

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Центр післядипломної освіти, дистанційного та заочного навчання

Кафедра теоретичної психології

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ  
ПРИ ПСИХОТРАВМІ**

**кваліфікаційна робота**

здобувача вищої освіти  
освітнього ступеня «магістр»

**Тетяни РЯЗАНЦЕВОЇ**

2 курсу, заочної форми навчання  
спеціальність 053 «Психологія»  
ОПП «Психологія»

**Науковий керівник:**

кандидат психологічних наук, доцент  
**Оксана ХРИСТУК**

**Рецензент:**

доктор психологічних наук, професор  
**Галина КАТОЛИК**

*Кваліфікаційна робота допущена до захисту*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р., протокол № \_\_\_\_\_

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

\_\_\_\_\_ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2024

## АНОТАЦІЯ

### **РЯЗАНЦЕВА Тетяна Миронівна. Сучасні методи психотерапевтичного втручання при психотравмі.**

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню сучасних методів психотерапевтичного втручання при психотравмі. У роботі проаналізовано важливість психотерапії для реабілітації психотравмованих осіб та висвітлено основні теоретичні підходи до цієї проблеми.

Проведено теоретичний огляд сучасних методів психотерапевтичного втручання, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та методу десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR). Проаналізовано їх ефективність та призначення для роботи з психотравмованими особами.

У розділі «Емпіричне дослідження та оцінка психотравми» висвітлено рівень тривожності та прояви симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що можуть варіюватися залежно від багатьох факторів, особливо від досвіду психотерапії, статі, сімейного стану та віку.

Висновки підсумовують результати дослідження та наголошують на значенні подальших досліджень для покращення підходів до психотравмованих та ефективного використання психотерапії в умовах воєнного періоду.

**Ключові слова:** психотравма, психотерапія, військові, КПТ, EMDR, реабілітація.

**Науковий керівник:** ХРИСТУК Оксана Леонідівна, кандидат психологічних наук, доцент.

**Рецензент:** КАТОЛИК Галина Вікторівна, доктор психологічних наук, професор.

## ANNOTATION

### **RIAZANTSEVA Tetiana Myronivna. Modern methods of psychotherapeutic intervention in psychotrauma.**

The qualification work is devoted to the study of modern methods of psychotherapeutic intervention in psychotrauma. The paper analyzes the importance of

psychotherapy for the rehabilitation of psychologically traumatized persons and illuminates the main theoretical approaches to this problem.

A theoretical review of modern methods of psychotherapeutic intervention, in particular cognitive behavioral therapy (CBT) and Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) method, was conducted. Their effectiveness and purpose for working with psychologically traumatized persons is analyzed.

The chapter «Empirical research and evaluation of psychotrauma» highlights the level of anxiety and symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), which can vary depending on many factors, especially psychotherapy experience, gender, marital status, and age. The conclusions summarize the research findings and emphasize the importance of further research to improve approaches to psychotrauma and the effective use of psychotherapy in wartime settings.

**Key words:** psychotrauma, psychotherapy, military, CBT, EMDR, rehabilitation.

**Academic supervisor:** KHRYSTUK Oksana Leonidivna, candidate of psychological sciences, associate professor.

**Reviewer:** KATOLYK Halyna Viktorivna, doctor of psychological sciences, professor.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ НАСЛІДКАХ ПСИХОТРАВМИ.....	11
1.1. Теоретичні основи поняття психотравми та психотравматичних подій ...	11
1.2. Застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з психотравмою: принципи, методи, застосування у воєнному періоді.....	17
1.3. Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR): опис методу та докази ефективності, адаптація для психотравмованих осіб в період війни ...	24
Висновки до розділу 1 .....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПЕРЕБУВАННЯ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ .....	30
2.1. Характеристика групи досліджуваних та методики діагностики психотравми .....	30
2.2. Аналіз отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження ...	36
2.2.1. Описова статистика .....	36
2.2.2. Кореляційний аналіз.....	42
2.2.3. Порівняльний аналіз даних.....	47
Висновки до розділу 2 .....	58
ВИСНОВКИ .....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	64
ДОДАТКИ	

## ВСТУП

**Актуальність дослідження** полягає у тому, що воно виводить на перший план питання психотравми та надає новий погляд на її розуміння та психотерапевтичне втручання. Ось деякі аспекти, які вказують на актуальність дослідження:

1. Соціальна потреба: в умовах сучасного світу, де психотравми стають все більш поширеними, ефективні методи психотерапевтичного втручання є важливими для поліпшення якості життя психотравмованих осіб.

2. Постійний розвиток методів: сучасна психологія постійно розвивається й нові методи психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) можуть запропонувати нові підходи до подолання психотравм.

3. Практичне значення: дослідження надає особам, які пережили психотравму, конкретну інформацію щодо ефективних методів психотерапії при психотравмах.

4. Сприяння здоров'ю: психотравми можуть мати великий вплив на фізичне і психічне здоров'я, тому розробка ефективних методів психотерапевтичного втручання може сприяти загальному здоров'ю суспільства.

5. Військовий контекст: дослідження актуально в контексті військових конфліктів, де психотравми серед військових можуть вплинути на їхню повсякденну життєдіяльність та інтеграцію в суспільство.

6. Психологічне благополуччя військових: військові конфлікти створюють значний психологічний стрес серед військовослужбовців. Ефективні методи психотерапевтичного втручання можуть допомогти військовим подолати психотравми, зменшити тривожність та депресію, покращити їхнє загальне психологічне благополуччя.

7. Післявоєнна реабілітація: учасники бойових дій зіткнулися зі складними психологічними наслідками через військовий конфлікт. Дослідження може надати інформацію для їхньої післявоєнної реабілітації та інтеграції в цивільне життя.

