

Міністерство освіти і науки України
Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя
Факультет педагогіки, психології, соціальної роботи та мистецтв
Кафедра загальної та практичної психології

Освітня програма: Психологія. Практична психологія
Спеціальність: 053 Психологія

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня *магістр*

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ**

Здобувача *Серогодського Михайла Леонідовича*

Науковий керівник:

Ковтун Алла Юріївна,

кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент:

Папуча Микола Васильович,

доктор психологічних наук, професор

Пісоцький Олександр Петрович

кандидат психологічних наук, доцент

Допущено до захисту: _____ 2023 р.

Завідувач кафедри:

Проф. _____ **Папуча М.В.**

Ніжин-2023

Анотація. Тема магістерської роботи «*Психологічні особливості переживання посттравматичних стресових реакцій*» досліджувалася на теоретичному та емпіричному рівнях. Результати вивчення представлені у трьох розділах роботи. На теоретичному рівні автором проаналізовано проблему посттравматичних реакцій, з'ясовано сутність даного утворення. У другому розділі аналізовані питання посттравматичних реакцій у жінок, з'ясовано схильність дорослих жінок, що вимушені були покинути країну, до переживань означених реакцій. У третьому розділі проведено емпіричне вивчення проявів посттравматичних реакцій жінок у періоді дорослості на основі комплексної методики. Представлено рекомендовану роботу для подолання постстресових реакцій засобами тілесної терапії.

Ключові слова: стрес, посттравматичні стресові реакції, ПТСР, посттравматичні стресові реакції жінок, тілесна терапія

Annotation. The topic of the master's thesis "Psychological features of experiencing post-traumatic stress reactions" was studied at the theoretical and empirical levels. The results of the study are presented in three chapters. At the theoretical level, the author analyzed the problem of post-traumatic reactions and clarified the essence of this formation. The second section analyzes the issues of post-traumatic reactions in women, and reveals the tendency of adult women who were forced to leave the country to experience these reactions. In the third section, an empirical study of the manifestations of post-traumatic reactions of women in adulthood is conducted on the basis of a comprehensive methodology. The recommended work for overcoming post-stress reactions by means of body therapy is presented.

Keywords: stress, post-traumatic stress reactions, PTSD, post-traumatic stress reactions of women, body therapy

ЗМІСТ

ВСТУП	5
 РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ (ПТСР) У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ	8
1.1. Сутність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його ознаки . . .	8
2.2. Психотравмуюча ситуація і травматичний досвід як основа виникнення ПТСР	13
1.3. Особливості виникнення та протікання посттравматичного стресового розладу у людини	18
Висновки до розділу 1	22
 РОЗДІЛ 2	
ПРОЯВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ДОРΟΣЛИХ У СУЧАСНИХ УМОВАХ ЖИТТЯ	23
2.1. Відстрочені психологічні реакції особистості на травматичний досвід або психотравмуючу подію	24
2.2. Динаміка посттравматичних стресових реакцій у дорослої людини в умовах війни	29
2.3. Надання психологічної допомоги особам із посттравматичними стресовими реакціями	35
Висновки до розділу 2	41
 РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ДОРΟΣЛИХ ЖІНОК	
	43

3.1.Методика й організація емпіричного дослідження	43
3.2. Емпіричне вивчення посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок	49
Висновки до розділу 3	60
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ.	73

ВСТУП

Актуальність теми. Військова агресія проти України неминуче призвела до збільшення кількості людей, які потерпають від бойових дій, окупації та насильства, перебувають на території інших держав і, відповідно, переживають стрес. Наслідком таких чинників є стрімке зростання чисельності постраждалих з гострими стресовими й посттравматичними стресовими розладами (ГСР і ПТСР) й потребують відповідної соціально-психологічної допомоги.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), згідно з посібником з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V», виникає в результаті того, що людина піддається ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства. Причиною може бути безпосереднє переживання травмуючої події; перебування у ролі свідка травматичних подій, що відбуваються з іншими людьми, членами сім'ї чи близьким другом.

Після того, як травмуюча подія вже пережита й залишилася в минулому, для людини з ПТСР вона й досі реальна. Це проявляється в наявності одного (чи більше) інтрузивного симптому, пов'язаних з травматичною подією.

Вперше проблеми реабілітації людей з ПТСР розроблялися зарубіжними дослідниками після воєнних кампаній в Афганістані, зокрема М. Horowitz, О. Weis, С. Mannar, J. Davidson, D. Hugnes, D. Blazer, L. George, J. Kinzie, P. Leung та ін. Питаннями медико-психологічної реабілітації осіб з ПТСР на Україні займаються В. Стеблюк, А. Галушка, П. Мех, А. Казмірчук, А. Швець, А. Кіх, О. Ричка, А. Чайковський, Г. Іванцова, О. Блінов, Л. Юр'єва, А. Кожина та ін. Проте досліджень ПТСР у дорослих жінок, які вимушено покинули країну і перебувають наразі за кордоном практично немає, що і зумовило обрання темою магістерського дослідження: *«Психологічні особливості переживання посттравматичних стресових реакцій»*

Мета дослідження полягає у визначенні психологічних особливостей переживання посттравматичних стресових реакцій дорослих жінок.

Завдання:

1. З'ясувати сутність та основні ознаки та причини виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
2. З'ясувати основні ознаки, специфіку протікання посттравматичних стресових реакцій дорослих жінок та можливі шляхи надання психологічної допомоги
3. Скомпонувати методику та провести емпіричне дослідження особливостей перебігу ПТСР дорослих жінок.
4. Розробити рекомендації для полегшення психоемоційного стану жінок, які мають ознаки ПТСР.

Об'єкт дослідження: знаки ПТСР та переживання посттравматичних стресові реакцій дорослими.

Предмет дослідження: психологічні особливості переживання посттравматичних стресових реакцій дорослими жінками, що мають ознаки ПТСР.

Гіпотеза дослідження: у дорослих жінок посттравматичні стресові реакції при ознаках ПТСР відрізняються більшою інтенсивністю, проте носять прихований характер.

Методи дослідження: *теоретичні* (аналіз наукових джерел, синтез, узагальнення, моделювання, систематизація); *емпіричні* (Опитувальник ознак ПТСР О. Блінова, опитувальник PCL-5 (Клінічне інтерв'ю), Шкала для оцінки впливовості травматичної події (IES-R), Опитувальник посттравматичних реакцій (О. Котеньов), Шкала тривожності (Спілбергер–Ханін), опитувальник депресії (Т. Балашов). *Методи кількісної та якісної обробки результатів.*

Наукова новизна і теоретична значущість дослідження: полягає у тому, що *вперше:* досліджено особливості посттравматичних стресових реакцій у жінок в період дорослості з ознаками ПТСР, які вимушено перебувають за межами своєї країни; розроблено та апробовано методику

дослідження особливостей посттравматичних стресових реакцій жінок у період дорослості, запропоновано методичні рекомендації щодо подолання означеного явища.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідалися на науково-практичних конференціях (з публікацією матеріалів роботи):

- XIII Міжнародна науково-практична конференція «Психологічні особливості переживання ситуації невизначеності» (м. Ніжин, 16-17 березня 2023 року Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя.

Структура роботи: магістерська робота складається зі змісту, вступу, трьох розділів із підпунктами, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 75 сторінки, основного тексту – 60 сторінок, список використаних джерел вміщує 63 найменувань, 5 додатків на 12 сторінках. Робота також містить 6 таблиць на 3 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

1.1. Сутність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його основні ознаки

Загалом термін посттравматичний стресовий розлад (або як його скорочено позначають *ПТСР*) виник порівняно недавно у другій половині 20 ст. Нерідко науковці для того, щоб його схарактеризувати (або пояснити) використовують низку словосполучень, зокрема корейський синдром, в'єтнамський синдром, афганський синдром. Пізніше почали використовувати поняття бойова травма, шокова травма та ін. У загальному означені поняття наразі означають комплекс психічних розладів, що є проявами дезадаптивної відстроченої або затяжної реакції на стресові події, які особистість вважає загрозливими або ж катастрофічними для себе [1, с. 5]. Цілком зрозуміло, що ці терміни почали використовувати для тих осіб, які приймали участь у воєнних кампаніях (переважно військові) або постраждали від них (цивільне населення).

Проте спочатку цей феномен вивчався дослідниками в учасників бойових дій, які повернулися назад до мирного суспільства, але так і не змогли до нього адаптуватися й нормально. Саме тому Л. Герасименко відмічає, що вагомий внесок у з'ясування суті ПТСР зробили американські та британські дослідники після воєнних кампаній у Кореї і В'єтнамі, яким передувала Перша світова війна. Оскільки саме в США та Англії досить активно розвивалася психіатрична й психологічна практика, започаткована у середині 20 ст. Зокрема представники психіатрії і клінічні психологи з'ясували, що існує схожість і подібність у

закономірностях клінічного перебігу відстрочених психічних розладів у відповідь на надпотужні стреси різного характеру [12, с. 27].

Загалом, станом на сьогодні розуміння ПТСР у сучасній наці, зокрема в психології ґрунтується на ідеях М. J. Horowitz, які були висловлені науковцем у 1980 році. Згідно його уявлень, ПТСР функціонує у якості самостійного синдрому, для якого властивими є специфічні діагностичні критерії, якими нині користуються у класифікації хвороб (МКХ-11; DSM-5), що розробили фахівці американської психологічної і психіатричної асоціацій, наголошує Л. Юр'єва разом зі своїми однодумцями [58, с. 7].

Зокрема в Україні прийнято документ (протокол), у якому представлені рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам, які мають ознаки посттравматичного стресового розладу. Так, в представленій клінічній формі уніфікованого протоколу, що містить у собі первинну, спеціалізовану та вузькоспеціалізовану медичну допомогу особам із ПТСР, посттравматичний стресовий розлад тлумачиться як суттєво відстрочена у часовому відрізку чи достатньо тривала реакція людини на вплив негативних чинників (тригер, стресова подія або ситуація, або окремо взяті обставини ситуації), які сприймаються як загрозові для життя (катастрофа) і можуть сприяти виникненню дистресу практично у всіх свідків чи учасників [53, с. 10].

При цьому авторами наголошено, що найбільш провідні (головні) ознаки досліджуваного феномену є надто близькими із гострим стресовим розладом, який має місце у перші години після впливу стресового випадку чи загрозового життю інциденту. Загалом цим означеним феноменам, і посттравматичному стресовому розладу зокрема, властиві наступні характеристики:

- переживання, що постійно повторюється – настирливі тривожні згадки про шокуєчий випадок; страхіття; надто сильні душевні муки (страждання) або фізіологічні реакції, зокрема потіти, тахікардія та паніка під час згадки про травмуючий досвід;

- відсторонення й емоційний ступор – прагнення уникнути будь-яких справ, обставин, занять, місця, міркувань, хвилювань або обміну думками, що тісно пов'язані з випадком; збіднілі емоційні переживання; втрата зацікавленості до звичної активності; відчуття відмежованості щодо інших;
- надмірна схвильованість – стан, коли неможливо заснути, є роздратованість, напруженість, існують складнощі з зосередженням уваги, максимальна настороженість, надто високий старт-рефлекс.

Зокрема *повторне переживання травматичного* досвіду передбачає, що особа постійно очікує, що «спалахи» у свідомості (уяві) про випадок можуть знову повернутися і проявитися упродовж всього дня або його частини, чи як нічні жахіття вночі: спостерігає повторно образи того, що мали місце під час випадку; може чути звуки, відчувати запахи та смаки, переживати знову й знову тілесні відчуття тієї ситуації, тобто все, що пов'язано з набутим травматичним досвідом. Також до ознаками повторення переживань можуть бути: згадки про інцидент, що засмучують; жахливі сновидіння про випадок; відчуття фізіологічних і тілесних реакцій, коли пригадуються особливості інциденту, стресора; порушення особистості відсутність відчуття від реальності, ситуації у якій перебуває людина.

Важливим для особи у цьому стані є *прагнення втекти (оминути)* все, що нагадує про подію є досить звичним і нормальним шляхом подолання фізичного або емоційного болю, іншими словами відсторонитися чи відволіктися. Тому людина намагається уникати будь-яких спогадів про травмуючу подію, її обставини; бажання ні з ким про це не ділитися і не міркувати, а навпаки забути, що сталося; почуття «заціпеніння» або стан, ніби зникли всі почуття; негативні думки про себе; почуття провини або сорому за те, що сталося; відчуття пригніченості або відстороненості; враження, що нікому не можна довіряти.

Для осіб із посттравматичним стресовим розладом характерне *надмірне напруження (збудливість)*, що помітно у загостреному сприйманні теперішньої ситуації (постійно очікує чогось подібного («на сторожі»)) внаслідок пережитого

інциденту, травми, що триває більше, ніж зазвичай). У переліку цих ознак (або симптомів): стабільне чатування і чекання загрози звідусіль (зосередженість, «надмірна пильність»); відчуття глибокої прірви, певного краю, коли достатньо легко впасти, злякатися; складнощі із процесом засинання або ж сном; складнощі з зосередженням уваги, уважності в цілому [62, с. 5].

Важливим є факт, що ПТСР виникає після ГСР або ж достатньо тривалого латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років. Протікання ПТСР визначається як гостре, коли його ознаки, прояви тримаються по часу менше, ніж три місяці, і хронічний, коли ознаки не змінюються понад три місяці. Варто відмітити, що нині існує декілька поглядів щодо термінів [2; 3].

У сучасних дослідженнях виявлено, симптоми ПТСР можуть дещо відрізнятися, в залежності від того: наскільки сильним був травматичний досвід (більша інтенсивність травматичного досвіду призводить до більш виразних симптомів); вид травматичного досвіду (зокрема міжособистісна травма – травма, спричинена іншою людиною – має більш складні наслідки, ніж травма, яка виникає в результаті нещасних випадків); травматичний досвід, який був пережитий раніше має більш вагомий вплив на події, що відбуватимуться пізніше.

Тому вважається, що особи, які зазнали багато травм, пережили травматичний досвід на початку свого життя або зазнали травми в результаті вчинків їхніх батьків або опікунів, часто мають додаткові симптоми на додаток до ПТСР: проблеми з управлінням власними емоціями, тобто проблеми емоційної регуляції; сильні переконання про себе як про применшену, переможену або нікчемну особу, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі; труднощі в підтримці стосунків і відчуттях близькості з іншими людьми, коли травма була завдана іншими людьми [6; 7; 9].

Загалом всі симптоми ПТСР можна розглядати крізь призму трьох блоків: *Симптоми повторного переживання*. Особи, що страждають на ПТСР, знову й

знову переживають травматичну подію у своїй свідомості. Так, основними ознаками цього стану є: згадування мимовільного характеру, які стосуються травматичного досвіду, постійні неконтрольовані спогади (так звані інтрузії), флешбек-ефекти (неочікувані факти, що є досить виразними та стійкими для особи, у якої за таких умов обривається зв'язок із реальною ситуацією і зміщується у те місце й час, коли трапився екстраординарний випадок, жахіття вночі, поганий сон, бурхливі хвилювання, які нагадують випадок, психотравмуючого характеру, потужні й інтенсивні фізіологічні реакції, зокрема калатання серця, рясне потовиділення, коли перебуває неподалік від того місця, де трапився психотравмуючий випадок тощо) [19; 21; 22].

