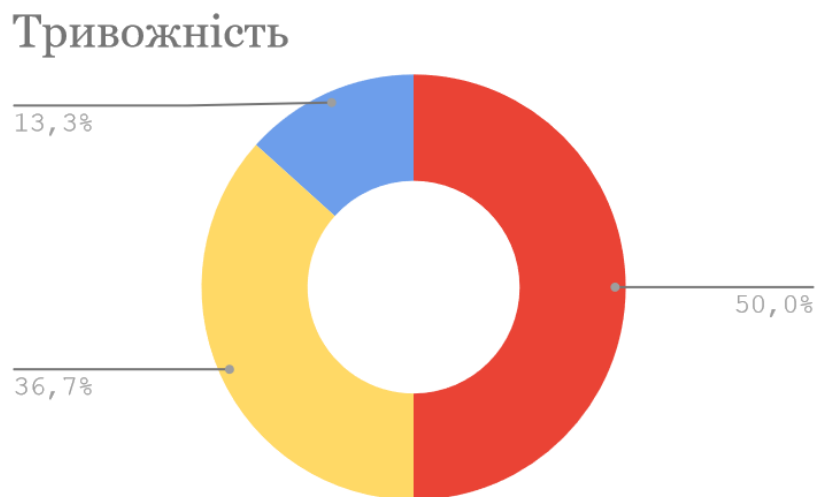


Рис.2.2.8. Результати дослідження тривожності

По отриманим даним ми бачимо, що 50% юнаків мають високий рівень тривожності, середній рівень мають 36,7% юнаків та низький рівень проявився у 13,3% опитуваних юнаків.

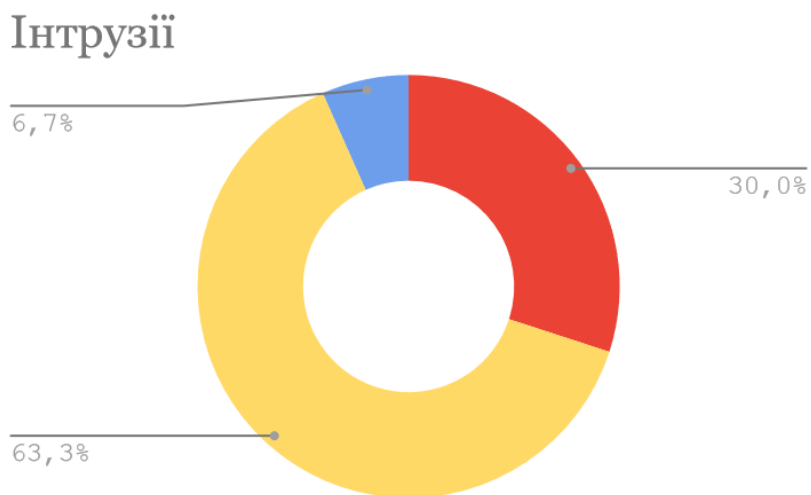


Рис.2.2.9. Результати дослідження інтрузії

По отриманим результатам ми бачимо що у вимушено переміщених юнаків на переважає середній рівень інтрузії – 63,3%, високий рівень мають 30% юнаків та низький рівень мають 6,7% опитуваних.

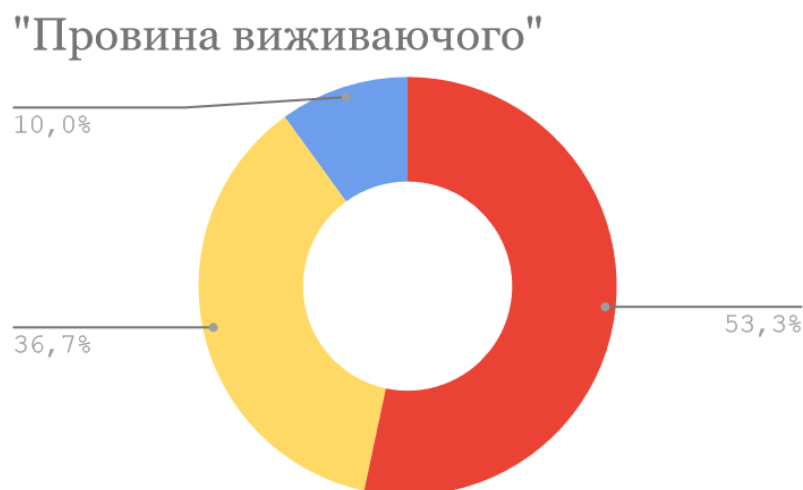


Рис.2.2.10. Результати дослідження провини виживаючого

Отримані дані показали що у вимушено переміщених юнаків переважає високий рівень прояву шкали провини виживаючого 53,3%, на середньому рівні прояв шкали мають 36,7% юнаків, а на низькому рівні – 10% юнаків.