8. Покращення допомоги: робота може сприяти розвитку психологічної допомоги під час воєнних конфліктів. Застосування сучасних методів психотерапії може забезпечити більш ефективну та індивідуалізовану підтримку.

9. Попередження погіршення психічного здоров'я: робота з військовими під час воєнних дій може допомогти запобігти погіршенню їхнього психічного здоров'я. Раннє виявлення та втручання можуть запобігти розвитку хронічних психотравматичних розладів.

10. Оптимізація ресурсів: доцільне використання сучасних методів психотерапії може допомогти оптимізувати ресурси для психологічної допомоги в умовах військового конфлікту.

Дане дослідження є важливим кроком у напрямку розуміння та ефективної роботи з психотравмами, що може зробити вагомий внесок у практику психотерапії та поліпшення якості життя тих, хто потребує допомоги, а також може позитивно вплинути на психологічне благополуччя військових, які потерпають від війни.

**Мета:** аналіз сучасних методів психотерапевтичного втручання при психотравмі в контексті воєнних конфліктів та емпіричне дослідження психічних станів військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій.

Відповідно до поставленої мети нами було сформульовано наступні **завдання:**

1. Провести аналіз сучасних підходів до розуміння психотравми та їх класифікації, зосереджуючись на когнітивно-поведінковій терапії (КПТ) та десенсибілізації рухів очей і повторній обробці (EMDR).
2. Вивчити наукову літературу та клінічні дослідження, що доводять ефективність застосування вищезазначених методів при психотравмі в умовах військового конфлікту.
3. Проаналізувати практичний досвід застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR) в роботі з військовими, які стикаються з психотравмами під час воєнного періоду.

4. Розглянути вплив військових конфліктів на психічний стан та поведінку військових, зосереджуючись на взаємозв'язку між психотравмою та різними аспектами функціонування.
5. Здійснити аналіз психологічного благополуччя військових осіб, які отримали психотерапевтичне втручання, з метою оцінки ефективності застосованих методів.
6. Виявити перешкоди та виклики, з якими можуть стикнутися психотерапевти при роботі з психотравмованими в умовах військового конфлікту.

**Об'єкт дослідження:** психічні стани військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій.

**Предмет дослідження:** сучасні методи психотерапевтичного втручання, що можуть бути ефективними для підтримки психічного здоров'я військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій.

**Гіпотези дослідження:**

Гіпотеза №1. Сучасні методи психотерапевтичного втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR), демонструють ефективність у зниженні рівня тривожності та психотравматичних симптомів серед військових осіб, які стикаються з психотравмами в умовах воєнного конфлікту. Відповідно, військовослужбовці, які не проходили психотерапію, мають більш високий рівень тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Гіпотеза №2. Психотерапевтичне втручання, проведене на ранніх стадіях після психотравми в умовах воєнного періоду, може запобігти розвитку хронічних психотравматичних розладів та сприяти швидшій реабілітації психотравмованих осіб.

Гіпотеза №3. Військовослужбовці мають більш високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), порівняно з загальною популяцією. Рівень тривожності, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інші показники можуть варіюватися залежно від різних факторів, таких як досвід психотерапії, стать, сімейний стан та вік.

**Теоретико-методологічна основа:** теоретико-методологічна основа дослідження базується на інтеграції сучасних підходів до розуміння психотравм та ефективних методів психотерапевтичного втручання. Дослідження буде засноване на наступних теоретичних концепціях:

1. Теорія психотравми: аналіз поняття психотравми включатиме в себе розгляд різних підходів до визначення психотравм, їх видів та причин, а також розкриття впливу психотравм на психічний стан та поведінку постраждалих осіб.

2. Психологічні наслідки воєнних конфліктів: дослідження вивчатиме специфічні аспекти впливу військових дій на психічне здоров'я, враховуючи особливості стресових ситуацій та фактори, що сприяють розвитку психотравм.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): аналіз принципів, методів та ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з психотравмами дозволить розкрити потенціал цього підходу для військового контексту.

4. Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR): опис методу десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR) та дослідження його ефективності в умовах психотравми військових конфліктів допоможуть встановити позитивний внесок цього методу.

Методологічний підхід передбачатиме використання методів аналізу наукової літератури. Крім того, буде застосовано комплексний підхід для вивчення психологічного благополуччя психотравмованих осіб, включаючи психодіагностичні методики.

**Теоретичне значення** кваліфікаційної роботи полягає в науковому обґрунтуванні обраної теми дослідження, вирішенні її основних проблем, розкритті визначених компонентів, які стосуються сучасних методів психотерапевтичного втручання при психотравмі. Представлені в кваліфікаційній роботі важливі наукові положення можуть стати теоретичною основою для подальшого розгляду означених проблем у майбутніх наукових пошуках.



**Практичне значення:** результати дослідження і сформовані на їх основі висновки можуть бути використані науковцями, психологами, педагогами, широким колом фахівців у практичній роботі при розв'язанні проблем, які стосуються сучасних методів психотерапевтичного втручання при психотравмі.

**Організація та база дослідження:** дослідження проводилось упродовж 2023 – 2024 років серед військовослужбовців. Загальна кількість респондентів – 60 осіб. Вік від 18 до 55 років, з них чоловіків - 44, жінок - 16.