Уникання і заціпеніння. Особи з ПТСР схильні уникати нагадувань про травматичну подію тому, що вони «запускають» неприємні емоції та спогади. Уникання може стосуватися певних речей, дій, місця, де сталася травматична подія, чи інших нагадувань про неї. Наприклад, переживши ДТП, людина може уникати місця пригоди або ж взагалі більше не сідатиме у машину. Люди, у яких є ПТСР схильні уникати обговорення травми й тому прануть відмежуватися від інших, оминати їх. Внаслідок такої поведінки з'являються негативні та деструктивні прояви: тяжко розпочинати працювати, повертатися до справи, перебувати у спільноті людей, виконувати будь-яку діяльність [30; 31].

Неможливість релаксу (надмірна напруженість). ПТСР ускладнює відсутність здатності (вміння) розслаблятися. Людина постійно перебуває у стані «бойової готовності», що ускладнює можливість звикнути до будь-чого, труднощі у засинанні та підтримуванні сну, дратівливість чи спалахи гніву, складність концентрації, постійний стан готовності до небезпеки, надмірна стартова реакція [63, с. 21].

Згідно з існуючою МКБ-11 (Міжнародною статистичною класифікацією хвороб), для діагностики посттравматичного стресового розладу повинні використовуватися наступні критерії: пацієнт піддавався стресовій події (надзвичайної загрози або катастрофічних масштабів), яка могла викликати

безпорадність і зневіру майже у всіх; існують нав'язливі та тривалі спогади про досвід (спалахи); особа уникає ситуацій та обставин, подібних до тих, які спричинили травму; дратівливість і спалахи гніву; труднощі з концентрацією уваги; труднощі зі сном і засинанням; підвищена чутливість; амнезія на стресову подію (часткова або повна); симптоми мають проявлятися упродовж шести місяців після травми.

Таким чином, ПТСР – це відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес; це хронічне порушення психічного стану, що може розвинутиися після травматичної події. Найбільш поширеними симптомами ПТСР є: підвищений рівень збудженості, запобігання неприємних почуттів, проживання заново травматичних подій, проблеми з емоціями та пам'яттю, гостра реакція на стрес. Означені порушення властиві людям, що отримали досвід переживання трагічних подій (випадків, обставин), які становили небезпеку для них самих або їх близьких і рідних.

2.2. Психотравмуюча ситуація і травматичний досвід як основа виникнення ПТСР

Основою ПТСР є травматичний досвід – досвід, який пригнічує, загрожує, лякає або знаходиться поза контролем свідомості. Найбільш поширеними його видами вважається: ДТП або нещасний випадок на виробництві; ситуації, які загрожують життю людини (війна, стихійне лихо, надзвичайна ситуація, пов'язана зі здоров'ям); фізичне або сексуальне насильство, катування; свідок надзвичайної події чи насильства над іншими людьми [33; 49].

Відповідно, ПТСР може розвинутиися у наступних категорій людей: у учасників бойових дій; у жертв насилля (фізичного або сексуального); у осіб, які стали свідками теракту або стихійного лиха; у мирних жителів, які у воєнний час перебували або й нині перебувають у зоні активних бойових дій; у цивільних, що

залишились на окупованій території та стали свідками жахливих подій; у осіб, чия психіка травмувалась через перебування у кризовій ситуації; у жертв катування, полонених; у людей, що мали тяжкий перебіг захворювання [47; 48; 49].

Так, у 2018 р. британські дослідники винесли на обговорення світовій громадськості та науковцям основні причини виникнення посттравматичних стресових реакцій дітей, молоді та дорослих. При цьому вони вказали на основний перелік чинників, зокрема тяжкі аварії; завдання фізичних або статевих тортур, насилля; немилосердна поведінка, що містить у собі знущання над дітьми чи сімейне насилля; травматичні пошкодження, що є наслідками діяльності, навіть впливи на відстані; травматичне пошкодження, що є наслідками тяжкого перебігу захворювання (невиліковних насъогодні) або ж пологів, які спричинили госпіталізацію породіллі до палати інтенсивної терапії чи фатальний випадок, пов'язаний із немовлям. Окремо у цій низці чинників зазначені бойові дії, військові конфлікти, полон, фізичні тортури [47].

Означені чинники у психологічній науці отримали кліше *психогенні*, адже власне їх саме дії зумовлюють появу посттравматичних стресових реакцій і, безумовно, мають потенційну небезпеку для подальшого життя і здоров'я людини. Вплив означених чинників є непередбачуваним і неконтрольованим. Загалом їх прийнято позначати як випадок, що зумовлює виникнення психотравмуючої ситуацію. Щодо людини, яка відчула на собі вплив психогенних факторів, говорять, що вона отримала психотравмуючий досвід, який, як правило, має значні розбіжності з її звичайним життєвим досвідом поведінки [57–60].

Звичним для науки став поділ патогенних чинників, які зумовлюють виникнення посттравматичних стресових реакцій людини на три типи: природні, техногенні, екологічні та соціогенні. Так, найбільш розповсюдженими природними катастрофами є стихійні лиха, до яких належать потужні вітри (смерчі, урагани), повені, великої амплітуди землетруси, загрози від вулканів.

Натомість техногенні катастрофи спричиняють виникнення пошкоджень промислових споруд (пожежа, вибухи, руйнування житлових об'єктів), що є наслідком певних неполадок у технічних системах. Екологічні катастрофи зумовлені діяльністю людства або дією антропогенних чинників, які призводять до небезпечних змін у природних екосистемах. Соціогенні чинники викликають катастрофічні зміни соціально-політичної стабільності, які призводять до війн, бойових дій, терактів. Також до цієї групи відносять цілу низку асоціальних дій і вчинків окремих осіб, зокрема насилля (статеве, фізичні, пограбування, розбій тощо) [53; 55].

Проте низка дослідників наголошують, що не у всіх людей, що відчували на собі вплив травматичної події (психотравмуючої ситуації), можуть максимально розвинутися посттравматичні стресові реакції. Фахівці вважають, що це певною мірою залежить від деяких факторів, що підвищують вірогідність появи ПТСР. Так, вони вказують, що виникнення ПТСР залежить від того: *кількості людей навколо, які намагаються підтримувати особу*. Зокрема виявлено, що люди, які мають достатньо високий рівень соціальної підтримки менше тяжіють до переживання гострих посттравматичних реакцій внаслідок впливу на них психотравмуючої ситуації та отриманого травматичного досвіду. Вважається, що коли є люди, з якими можна поговорити, які допоможуть розібратися у травматичному досвіді, може виникнути своєрідний захист від сильних негативних переживань подій, які мали місце [17]. Крім усього важливу роль у виникненні посттравматичних стресових реакцій відіграють особливості того, як саме обробляється у мозку особи *інформація про травматичний досвід, тобто спогади*. Виявлено, що згадки про травмуючу подію при ПТСР мають суттєву різницю від буденних згадок, зокрема інтенсивністю, силою, яскравістю, чіткістю. Разом із тим, вони (спогади) можуть ввести людину в оману й уявляти (чи то міркувати), що людина знову й знову переживає травматичний досвід, здається, що подія ніби постійно повторюється і нагадує про себе через кілька років поспіль з моменту реального випадку, впливу психотравмуючої ситуації

[26; 34; 63]. Отже, відмінності у побудові мозком цілісного ланцюжку інформації про травматичний досвід (кодування, збереження і відтворення згадок) у окремо взятої людини впливають на вірогідність виникнення найбільш гострих посттравматичних реакцій, зокрема ПТСР [17–19; 23]. При цьому важливе значення мають *генетичні й біологічні фактори*, зокрема будова й розміри гіпокампу, визначають як вплинуть на людину її згадки про психотравмуючу ситуацію і травматичний досвід на появу ПТСР [1; 8; 33].

У психологічних дослідженнях доведено, що гостре або хронічне протікання посттравматичних стресових реакцій викликано (ПТСР) сумісним впливом взаємопов'язаних між собою факторів:

- сила травматичного випадку, його достатньо тривалий вплив, несподіваність і не контрольованість;
- зрілість і досконалість психологічного захисту, його механізмів у людини, а також достатній рівень соціальних контактів і зовнішньої піддержки людей;
- особистісні детермінанти, що визначають схильність до виникнення гострих чи хронічних посттравматичних реакцій (ПТСР): вікова категорія отримання психотравматичного досвіду, попередньо пережиті травматичні події, існуючі на цей момент розлади в особі [14; 16; 22].

Наразі дослідниками зафіксовано, що надміру схильними та чутливими у плані виникнення гострих чи хронічних посттравматичних стресових реакцій є особи, які не досягли 22-річного віку, або дорослі люди, яким вже за 30. Щодо існуючих статевих відмінностей, існують зафіксовані наукові дані, у яких зазначено, що у 8% осіб чоловічої статі і в 20% осіб жіночої статі виникають гострі або хронічні стресові реакції (ПТСР) внаслідок переживання досвіду травмуючого випадку. Разом із тим, категорії дітей і підлітків дослідники також віднесли до певної групи осіб, які є схильними до виникнення у них ПТСР. Зафіксовано, що всі без винятку учасники бойових дій (військові, цивільні), тобто ті, які стали свідками травмуючого випадку, мають власні суб'єктивні

переживання і реакції, що по суті є реакцією організму на згадану екстремальну подію. [25; 27; 30].

Таким чином, основою для виникнення ПТСР є травматичний досвід, який знаходиться поза контролем свідомості: ДТП або нещасний випадок на виробництві; обставини, які загрожують життю людини; фізичне або сексуальне насильство. Проте ймовірність виникнення гострого або хронічного ПТСР існує не в кожній людині. Передусім означені реакції мають можливість з'явитися в осіб молодших за 22 роки або людей, яким вже за 30. При цьому варто враховувати також комплексний вплив на виникнення ПТСР сили травматичного досвіду та його тривалості, нерозвиненості захисних механізмів особистості, недостатньої підтримки зі сторони соціуму, обмеженість соціальних контактів, раніше набутого травматичного досвіду та психологічних розладів особистості. Схильними до виникнення ПТСР є дорослі, діти й підлітки, тобто всі вікові категорії.

1.3. Особливості виникнення та протікання посттравматичного стресового розладу у людини

Власне ПТСР є динамічним утворенням, що передбачає розгортання його симптомів у людини за певними стадіями. При цьому такі реакції не завжди спричиняють незворотні розлади у структурі особистості. Так, для більшості фахівців протікання посттравматичних стресових реакцій відбувається через чотири стадії: відчаю, заперечення, нав'язливості, опрацювання. Зокрема на стадії відчаю виникає незрозумілого походження тривога, яка не дозволяє повністю усвідомити подію і її наслідки. Для стадії заперечення властиве намагання особи відкинути, заперечити те, що трапилося, внаслідок чого з'являються розлади сну, порушення пам'яті (у більшості амнезія), емоційний ступор, соматичні прояви. Для стадії нав'язливості характерними є різкі зміни настрою, спалахи гніву, гіперактивність, яка виникає внаслідок надмірного

збудження (людині важко заспокоїтися). На останній стадії людина намагається зрозуміти свій стан, усвідомити причини своєї психотравми та складає плани на майбутнє життя.

Фахівці схильні розрізняти різні види посттравматичних стресових реакцій у людини. Так, у МКХ-11 і DSM-V описані симптоми гострого стресового розладу, які зберігаються упродовж 30 днів, і більш тривалого хронічного розладу при ПТСР, які розвиваються після трьох місяців отримання людиною травматичного досвіду [15; 51; 59].

Власне посттравматичні стресові реакції мають властивість тривалий час зберігатися, проявлятися знов і знов. Визначальними їх характеристиками у дорослої є постійні надокучливі спогади про небезпечну ситуацію, у якій була небезпека для життя; різного роду нічні сновидіння, жахіття, пов'язані зі сценами насильства, розпачу (в залежності від пережитої ситуації); постійно намагається уникнути емоційної напруженості; почуття невпевненості, тривожності, різного роду страхи, фобії перешкоджають прийняттю рішення, продуктивним стосункам; швидка втомлюваність, надмірна роздратованість, агресивність, депресія, головний біль (або біль у будь-якій точці тіла без видимої причини); послаблена здатність зосереджуватися на будь чому та запам'ятовування є слабким. Можуть спостерігатися й інші прояви в залежності від індивідуальних особливостей людини.

За умови тривалого протікання ПТСР говорять про ознаки хронічного перебігу (через один-два роки після появи розгорнутих проявів), внаслідок чого формується клінічна картина, у якій домінують ознаки психопатії, асоціальної поведінки (алкоголізація, наркотизація, надмірний цинізм), суїцидальні тенденції. У тяжких випадках – втрата працездатності [31].

Дослідники вказують і на особливості перебігу ПТСР у дітей і підлітків. При цьому вони відмічають, що: а) діти постійно можуть пригадувати події, коли на них діяв неспецифічний (-ні) подразники, але дорослим про це вони не розповідають; б) також діти намагаються уникати будь-яких згадок про випадок,

свідком якого вони стали (оскільки це важко ще раз відчувати для них); в) наявність емоційної напруги, проявів агресії чи зовсім протилежні реакції – апатія, відсутність будь-яких емоційних проявів, депресія; розлади сну, нерідко виникнення нічних кошмарних сновидінь, що змушують дитину кидатися серед ночі, плакати; спостерігається зростання тривожності та очікувань можливого повторення подібних випадків; спостерігаються також негативні зрушення у пізнавальних процесах, зокрема у пам'яті, увазі, можливостях навчання; присутність у грі сюжету пережитого випадку (постійне його програвання, ніби зацикленість); деструктивне поводження щодо себе, що більшою мірою властиве підліткам (адиктивна поведінка) [34; 37; 40].

Психологи Анке Елерс і Девід Кларк вважають, що складність протікання ПТСР залежить від [62]: неопрацьованих спогадів; особливостей уявлень людини про травму та її наслідки; використання копінг-стратегій для подолання наслідків посттравматичного розладу. Так, дослідники вважають, що допоки мозок не завершить роботу з «опрацюванням» спогадів про травматичний досвід, людина продовжуватиме страждати від повторного переживання симптомів (відчуття, ніби все відбувається у цей момент; спогади з'являються несподівано, вони надто деталізовані та яскраві; інколи носять фрагментарний характер).

Тяжкість протікання ПТСР залежить і від уявлень про травму та її наслідків – значення, яке людина надала своїй травмі (самоосуд, почуття провини, відчуття небезпеки) [55; 57; 60]. Неабияку роль у перебігу фаз мають і стратегії подолання наслідків, включаючи уникнення. Уникнення є природною реакцією на речі, які, на нашу думку, провокують і засмучують, але це не означає, що це корисно. Люди з ПТСР, як правило, уникають таких речей, як: спогадів про травматичний досвід; нагадувань про травму; блокування спогадів або почуттів за допомогою алкоголю, наркотиків; обговорення того, що сталося. Зафіксовано: уникнення негативно впливає на перебіг ПТСР, хоча й може допомагати у короткостроковій перспективі, але негативні переконання про травму не будуть змінюватися.

Важливим також є момент, що на сьогодні під вплив травматичних подій потрапляють цілі сім'ї, що зумовлює дотримання певних стратегій, які дозволять пережити такий травматичний досвід із мінімальними наслідками. Із цією метою дорослі мають постійно зберігати спокій у присутності своїх дітей, одночасно не блокуючи власні емоції. Доцільним є пояснення причин події, реакцій на неї як дорослих, так і дітей, намагаючись при цьому зберегти звичний для всіх розпорядок дня та повернутися до буденних справ. Разом із тим, варто налагодити контакт із близькими, знайомими, намагатися виконувати різні фізичні вправи, не зациклюватися на новинах і більше часу проводити на свіжому повітрі.