Оптимізм

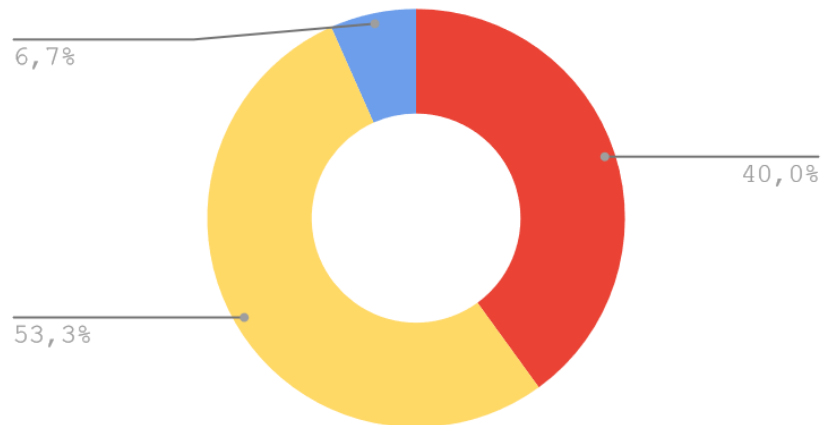


Рис.2.2.11. Результати дослідження рівня оптимізму

По отриманим результатам можна сказати, що переважає середній рівень прояву шкали оптимізму серед вимушено переміщених юнаків - 53,3 %. Високий рівень оптимізму проявився у 40% опитуваних, а низький рівень мають – 6.7% опитуваних юнаків.

Затуплення емоцій

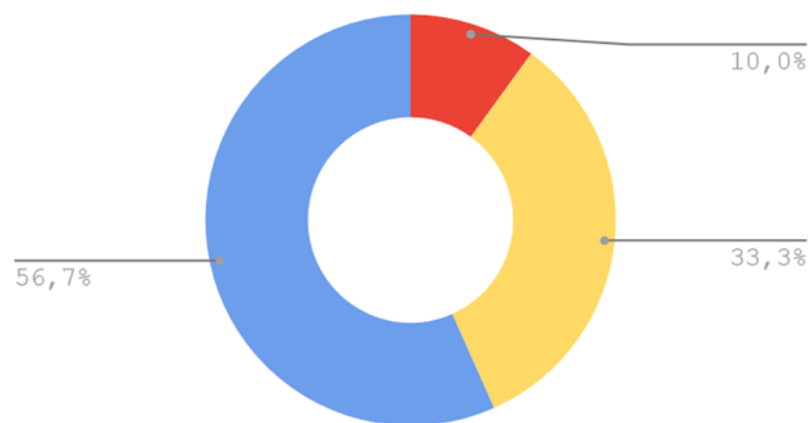


Рис.2.2.12. Результати дослідження затуплення емоцій

Таким чином серед вимушено переміщених юнаків переважає низький рівень показника затуплення емоцій - 56,7%. На середньому

рівні показник має прояв у 33,3% юнаків, на низькому цей показник проявився у 10% опитуваних юнаків.

Таким чином по отриманим результатам дослідження, можемо говорити про прояв посттравматичного стресу у юнаків. Отримані результати продемонстрували, що 33,3 % опитуваних юнаків котрі були вимушено переміщені перебувають у схильності до появи травматичного досвіду. Для них характерним є прояви стурбованості про наступний день, переживання про стан у якому вони знаходяться, часто можуть виникати стресові стани. Також по отриманим результатам ми бачимо, що не проявилася схильність до травматичного досвіду у 66,7% опитаних юнаків. Вони більш адекватно реагують на ситуацію вимушеного переміщення.

Отримані показники показали, що високий показник показали такі шкали: на високому рівні у юнаків проявилися проблеми зі сном 20%, на середньому - уникнення 23% та сенситивність 16%.

Таким чином результати дослідження PCL-C (цивільний варіант - 17 питань) показали співпадіння результатів, отже лише підтверджує показник прояву симптоматики.

2.3. Програма психологічного супроводу для зменшення проявів симптомів посттравматичного розладу

Проведене емпіричне дослідження дало змогу виявити різні рівні прояву посттравматичного розладу. Задля подолання негативного прояву в житті особистості ПТСР та їх наслідків, необхідно здійснити корекційну роботу. Це дозволить знизити ризики та мінімізувати можливість розгортання синдрому. Загалом, під час супроводу осіб із наявним

діагнозом необхідно дотримуватися певних принципів, до яких відноситься:

- Соціальна підтримка. Особі необхідно надавати розширену інформацію про доступні послуги та групи соціальної підтримки і допомагати їм долучитися до них.