**Методологія:**

- *теоретична:* теоретичний аналіз наукової літератури: першочерговим завданням буде аналіз наукових джерел, який дозволить зрозуміти сучасні підходи до визначення психотравми, оцінити ефективність різних методів психотерапії та виявити тенденції в їх застосуванні; узагальнення та систематизація на базі джерел психологічних методів дослідження та психотерапевтичні втручання при психотравмі.
- *емпірична:* клінічні дослідження: для перевірки ефективності сучасних методів психотерапевтичного втручання буде проведений клінічний аналіз військових осіб, які постраждали від психотравм під час воєнних конфліктів. Використані методи включатимуть психодіагностичні методики для оцінки змін у психологічному стані.
- *статистичні:* кореляційний аналіз: застосування статистичного аналізу дозволить встановити зв'язки між застосовуваними методами психотерапії, психологічним благополуччям та зменшенням психотравматичних симптомів.

**Надійність і вірогідність результатів дослідження** забезпечені методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних положень, використанням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних та якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, використанням методів математичної статистики. Статистичну обробку емпіричних даних і графічну

презентацію результатів здійснено за допомогою статистичної програми IBM SPSS Statistics.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи:** кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 73 найменувань, 8 додатків. Основний обсяг роботи складає 71 сторінка. Кваліфікаційна робота містить 7 таблиць та 14 рисунків на 19 сторінках. Повний обсяг роботи складає 84 сторінки, із них 13 сторінок – додатки.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ НАСЛІДКАХ ПСИХОТРАВМИ**

### **1.1. Теоретичні основи поняття психотравми та психотравматичних подій**

Психотравма (рана, пошкодження) – це психічна реакція на нову подію або ситуацію, яка сталася в житті людини, що перевищує звичайну здатність особи ефективно впоратися, адаптуватися з нею [31, 40, 36]. Це може бути жахлива подія, фізична травма, втрата близької людини, психологічне чи фізичне насильство, військовий конфлікт, аварія, злочин або будь-яка інша схожа подія чи ситуація, що порушує емоційний стан та психічну рівновагу особи [52, 24, 21].

Психотравма може спричинити широкий спектр психічних і фізичних реакцій, таких як тривога, страх, сором, роздратування, депресія, агресія, посттравматичний стресовий розлад, сонні розлади, погіршення функцій пам'яті та концентрації. Ці реакції можуть бути тимчасовими, але у деяких випадках можуть стати хронічними, впливаючи на якість життя та загальний психічний стан [8, 29]. Події, які стали джерелом психотравми, можуть викликати сильну емоційну реакцію, навіть якщо вони сталися давно [35].

Робота з психотравмою включає різні методи психотерапії, спрямовані на допомогу особам подолати негативні наслідки подій, що спричинили психотравму. Ці методи допомагають особам засвоїти нові стратегії коупінгу, відновити психічний баланс та покращити загальне психологічне благополуччя [18, 25].

Кожна людина може відреагувати на психотравму по-різному й індивідуальні реакції можуть включати емоційні, поведінкові та фізіологічні зміни, у зв'язку з особливістю реагування на стрес [12].

Виділяють види психологічної травми:

1. **Монотравма:** це особливий вид травми, який виникає внаслідок одноразової події або подій, які сталися в конкретний момент проміжку часу. Наприклад: аварія на дорозі, втрата близької людини або жорстокості свідчення.

Монотравма може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних проблем.

2. Мультитравма: це вид травми, де людина переживає повторювані травмуючі події або стресові ситуації протягом тривалого періоду. Наприклад: участь у бойових діях. Це може призвести до хронічних форм стресу та інших розладів.

3. Секвенційна травма: цей вид травми полягає в тому, що людина досвідчує послідовні події або стресові ситуації, які можуть погіршити її стан і травмувати психіку. Наприклад: учасник бойових дій може спершу пережити бойові події, а потім зіткнутися з труднощами реабілітації та інтеграції в цивільне життя.

4. Травма розвитку: це вид травми, який виникає внаслідок травмуючих подій, що сталися на ранніх стадіях життя людини, особливо в дитячому віці. Наприклад: дитина, яка виросла в дисфункціональній родині або була жертвою сексуального насильства, може винести ці травматичні досвіди через усе життя та мати складнощі в міжособових відносинах і психічному здоров'ї.

5. Трансгенераційна травма: цей вид травми відображає ідею, що травмуючі досвіди можуть передаватися від покоління до покоління в сім'ях або спільнотах. Наприклад: якщо бабуся пережила втрату через війну, це може вплинути на психічне здоров'я її нащадків, навіть якщо вони не були безпосередньо залучені до конфлікту. Така травма може виявитися через спільний досвід або сімейну динаміку [22, 46].

В час війни причини психотравм можуть бути ще більш складними і серйозними, оскільки воєнні дії та воєнні конфлікти призводять до різноманітних ситуацій, які можуть вплинути на психічний стан осіб. Деякі з можливих причин психотравм у часи війни включають:

1. Пряма участь у воєнних діях: військові, які беруть участь у активних бойових діях, зазнають небезпеки для свого життя та життя їхніх товаришів, а також можуть пережити важкі моменти під час бою.

2. Свідчення страхітливих подій: цивільні особи можуть стати свідками бомбардувань, вибухів, військових наступів та інших насильницьких подій, які можуть викликати психотравму.

3. Втрата близьких або товаришів: у воєнних умовах люди можуть втратити своїх близьких або товаришів по зброї через бойові дії, що може викликати глибоку тугу та тривогу.

4. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): пережиті воєнні події, такі як обстріли, захоплення, побиття, можуть призвести до розвитку ПТСР, який характеризується повторними спогадами, кошмарами та емоційною затримкою.

5. Незабезпеченість, недостатність ресурсів: війна може призвести до браку їжі, води, лікарських засобів та інших необхідних ресурсів, що спричиняє стрес та тривогу.