Також дорослим у таких ситуаціях варто приділити більше уваги дітям, насамперед створити для них атмосферу захищеності, постійно обговорювати з дітьми їх запитання, пояснювати те, що сталося, сприяти проявам емоцій дітей, також варто організувати їх дозвілля, спілкування із однолітками, спортивні ігри. Сам такі дії, на думку фахівців значно послаблять вплив стресогенних чинників ситуації, що є важливим у профілактиці розвитку ПТСР [35; 39].

Варто врозуміти, що і діти (дошкільники, школярі), і зрілі особи мають внутрішні ресурси, щоб подолати набутий травматичний досвід, відновитися після травми, скориставшись своїми ресурсами. У цьому важливою є підтримка близьких і знайомих людей, надання психологічної допомоги фахівцями, соціальні контакти з іншими людьми [6, с. 47].

Таким чином, стадії протікання ПТСР: розпач, заперечення, нав'язливість, опрацювання. Внаслідок складності й особливостей перебігу у внутрішньому особистісному плані реакцій на стресову ситуацію розрізняють гострий (симптоми зберігаються упродовж 3-х місяців) та хронічний характер посттравматичних стресових реакцій людини (ознаки зберігаються більше, ніж 3 календарних місяці). Складність протікання означених реакцій загалом визначається особливостями ставлення людини до власного травматичного досвіду: неопрацьованих згадувань; розуміння причинно-наслідкового зв'язку

між травмою та її впливом на поведінку й саму особистість (що є в результаті); наявність у розпорядженні суб'єктів особистісних ресурсів, зокрема стратегій, способів поведінки (копінг-стратегії), щоб перебороти наслідки травмуючого досвіду. У розпорядженні як дітей, так і зрілих осіб є внутрішні особистісні ресурси переборення посттравматичних стресових реакцій, проте їх необхідно актуалізувати, чому значно сприятиме фахова допомога спеціалістів (практичних психологів), підтримка знайомих, близьких після того, як особа відчула на собі вплив травмуючої події.

Висновки до розділу 1

1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – хронічне порушення психічного стану, що може розвинутиися після травматичної події. Основними симптомами ПТСР вважаються: підвищений рівень збудженості, переважання неприємних (негативних) почуттів, зацикленість на травматичних подіях, ускладнення у емоціях і пам'яті, гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у людей, яким довелось пережити небезпечну для власного життя або життя рідних ситуацію.

2. Основою виникнення ПТСР є травматичний досвід, який знаходиться поза контролем свідомості: ДТП або нещасний випадок на виробництві; обставини, які загрожують життю людини; фізичне або сексуальне насильство. Проте ПТСР виникає не у всіх людей. У виникненні посттравматичного стресового розладу важливу роль відіграє поєднання 3-х факторів: *інтенсивність і тривалість травмуючої події; сила захисних механізмів особистості та наявність соціальної підтримки; особисті фактори ризику* (вік, раніше набуті психічні розлади). Надто вразливими до ПТСР вважаються особи у віці до 22 або старше 30 років, а у гендерному відношенні зафіксовано, що у 8% чоловіків та 20% жінок розвивається ПТСР після травмуючих подій, крім того ПТСР властиві дітям і підліткам.

3. У протіканні ПТСР виділяють фази *відчаю, заперечення, нав'язливості та опрацювання*. За складністю перебігу розрізняють гострий (симптоми зберігаються від 1-го до 3-х місяців) і хронічний ПТСР (симптоми мають місце понад три місяці). Складність протікання ПТСР залежить від особливостей ставлення людини до власного травматичного досвіду: *неопрацьованих спогадів; уявлень про травму та її наслідків; копінг-стратегій подолання наслідків розладу*. Психіка дорослих, дітей і підлітків має резерви для відновлення і саморегуляції, що значно актуалізуються завдяки підтримки рідних, а також фахівців, внаслідок чого людина повертається до нормального життя.

РОЗДІЛ 2.

ПРОЯВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ДОРΟΣЛИХ У СУЧАСНИХ УМОВАХ ЖИТТЯ

2.1. Відстрочені психологічні реакції особистості на травматичний досвід або психотравмуючу подію

Загалом реакції людини на стресові події, стрес, зокрема психологічний, прийнято розподіляти в залежності від основних функціональних систем її організму. Так, сучасна українська дослідниця Л. Наугольник відмітила чотири основні сфери: поведінкову, пізнавальну, емоційну, фізіологічну (гормональну). При цьому на рівні *сфери поведінки* авторка розглядає наступні параметри для аналізу реакцій на стрес: психомоторика, організація життя, виконання фахових функцій, зміни соціально-рольової поведінки. На рівні *пізнавальної сфери* предметом аналізу є негативні зрушення у протіканні основних інтелектуальних процесі, зокрема пам'яті, мислення та уваги. На рівні *емоційної сфери* – зміни загального настрою, зрушення у характері процесів протікання емоцій, зміщення акцентів на негативних переживаннях, прояви невротичних станів. На рівні фізіологічної системи – суб'єктивні та об'єктивні зміни функціонування організму, зміни у комплексних функціях організму [34, с. 97].

Натомість Л. Герасименко акцентує увагу на двох основних, на її думку, сферах особистості, зокрема когнітивній та емоційній. Щодо когнітивної сфери, то тут дослідниця виокремлює реакції пам'яті, які можуть призводити до флешбеків, ремінісценцій, кошмарів у снах. Основою цих реакцій авторка вважає нав'язливі згадування (спогади), супутниками яких можуть також бути досить інтенсивні афекти, фобії, страхи, злоба. Все це призводить до повторного переживання людиною травмуючого досвіду й тому вона прагне уникати

подібних ситуацій, спогадів. При цьому значно погіршується якість процесів пам'яті, суттєво зменшується її обсяг. На рівні емоцій спостерігається загальне зниження тону емоційного стану, пригнічений настрій. Це сприяє виникненню в особи постраждалої від травматичного досвіду двох емоційних реакцій – алекситимії і ангедонії, які стосуються повноцінності емоційних переживань. Так, ангедонія – неможливість почувати себе задоволеним, а алекситимія – відсутність здатності словесно пояснити свої чи чужі переживання. Внаслідок цих емоційних реакцій людина може відчувати себе заціпенілою, песимістично налаштованою, відчуженою, байдужою, озлобленою. Разом із тим на фоні таких емоційних переживань можуть бути помітні прояви невмотивованої агресивності, черствості (відсутність емпатії) [12, с. 28].

Тут варто буде відмітити, що посттравматичні стресові реакції у людини можуть повторюватися. На нашу думку, саме тому дослідники й акцентують увагу, насамперед, на пам'яті й емоціях особи, що отримала психотравмуючий досвід. Зокрема спільнота науковців відмітила, що у повторних переживаннях людини завжди присутніми є: згадки про минулу ситуацію, її динаміку (якщо вдень – флешбеки, вночі – жахіття); фізіологічні й емоційні переживання, тілесні відчуття у момент дії психотравмуючої ситуації; переживання своєї відірваності від реальної ситуації («тут і тепер»). При цьому людина є збудженою, занадто пильною (очікування на небезпеку). Разом із тим, у людини з'являється депресія, адже вона відчувається покинутою, звинувачує себе у тому, що з нею відбулося, соромиться цього, втрачає довіру до людей, має безліч поганих думок про свій стан і можливостей його подолання, має відчуття, що ніби божеволіє [17, с. 5].

Так, цікавим у цьому відношенні є феномен дисоціації, на який вказує низка дослідників. Зокрема В. Старик зазначив, що цей феномен ніби дозволяє особі поглянути на обставини ситуації, ніби зверху, тобто відмежувати себе від подій, які мали місце у житті (психотравмуючий випадок), що; а) дозволяє захиститися від негативних емоцій; б) поглянути на випадок об'єктивно, без упередженого ставлення. При цьому акцентується увага на таких її можливих

формах: *абсорбція, деперсоналізація, неуважність, амнезія, флешбек-ефекти*. Зокрема *абсорбція* характеризується подивом, напруженням, здивуванням, а також захопленістю своїми діями, діяльністю. *Деперсоналізація* відрізняється тим, що людина ніби знеособлює себе, втрачаючи відчуття реальності, відмежовує себе від емоцій, думок тощо. *Неуважність* дозволяє особі оминати певні обставини, не побачити, «дивитися в нікуди», що сприяє їх забуванню. Означений механізм є захисним і дослідник розрізняє три його види: первинну, вторинну та третинну. При цьому первинна дисоціація дозволяє певною мірою обмежити вплив психотравматичної ситуації на особу, провокуючи при цьому виникнення флешбек-ефектів, спогадів, кошмарних сновидінь. Вторинна стосується аналгезії, алекситимії і ангедонії. Третинна дисоціація провокує виникнення особливого розладу – множинної особистості [49, с. 56].

У цьому контексті варто відмітити, що А. Бланк вказував на те, що існують 4 типи відчуттів у людини, які він називав повторними. Зокрема, нічні жахливі сновидіння і виразні сни; виразні сновидіння, які особа не може відрізнити від реальних випадків і, прокидаючись, вважає, що скоїла їх на основі спогадів; усвідомлений флешбек, що супроводжується втратою відчуття реальності, а людина при цьому бачить чітку та виразну картинку травмуючого випадку; неусвідомлений флешбек – раптове, малоімовірне переживання абстрактних образів, із якими взаємодіє людина.

Д. Романовська, О. Ілащук натомість пропонують розрізнити флешбеки трьох видів: переграючі, передбачувані, оцінюючі. При цьому перші дозволяють особі у своїй уяві змінити всі події, які мали місце до моменту травми. У передбачуваних флешбеках людина здатна прогнозувати більш серйозні наслідки, ніж ті що трапилися. Оцінюючі флешбеки стосуються чітких і виразних уявлень людини про тілесні пошкодження [41, с. 23–24]. Разом із тим, флешбеки характеризуються достатньо реалістичними переживаннями образів, а також сприяють виникненню тривожності, занепокоєння, страхів від того, що робить людину емоційно нестійкою і вразливою.

Б. Михайлов здійснив спробу систематизувати основні реакції людини, які мають місце при повторному переживанні травматичного досвіду. Зокрема, це нав'язливі спогади, сповнені тривогою сновидіння, відчуття і поведінка, які свідчать про повторення психотравмуючої ситуації, психологічний дистрес (що асоціюється із випадком), надмірне хвилювання (тривожність), низький тон емоційних реакцій. Одночасно, другорядними посттравматичними реакціями автори вважають наполегливість у прагненні відмежувати та уникнути повторної дії стресової реакції (або тригера), а також перебування у стані підвищеної готовності до реагування на можливі подразники. Загалом, на думку колективу авторів, це достатньо інтенсивна і виразна реакція людського організму на дію стресорів і психотравмуючих ситуацій [14, с. 15].

Натомість О. Блінов пропонує біля 15 видів симптомів (посттравматичні реакції), які він класифікував у три групи. Так, до першої із них він відніс хвилювання, які виникають внаслідок повторного проживання екстремального випадку. Зокрема спостерігаються емоційні та фізіологічні переживання, які пов'язуються із думками, спогадами, емоціями, фізіологічними відчуттями, які були актуальними у тій ситуації та, які тепер ідентифікуються із нею. Для другої групи властивими є реакції, що спрямовані на те, щоб обмежити себе від негативних думок, спогадів і почуттів: зниження інтересу до взаємодії, спілкування; часткова амнезія; апатія до діяльності; почуття відмежування від інших осіб (соціальна відокремленість); втрата інтересу до своїх перспектив розвитку у майбутньому. Для третьої групи посттравматичних реакцій властиві роздратованість, злість, переляк, очікування загрози, неконтрольовані прояви гніву, надзвичайна пильність до подій [6, с. 25].

Такі дослідники як Н. Яцук, О. Говоруха, В. Гречка відмітили, що внаслідок впливу на людину екстраординарної події зазнають змін всі процеси особистісного розвитку. Так, при цьому втрачають сенс всі цілі (сенси), з'являється відчуття безглуздя того, що трапилося, переосмислюється абсолютно все у негативному плані, має місце наділення явищ життя абсурдним змістом.

також автори звернули увагу на безліч реакцій, які мають місце під час повторного переживання психотравмуючої події, серед яких ми звернули увагу на підвищену реакцію переляку, коли незначні подразники (звукові, смакові тощо) призводять до проявів сильного переляку, зокрема плачу, бігу, крику, що спрямовані на уникнення спогадів про травмуючу ситуацію.

Також авторки вказують на те, що існують ще особливий пласт реакцій на стресову подію – другорядні, до яких належать: роздратованість, спалахи гніву, фізичної агресії; неконтрольоване вживання психотропних речовин; девіантна поведінка; депресивна поведінка; суїцидальна налаштованість; високий рівень тривожності; емоційна нерівноваженість. Це все може бути доповнено частим головним болем, пришвидшеною виснажливістю, болями у серці, м'язовою напруженістю, тобто соматичними та психосоматичними реакціями [60, с. 82]. На означені додаткові посттравматичні реакції людини вказує і В. Цихоня. Зокрема дослідник вказує на тривогу, депресію та тяжіння до суїциду, а також на те, що мають місце самозвинувачення, скарги на несправедливе життя (або долю), відчуття, що її зрадили, покинули [55, с. 38].

Натомість Ю. Сурмяк, Л. Гуменюк вказують на вісім основних реакцій, які є властиві для ПТСР. Зокрема до них належать: а) емоційні переживання, що є результатом нав'язливих думок і спогадів; б) сторониться як людей, так і обставин ситуації, які нагадують про травматичний випадок; в) надвисока емоційна збудливість, яка проявляється у надмірній спостережливості, пильності, розбалансованості сприймання й уваги; г) неможливість повноцінно проживати емоції (заціпеніння емоцій); д) депресія; е) гнів; є) адиктивна поведінка; ж) немотивовані нічим фізичні прояви. Як бачимо, питання щодо додаткових чи основних посттравматичних стресових реакцій розглядаються дослідниками по-різному [50].

Відомі також спроби класифікувати прояви посттравматичних стресових розладів і, відповідно, реакцій, які їм властиві. Зокрема українські дослідники Л. Шестопалова, Д. Болотов запропонували науковцям і практикам розрізняти

п'ять типів посттравматичних стресових реакцій: тривожний, астенічний, дисфоричний, іпохондричний, соматоформний, змішаний. Так, їх класифікація ґрунтується на уявленнях, що посттравматичні стресові реакції своїм підґрунтям мають акцентуації характеру, оскільки особи з ними становлять так звану групу ризику для виникнення означених реакцій. При цьому перший тип, тривожний відрізняється досить високим рівнем тривожності у поєднанні з нав'язливими думками й емоційними хвилюваннями. Натомість астенічний характеризується слабкістю, кволістю і надто пониженим настроєм, а також пасивною поведінкою. Дисфоричний – поєднанням незадоволеності з роздратованістю, підґрунтям яких є пригнічений настрій, агресивність і гнів, які зорієнтовані на сторонніх осіб. Соматоформний – зміщенням із когнітивного на тілесний рівень психологічних реакцій, що зумовлює виникнення соматичних скарг, тобто з'являються ознаки симптомів, властивих для фізіологічного перебігу різного роду захворювань. Вже іпохондричний вміщує у собі не лише соматичні реакції організму, але й вегето-судинні, які, поєднуючись між собою, мають чітко виражене депресивне тло й унікаюче поведіння у соціумі. Натомість змішаний – може поєднувати у собі посттравматичні реакції відразу декількох типів, що ускладнює загалом його взаємодію із соціумом [56].