- Інформаційна підтримка. Близьке оточення пацієнта повинно бути повідомлено про поширені реакції на травматичні події, включно із симптомами ПТСР.

- Залучення та підтримка близького оточення (членів сім'ї, родичів тощо). Необхідно оцінити ймовірність впливу травматичної події на інших членів родини, оскільки ПТСР може розвинутися у більш ніж одного члена сім'ї.

- Також важливо розглянути можливість діагностування, підтримки та надання допомоги іншим членам родини, які також можуть страждати від ПТСР. Дослідження може також включати аналіз того, які аспекти лікування, включаючи навчання психологічної допомоги, можуть бути корисними для членів однієї родини, які зазнали спільної травматичної події.

Метою корекційної програми є зниження наявного рівня прояву симптомів посттравматичного розладу за допомогою різних методик та технік.

Програма корекційно-реабілітаційного тренінгу передбачає:

- одержання нової інформації про себе, свою емоційну сферу;
- переосмислення уявлень про свій образ «Я» та свої емоції;
- розкриття особистих якостей, що закріплюють позитивний досвід про себе;
- побудова нового типу емоційних та поведінкових реакцій;

– закріплення позитивного досвіду емоційного реагування та звільнення від деструктивних способів реагування.

Для корекції посттравматичного стресового розладу використовується багато технік, що розроблені в поведінковій, когнітивній та екзистенційній терапії. До таких відносять:

- Активуюча терапія, що застосовується для формування нових життєвих цінностей та відновлення контролю над життям;
- «Тестування автоматичних думок» задля виявлення помилкових та некорисних думок;
- «поведінкова активація», що спрямована на планування і здійснення ресурсної діяльності та багато інших.

Задля зменшення проявів ПТСР нами було поєднано різні вправи, які направлені на зниження рівня стресу, поліпшення самопочуття та психологічного благополуччя. До цього включалися вправи дихальної гімнастики, релаксації м'язів, медитації та візуалізації, сприятливі для зняття напруги та покращення психічного стану.

Ефективним індивідуальним методом роботи з клієнтом, який страждає посттравматичним синдромом є десенсибілізація і переробка інформації рухами очей – ДПРО (EMDR), основною метою якої є зменшення чутливості до травмуючої події.

1. Вправа «Казковий ліс»

Практичний психолог пропонує учасникам зробити вправу для дихальної підготовки: сісти в зручне положення, випрямити спину. Потім пояснює, що в такій позі під час вдиху в легені потрапляє більше кисню, відповідно мозок також його більше отримує і ліпше функціонує.

Практичний психолог:

Давайте зробимо кілька повільних глибоких вдихів так тихо, щоб ніхто їх не почув, а потім так само повільно видихнемо.

Сьогодні ми здійснимо коротку подорож. Завдяки нашій фантазії ми будемо створювати різні картини в нашій уяві. Спочатку давайте вирушимо до лісу. Ви дихаєте спокійно й уявляєте, що йдете лісовою стежкою. Погода прекрасна, вас оточує казковий ліс. Яскраво світить сонце, ви відчуваєте, як воно гріє, яке воно тепле і ласкаве. Дме легкий прохолодний вітерець. Сонце світить крізь листя дерев, а в повітрі витає дивовижний лісний аромат. Ви йдете вперед, відчуваючи твердий ґрунт і те, як під ногами шелестить листя. Стежка приводить вас до прекрасного лісового джерела, від якого віє прохолодою.

2. Вправа «Нове місце»

Практичний психолог:

Зручно сядьте та зробіть кілька глибоких вдихів. Дайте очам можливість спокійно розглянути навколишні предмети або поступово заплющіть їх.

А тепер подумайте, чи хотіли б ви пересісти на інше місце? Де буде це місце: праворуч, ліворуч, навпроти чи позаду вас? Чи буде воно вище або нижче за місце, на якому ви сидите зараз?

Якщо у вас з'явилося відчуття нового місця, злегка підніміть голову. Подумки перемістіться на нове місце, спробуйте уявити і максимально реально відчувати те, де ви знаходитесь, де знаходиться ваше тіло.

Тепер подумки змініть позу. Ви відчуваєте дисоціацію, оскільки розірвали єдність реального положення вашого тіла і видіння-відчуття цього положення. Уявляючи, що ви вже на новому місці, злегка підніміть голову, повільно розплющіть очі та відчуйте, наскільки реальні всі подразники і предмети, що вас оточують. Не втрачаючи нових відчуттів, потягніться, як кішка після сну.