6. Евакуація та розлука з домівкою: цивільні можуть бути вимушені покинути свої будинки через воєнний конфлікт, що викликає втрату стійкості та відчуття безпеки.

7. Тортури, насильство та переслідування: воєнні ситуації можуть супроводжуватися тортурами, насильством та зловживанням правами, що призводить до серйозних психологічних наслідків. Насильство сексуальної природи може мати надзвичайно негативний вплив на психіку та емоційний стан жертви [1, 3].

8. Труднощі повернення до цивільного життя: після війни військові та цивільні особи можуть зіткнутися з труднощами адаптації до звичного життя через пережиті травми та стрес.

9. Руйнація соціальної інфраструктури: руйнація інфраструктури, шкіл, лікарень та інших соціальних установ може призвести до втрати доступу до необхідних послуг.

10. Природні катастрофи: повені, землетруси, пожежі та інші катастрофи можуть викликати психологічний стрес через втрату майна, безпеки та звичайного способу життя.

11. Фізична травма або загроза життю: події, пов'язані з фізичними травмами або загрозою життю, такі як аварії, можуть викликати серйозний психологічний вплив.

12. Травма в дитинстві: переживання насильства, знуцання чи зневаження у дитинстві може впливати на формування психічної стійкості та здоров'я [6, 19, 23, 37].

Ці види та причини психотравми можуть взаємодіяти між собою та призводити до серйозних наслідків для психічного здоров'я осіб, що пережили воєнний конфлікт [43].

Психотравма може мати глибокий і комплексний вплив на психічний стан та поведінку особи, особливо в контексті воєнних конфліктів та психотравматичних подій [10, 49, 20]. Ось детальний опис можливого впливу психотравми на психічний стан та поведінку:

1. Емоційний дисбаланс: після психотравматичної події особа може відчувати інтенсивний емоційний дисбаланс, такий як страх, тривога, гнів, вина, сором чи відчуття відчуженості.

2. Відчуття безпеки та довіри: психотравма може підірвати відчуття безпеки та довіри до оточуючого середовища, людей та самих себе.

3. Концентраційні та пам'яткові проблеми: психотравма може впливати на концентрацію уваги, здатність сприймати нову інформацію та пам'ять.

4. Схильність до переживання спогадів: посттравматичні спогади, кошмари психотравматичної події можуть фокусувати мислення та викликати психологічний дискомфорт.

5. Підвищена тривожність та стрес: особа може страждати від постійної тривожності, напруженості та гострого стресу, що може впливати на її здатність функціонувати.

6. Зміни в настрої та афективному стані: психотравма може призводити до різких змін в настрої, включаючи депресію, апатію та інші афективні стани.

7. Самооцінка та самоповага: вплив психотравми може погіршити самооцінку та самоповагу, засмічувати позитивне ставлення до себе.

8. Вплив на міжособистісні відносини: психотравма може викликати зміни в поведінці та комунікації, що може призвести до зіпсованого спілкування та міжособистісних конфліктів.

9. Самоізоляція: особа може відчувати бажання відділитися від оточуючого світу, уникати соціальних ситуацій та ізоляцію.

10. Фізіологічні реакції: психотравма може викликати фізіологічні реакції, такі як підвищений пульс, потовиділення, дихальні проблеми, фізичні напруження та інші фізичні симптоми.

11. Суїцидальні думки та поведінка: у деяких випадках психотравма може призводити до розвитку суїцидальних думок та поведінки.

12. Зміна ставлення до життя: психотравма може впливати на сприйняття цінностей, цілей та мети життя [16, 42, 47].

Психотравма, визначена як вплив дуже тривожних подій, які переважають здатність людини справлятися, справляє глибокий і багатогранний вплив на психічний стан і поведінку. Цей вплив може проявлятися в різних областях, включаючи когнітивне, емоційне, поведінкове та фізіологічне функціонування, що часто призводить до значних порушень і страждань [30].

З когнітивної точки зору, люди, які пережили психотравму, можуть демонструвати зміни в обробці інформації, такі як підвищена пильність щодо потенційних загроз, нав'язливі та тривожні спогади про травматичну подію, а також труднощі з концентрацією та увагою. Ці когнітивні розлади можуть сприяти розвитку дезадаптивних переконань і схем, увічнюючи цикл негативних когніцій, які посилюють психологічний дистрес [73].

В емоційному плані психотравма може викликати ряд інтенсивних і нерегульованих емоційних реакцій, включаючи страх, тривогу, смуток, гнів і сором. Ці емоційні реакції можуть проявлятися у вигляді розладів настрою, емоційного заціпеніння або підвищеної реактивності на стимули, пов'язані з травмою, що ще більше погіршує адаптаційне функціонування та міжособистісні стосунки [4, 9, 24].

З точки зору поведінки, люди, які постраждали від психотравми, можуть уникати поведінки, спрямованої на те, щоб уникнути нагадувань про травматичну подію або пом'якшити тривожні емоції. Такі стратегії уникнення можуть проявлятися у вигляді соціальної відстороненості, вживання психоактивних речовин, самоушкодження або уникнення думок і почуттів, пов'язаних із травмою. Крім того, люди можуть відчувати порушення режиму сну та апетиту, що ще більше посилює загальний дистрес і порушення [2, 17].

З фізіологічної точки зору досвід психотравми може порушити регуляцію систем реакції організму на стрес, що призводить до змін у нейробіологічному функціонуванні. Ці зміни можуть проявлятися у вигляді симптомів гіперзбудження, включаючи прискорене серцебиття, підвищену настороженість і перебільшені реакції переляку, а також порушення архітектури сну та імунної роботи. Тривалий вплив підвищеного стресового збудження може сприяти розвитку проблем із фізичним здоров'ям і погіршити існуючі захворювання [4, 9, 15, 26, 51].