Таким чином, посттравматичні стресові реакції – це відстрочені способи реагування особи на отриманий психотравмуючий досвід. У більшості випадків основні реакції проявляються як надто нав'язливі спогади, сповнені тривогою сновидіння; це сенсорні відчуття і поведінка, які свідчать про повторення психотравмуючої ситуації, психологічний дистрес (що асоціюється із випадком); це надмірне хвилювання (тривожність) і низький тон емоційних реакцій. Також основні супроводжуються і другорядними посттравматичними реакціями, зокрема – це наполегливість у прагненні відмежувати та уникнути повторної дії стресової ситуації, окремих її обставин (або тригера), а також перебування у стані підвищеної готовності до реагування на можливі подразники. Загалом посттравматичні стресові реакції у своїй сукупності є достатньо інтенсивними та

виразними реакція людського організму на дію стресорів і психотравмуючих ситуацій, які мають відстрочену дію, а основним механізмом є дисоціації. Ці повторні реакції завжди супроводжуються спалахами гніву, агресивністю по відношенні до інших, хворобливою депресією, тривожністю, схильністю до суїцидальних тенденцій у поведінці тощо.

2.2. Динаміка посттравматичних стресових реакцій у дорослої людини в умовах війни

Загалом під стресом розуміють доволі неспецифічну реакцію організму на вплив травматичної ситуації наслідки якої сприймаються як загроза для життя. Варто відмітити, що в умовах війни значно розширився перелік чинників, які призводять до виникнення у людини реакції стресу. Зокрема з'являються зовсім неспецифічні чинники про які раніше навіть не задумувалися: обстріли артилерійські, ракетні (причому не лише військових, але й цивільну інфраструктуру); перебування на окупованій території, перебування в оточенні, в полоні, на прифронтовій території. Такі ситуації призводять до виникнення дистресу, або навіть психотравматичний стрес. Під останнім у науці розуміють ситуацію до якої людина втрачає можливість контролювати події (безпорадність) а саме ситуація є достатньо незнайома для людини й сприймається як загроза для життя себе або рідних, близьких.

У дослідженнях науковців підкреслюється, що значно розширився перелік осіб у яких може розвинути ПТСР в умовах військового стану. Зокрема, це декілька категорій цивільних людей які знаходилися на заблокованій території, або в окупації або в зоні конфлікту, або ті хто був під обстрілом. Разом із тим можуть бути ті, хто потерпали від фізичного, сексуального насилля, а також і полонені [5; 55].

Варто відмітити, що серед означених категорій перебувають жінки до 30 років, тобто ті, що перебувають у своєму розвитку у період дорослості. Загалом статистика свідчить, що від ПТСР потерпає 10% всього населення. При цьому,

якщо у чоловіків ця цифра становить біля 8-10%, то в жінок-20%. Отже жінки є більш схильними до появи посттравматичного стресового розладу.

Цікавими є дані щодо ПТСР у родичів військових і їх сімей. Так, вважається, що визначальними чинниками досліджуваного явища у жінок є: переживання, пов'язані із життям чоловіків, які беруть участь у бойових діях (страх за їх життя); отримання інформації про чоловіка (поранення, полон, вважається зниклим безвісти, загибель тощо). Разом із тим існують дослідження у яких підтверджується виникнення ПТСР у осіб, які набули статусу біженців. Зокрема на них, як з'ясувалося у дослідженнях зарубіжних науковців чинять вплив п'ять травмуючих факторів, зокрема перший – побутові негаразди, пов'язані із браком коштів і умовами проживання (невизначеність); другий – переживання за майно та боязнь його втратити (те, що залишилося в Україні); третій – невідомі обставини вдома, відсутність повної інформації – третій фактор; четвертий – неможливість самому працевлаштуватися і віддати дітей до дитсадка або школи; переживання за рідних і близьких, які залишилися у місці, де йдуть бойові зіткнення. Як бачимо, перелік чинників, що є психотравматичними щодо жінок є доволі значущим [15; 20], що підтверджує факт частоти ПТСР: у жінок його частота появи в 2,5 рази більше, ніж у чоловіків.

Також дослідниками з'ясовано, що у дорослих жінок, які є більш схильними до виникнення ПТСР мали раніше психотравми та (або) мають ознаки окремих акиситуацій характеру, зокрема тривогу, демонстративну та педантичну. При цьому, за свідченням науковців, на них впливають чинники, які вважаються психотравмуючими (адже виходять за межі звичайних знань і вмінь людини). Зокрема у період війни – це ситуації, пов'язані з полоном, із сексуальним або масовим насиллям, із знищенням (втратою) житла, із тортурами, із диверсіями, а також із терактами, із втратою (смертю), пораненням, каліцтвом рідних і близьких [27; 29].

За таких чинників (під їх впливом) дослідники вважають, що у них значно актуалізуються емоційні переживання, зростає тривога, нерідко трапляється амнезія щодо окремих випадків, уникання думок про екстраординарні випадки (або нав'язливі спогади про них) та можливі неконтрольовані проєкції (реструктурувалися) за допомогою уяви можливих загрозливих для життя ситуацій [32].

Дослідники дійшли висновку, що у жінок, так, як і в чоловіків може розвиватися ПТСР, який розпочинається із звичайного досвіду травмуючої ситуації. Внаслідок його впливу на організм жіночий виникає так званий травматичний стрес, який вважається нормальною реакцією – відповіддю людини задля мобілізації власних сил і ресурсів для подолання кризових явищ (виникає упродовж 48 годин). Коли ж людина не в змозі подолати, справитися, опрацювати свій досвід, приймати його ситуація усугубляється і виникає гостре травматичне переживання, (так званий гострий травматичний стресовий розлад), який може тривати упродовж 28-30 днів. Для цього явища властивими є короткі спогади нав'язливого та неконтрольованого характеру щодо отриманого досвіду травматичного змісту. При такому стані людина намагається уникнути нагадувань про ситуацію та водночас сильно страждає і достатньо швидко збуджується. Якщо такий стан не зникає упродовж 3 діб \approx 30 діб то розвивається ПТСР за якого ситуація стає ще більш напруженою і гнітючою [40], зазначає Л. Прокоф'єва.

Л. Рибик здійснивши аналіз досліджень, які стосуються стосунків між жінками і чоловіками, (які є військовими), дійшов висновку, що жінки у таких сім'ях мають ознаки вторинної травматизації, разом із тим у них діагностується депресія і вони тяжіють (є схильними) до нервових зривів. При цьому дружини військовослужбовців переживають агресію у їх бік і дуже часто зазнають насилля над собою у своїх родинах. Також, перебуваючи у такій ситуації, вони починають часто хворіти на соматичні захворювання, які поступово трансформуються у хронічні [44, с. 156]. Разом із тим, на думку автора, сімейна

травматична ситуація ще більш ускладнюється тим для дорослої жінки, що вона перебирає на себе обов'язки сімейного плану, які раніше були чоловічими.

Інші автори при цьому стверджують, що такі сімейні обставини можуть ускладнюватися, коли сім'я виїхала за межі країни, фактично набувши статусу біженців. Позитивним тут є той факт, що вони можуть повернутися до нормального життя воно відбувається зовсім у нових умовах, у яких відсутніми звичні соціальні зв'язки, домашні обставини набувають зовсім інших форм, а самі члени родини починають адаптуватися до нових соціальних реалій (мова, побут, стиль життя тощо), зазначає сучасна українська дослідниця Л. Юр'єва [58, с.54].

Н. Пророк наголошує на існуванні специфічних втрат, або як вона їх позначає разом із колегами кризами втрати. При цьому вплив таких втрат зазначають і чоловіки, і жінки, останні навіть більшою мірою, оскільки перелік можливих втрат достатньо великий. Науковці визнають, що після подій даного характеру виникає криза, яка переживається особою по-особливому. Так, на початку особа знайомиться з новими умовами, відчуваючи шок, інколи не вірить у те, що відбулося. Наступним етапом є прийняття цієї події, випадку, розуміння його наслідків. Потім людина переживає цю втрату на психологічному рівні на етапі горювання, після якого відбувається, натомість розвиток кризи може піти за патологічним напрямом, що в кінцевому варіанті призводить до виникнення складних і тяжких переживань [37, с.35]. Отже, це є не одна психотравматична ситуація внаслідок якої у жінок може з'явитися ПТСР.

Також сучасні жінки нерідко стають військовослужбовцями та приймають участь у бойових діях. За даними статистики їх кількість становить 17-18%. При цьому у сучасних умовах війни функції жінок значно розширилися у порівнянні з Другою світовою війною: розвідка, снайпер-стрілець, медичні сестри тощо. Проте не рідко прошення, а також потреби, жінки ігноруються і натомість вони зазнають утисків, насилля, сексуальних домагань. При цьому авторка зазначає, що жінка на війні- це не лише героїзм, патріотизм, а разом із цим це і страждання,

біль, насилля, втрати, долаючи які захисниці виявляють свою терплячість, самовідданість. Навіть попри те, що жінки є більш вразливими та схильними, у порівнянні з чоловіками, до розвитку в них ПТСР [48]. Отже, військова служба жінок також наражає на отримання (переживання) травматичного стресу й набуття відповідного досвіду.

Також існують відомості, що у жінок є відмінності у тому як саме у мозку подується інформація, як саме вона там зберігається та видаляється у вигляді спогадів про травматичну подію, що свідчить також про те, що у окремих людей, зокрема у жінок існує більша вірогідність розвитку ПТСР.

I. Добростомат, опираючись на результати досліджень, проведених зарубіжними фахівцями, описує особливості проявів ПТСР сучасними жінками, наголошуючи, що мають місце певні відмінності [17]. Автор наводить дані, що ПТСР розвивається у представників чоловічої статі частіше, ніж у чоловіків майже у 2,5 рази. При цьому показники досліджуваного явища тісно пов'язані із проявами депресії. Також відмінностями у переживанні жінками цього психологічного стану є резистентність щодо терапевтичних впливів і більш замкненість у собі. Автор зазначає при цьому, що у більшості випадків основним стресовим чинником стало сексуальне насилля, що останнім часом набуло статусу такої собі зброї агресивного плану й стратегії її використання: завдати болю, поразки не лише армії противника, але й усьому населенню. При цьому на перший план виходить, те, що супротив послаблюється на основі нехтування гідності людини, руйнувань її самоповаги. При цьому О. Сиропятов і інші науковці вважають, що стратегічною метою таких дій є завдати якомога більше шкоди жіночій структурі особистості, щоб поміняти погляди суспільства в цілому, адже жінка – це оберіг цінностей і культури [48].

Дослідники при цьому відмічають, що динаміка ПТСР у загальному підпорядковується описаним стадіям МКХ*11 і DSM – V. При цьому протікання реакцій на кожній із стадій мають певні особливості. Так здебільшого емоційний шок розгортається за гіпокінетичним типом і лише 1/6 частини за

гіперкінетичним і триває біль 2,5 годин. Друга стадія може характеризуватися домінуванням певних розладів, зокрема тривожно-депресивних, дисоціативних конверсійних і фобічних. При цьому перший із них властивий тим, хто був травмований раніше, до 18 років. Другий – домінує в 1/3 осіб жіночої статі і є відповіддю на осуд зі сторони близького оточення. Натомість третій симптом (фобії) мають прояви у 20% осіб. На етапі виникнення невротичних атомів також мають місце специфічні ознаки, зокрема надлишкова вразливість і збільшена чутливість корелюють із високим рівнем стриманості, контролю за емоційними переживаннями. Також можуть мати місце прояви різних фобій, акцентуацій характеру, тривожності, а також високої навіюваності. Власне на етапі невротичному, що властивий 50% осіб жіночої статі можуть проявлятися різні види розвитку невротичного характеру, зокрема за типом астено-депресивного, за типом дисоціально-конверсійного, за типом obsesивного. Всі ці етапи переживання психотравми супроводжуються втратою віри в себе, самоповаги як до себе, так і до інших, з'являється огида до себе як до людини (при сексуальному і до власного тіла), з'являється образа, обурення, що нерідко змінюються на звинувачення себе, а в найгіршому випадку до ненависті щодо себе [47; 51; 52].

Таким чином, у дорослих жінок є певні особливості в динаміці ПТСР. Це насамперед, пов'язано із тим, що значно в сучасних умовах зросли категорії осіб, які потрапляють під вплив психотравмуючих факторів. На сьогодні їх вплив відчувають жінки які є дружинами військових, біженцями, переселенцями, військовослужбовцями, мають дітей, медиками та ін. При цьому зберігається тенденція, що жінки є об'єктом фізичних і сексуальних домагань у військових конфліктах, що використовується військовими для подолання атмосфери супротиву. Розвиток ПТСР у жінок відбувається за тим же самим механізмом і тими за етапами розвитку невротичного розладу. Проте його динаміка має певні особливості, які розгортаються на тлі більш виразної емоційної чутливості, високої тривожності, терплячості, схильності до проявів депресії, підвищеної

резистентності, а також наявності акцентуацій характеру та навіюваності. При цьому ПТСР у жінок завжди супроводжується втратою віри у себе, відсутністю або зниженням самоповаги (нерідко до власного тіла), обуренням в першу чергу до себе і самозвинуваченням, а у крайньому випадку виникає ненависть до себе. У таких випадках жінки так само, як і чоловіки потребують психологічної та інших видів допомоги.

2.3. Надання психологічної допомоги особам із посттравматичними стресовими реакціями

Лікування ПТСР відбувається за допомогою:

- доказових методів психотерапії (методи першого вибору – EMDR-травмотерапія або когнітивно-поведінкова терапія (КПТ));
- медикаментозного лікування (антидепресанти, медикаменти, що знижують стан тривоги);
- медичного Канабісу (лише після вказаних вище способів, оскільки добре впливає на сон);
- підтримуючої допомоги індивідуального плану, застосування групових методів при психологічній, медичній і соціальній допомозі [7].

Основна мета терапії посттравматичних стресових реакцій полягає у зниженні афективних і фізичних проявів, зрушення у напрямі більш кращого функціонування й надання допомоги особі, щоб вона більш ефективно протидіяла наслідкам того інциденту, що призвів до порушень. Висхідним положенням та підґрунтям лікувальної терапії є усвідомлення самої психічної травми людиною та розуміння терапевтом динаміки виникнення посттравматичних реакцій. Домінуючим у цьому шляху напрямом у лікуванні ПТСР є переструктурування набутого травматичного досвіду клієнта, а також зміщення акцентів із наслідків інциденту.

Найбільш вдалою стратегією у контексті надання допомоги людям внаслідок впливу на них психотравмуючої ситуації є їх підтримання на емоційному рівні, залучаючи їх до застосування найбільш продуктивних копінг-стратегій у поведінці [3].

Якщо існують прояви суїциду або схильність до такої поведінки, то у такому випадку найбільш ефективним стане проведення психоедукації й психологічного втручання (інтервенції), які дозволяють на індивідуальному рівні корегувати вплив стресової події та шукати найбільш ефективні шляхи її послаблення, а потім виходу із цього стану. Означені методи надання допомоги варто розширювати, залучаючи при цьому сугестивні прийоми, а також метод переконання і провести зміну найближчого оточення людини із цим розладом, для того, щоб поряд із нею були люди та вона не почувалася самотньою.