Якщо вам вдалося все це зробити – ви подумки здійснили реасоціацію, тобто нову, уявну асоціацію після попередньої дисоціації.

Висновки до розділу 2

У другому розділі ми дослідили особливості розвитку посттравматичного стресу у юнаків. Було обрано такі методики: Опитувальник самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist); Місісіпська шкала для оцінки ПТСР (цивільний варіант); Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків.

Таким чином серед вимушено переміщених юнаків переважає низький рівень показника затуплення емоцій - 56,7%. На середньому рівні показник має прояв у 33,3% юнаків, на низькому цей показник проявився у 10% опитуваних юнаків.

Отримані показники показали, що високий показник показали такі шкали: на високому рівні у юнаків проявилися проблеми зі сном 20%, на середньому - уникнення 23% та сенситивність 16%.

Таким чином результати дослідження PCL-C (цивільний варіант- 17 питань) показали спів падіння результатів, отже лише підтверджує показник прояву симптоматики.

Наступною ми дослідили методику Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків. Цей опитувальник включає в себе ряд питань, спрямованих на оцінку психологічних ефектів травматичних подій, які можуть включати в себе такі аспекти, як чутливість до подразників, відчуття безпеки, поширеність тривоги чи депресії, а також здатність до адаптації після травматичних досвідів. По отриманим результатам ми бачимо, що у юнаків проявилися такі негативні якості: риси надзбуливості, перебільшене реагування; тривожність; оптимізм.

ВИСНОВКИ

Люди з ПТСР можуть постійно відчувати страх та тривогу, навіть коли немає конкретної небезпеки. Вони можуть мати панічні атаки або постійно відчувати напругу та нервовість. Це можуть бути наглі спогади про травматичну подію, які знову і знову повертаються в думках людини. Це може викликати інтенсивний страх, тривогу та дискомфорт. Люди з ПТСР можуть відчувати, що вони відчужені від інших людей, навіть від близьких друзів і членів родини.

Вони можуть відчувати себе відокремленими або відчуженими від світу та також відчувати велику вину або сором за те, що вони вижили, за те, що вони не змогли запобігти травмі або за їхні реакції на подію. Багато людей з ПТСР мають проблеми зі сном, такі як неспокійні сни або безсоння. Вони також можуть мати проблеми з концентрацією та пам'яттю. Наслідки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можуть бути значними і впливати на всі аспекти життя людини. Також можуть важко впливати на якість життя і потребують професійної підтримки та лікування.

Терапія та психотерапія можуть допомогти у керуванні симптомами ПТСР і поліпшенні загального благополуччя.

У другому розділі ми дослідили особливості розвитку посттравматичного стресу у юнаків. Було обрано такі методики: Опитувальник самооцінки PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist); Місісіпська шкала для оцінки ПТСР (цивільний варіант); Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків.

Таким чином серед вимушено переміщених юнаків переважає низький рівень показника затуплення емоцій - 56,7%. На середньому

рівні показник має прояв у 33,3% юнаків, на низькому цей показник проявився у 10% опитуваних юнаків.

Отримані показники показали, що високий показник показали такі шкали: на високому рівні у юнаків проявилися проблеми зі сном 20%, на середньому - уникнення 23% та сенситивність 16%.

Таким чином, результати дослідження PCL-C (цивільний варіант- 17 питань) показали спів падіння результатів, отже лише підтверджує показник прояву симптоматики.

Наступною ми дослідили методику Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків. Цей опитувальник включає в себе ряд питань, спрямованих на оцінку психологічних ефектів травматичних подій, які можуть включати в себе такі аспекти, як чутливість до подразників, відчуття безпеки, поширеність тривоги чи депресії, а також здатність до адаптації після травматичних дослідів. По отриманим результатам ми бачимо, що у юнаків проявилися такі негативні якості: риси надзбудливості, перебільшене реагування; тривожність; оптимізм.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Вебер. Т. Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. Харків, 2020. С.164.
3. Грандт В.В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти другого магістерського рівня за освітньо-професійною програмою «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 110 с.
4. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>
5. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/3%2896%29/pages-32-36/efektivnist-psihoterapiyi-ta-farmakoterapiyi-v-likuvanni-ptsr-u-viyskovosluzhbovciv-i-veteraniv#gsc.tab=0>
6. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного*

Університету Оборони України. 2019. № 50 (2). С. 65–73. doi: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.