Крім того, терапевтичний процес має характеризуватися спільним і розширеним терапевтичним альянсом, у якому людина відчуває визнання, розуміння та підтримку на шляху до зцілення та одужання. Терапевти повинні прийняти інформовану про травму позицію, визнаючи повсюдний вплив травми на всі аспекти життя людини та використовуючи втручання, які сприяють безпеці, розширенню можливостей і самоефективності.

Вплив психотравми на психічний стан і поведінку є глибоким і багатограним, що вимагає комплексного та індивідуального підходу до психотерапевтичного втручання [52].

Травма може перевищувати здатність людини впоратися, що може призвести до різноманітних психологічних наслідків, серед яких посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною проблемою. Значна частина людей, які зазнали травматичних подій, намагаються природним чином подолати наслідки, при цьому емпіричні дослідження показують, що приблизно у 30% зрештою в результаті розвивається посттравматичний стресовий розлад



(ПТСР). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) проявляється через сукупність симптомів, включаючи нав'язливі спогади, поведінку уникнення, негативні зміни в пізнанні та настрої, а також гіперзбудження [27].

Наукове дослідження ефективних терапевтичних втручань при посттравматичному стресовому розладі визначило когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на травму (ТФ КПТ) і десенсибілізацію та повторну обробку рухів очей (EMDR) як першочергові методи лікування. Ці підходи міцно закріпилися як наріжні камені в протоколах лікування посттравматичних стресових розладів завдяки їхній продемонстрованій ефективності в полегшенні симптомів і покращенні загального психологічного благополуччя. Крім того, ці методи дають сприятливі результати з точки зору збереження лікування та тривалої ремісії симптомів, що ще більше підтверджує їх рекомендації як методів першого вибору в клінічній картині [34, 39, 44].

Отже, психотравма, викликана травматичними подіями та здатна викликати глибокі зміни в психічному стані та поведінці постраждалих осіб. Цей вплив виявляється на різних рівнях, включаючи когнітивний, емоційний, поведінковий та фізіологічний, і може призвести до серйозних порушень та страждань. Одним зі широко поширених наслідків психотравми є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ефективними методами лікування ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму (ТФ КПТ), та десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR).

## **1.2. Застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з психотравмою: принципи, методи, застосування у воєнному періоді**

Сучасна література розкриває переконливі докази того, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є безпечним та ефективним втручанням як для гострого, так і для хронічного посттравматичного стресового розладу після ряду травматичних переживань у дорослих, дітей та підлітків [41, 53].

Застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з психотравмою є важливим напрямком у психотерапевтичній практиці. Цей

підхід заснований на теорії, що психічний стан та поведінка людини визначаються способами, якими вона сприймає та інтерпретує події навколо себе [11].

В когнітивно-поведінковій терапії основними принципами є:

- Створення та підтримання безпеки. Цей принцип підкреслює важливість створення безпечного та сприятливого терапевтичного середовища, де клієнт відчуває себе в безпеці, щоб досліджувати та вирішувати свої проблеми, не боячись засудження чи шкоди. Створення відчуття безпеки сприяє довірі та відкритості, полегшуючи терапевтичний процес.

- Забезпечення та підтримування стабільності. Стабільність означає послідовну та передбачувану структуру терапевтичних сеансів і втручань. Забезпечуючи стабільну структуру, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає клієнтам відчути себе та підтримку, зменшуючи відчуття хаосу чи непередбачуваності, які можуть посилити страждання.

- Підтримання позитивних та стійких стосунків. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнає терапевтичні стосунки центральним засобом змін. Терапевти прагнуть культивувати відносини співпраці та емпатії, які характеризуються взаємною повагою, довірою та взаєморозумінням. Позитивні терапевтичні стосунки посилюють залучення, мотивацію та прихильність до лікування.

- Припасування терапії до клієнта. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) за своєю суттю є індивідуалізованою, із втручаннями, адаптованими до унікальних потреб, цілей і вподобань кожного клієнта. Терапевти використовують гнучкий і адаптивний підхід, спираючись на різноманітний репертуар технік і стратегій для вирішення конкретних проблем, які представляє клієнт.

- Врахування гендерних особливостей. Цей принцип підкреслює важливість розгляду того, як гендерна ідентичність і соціалізація можуть вплинути на досвід і прояв психологічного дистресу. Терапевти прагнуть бути чутливими до

факторів, пов'язаних зі статтю, і відповідно адаптувати втручання, щоб забезпечити відповідність та ефективність.

- Розуміння та чутливість до соціокультурних особливостей. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнає вплив культурних, етнічних і соціальних факторів на переконання, цінності та стратегії подолання окремих людей. Терапевти прагнуть підтримувати культурну компетентність, визнаючи та поважаючи різноманіття та враховуючи культурні міркування в процесах оцінки та втручання.

- Моніторинг та контроль контрактації. Укладання контракту передбачає встановлення чітких цілей, очікувань і меж терапії. Терапевти та клієнти спільно обговорюють контракт на лікування, в якому визначаються фокус, тривалість і цілі терапії, а також ролі та обов'язки обох сторін.

- Дотримання етики та стандартів допомоги. Етична практика має першорядне значення в когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), коли терапевти дотримуються професійних кодексів поведінки та етичних принципів. Терапевти надають пріоритет благополуччю клієнта, конфіденційності, інформованій згоді та професійній компетентності, гарантуючи, що терапія проводиться в етичній та відповідальній манері [72].