У процесі психологічного втручання щодо осіб, у яких мають місце прояви ПТСР, найбільш оптимальною психотерапевтичною тактикою на сьогодні є ТФ-КПТ (травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія), а також і здійснення реакцій десенсибілізації і використання рухів очима (MDR, що дозволяє опрацювати травматичний н досвід на фізіологічному рівні). Зокрема травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія у своїй сутності полягає у подоланні за короткий відрізок часу найбільш інтенсивних емоційних переживань і тому її вважать психологічною інтервенцією. Разом із тим, доведено ефективність використання цього способу надання допомоги і в опрацюванні негативних емоцій, фізичних порушень чи іншого роду складнощами, які є наслідками психотравмуючої ситуації. Сама технологія травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії складається у середньому з 12–16 зустрічей терапевта з клієнтом, у ході яких значна увага приділяється психоедукаціям, поступовому відтворенню ситуації травми (усвідомлення, повторне її проживання) та формування найбільш ефективних способів поведінки (копінг-стратегій) з метою врегулювання наслідків травми та

досягненню індивідуально значущих результатів у поведінці, психологічному стані відповідно.[54].

Натомість використання десенсибілізації та спеціальних вправ, пов'язаних із рухами очима, для опрацювання наслідків психотравми (EMDR) – пов'язано із наданням цілісної багатофакторної комплексної допомоги психотерапевтом для подолання ПТСР (більшою мірою у випадках отримання людиною бойового стресу (який на сьогодні не є визнаним медициною). Так, EMDR-метод сприяє опрацюванню спогадів про травматичні події, а також і набутого негативного досвіду упродовж життя, в результаті чого втрачається їх інтенсивність спогадів про стресові події, які сприймаються вже по іншому [57].

Також достатньо добре у наданні допомоги особам із ПТСР зарекомендувала гештальт-терапія, що спрямована на формування (покращення) здатності до саморегуляції. Разом із тим, основним моментом є також і готовність людини приймати рішення та обрати спосіб дій. Підґрунтям у терапевтичному процесі вважається встановлення людиною на рівні свідомості контакту з собою та навколишніми людьми. При цьому достатньо зусиль прикладається щодо розуміння різного роду переконань, мотивів, напрямків поведінки та дій мислення, які були зафіксовані у минулому досвіді, а на даний час потребують свого переосмислення [48].

Зазвичай гештальт-терапія використовує групові форми та методи, проте, за свідченнями науковців, у ході взаємодії із людьми, що мають симптоми ПТСР, більш краще послуговуватися у роботі індивідуальними формами (підвищується ефективність індивідуальної терапії). При цьому, гештальт-підхід тлумачить невротичний стан особи як відсутність здатності взаємодіяти у повній мірі (закрити весь цикл взаємин) із собою та навколишнім світом, що призводить до виникнення так званої незавершеної ситуації. Однією із ознак ПТСР, на яку зорієнтовані гештальт-терапевти, є відсутність вмінь планувати майбутнє, іншими словами, індивід не бачить необхідності планувати кар'єрне зростання, шлюб, створення повноцінної сім'ї тощо. Отже, потрібно виокремити власні

потреби (у термінології гештальт-підходу фігури) з фону. При цьому, дослідники та практики наголошують на тому, що розрив такого контакту має місце вже на початковій стадії.

Одночасно у цьому підході притаманним є своєрідний погляд на людину, так, зокрема не потрібно інтерпретувати сутність людини, не доцільно сприяти опануванню клієнтом необхідних моделей поведінки (автоматизовані навички), а натомість варто приділяти увагу повноцінним переживанням особи, сприяти збагаченню простору життя та вміння робити вибір. Отже, цей напрям психологічної допомоги використовує теперішній досвід особистості клієнта (тут і тепер). При цьому терапевт намагається поєднати у єдине ціле всі аспекти досвіду (сенсорний, емоційний, соціальний, моральний) і не лише розкрити всі можливі складнощі, але й розкрити нові способи розв'язання ситуації.

На думку фахівців, засоби гештальт-терапії є достатньо ефективними при наявності порушень, що складають симптоматику ПТСР, зокрема порушення психосоматичного плану, різного роду фобії і страхи, порушення невротичного характеру; порушення сексуального змісту, прояви депресивних станів, розлади сну (коли сняться жахіття), прояви ознак дезадаптації (наприклад тривога, агресія, роздратування, гнів тощо).

Представники гештальт-підходу переконані, що основою розладів людини є наявність у неї в свідомості певної межі, яка не дозволяє підтримувати баланс із середовищем, зумовлює викривлення у процесі саморегуляції організму. При цьому можуть бути задіяними різні психологічного захисту (непродуктивні), зокрема такі як інтроекція, проекція, ретрофлексія, дефлексія, злиття.

Найбільш важливим засобами й водночас напрямками роботи у гештальт-терапії вважаються: підвищення рівня свідомості; поєднання суперечностей; фокусування на почуттях; збагачення уяви; усвідомлення клієнтом власної відповідальності; переборення опору до терапевта.

У гештальт-терапії особистість спрямовують до пізнання та прийняття себе зі всіма своїми перевагами та недоліками, одночасно, негативним досвідом

і рисами, які не схвалені соціумом. Також людина має усвідомити, що її власністю є також і травми психологічного ракурсу та витіснені конфлікти. За цих обставин психотерапевт є свого роду провідником, що з одного боку бере за основу наміри та потенціал клієнта, проте, з іншого боку – наставник у тяжких, болісних ситуаціях.

У своїй взаємодії із клієнтом консультант (у контексті гештальт-підходу) ґрунтується на трьох пластах людського досвіду: біологічному, психологічному, соціальному. Все це дозволяє осмислювати знання, вміння і навички індивіда відразу як цілісний контент. Зокрема аналізується система міжособистісних стосунків (соціальний пласт), особистісні наміри, мотиви, актуальні моделі поведінки (пласт особистості), фізичні аспекти ситуації, афективні переживання, безумовні форми поведінки та умови довкілля (пласт біологічного). Все це дозволяє ефективно надавати психологічну допомогу особам із симптомами ПТСР різного рівня інтенсивності

Медичні препарати не здатні замінити психотерапію, але за певних обставин можуть її доповнити. Проте лише небагато препаратів довели свою ефективність. Оскільки вони можуть мати побічні ефекти, перед призначенням необхідно ретельно зважити все «за і проти» [54].

Можливість застосування лікарської терапії залежить від кожної конкретної ситуації. Для цього важливо розуміти, які симптоми проявляються, наскільки вони серйозні, а також не забувати та враховувати наявність інших захворювань, таких як депресія, тривожні неврози або аддиктивні розлади.

Прийом медикаментів при роботі з ПТСР може переслідувати дві мети:

- короткочасна допомога при серйозних скаргах на безсоння або панічні атаки;
- тривале лікування для полегшення симптомів ПТСР.

Для лікування ПТСР найчастіше використовують антидепресанти, снодійні і заспокійливі засоби (бензодіазепіни). Але бензодіазепіни, за твердженням фахівців, не підходять для хворих ПТСР, оскільки викликають швидке звикання і майже не полегшують симптоми.

Таким чином, надання психологічної допомоги при посттравматичних стресових реакціях, зокрема й власне при ПТСР для дорослих передбачає: когнітивну терапію, яка спрямована на опанування вміннями розпізнавати негативні думки, зокрема перебудову інтелектуальних (мислинневих) схем, що зумовлюють виникнення негативних емоційних переживань, міркувань, а також і певних порушень у поведінці; десенсибілізацію та переробку очима (зі сторони в сторону рух), що загалом сприяє опрацюванню й усвідомленню травматичного досвіду, а також і виправити власне ставлення до нього; фармацевтична допомога (що передбачає й антидепресанти, й протитривожні медикаменти); медичний Канабіс (лише після вказаних вище способів, оскільки добре впливає на сон); підтримуючу особисту терапію, групову терапію, отримуючи медичну та соціальну допомогу; засоби гештальт-терапії є достатньо ефективними при наявності порушень, що складають симптоматику ПТСР, зокрема порушення психосоматичного плану, різного роду фобії і страхи, порушення невротичного характеру; порушення сексуального змісту, прояви депресивних станів, розлади сну (коли сняться жахіття), прояви ознак дезадаптації (наприклад тривога, агресія, роздратування, гнів тощо).

Висновки до розділу 2

Посттравматичні стресові реакції – це відстрочені способи реагування особи на отриманий психотравмуючий досвід. У більшості випадків основні реакції проявляються як надто нав'язливі спогади, сповнені тривогою сновидіння; це сенсорні відчуття і поведінка, які свідчать про повторення психотравмуючої ситуації, психологічний дистрес (що асоціюється із випадком); це надмірне хвилювання (тривожність) і низький тон емоційних реакцій. Також основні супроводжуються і другорядними посттравматичними реакціями, зокрема – це наполегливість у прагненні відмежувати та уникнути повторної дії стресової ситуації, окремих її обставин (або тригера), а також перебування у стані підвищеної готовності до реагування на можливі подразники. Загалом посттравматичні стресові реакції у своїй сукупності є достатньо інтенсивними та виразними реакція людського організму на дію стресорів і психотравмуючих ситуацій, які мають відстрочену дію, а основним механізмом є дисоціації. Ці повторні реакції завжди супроводжуються спалахами гніву, агресивністю по відношенні до інших, хворобливою депресією, тривожністю, схильністю до суїцидальних тенденцій у поведінці тощо.

У дорослих жінок є певні особливості в динаміці ПТСР. Це насамперед, пов'язано із тим, що значно в сучасних умовах зросли категорії осіб, які потрапляють під вплив психотравмуючих факторів. На сьогодні їх вплив відчувають жінки які є дружинами військових, біженцями, переселенцями, військовослужбовцями, мають дітей, медиками та ін. При цьому зберігається тенденція, що жінки є об'єктом фізичних і сексуальних домагань у військових конфліктах, що використовується військовими для подолання атмосфери супротиву. Розвиток ПТСР у жінок відбувається за тим же самим механізмом і тими ж етапами розвитку невротичного розладу. Проте його динаміка має певні особливості, які розгортаються на тлі більш виразної емоційної чутливості, високої тривожності, терплячості, схильності до проявів депресії, підвищеної резистентності, а також наявності акцентуацій характеру та навіюваності. При

цьому ПТСР у жінок завжди супроводжується втратою віри у себе, відсутністю або зниженням самоповаги (нерідко до власного тіла), обуренням в першу чергу до себе і самозвинуваченням, а у крайньому випадку виникає ненависть до себе. У таких випадках жінки так само, як і чоловіки потребують психологічної та інших видів допомоги.

Надання психологічної допомоги при посттравматичних стресових реакціях, зокрема й власне при ПТСР для дорослих передбачає: когнітивну терапію, яка спрямована на опанування вміннями розпізнавати негативні думки, зокрема перебудову інтелектуальних (мислинневих) схем, що зумовлюють виникнення негативних емоційних переживань, міркувань, а також і певних порушень у поведінці; десенсибілізацію та переробку очима (зі сторони в сторону рух), що загалом сприяє опрацюванню й усвідомленню травматичного досвіду, а також і виправити власне ставлення до нього; фармацевтична допомога (що передбачає й антидепресанти, й протитривожні медикаменти); медичний Канабіс (лише після вказаних вище способів, оскільки добре впливає на сон); підтримуючу особисту терапію, групову терапію, отримуючи медичну та соціальну допомогу; засоби гештальт-терапії є достатньо ефективними при наявності порушень, що складають симптоматику ПТСР, зокрема порушення психосоматичного плану, різного роду фобії і страхи, порушення невротичного характеру; порушення сексуального змісту, прояви депресивних станів, розлади сну (коли сняться жахіття), прояви ознак дезадаптації (наприклад тривога, агресія, роздратування, гнів тощо).

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ДОРΟΣЛИХ ЖІНОК

3.1. Методика й організація емпіричного дослідження

З метою комплексного вивчення особливостей посттравматичних реакцій у дорослих жінок нами дібрано комплекс психологічних методик, серед яких: опитувальник О. Блінова, опитувальник PCL-5 (інша назва Клінічне інтерв'ю), Шкала для оцінки впливовості травматичної події (IES-R), опитувальник посттравматичних реакцій (О. Котеньов), шкала тривожності (Спілбергер–Ханін), опитувальник депресії (Т. Балашов)

Зокрема одним із перших ми використали у своєму дослідженні метод, що був запропонований сучасним українським дослідником О. Бліновим – це опитувальник для з'ясування початкових значень посттравматичних стресових реакцій. Означений опитувальник проходив апробацію як для військових, так і цивільних і його можна використовувати як і для чоловіків, так і жінок. Означений метод дозволяє моніторити найбільш ранні прояви посттравматичних реакцій, що дозволяє швидко зреагувати психологу й прийняти рішення щодо надання психологічної допомоги.

У своїй основі означений метод має сім запитань, на які передбачені найбільш прості відповіді: так або ні. При цьому сама процедура проведення цього методу передбачає інструкцію та наявність спеціального бланку. Особу просять надати відповіді на запитання попередньо з ними ознайомившись. При цьому наголошують на необхідності надавати ті відповіді, які першими виникли у свідомості. Власне процедура обробки результатів є достатньо простою: підраховується сума наданих позитивних відповідей. При цьому автором було (О. Блінов) відмічено, що наявність лише двох позитивних відповідей свідчить

про незначні порушення адаптації (підпорогова у авторській термінології). Натомість три таких відповіді вказують на доцільність подальшого вивчення особи на предмет наявності у неї посттравматичних стресових реакцій. А вже чотири та більше позитивних відповіді свідчать про велику ймовірність виникнення ПТСР у досліджуваного.

Ще один із методів, яким ми скористалися у нашому дослідженні – Клінічне інтерв'ю (PCL-5) у своїй основі має 20 запитань, на які передбачені відповіді за 5-бальною системою, де 4 є максимальною оцінкою, а 0 найменшою. При цьому у самому бланку означені оцінки представлені у вигляді словесних, зокрема відповіді передбачають використання оцінок «Зовсім ні», «Трохи», «Помірно», «Відчутно», «Дуже». Разом із тим існує спеціально розроблений бланк, у якому досліджуваний і має відмітити своє самопочуття за представленими оцінками.

Під час інтерпретації даного опитувальника звертається увага на наступні показники: ознаки травматичного випадку (ситуація, подія), ознаки психологічної травми, симптоми уникнення, ознаки негативних емоцій і почуттів, ознаки надмірної збудливості.

Означений опитувальник передбачає оцінку досліджуваним свого почуття за останній місяць. Саме тому в інструкції наголошується, що необхідно оцінити свій психоемоційний стан з останні 30 календарних днів, скориставшись при цьому запропонованими критеріями та наданою шкалою оцінювання. Як правило тривалість самої процедури дослідження 10–15 хв. Під час обрахунку даних показники тесту розміщені у тій же послідовності, що і надані були вище блоком по 5'ять запитань у кожному. При цьому ознака вважається виразною, коли кожен із показників може бути представлений понад дві відповіді (2 і більше) – це перший спосіб обрахунку даних. Натомість другий спосіб спрямований на прямий підрахунок оцінок із їх послідовним додаванням, при цьому мінімальна кількість балів, яку може набрати досліджуваний є 33. Загалом норм оцінювання для цього опитувальника немає. Вважається чим вищий

показник, ти більш виразними є посттравматичні стресові реакції у людини. Даний метод адаптований в Україні В. Безшейко [ВБ].