7. Напресенко, О. К.; Марценковський, Д. І. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. 2019

8. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89–91. doi: 10.36074/23.10.2020.v1.12

9. Папуча М.В. Внутрішній світ людини людини та його становлення : наукова монографія. Ніжин: Видавець Лисенко М.М., 2011. 656 с.

10. Психічна травма як функціональна модель розладів психіки і поведінки особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. Вип. 4. С. 205–210.

11. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.

12. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.

13. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с.

14. Психологія травмуючих ситуацій : лекційний курс та інструктивно- методичні матеріали : навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2016. 135 с.

15. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр К.: Міленіум, 2015. 150 с.

16. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери/Л.А. Мельник та ін.; за ред. Л.С. Волинець. К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

17. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

18. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: [монографія] Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.

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

20. Чорна, В., Серебреннікова, О., Коломієць, В., Гозак, С., Єлізарова, О., Рибінський, М., Ангельська, В., & Павленко, Н. (2023). Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*, 12 (124), 28-39. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>

21. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

22. Макаревич О.П. Психологічна підготовка особистості до поведінки у складних ситуаціях: Навчально-методичний посібник. Київ: ВГІ НАОУ, 2000 С. 77–78.
23. Максименко С.Д. Експериментальна психологія: навчальний посібник. Київ: МАУП, 2002. 128 с.
24. Маркова М. В. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків: Друкарня «Мадрид», 2019. 492 с.
25. Медична психологія. Вінниця : Нова Книга, 2008. 520 с.
26. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с
27. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». 2015. 207 с.
28. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід* № 17/2016. Київ, с. 104-111.
29. Aleksandrovsky U. A. Disasters and Mental Health. *Disasters and Mental Health*. 2020. 144 p. doi: 10.33029/97045917-1-kat-2020-1-144.
30. Brewin C. R. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. *J Trauma Dissociation*. 2005. No. 6 (2). P. 123–130.
31. Berceci D, Salmon M, Bonifas R, Ndefo N. Effects of self-induced unclassified tremors on quality of life among non-professional caregivers: A pilot study. *Glob Adv Health Med*, 2014;3(5):45–48.

32. Genetics of anxiety and trauma-related disorders. *Neuroscience*. 2009. V. 164 (1). P. 272-287.
33. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson. *Archives of General Psychiatry*. 1995. V. 52 (12). P. 1048-1060.
34. Front Matter. Post-Traumatic Stress Disorder. Wiley-Blackwell, 2011. doi: 10.1002/9781119998471.fmatter.
35. Foa E. B., Rothbaum B. O. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York : Guilford Press, 2001. URL: <https://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/competency-maps/cbt/Problem%20specific%20competences/PTSD%20Foa%20and%20Rothbaum.pdf>
36. Steven S. Coughlin. Chapter 2 The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder. Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Health Conditions. *American Public Health Association*, 2013. doi: 10.2105/9780875530161ch02.
37. Geleželytė O., Gailienė D., Latakienė J., Mažulytė-Rašytinė E., Skruibis P., Dadašev S., Grigienė D. Factors of Seeking Professional Psychological Help by the Bereaved by Suicide. *Frontiers in Psychology*. 2020. No. 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00592
38. Vlinov O. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal*. 2018. № 12 (2). С. 9–22. doi: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>.
39. Kessler R., Sonnega A., Bromet E. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. No. 52. P. 1048–1060.
40. Kabat–Zinn J. An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: 43 309

41. World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings, Geneva: WHO, 2012. 84 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/assessing-mental-health-and-psychosocial-needs-and-resources>

42. Theoretical Considerations and Preliminary Results. General Hospital Psychiatry. 1982. Vol. 4. P. 33–47.

43. Mental health action plan 2013-2020. WHO, 2013. 50 p. URL: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

44. Panksepp J. Affective neuroscience of the emotional Brain Mind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. Dialogues Clin Neurosci. 2010; 12(4):533–45. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.4/jpanksepp>

45. Payne P., Levine P., Crane-Godreau M. Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. Front Psychol. 2015 Feb 4;6:93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093> . e Collection 2015

46. Roberts B. The Hidden Consequences of Conflict: Mental Health Issues and Access to Services for Internally Displaced Persons in Ukraine / B. Roberts, N. Makhshvili, D. Dzhevakhishvili. International Alert. 2017. URL: <https://www.international-alert.org/publications/hidden-burdens-of-conflict/>

47. Crawford J., Henry J. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. // The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society. 2004. Vol. 43(3). – P. 245-265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>

48. Zhuravlova, L. & Chebykin, O. The Development of Empathy: Phenomenology, Structure and Human Nature.2021. Abingdon, Oxon. New York. NY. <https://doi.org/10.4324/9781003145370>