Ці принципи керують терапевтів у забезпеченні ефективного, індивідуального та етично обґрунтованого лікування різноманітних психологічних проблем [5].

ТФ когнітивно-поведінкова терапія відбувається згідно з певними фазами:

#### Фаза 1. Стабілізація

Психопедагогічні та батьківські навички. Інформація про реакції на травму та нагадування надається, нормалізується та перевіряється. Додатковою метою багатьох сеансів є психоедукація пояснення ролі мозку в симптоматиці посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Як правило, мигдалеподібне тіло, або «центр страху» мозку, є гіперчутливим, а префронтальна кора, яка бере участь у обробці, прийнятті рішень і зниженні регуляції, менш активна або навіть зменшена в обсязі. Зазвичай префронтальна кора працює над обробкою сигналів,

що надходять через мигдалеподібне тіло, допомагаючи регулювати реакцію на стресові події. Було виявлено, що ці зв'язки знижені у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, що додатково пояснює підвищений рівень страху у відповідь на нагадування про травму. Ця інформація може бути розбита кількома «зручними для дітей» методами і ефективно веде до другого модуля травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ): релаксації [33, 50].

Релаксація. Пацієнт навчається навичкам, які сприяють розслабленню, щоб впоратися зі своїми реакціями на стрес. Деякі приклади технік, яким навчають, — це прогресивне розслаблення м'язів, ритмічне дихання або керована візуалізація.

Афективне вираження та регулювання. Цей компонент допомагає набутися більшої комфортності або знання щодо вираження почуттів і думок, щоб практикувати та розвивати навички, щоб керувати своєю реакцією на стрес.

Когнітивне подолання. Цей компонент допомагає розпізнавати неадаптивні думки, почуття та поведінку та замінювати їх більш точними відповідями. Цей розділ може бути більш складним для пацієнтів, особливо дітей молодшого віку. Когнітивний трикутник (думки, почуття та поведінка) використовується для прикладу того, як взаємодіють наші когнітивні, емоційні та поведінкові процеси. Тут навчають ідентифікації негативних повсякденних думок (наприклад, я сиджу сам за обідом, тому що я нікому не подобаюся), а потім ці навички адаптуються до негативних думок, що оточують травматичну подію.

На першій фазі може бути встановлений терапевтичний альянс з терапевтом і проведена робота по досягненню певної «внутрішньої» стабільності, розвитку навичок регуляції емоцій, «накопичення ресурсів». При складних формах посттравматичного стресового розладу (ПТСР) ця фаза може бути досить тривалою, при простих – 1-2 сеанси. Для комплексних дисоціативних розладів, пов'язаних зі складною дитячою травмою, протягом цієї фази може відбуватися довготривала робота зі стабілізації внутрішніх систем. При цьому один сеанс

травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ) триває приблизно від 60 до 90 хвилин.

### Фаза 2. Розповідь про травму та обробка

Під час фази розповіді та обробки травми терапевт і пацієнт беруть участь в інтерактивному процесі, під час якого пацієнт описує дедалі складніші деталі особистого досвіду травми, включаючи думки, почуття та відчуття тіла, які виникали під час цих травм. Завдяки цьому процесу пацієнт розповідає навіть про найжахливіші травматичні спогади, які викликають страх, таким чином «говорячи невимовне», що дає змогу пацієнтові навчитися володіти, а не уникати цих спогадів. За допомогою стратегій когнітивної обробки, вивчених раніше, терапевт допомагає пацієнту опрацьовувати пов'язані з травмою неадаптивні когнітивні функції.

### Фаза 3. Інтеграція та консолідація

Майстерність *in vivo* («в реальному житті») є єдиним додатковим компонентом травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ). У деяких пацієнтів розвиваються постійні страхи та уникання ситуацій, які за своєю суттю нешкідливі. Коли таке уникнення суттєво заважає адаптаційному функціонуванню, це стає важливою проблемою для вирішення під час лікування; терапевт використовує клінічне судження, щоб визначити, кому потрібен цей компонент. Наприклад, пацієнт (дитина), який зазнав сексуального насильства у своїй спальні з боку кривдника, якого вже немає вдома, все ще боювся спати у своєму ліжку, а згодом взагалі боювся спати вночі. Інший пацієнт (дитина), який став свідком раптової смерті свого брата або сестри вдома, уникав відвідування школи через побоювання, що його мати чи інший молодший брат або сестра також помруть, коли його не буде вдома. Для цих дітей підійде майстерність *in vivo*. На відміну від наративу про травму, який передбачає уявне враження дітей від пережитої травми, *in vivo* майстерність включає контакт з реальною нешкідливою ситуацією (наприклад, сон у власному ліжку, повернення до школи тощо), яких дитина боїться і уникає. Поступово стикаючись із ситуацією, яка викликає страх, і дізнаючись, що очікуваного результату не відбувається, дитина

вчиться панувати, а не уникати. Оволодіння *in vivo* передбачає поступове досягнення або досягнення кінцевої точки через опанування низки менших кроків. Оскільки опанування *in vivo* зазвичай займає кілька тижнів, а також оскільки це значно впливає на адаптаційне функціонування, терапевт зазвичай починає оволодіння *in vivo* під час фази стабілізації навичок. Терапевт супроводжує пацієнта у цих завданнях, поступово готуючись до завершення терапії [5, 34].

Серед основних методик травмофокусованих втручань можна виділити наступні:

- експозиція наживо;
- експозиція в уяві;
- пролонгована експозиція;
- стимульна конфронтація;
- повторне когнітивне опрацювання;
- когнітивна реструктуризація;
- наративна реконструкція.

Методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з психотравмою:

1. Експозиційні методи: включають поступове і систематичне викладення клієнта психотравматичним подіям, допомагаючи йому зменшити чутливість до страху або тривоги.

2. Релаксаційні техніки: включають методи глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації та медитації для зменшення напруження та тривожності.

3. Розуміння і зміна когнітивних патернів: клієнт навчається розпізнавати негативні міркування та змінювати їх на більш реалістичні та позитивні.

4. Вивчення стресових реакцій та їх регулювання: клієнт навчається розпізнавати фізіологічні ознаки стресу та використовувати техніки регуляції, такі як глибоке дихання або релаксація [68, 71].

У воєнних умовах застосування травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ) має свої специфічні аспекти:

1. Військовий контекст: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) може допомогти військовим переробити та розібратися зі складними емоціями, які виникають у воєнний період, та змінити негативні когнітивні патерни.

2. Травми від бойових дій: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) допомагає розкрити вплив травм, пов'язаних з бойовими діями, та їх подолання. Використання експозиційних методів може допомогти військовим звикнути до психотравматичних подій та зменшити їхню емоційну реакцію.

3. Тривога та депресія: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) може допомогти військовим знизити рівень тривожності та депресії, що можуть супроводжувати психотравми, за допомогою зміни їхніх когнітивних патернів та розуміння власних емоцій.

4. Забезпечення стратегій подолання: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) надає військовим конкретні навички та стратегії для подолання стресових ситуацій, покращуючи їхню здатність адаптуватися до воєнних умов.

5. Підтримка соціальної інтеграції: застосування травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ) може підтримати військових у процесі повернення до цивільного життя та інтеграції в суспільство після закінчення воєнної служби [45, 54, 60, 64, 66].

Застосування травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ) у воєнному періоді може допомогти військовим подолати психотравми, знизити рівень стресу та тривожності, покращити їхнє загальне психологічне благополуччя та сприяти успішній адаптації до складних умов воєнних дій.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія спрямована на зміну деструктивних мислень і поведінкових відповідей, що виникають під час та після травматичних подій, з метою полегшення симптомів та покращення якості життя. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) використовує комплексний підхід, що поєднує різні методи та техніки,

адаптовані до індивідуальних симптомів і потреб кожної людини. Серед основних методів, які застосовуються в КПТ при ПТСР, можна виокремити психоедукацію, експозиційну терапію, когнітивну реструктуризацію, техніки релаксації та усвідомленості.

У військовому середовищі, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) відіграє значну роль у наданні підтримки військовослужбовцям у зміцненні емоційної стійкості, лікуванні травм, що виникли внаслідок бойових дій, а також у подоланні тривоги та депресії. Ця терапія також допомагає військовим здобути стратегії подолання труднощів та сприяє успішній адаптації.

### **1.3. Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR): опис методу та докази ефективності, адаптація для психотравмованих осіб в період війни**

EMDR («Eye Movement Desensitization and Reprocessing», «десенсибілізація рухів очей і повторна обробка») – це психотерапевтичний підхід, який в основному використовується для лікування станів, пов'язаних із травмою [57, 55, 56].

Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) була розроблена американським психологом і педагогом Франсін Шапіро наприкінці 1980-х років [69]. Франсін Шапіро виявила терапевтичний вплив двосторонніх рухів очей на емоційну обробку під час прогулянки в парку. Пізніше вона формалізувала та розширила метод до структурованого психотерапевтичного підходу, відомого як EMDR. Франсін Шапіро опублікувала дослідження десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR) у квітні 1989 року, в якому окреслила його потенційну ефективність у лікуванні травми та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [62]. У дослідженні взяли участь двадцять два суб'єкти, які страждають від симптомів, пов'язаних із травматичними спогадами. Усі вони були жертвами травматичних інцидентів, пов'язаних із в'єтнамською війною, сексуальних домагань у дитинстві, сексуального чи фізичного насильства чи



емоційного насильства. Спогади про травматичний інцидент були ключовими для подання скарг, які включали нав'язливі думки, спогади, порушення сну, низьку самооцінку та проблеми у стосунках. Залежними змінними були (1) рівень тривоги, (2) обґрунтованість позитивного самовисловлювання/оцінки травматичного інциденту та (3) подання скарг. Ці показники були отримані під час початкового сеансу та під час 1- та 3-місячних сеансів спостереження. Результати дослідження показали, що один сеанс процедури десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR) успішно десенсибілізував травматичні спогади суб'єктів і різко змінив їхні когнітивні оцінки ситуації, ефекти, які зберігалися під час 3-місячної контрольної перевірки. Цей терапевтичний ефект супроводжувався змінами в поведінці, які включали полегшення первинних скарг суб'єктів [70].

Деякі експерти вважають, що рухи очей допомагають перетасувати спогади так, що коли вони знову зберігаються, вони втрачають частину своєї травмуючої сили [67].

Метод десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) – включає в себе структурований восьмифазний процес, коли терапевт допомагає індивідууму опрацювати тривожні спогади за допомогою двосторонньої стимуляції, як правило, за допомогою керованих рухів очей. Рухи очей (або інша двостороння стимуляція) використовуються протягом однієї частини сеансу. Після того, як терапевт визначив, на який спогад про травму націлитися в першу чергу, терапевт просить клієнта утримати в пам'яті різні аспекти цієї події або думки та використовувати очі, щоб стежити за рукою терапевта, коли вона рухається вперед-назад по полю зору клієнта, або інших форм двосторонньої стимуляції. Вважається, що це пов'язано з біологічними механізмами, задіяними у швидкому сні. Виникають внутрішні асоціації, і клієнти починають обробляти пам'ять і тривожні почуття через підготовку клієнта, оцінку, десенсибілізацію, установку, сканування тіла, закриття та повторну оцінку лікування, що впливає на 8 фаз десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR). Цей процес

має на меті допомогти людям переробити травматичні спогади, зменшивши їхній емоційний вплив і сприяючи адаптивним механізмам подолання [58].