Наступним діагностичним методом, яким ми скористалися у нашому дослідженні – це шкала для оцінки впливовості травматичної події. Вона являє собою опитувальник, що складається із низки тверджень, у яких відображені основні ознаки психологічних реакцій на стресові події. В означеній шкалі міститься 22 судження, що мають бути оцінені досліджуваним. Розробники цієї шкали оцінювання передбачили, що скористатися нею можна з 14 років і вище. Оцінювання кожного судження передбачає використання 4-бальної оцінки: ніколи, дуже рідко, інколи, часто.

У своєму вигляді даний діагностичний метод являє собою спеціальний бланк, який надається досліджуваному. Перед початком роботи досліджуваного із даною шкалою йому надається інструкція у якій зазначаються особливості роботи над пропонуванним бланком. Зокрема, перш ніж відповідати на будь-яке судження його потрібно осмислити й обрати найбільш доцільну для нього оцінку (ніколи, дуже рідко, інколи, часто). При цьому обирати можна лише одну із запропонованих на кожне судження. Також наголошується, що представлені в тут положення стосуються самопочуття, яке є характерним для останніх семи днів. Також наголошувалося, що над самими запитаннями не варто довго думати, а надавати відповідь, яка першою з'явилася на це конкретне запитання. Власне сама процедура проходження методу займає приблизно 15 хвилин.

Після того, як бланк було заповнено здійснюється обробка результатів. При цьому за спеціальним ключем судження розподілені за трьома шкалами, що мають наступні назви: втручання, уникання, збудливість. У ході обробки кожна відповідь трансформується у певний бал, що прописаний ключем: 0, 1, 3, 5. При цьому сума балів по кожній шкалі може коливатися від нуля до тридцяти п'яти балів, а всі положення шкали є прямими за своїм призначенням. Згідно пояснень до використання цього тесту чим більший бал тим більшим впливом на психічний стан має випадок (шкали унормування цей метод немає). Основні

відомості про шкали та віднесеність до них певних пунктів знаходиться у додатках.

Наступний метод, яким ми скористалися для діагностики пост-стресових реакцій у дорослих жінок – це опитувальник О. Котеньова, що призначений для детального опрацювання симптомів пост-стресових реакцій як чоловіків, так і жінок. У своїй основі опитувальник складається із 110 суджень, для відповідей на які передбачена 5-бальна шкала оцінювання (від одного до п'яти балів, де п'ять – найбільше значення, а один – найменше). Досліджуваному надається окремий бланк, на якому напроти судження представлені варіанти відповідей. При цьому надається інструкція у якій пропонується перш, ніж зазначити варіант оцінки, уважно ознайомитися зі змістом запитання й закреслити ту оцінку, що підходить до нього. При цьому пропонується звертатися під час оцінювання до свого самопочуття або переконань, що є властивим на цей відрізок часу.

Сама процедура опитування, як правило, триває упродовж 30 хв., проте за свідченням розробника може коливатися ± 10 хв. Залежно від індивідуальних особливостей. Отримані результати надають об'єктивну інформацію про особливості посттравматичних стресових реакцій і характеризуються надійністю й валідністю. При цьому передбачено обробку результатів окремо по кожній шкалі опитувальника, зокрема ПТСР (як контрольних, так і основних показників), шкали ГСР (як контрольних, так і основних показників). При цьому при аналізі ПТСР розглядаються показники травми, повторних переживань травматичної події, уникання, збудження, дистресу та дезадаптації. Натомість при ГСР до уваги беруться: травматична подія, дисоціативні ознаки, симптоми вторгнення (повторний вплив події), ознаки уникання, ознаки збудження, прояви дистресу та дезадаптації.

Передбачені твердження прямі та зворотні для обрахунку даних. При цьому також основними показниками означеного опитувальника вважаються сумарні показники ПТСР і ГСР, а також депресії. При цьому існує розроблена шкала, що дозволяє співвіднести *T-бали* із основними значеннями вказаних

показників (окремо для чоловіків і для жінок). При цьому можна інтерпретувати отримані результати за мірою виразності симптомів певного порушення, а також і прогнозувати їх наявність. Зокрема прийнято (на основі тверджень розробника), що переведені показники (*T-бали*) якщо менші за 50 балів, то ознаки пост-стресових станів є невиразними або слабкими. Натомість, коли показники знаходяться у межах від 65 до 70 балів, то можливі часткові прояви означених реакцій, коли ж показники знаходяться у межах від 71 до 79 балів, то ймовірність проявів пост-стресових реакцій зростає. У випадку, коли бали перевищують значення 80, то потрібним є уточнення клінічного діагнозу вже у конкретному випадку. При цьому показники опитувальника є достатньо обґрунтованими та дозволяють їх використовувати при подальшій роботі з клієнтом у плані надання йому психологічної допомоги.

Наступний метод, який було використано у нашому дослідженні – шкала оцінки тривожності (Спілберґера–Ханіна). Означена шкала дозволяє виявити у осіб реактивну (ситуаційну) та особистісну види тривожності. При цьому метод утворюють дві субшкали, кожна з яких містить у собі 20 запитань, на які передбачено надання відповідей за 4-бальною шкалою, де 1 – найменше значення, а 4 – найбільше. При цьому мають бути спеціально розроблені банки.

Досліджуваному пропонується відповісти на запитання бланку А (реактивна тривожність), наголосивши, що потрібно уважно прочитати кожен пункт, а вже потім надавати відповідь. Окремо зазначити, що над відповідями довго роздумувати не потрібно, оскільки правильних чи неправильних відповідей не може бути. Самі ж судження стосуються самопочуття, а тому обираючи оцінку, потрібно виходити із того, як почувається людина у більшості типових ситуаціях. Після того, як досліджуваний завершив працювати з першим бланком, йому пропонується бланк Б і надається подібна інструкція. Тривалість роботи над обома бланками методики займає приблизно від 15 до 20 хвилин.

У ході обробки отриманих результатів, варто зважити на той факт, що у даному опитувальнику є прямі судження і зворотні, а тому порядок їх

обрахування є протилежним. Після обрахунку всіх балів за формою А до результату додається число 35, що й вказуватиме на реактивну тривожність. Натомість до результату форми Б потрібно додати число 50, що і буде показником особистісної тривожності. Також в інтерпретації означеної шкали надано розподіл результатів за нормою. Так, кількість балів, що знаходяться на відрізку від 1 до 30 вказує на низький рівень тривожності. Водночас, кількість балів від 31 до 45 – означає, що у досліджуваного помірна вираженість тривожності. Кількість балів, що розпочинається із числа 46 – вказує, що в особи високий рівень тривожності. При цьому, означені рівні є властиві, як для оцінки міри виразності реактивної тривожності, так і особистісної тривожності.

Один із методів, якими скористалися при дослідженні посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок – опитувальник депресії (Т. Балашов). Означений метод у своїй основі складається із 20 тверджень, які потрібно оцінити за чотири-бальною шкалою: один бал – найменша оцінка, а чотири – найвища оцінка. Перед проведенням самої методики досліджуваному надається інструкція, у якій звертається увага на необхідність осмислення самого судження перед тим, як його оцінювати. При цьому надто довго над самою оцінкою не розмірковувати, а натомість поставити ту оцінку, яка спершу спала на думку. Ще один із моментів, що здійснювати оцінку свого самопочуття варто ґрунтуючись на своїх відчуттях у типових ситуаціях.

Сама процедура надання відповідей відбувається упродовж 10–15 хвилин. Власне обробка результатів заданим методом відбувається на основі ключа й за використання прямого й зворотного обрахунку оцінок. Після цього знаходиться арифметична сума, яка й вказує на рівень депресії. Розбіжність індивідуальних показників може мати діапазон від 20 до 80 набраних балів. У самому описі методик наголошено, що депресія у межах від: 20 до 50 є доволі низькою, від 50 до 59 – низька або ситуативна (стресова), від 60 до 69 – субдепресивний стан, від 70 до 80 висока міра депресії.

Таким чином, для дослідження особливостей посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок, було дібрано комплекс методів, який сприяв більш ґрунтовному вивченню означених проявів. Серед низки використаних нами діагностичних засобів: комплекс психологічних методик, серед яких: опитувальник О. Блінова, опитувальник PCL-5 (інша назва Клінічне інтерв'ю), Шкала для оцінки впливовості травматичної події (IES-R), опитувальник посттравматичних реакцій (О. Котеньов), шкала тривожності (Спілбергер–Ханін), опитувальник депресії (Т. Балашов). Всі перелічені методи є адаптовані на Україні вітчизняними дослідниками й мають україномовний варіант, окрім шкали для оцінки тривожності, оскільки подібних досліджень не було. Загалом означені методи можна було використовувати у нашому випадку, адже вікових обмежень немає і протипоказань також.

3.2. Емпіричне вивчення посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок

Розглянемо отримані результати посттравматичних стресових реакцій жінок, що були отримані у ході дослідження. Всього дослідженням було охоплено 5 осіб (представники жіночої статі у віці від 26 до 30 років, які звернулися за психологічною допомогою, оскільки на їх організм мали вплив травматичні (стресові) події, а у поведінці спостерігалися ознаки таких реакцій. Проаналізуємо результати у тій послідовності, у якій було проведено опис діагностичних методик.

Так, за опитувальником О. Блінова нами було отримано інформацію, яка занесена до таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Особливості проявів посттравматичних стресових реакцій жінок (за методом О. Блінова)

Параметри аналізу результатів	Відповіді/ показники досліджуваних	
	Так	Ні
Опитані жінки		
001	5	2
002	2	5
003	3	4
004	6	1
005	4	3

Таблиця 3.1. містить у собі три основні колонки. Так, у першій вказано шифр досліджуваних, а у другій і третій колонках – відповіді. Згідно із аналізом даного опитувальника найбільш стійкою до травматичної події виявилися лише одна з досліджуваних жінок (20 %), оскільки позитивних відповідей лише 2 й у неї спостерігається незначне порушення адаптації. Ще у однієї досліджуваної позитивних відповідей три, що свідчить про те, що вона потребує пристальної уваги щодо можливих негативних проявів посттравматичних реакцій, оскільки у неї у подальшому можуть розвинути більш серйозні порушення адаптації. Натомість троє із п'яти досліджуваних жінок мають чотири й більше позитивних відповідей, що свідчить про їх схильність до ПТСР і вони потребують вивчення і необхідної психологічної допомоги.

Проаналізуємо наступними результати за проведеним клінічним інтерв'ю (PCL-5), що являє собою самооцінювання досліджуваними свого самопочуття: наявність показників 2+; а також міру виразності реакцій на подію. Основні результати даного опитувальника представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Особливості прояву посттравматичних стресових реакцій дорослими жінками (за опитувальником PCL-5)

Критерії аналізу	Показники опитувальника та набрані бали				
	Ознаки вторгнення	Ознаки уникнення	Негативні думки, емоції	Надмірна збудливість	сума
Опитані жінки					
001	4	1	3	2	32

002	1	3	1	0	18
003	4	5	3	1	35
004	4	4	4	4	52
005	2	5	5	3	37
Сума	15	18	16	10	—

Табл. 3.2. містить відомості про особливості самопочуття досліджуваних, що отримали травматичний досвід. Так, у таблиці представлені ознаки найбільш типових реакцій, що спостерігаються у осіб, зокрема вторгнення, уникнення, негативні думки й емоції, а також надмірну збудливість. Згідно першого способу обробки результатів було з'ясовано, що всі досліджувані відчувають погіршення самопочуття, проте у різній мірі, оскільки всі вони без винятку мають хоча б один показник 2. Зокрема із чотирьох показників, одна досліджувана має лише один такий показник, два показники є присутніми у двох жінок. Ще у двох наявні ознаки всіх чотирьох постстресових реакцій, які варіюються від двох балів до 5. Для того, щоб з'ясувати найбільш типову реакцію досліджуваних, нами було введено додатковий показник: загальну суму по кожній колонці (у таблиці це остання строчка). Як бачимо, найбільш виразною є реакція уникнення, а найменш виразною є реакція надмірної збудливості. При цьому негативні думки й ознаки вторгнення є менш виразними для цих жінок. Коли ж якісно проаналізувати, то у всіх жінок проявляються різні інтенсивності й різні поєднання таких реакцій. Проте у однієї жінки всі вони виражені однаково й властиві всі. Також варто відмітити, що за результатами першого опитувальника саме ця жінка має найбільший показник, щодо прояву травматичних реакцій.

Згідно другого способу обробки даних нами було з'ясовано інтенсивність прояву означених реакцій. Оскільки норм щодо результатів цього опитувальника не існує, то для аналізу ми скористалися середнім арифметичним. Отже, здійснивши відповідні обрахунки маємо середнє значення, що становить 35. При подальшому аналізі виявилось, що два показники перевищують це значення, а ще два є меншим за нього. Таким чином, у двох осіб показники інтенсивності реакцій є вищими за середнє значення, у двох нижчими, а в однієї – збігаються

із середнім. Проте, якщо порівняти показники, що перевищують середнє значення, то найбільш інтенсивними реакції є однієї жінки – 52 бали, у двох інших 35 і 37 відповідно. Отже, за інтенсивністю постстресових реакцій у трьох осіб спостерігається їх зростання.

Порівняємо тепер показники із наступним опитувальником, що визначає особливості впливу травматичної події на досліджуваних за трьома основними реакціями: вторгнення, уникнення і збудливості. Показники за даним методом представлені у таблиці 3.3. Основним показником цього опитувальника є сума по кожному балу, яку досліджуваний може набрати за кожною із типових реакцій, яких у даному опитувальнику три: вторгнення, уникнення, збудливість. Таким максимальним числом є 35. Якщо в цілому поглянути на таблицю, то більшість показників становлять лише близько третини від заявленого значення. Розглянемо отримані результати за даним опитувальником більш детально.

Таблиця 3.3.

Прояви посттравматичних стресових реакцій жінок за шкалою оцінки впливовості травматичної події (IES-R)

Опитані жінки	Інтенсивність впливу травматичної події на прояви реакцій			Загальна інтенсивність
	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	
001	7	11	11	29
002	3	3	2	8
003	10	11	7	28
004	32	20	21	73
005	9	10	8	27

В основних колонках таблиці 3.3. представлені показники впливовості травматичної події: вторгнення, уникнення, збудливість, а остання колонка – це загальний показник інтенсивності (його максимальне значення може бути 105 балів). Означені показники можна порівняти із попереднім опитувальником, окрім реакції негативних думок і негативних емоцій, які у даному опитувальнику є відсутніми. Можна констатувати, що реакція збудливості є найменш виразною для більшості жінок, а більш виразною є реакція уникнення, що в цілому

підтверджує результати PCL-5. Разом із тим, зауважимо, що чим більш інтенсивною є одна із посттравматичних реакцій, то інші реакції також є більш виразними.

Загалом, можна сказати, що показники інтенсивності у більшості жінок не є високими, оскільки їх показники становлять менше третини можливого значення. Проте, у одній із опитаних жінок (004) показник вторгнення дуже близький до максимального, а показник збудливості становить 2/3 від можливого значення. Загалом і загальна інтенсивність означених реакцій у більшості жінок не висока, окрім однієї особи, показник якої становить більш як 50 % від можливого максимального значення.

Оскільки посттравматичні реакції супроводжуються у постраждалих підвищенням тривожності й депресії послідувачі методи дозволили з'ясувати їх особливості. Зокрема результати за опитувальником Спілбергера Ханіна представлені у таблиці 3.4., основними показниками якої є особистісна й ситуаційна (реактивна) тривожність, а також їх рівні, що дозволила з'ясувати означена діагностична процедура.

Таблиця 3.4.

Особливості реактивної й особистісної тривожності дорослих жінок

Характеристики досліджуваних жінок	Показники та рівні реактивної й особистісної тривожності			
	Реактивна тривожність	Рівень	Особистісна тривожність	Рівень
001	17	низький	39	помірний
002	29	низький	46	високий
003	39	помірний	52	високий
004	32	помірний	54	високий
005	14	низький	50	високий

Розглядаючи таблицю 2.4., дійшли висновку, що ситуаційна тривожність у досліджуваних не є високою, ніж ми очікували. Її показники знаходяться у трьох осіб у межах низького рівня і в двох – у межах помірному. Проте показники особистісної тривожності значно переважають реактивну як за числовими

еквівалентами, так і за рівневими. Так, було з'ясовано, що у більшості жінок є високий рівень особистісної тривожності та лише в однієї він є таким, що можна назвати помірним. Отже, травматичний досвід сприяв тому, що суттєво зросла особистісна тривожність у жінок. Також можливим чинником таких змін є те, що всі вони нині знаходяться за кордоном, тому і ситуаційна тривожність, внаслідок почуття безпеки, є досить незначною. Проте їх тривога трансформувалася особистісний план. Отже, можемо констатувати, що внаслідок впливу травматичної події у жінок значно підвищений рівень особистісної тривожності.

Ще однією з реакцій, які виникають внаслідок отриманого травматичного досвіду є депресія, що й зумовило використання опитувальника депресії у нашому дослідженні. Основні результати за даним діагностичним методом наведені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Особливості прояву реакції депресії дорослими жінками з травматичним досвідом

Характеристики досліджуваних жінок	Показники та рівні депресії	
	Основний показник	Рівні депресії
001	42	відсутня
002	61	Субдепресивний стан
003	69	Субдепресивний стан
004	60	Субдепресивний стан
005	67	Субдепресивний стан

Отже, розглядаючи показники депресії, можемо відмітити, що більшість досліджуваних характеризується субдепресивним станом, що означає приховану (замасковану) депресію. Як правило, такий стан триває, за свідченням науковців, понад два тижні, що проявляється у втраті життєвої енергії, складнощі у переживанні позитивних емоцій, натомість з'являється смуток та песимістичні погляди щодо свого майбутнього. Загалом можемо констатувати, що у жінок, що перебувають за кордоном і відчули на собі вплив травматичної події виникає мала або замаскована депресія

Останнім у емпіричному дослідженні був опитувальник О. Котеньова, основна мета використання якого полягала у з'ясуванні рівня розвиненості посттравматичних стресових реакцій у жінок. Основні результати вже в готовому вигляді представлені у таблиці 3.6. У цій таблиці наведені узагальнені дані щодо розвиненості у досліджуваних порушень у поведінці, їх адаптованості, таких як ПТСР і ГСР, а також депресії, що з'ясовувалися на основі переведення сирих балів у Т–бали. Розглянемо їх детальніше.

Згідно обробки даних було з'ясовано, що всі отримані Т–бали знаходяться у діапазоні від 50 до 65 балів. При цьому ознаки розладів у поведінці, таких як ПТСР і ГСР, можуть мати окремі прояви постстресових станів, що не є надто вираженими. При цьому проявляються окремі симптоми, що спостерігалось у певній виразності окремих симптомів (ознак). Отже патологічних проявів у досліджуваних не виявлено у цьому плані. При цьому має місце, згідно опитувальника, прихована депресія, що негативно впливає на самопочуття жінок (за даними цього опитувальника у всіх досліджуваних є прояви субдепресивного стану). Отже, посттравматичні реакції зумовлюють переживання депресивних реакцій у прихованому вигляді.

Таблиця 3.6.

Розвиненість посттравматичних стресових реакцій у жінок (за опитувальником Т. Балашова)

Характеристики досліджуваних жінок	Показники та рівні реактивної й особистісної тривожності			
	Т–бал	ПТСР	ГСР	Депресія
001	54	104	103	34
002	50	96	95	31
003	60	116	114	38
004	64	124	121	42
005	52	100	99	32

Взявши за основу показники опитувальника Т. Балашова (крім Т-бала), показник інтенсивності реакцій (опитувальник PCL-5), показники реактивної й особистісної тривожності (опитувальник Спілбергера–Ханіна), було обраховано

взаємозв'язки між ними на основі методу кореляції. Всі отримані дані представлені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Значущі показники кореляції між показниками ПТСР

Критерії	ІН (PCL-5)	РТ	ОТ	ДПР	ПТСР	ГСР
ІН (PCL-5)		0,2	0,5*	0	0,85*	0,86*
РТ	0,2		–	0,4	0,6*	0,6*
ОТ	0,5*	–		0,8	0,6*	0,6*
ДПР	0	0,4	0,4		0,1	0,1
ПТСР	0,6*	0,6*	0,6*	0,1		1
ГСР	0,6*	0,6*	0,6*	0,1	1	

У таблиці 3.7 показник Інтенсивність (ІН – загальний показник опитувальника PCL-5) має помірні безпосередні зв'язки з реактивною і особистісною тривожністю, а також високий зв'язки з ГСР і ПТСР. Показник РТ (реактивна тривожність) має помірні безпосередні зв'язки з ПТСР і ГСР. Показник ОТ (особистісна тривожність) має помірні безпосередні зв'язки з ПТСР і ГСР. Між реакціями ПТСР і ГСР встановлений найвищий зв'язок, показник кореляції 1.

На основі проведеного емпіричного дослідження нами було розроблено рекомендації щодо успішного подолання дорослими жінками наслідків посттравматичного досвіду. Так, першою рекомендацією щодо переборення наслідків таких подій є їх усвідомлення та повноцінне проживання на емоційному рівні, що дозволить людині поглянути на ситуацію з боку й певним чином знизити тиск на психічний стан. Зміст другої рекомендації полягає у тому, щоб вони не прагнули переживати це все у собі. Навпаки, потрібно якомога більше контактувати з іншими людьми, що мали подібний досвід і опинилися у схожих обставинах. Це дозволить ділитися своїми думками, враженнями, а також і емоціями, що дозволить краще усвідомити свої переживання, думки та сприятиме появі прагнення змінити своє ставлення до події зокрема й до життя в цілому. Ще одна рекомендація сприятиме розвитку соціальної активності

жінок: варто знайти собі таку діяльність, яка приноситиме користь іншим (допомагати іншим, займатися волонтерством, допомагати своїм рідним тощо) і, водночас, їм самим, оскільки зростатиме самооцінка, задоволеність своїми діями. Наступна рекомендація стосується самопізнання: пригадайте або знайдіть способи, що дозволяють долати стресові ситуації (якимось же чином раніше їх переборювали). Тут стануть у нагоді спортивні заняття, різні захоплення (хобі), прогулянки, спілкування зі знайомими, читання книг, переглядання цікавих телепередач, художніх фільмів, тобто задіювати потрібно все, що приносить задоволення і відпочинок. Наступна рекомендація полягає в обмеженні себе негативними новинами, а також і переглядом передач (у тому числі й фільмів), у яких присутні жорстокість, агресія, насилля, щоб не підсилювати власні негативні переживання уникнути повторної травматизації.

Також варто задуматися над тим, що звернутися до допомоги психолога чи психотерапевта. При цьому обрати собі спеціаліста, який найбільш підходить, адже у цьому випадку вам стануть у нагоді психоедукація з наступних тем: стрес, самодопомога при стресі, фізичні й психологічні вправи, які допомагають знизити рівень емоційного напруження, поведінка людини після травматичного досвіду тощо. Також доцільним у цьому стані буде соціально-психологічний тренінг, якщо не вистачає зовнішньої підтримки, адже у групі з'являється відчуття належності до неї та психологічної підтримки одне одного.

Також достатньо добре зарекомендували себе вправи тілесної психотерапії, які на початку можна застосовувати самостійно. Так, відомий психолог Пітер Левін вказав на три основні моменти такої самодопомоги: а) оскільки нервова система людини є чутливою до дотиків, то фізичний контакт долонь із тілом є важливим засобом (пригадайте, що малу дитину ми заспокоюємо на руках, тримаючи її так одночасно і підтримуємо та надаємо допомогу); б) використовуючи дотики долонь до свого тіла людина навчається ставитися до себе бережно, дбайливо, а не жорстко, а це, у свою чергу, сприятиме зародженню і відповідної самоповаги до себе, зростанню самооцінки: це і є

лікувальний ефект. Найбільш розповсюдженими вправами є: «Обійми себе», «Дотик долонь», «Підтримай себе», «Подолання страху», «Полискування себе», «Розумовий контейнер» тощо. Ці вправи можна виконувати самостійно і ефект вони надають відразу.

Окремий момент полягає у тому, щоб відвідати спеціаліста з тілесної терапії, основою якої є встановлення контакту зі своїми фізичними відчуттями під наглядом, оскільки у подальшому потрібно дотримуватися певних правил і етапів надання психологічної допомоги. Доречним буде звернення про допомогу до арт-терапевта, коли до вподоби творчість, або до спеціаліста з поведінкової терапії, коли цікаво формувати навички дій, поведінки.

Таким чином, провівши емпіричне дослідження прояву посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок, що перебувають за межами країни, було з'ясовано, що досліджувані у різній мірі переживають травматичний досвід, проте найбільш виразними для них є реакції уникнення та вторгнення, натомість реакції збудливості та переживання негативних думок, емоцій менш виразними. Разом із тим, було з'ясовано для дорослих жінок властивим є тенденція зростання особистісної тривожності, а реактивна тривожність є значно меншою, ніж особистісна. Також для цієї категорії досліджуваних властивим є певний субдепресивний стан, що зумовлює приховане переживання негативних емоцій, пригніченість настрою, що вказує на безпосередню залежність депресії від інтенсивності переживання посттравматичних стресових реакцій. Водночас, означені реакції у дорослих жінок є незначними, поодинокими проявами окремих симптомів, що загалом не призвели на даний момент до патологічних змін у поведінці й соціальній адаптації.

З метою подолання наслідків посттравматичних стресових реакцій було сформульовано рекомендації жінкам, серед яких: усвідомлення своїх переживань; не уникати соціальних контактів, не носити все у собі (не замикатися); віднайти справу, яка допоможе приносити користь іншим, пригадати ефективні засоби подолання стресових ситуацій, уникати повторною

травматизації (не переглядати фільми, новини з негативним контекстом). Також доцільно скористатися вправами тілесної терапії, щоб встановити контакт зі своїми фізичними відчуттями, а також звернутися за кваліфікованою допомогою, яка буде прийнятною в тому числі психоедукації з проблеми подолання наслідків стресу, вправ самопомочі.

Висновки до розділу 3

З метою дослідження особливостей посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок, які перебувають за межами країни, було дібрано комплекс методів, які сприяли ґрунтовному вивченню означеного явища. Серед дібраних діагностичних засобів присутні: комплекс психологічних методик, серед яких: опитувальник О. Блінова, опитувальник PCL-5 (інша назва Клінічне інтерв'ю), Шкала для оцінки впливовості травматичної події (IES-R), опитувальник посттравматичних реакцій (О. Котеньов), шкала тривожності (Спілбергер–Ханін), опитувальник депресії (Т. Балашов). Всі перелічені методи є адаптовані на Україні вітчизняними дослідниками й мають україномовний варіант, окрім шкали для оцінки тривожності, оскільки подібних досліджень не було. Загалом означені методи можна було використовувати у нашому випадку, адже вікових обмежень немає і протипоказань також.

Здійснивши емпіричне дослідження прояву посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок, що перебувають за межами країни, було з'ясовано, що досліджувані у різній мірі переживають травматичний досвід, проте найбільш виразними для них є реакції уникнення та вторгнення, натомість реакції збудливості та переживання негативних думок, емоцій менш виразними. Разом із тим, було з'ясовано, що для дорослих жінок властивою є тенденція зростання особистісної тривожності, а реактивна тривожність при цьому є значно меншою, ніж особистісна. Також для цієї категорії досліджуваних властивим є певний субдепресивний стан, що зумовлює приховане переживання негативних емоцій, пригніченість настрою, що свідчить про безпосередню залежність депресії від інтенсивності переживання посттравматичних стресових реакцій. Водночас, як було з'ясовано, означені реакції у дорослих жінок є не високої інтенсивності, поодинокими проявами окремих симптомів, що загалом не призвели на даний момент до патологічних змін у поведінці й соціальній адаптації.

З метою подолання наслідків посттравматичних стресових реакцій було сформульовано рекомендації жінкам, серед яких: усвідомлення своїх

переживань; не уникати соціальних контактів, не носити все у собі (не замикатися); віднайти справу, яка допоможе приносити користь іншим, пригадати ефективні засоби подолання стресових ситуацій, уникати повторною травматизації (не переглядати фільми, новини з негативним контекстом). Також доцільно скористатися вправами тілесної терапії, щоб встановити контакт зі своїми фізичними відчуттями, а також звернутися за кваліфікованою допомогою, яка буде прийнятною в тому числі психоедукації з проблеми подолання наслідків стресу, вправ самопомочі.

ВИСНОВКИ

Здійснивши дослідження проблеми посттравматичних стресових реакцій при ПТСР у жінок в період дорослості, що перебувають за межами України, ми дійшли наступних висновків:

За першим завданням, було з'ясовано, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – хронічне порушення психічного стану, що може розвинути після травматичної події. Основними симптомами ПТСР вважаються: підвищений рівень збудженості, переважання неприємних (негативних) почуттів, зацикленість на травматичних подіях, ускладнення у емоціях і пам'яті, гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у людей, яким довелось пережити небезпечну для власного життя або життя рідних ситуацію.

Основою виникнення ПТСР є травматичний досвід, який знаходиться поза контролем свідомості: обставини, які загрожують життю людини; фізичне або сексуальне насильство. Проте ПТСР виникає не у всіх людей. У виникненні посттравматичного стресового розладу важливу роль відіграє поєднання 3-х факторів: *інтенсивність і тривалість травмуючої події; сила захисних механізмів особистості та наявність соціальної підтримки; особисті фактори ризику* (вік, раніше набуті психічні розлади). Надто вразливими до ПТСР вважаються особи у віці до 22 або старше 30 років, а у гендерному відношенні зафіксовано, що у 8% чоловіків та 20% жінок розвивається ПТСР після травмуючих подій. У динаміці ПТСР виділяють фази *відчаю, заперечення, нав'язливості та опрацювання*. За складністю перебігу розрізняють гострий (симптоми зберігаються від 1-го до 3-х місяців) і хронічний ПТСР (симптоми мають місце понад три місяці). Складність протікання ПТСР залежить від особливостей ставлення людини до власного травматичного досвіду: *неопрацьованих спогадів; уявлень про травму та її наслідків; копінг-стратегій подолання наслідків розладу*.

За другим завданням, було зафіксовано, що посттравматичні стресові реакції у своїй сукупності є достатньо інтенсивними та виразними реакція людського організму на дію стресорів і психотравмуючих ситуацій, які мають відстрочену дію, а основним механізмом є дисоціації. Ці повторні реакції завжди супроводжуються спалахами гніву, агресивністю по відношенні до інших, хворобливою депресією, тривожністю, схильністю до суїцидальних тенденцій у поведінці тощо.

У дорослих жінок є певні особливості в динаміці ПТСР. Це насамперед, пов'язано із тим, що значно в сучасних умовах зросли категорії осіб, які потрапляють під вплив психотравмуючих факторів. На сьогодні їх вплив відчувають жінки які є дружинами військових, біженцями, переселенцями, військовослужбовцями, мають дітей, медиками та ін. При цьому зберігається тенденція, що жінки є об'єктом фізичних і сексуальних домагань у військових конфліктах, що використовується військовими для подолання атмосфери супротиву. Розвиток ПТСР у жінок відбувається за тим же самим механізмом і тими ж етапами розвитку невротичного розладу. Проте його динаміка має певні особливості, які розгортаються на тлі більш виразної емоційної чутливості, високої тривожності, терплячості, схильності до проявів депресії, підвищеної резистентності, а також наявності акцентуацій характеру та навіюваності. При цьому ПТСР у жінок завжди супроводжується втратою віри у себе, відсутністю або зниженням самоповаги (нерідко до власного тіла), обуренням в першу чергу до себе і самозвинуваченням, а у крайньому випадку виникає ненависть до себе. У таких випадках жінки так само, як і чоловіки потребують психологічної та інших видів допомоги.

Основою надання психологічної допомоги при посттравматичних стресових реакціях жінкам передбачає: *когнітивну терапію*, яка спрямована на опанування вміннями розпізнавати негативні думки, зокрема перебудову інтелектуальних (мислинневих) схем, що зумовлюють виникнення негативних емоційних переживань, міркувань, а також і певних порушень у поведінці;

десенсибілізацію та переробку очима (зі сторони в сторону рух), що загалом сприяє опрацюванню й усвідомленню травматичного досвіду, а також і виправити власне ставлення до нього; *фармацевтична допомога* (що передбачає й антидепресанти, й протитривожні медикаменти); *медичний Канабіс* (лише після вказаних вище способів, оскільки добре впливає на сон); *підтримуючу особисту терапію, групову терапію, отримуючи медичну та соціальну допомогу*; *засоби гештальт-терапії* є достатньо ефективними при наявності порушень, що складають симптоматику ПТСР – порушення психосоматичного плану, різного роду фобії і страхи, порушення невротичного характеру; порушення сексуального змісту, прояви депресивних станів, розлади сну (коли сняться жахіття), прояви ознак дезадаптації (наприклад тривога, агресія, роздратування, гнів тощо).

За третім завданням, було укомплектовано діагностичними методами експериментальну методику й проведене емпіричне дослідження проявів посттравматичних стресових реакцій у дорослих жінок, що перебувають за межами країни. Афіксовано, що досліджувані у різній мірі переживають травматичний досвід, проте найбільш виразними для них є реакції уникнення та вторгнення, натомість реакції збудливості та переживання негативних думок, емоцій менш виразними. Разом із тим, було з'ясовано, що для дорослих жінок властивою є тенденція зростання особистісної тривожності, а реактивна тривожність при цьому є значно меншою, ніж особистісна. Також для цієї категорії досліджуваних властивим є певний субдепресивний стан, що зумовлює приховане переживання негативних емоцій, пригніченість настрою, що свідчить про безпосередню залежність депресії від інтенсивності переживання посттравматичних стресових реакцій. Водночас, як було з'ясовано, означені реакції у дорослих жінок є не високої інтенсивності, оскільки зумовлені поодинокими проявами окремих симптомів, що загалом не призвели на даний момент до патологічних змін у поведінці й соціальній адаптації.

За четвертим завданням, з метою подолання наслідків посттравматичних стресових реакцій було сформульовано рекомендації жінкам дорослого віку, що перебувають за кордоном, серед яких: усвідомлення своїх переживань; не уникати соціальних контактів, не носити все у собі (не замикатися); віднайти справу, яка допоможе приносити користь іншим, пригадати ефективні засоби подолання стресових ситуацій, уникати повторною травматизації (не переглядати фільми, новини з негативним контекстом). Також доцільно скористатися вправами тілесної терапії, щоб встановити контакт зі своїми фізичними відчуттями, а також звернутися за кваліфікованою допомогою, яка буде прийнятною в тому числі психоедукації з проблеми подолання наслідків стресу, вправ самопомочі.

Перспективами подальшого наукового пошуку вважаємо за необхідне розробити систему надання психологічної допомоги жінкам, в основі якої тілесно-орієнтована терапія у контексті гештальт-підходу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О.М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В.В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Берегова О. В., Коваль К. І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту. Габітус. Випуск 42. 2022. С. 113–118.
3. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. – К.: Талком, 2016. 246 с.
4. Блінов О. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ *Вісник Національного університету оборони України* 6 (64). 2021. С. 5–19.
5. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у мирний час. Київ: НАОУ, 2006. 80 с.
6. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми психології*. Т.7, вип. 32. С. 15–20.
7. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. дисерт. ...на здобуття наук. ступеня док. пед. н., 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.
8. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Навч. посіб. К.: Знання, 1998. 289 с.
9. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. С. 19–24.
10. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. 2022. № 1 (30). С. 22–28.

11. Галян І. М. Психодіагностика: навч. посіб. К.: Академвидав, 2009. 464 с.
12. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. Лекція. НЕЙРО NEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. К.: Видавничий дім «Здоров'я України», 2021. № 8(129). С. 27 - 32.
13. Горбунова В. В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах. Наука і освіта. 2016. №5. С. 40-45.
14. Діагностика, терапія та профілактика медико -психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах/ Укл. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В., Підкоритов В. С. Ліпатов І. І., Бучок Ю. С. Заворотний В.І.. Харків, 2014. 67 с.
15. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям –жертвам військового конфлікту: практ. посіб./ І. О. Корнієнко, І. М. Лісовецька, Ю. А. Луценко, Д. Д. Романовська. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
16. Друзь О. В., Гриневич Є. Г., Черненко І. О. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології. 2018. Том 26, випуск 2 (95). С. 37–43.*
17. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Київ: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
18. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
19. Клівальчук О., Мороз Р. Психологічний механізм виникнення стресових ситуацій у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України 3 (53). 2019. С. 84–93.*
20. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. Наука і освіта. 2016. №5. С. 46-52.

21. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: моногр. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
22. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / під заг. ред. професора, доктора медичних наук В. В. Стеблюка та доктора медичних наук А. М. Галушки. К., 2017. 266 с.
23. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Харків: ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
24. Корольчук В. Діагностика впливу психотравмуючих факторів на особистість. *Актуальні проблеми психології. Вісник КНТЕУ*. 2012. № 3. С. 94–104.
25. Корольчук М. С. Крайнюк В. М. Кочергіна Т. І. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Київ: ІНКОС, 2002. 272 с.
26. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ: Ніка–Центр, 2007. 432 с.
27. Кризова психологія. Навчальний посібник/ за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. 383 с.
28. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
29. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск 2*. 2022. С. 64–70.
30. Лозінська Н. Особливості психологічної травматизації військовослужбовців – учасників АТО: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Харків, 2019. 28 с.
31. Макарова, Червоний П. Д. Сутність стресу та його вплив на організм людини в екстремальних умовах. *Габітус. Випуск 46*. 2023. С. 222–226.

32. Мельничук І. Я. Цапенко О.В. Психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом: методичні рекомендації для практичних психологів. Кіровоград, 2006. 52 с.
33. Напреєнко О. К., Марчук Т. Є. Клінічна характеристика варіантів перебігу пост-травматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2002. №1 (28). С. 117–119.
34. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
35. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців, Київ, 2020. 192 с.
36. Основи практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.: підр. 3-є вид. К.: Либідь, 2006. 536 с.
37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
38. Палій А. А. Диференціальна психологія: навч. посіб. К.: Академвидав, 2010. 432 с.
39. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації; уклад.: П. В. Волошин. – Харків, 2002. 47 с.
40. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*. Серія: Історичні науки. Випуск 57.2022. С. 110–120.
41. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб./ упор.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
42. Психологічна енциклопедія / укл. О. М. Степанов. К.: Академвидав, 2006. 424 с.

- 43.Рибалка В. В. Розвиток особистості: Періодизація психічного розвитку та етапи життєвого шляху особистості. *Психологія / За заг. ред. Ю. Л. Трофімова: підручн. 5-е вид. К.: Либідь, 2005 С. 143 - 151.*
- 44.Рибик Л. А. Вторинний посттравматичний стресовий розлад у дружин учасників бойових дій. *Юридична психологія.* 2016. № 2. С. 148–157.
- 45.Розумовська Т. В. Арт-терапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. *Наукові записки. Серія «Психологія».* Вип.1. 2023. №1. С. 58–67.
- 46.Руденко О. В., Хараджі Л.О. Специфіка прояву ознак посттравматичного стресового розладу особистості військовослужбовців – учасників операції об'єднаних сил. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Том 31 (70) № 4 2020. С. 73–78.
- 47.Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Л. Підлісецька. Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія». Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.
- 48.Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. *Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. 155 с.*
- 49.Старик В. А. Характеристика дисоціативних станів при подоланні психічної травм. *Молодий вчений. № 1 (53).* 2018. С. 54–57.
- 50.Сурмяк Ю. Р., Гуменюк Л. Й. До питання оцінки психічного здоров'я при психотравмах (діагностичні критерії). *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ* 2015. № 2. С. 191–201.
- 51.Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості. К.: Марич, 2009. 232 с.
- 52.Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 160 с.

53. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Реєстр медико-технологічних документів : веб-сайт. URL: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html> (Дата звернення 19.07.22)
54. Фармакотерапія ПТСР у учасників бойових дій. НЕЙРО NEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. К.: Видавничий дім «Здоров'я України», 2015. № 2(66). С. 31 - 36.
55. Цихоня В. С. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Ліки України*. №7-8 (203-204). 2016. С. 37–39.
56. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*, 2016, № 4. С. 74–77.
57. Що таке посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Посібник: веб-сайт. <https://www.psychologytools.com/resource/understanding-post-traumatic-stress-disorder-ptsd/>
58. Юр'єва Л.М. та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2005. 96 с.
59. Ягупов В. В. Військова психологія: Підручник. Київ: Тандем, 2004. 256 с.
60. Яцук Н. В., Говоруха О. С., Гречка В. В. Теоретичні аспекти про посттравматичні стресові розлади, як наслідок війни. Методики надання психологічної допомоги, особливості діагностики. *SCIENTIFIC HORIZON IN THE CONTEXT OF SOCIAL CRISES. SCIENTIFIC COLLECTION «INTERCONF»*. № 124. 2022. С. 78–90.
61. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
62. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
63. Zilberg N. J., Weiss D. S., Horowitz M. J. Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual

model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982. Vol. 50, № 3. P. 407–414.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки впливу травматичної події

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of EventScale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

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

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				

8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				

21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилось.				

“Ключ”

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

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

Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

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

Кожен пункт оцінюється:

“ніколи” – 0 балів;

“рідко” – 1 бал;

“іноді” – 3 бали;

“часто” – 5 балів.

Додаток Б
ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА
(КЛІНІЧНЕ ІНТЕРВ'Ю)

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові відчуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (приміром, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти», «світ — небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)?	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте, або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток В

ОПИТУВАЛЬНИК СКРИНІНГУ ПТСР (О. БЛІНОВ)

Інструкція. Будь ласка, ознайомтеся із запропонованими запитаннями. В колонці «варіанти відповідей» позначте «так», якщо Ви згодні з запитаннями, або «ні», якщо Ви не згодні.

№	Запитання	Варіанти відповіді
1	Ваша діяльність проходила в умовах загрози для життя?	Так
		Ні
2	Ви швидко реагуєте на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого?	Так
		Ні
3	Ви відчуваєте відчуженість до інших людей?	Так
		Ні
4	Вам достатньо невеликої дрібниці, щоб почати гніватися?	Так
		Ні
5	Ви намагаєтеся уникати спогадів про травматичні події?	Так
		Ні
6	Ви відчуваєте провину за деякі вчинки, що робили раніше?	Так
		Ні
7	Ви маєте проблеми зі сном?	Так
		Ні
	Сума «Так»	
	Сума «Ні»	

Примітка.

- 2 позитивні відповіді респондента свідчать про наявність підпорогових ознак ПТСР (розладів адаптації);
- 3 позитивні відповіді потребують поглибленого обстеження військовослужбовця на предмет ПТСР;
- 4 і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність наявності ПТСР.

Додаток Г

МЕТОДИКА СПІЛБЕРГЕРА-ХАНІНА

для оцінювання рівня тривожності

Методика призначена для самооцінювання рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика особистості).

Шкала самооцінювання складається з 2-х частин, що окремо оцінюють реактивну (РТ, висловлення № 1-20) і особистісну (ОТ, висловлення № 21- 40) тривожність (див. табл. 10.1) [8].

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче висловлювань та обведіть відповідну цифру залежно від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ В ДАНИЙМОМЕНТ. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.				
вопросы	нет, этоне так	пожалуй, так	верно	совершенно верно
1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3. Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4. Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5. Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9. Я встревожен	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности, напряжённости	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно	1	2	3	4
20. Мне приятно	1	2	3	4

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче висловлювань та обведіть відповідну цифру залежно від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ ЗВИЧАЙНО.** Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

вопросы	почти никогда	иногда	часто	почти всегда
21. Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22. Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23. Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26. Обычно я чувствую себя бодро	1	2	3	4
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30. Я вполне счастлив	1	2	3	4
31. Я принимаю всё слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32. Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33. Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35. У меня бывает хандра	1	2	3	4
36. Я доволен	1	2	3	4
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39. Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Показники РТ і ОТ підраховуються за формулами:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 50,$$

де \sum_1 - сума відзначених цифр на першому бланку за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

\sum_2 - сума відзначених цифр за пунктами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

$$OT = \sum_3 - \sum_4 + 35,$$

де \sum_3 - сума відзначених цифр на другому бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

\sum_4 - сума відзначених цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Визначте особисті показники:

PT=

OT=

Сума балів	Показник тривожності
Менше 30 бала	Низька тривожність. Висока емоційна стабільність.
31 - 44 балів	Помірна тривожність.
45 балів і вище	Висока тривожність.

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність людини сприймати велике коло ситуацій як загрозливе, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, знервованістю. Дуже висока реактивна тривожність призводить до порушення уваги, іноді до порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює із наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями. тим не менш, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень "корисної тривоги".

Додаток Д

Шкала депресії (Т. Балашова)

Вік досліджуваного: з 14 років.

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваетесь останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Твердження	Відповіді			
		Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я відчуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи майже сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13	Відчуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (-а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний(а) і необхідний(а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів

Рівень депресії (РД) визначається сумою "прямого" і "зворотного" підрахунку.

Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 - ставимо 3 бали; у № 6 - відповідь 3 - ставимо 2 бали; у № 11 - відповідь 4 - ставимо 1 бал тощо.

"Прямий" підрахунок - твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

"Зворотний" підрахунок - твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20-80 балів:

20-50 балів – депресія відсутня;

50-59 балів – легка ситуативна чи стресова депресія;

60-69 балів – субдепресивний стан;

70-80 балів – високий рівень депресії.