Докази щодо ефективності десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR) в лікуванні психотравматичних стресових розладів (ПТСР) значно зростають. Багато досліджень підтверджують, що ця техніка допомагає знизити інтенсивність симптомів, таких як нічні кошмари, гіпервігання та тривога. У військовому контексті метод десенсибілізації рухів очей і повторна обробка (EMDR) є ефективним інструментом допомоги воїнам у подоланні психотравматичних наслідків війни. Адаптація техніки до воєнного періоду включає врахування специфічних викликів, які виникають внаслідок бойових дій та ветеранського досвіду [63].

Терапія десенсибілізації рухів очей і повторна обробка (EMDR) передбачає увагу до трьох часових періодів: минулого, теперішнього та майбутнього. Основна увага приділяється минулим тривожним спогадам і пов'язаним з ними подіям. Крім того, це стосується поточних ситуацій, які викликають дистрес, і розвиває навички та ставлення, необхідні для позитивних майбутніх дій. За допомогою терапії десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR) ці питання розглядаються через восьмифазний підхід до лікування.

1. Збір анамнезу та планування лікування:

- Терапевт збирає інформацію про історію клієнта, ідентифікуючи цільові спогади та розробляючи план лікування.

2. Підготовка:

- Терапевт пояснює процес десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR), встановлює довіру та навчає технікам зниження стресу, щоб допомогти клієнтам впоратися з емоційним стресом.

3. Оцінка:

- Визначаються конкретні цільові спогади, і клієнти оцінюють свій рівень дистресу, пов'язаний з кожним спогадом.

4. Десенсибілізація:

- Клієнти зосереджуються на цільовій пам'яті, одночасно зазнаючи двосторонньої стимуляції, часто за допомогою керованих рухів очей. Ця фаза спрямована на зменшення емоційного заряду, пов'язаного з травматичною пам'яттю.

#### 5. Встановлення:

- Позитивні переконання та адаптивне пізнання спрямовані на заміну негативних переконань, пов'язаних із травматичною пам'яттю. Під час двосторонньої стимуляції клієнти фокусуються на позитивній впевненості.

#### 6. Сканування тіла:

- Терапевт направляє клієнтів помічати та обробити будь-яку залишкову фізичну напругу чи дискомфорт, пов'язаний із цільовою пам'яттю.

#### 7. Закриття:

- Терапевт гарантує, що клієнти перебувають у стані рівноваги перед завершенням сеансу. Клієнтам надаються методики подолання будь-якого стресу, який може виникнути між сеансами. Наприклад: терапевт просить клієнта вести журнал протягом тижня. У журналі має бути зафіксований будь-який пов'язаний матеріал, який може виникнути. Це служить для нагадування клієнту про самозаспокійливі дії, які були освоєні на другій фазі.

#### 8. Переоцінка:

- На наступних сесіях терапевт повторно оцінює досягнутий прогрес і звертається до будь-яких проблем або спогадів, що залишилися [61].

Ці фази призначені для систематичного розгляду та обробки травматичних спогадів, допомагаючи людям інтегрувати їх у менш тривожний спосіб.

Типовий сеанс десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) триває від 60 до 90 хвилин. Для обробки одного травматичного досвіду може знадобитися один або кілька сеансів [73].

Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) може сприяти редукції симптомів психотравми, покращенню емоційного стану, зменшенню тривожності та поліпшенню загальної якості життя осіб, які пережили військові конфлікти та психотравматичні події [59].

Отже, десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) – це ефективний метод лікування психотравми, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Багато досліджень підтверджують, що десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) допомагає знизити інтенсивність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) може допомогти людям покращити емоційний стан, зменшити тривожність та поліпшити загальну якість життя, може бути адаптований для врахування специфічних викликів, які виникають внаслідок бойових дій та ветеранського досвіду. Терапевти можуть використовувати цей метод, щоб допомогти людям впоратися з бойовою травмою, горем, втратою та іншими психологічними проблемами. Він є цінний інструмент, який може допомогти людям, які пережили психотравматичні події, одужати і жити повноцінним життям.

## **Висновки до розділу 1**

1. Травматичні події можуть спричинити психологічну травму, вони можуть бути одиничними, безперервними або повторюваними інцидентами, які роблять неадекватною здатність людини справлятися з викликаними почуттями. Нездатність впоратися може стати очевидною через кілька тижнів або років після травматичного досвіду. Травматична подія може включати в себе свідка чиєїсь справжньої смерті або особисте переживання серйозної фізичної травми, зґвалтування та сексуальне насильство, перебування в заручниках або загрозу фізичній чи психічній стабільності. Особливо це стосується травм, отриманих у дитинстві.

Робота з психотравмою включає різні методи психотерапії, спрямовані на допомогу особам подолати негативні наслідки подій, що спричинили психотравму. Ці методи допомагають особам засвоїти нові стратегії копіngu, відновити психічний баланс та покращити загальне психологічне благополуччя.

Лікування психотравми включає психологічні та фармакологічні методи. Для психологічного лікування існують психологічні втручання,

орієнтовані на травму, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) та десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR). Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) зцілює людей від емоційного дистресу і переважно застосовується для лікування пацієнтів з симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). В основному він складається з восьми фаз, включаючи пригадування образу, думки, емоції та тілесного відчуття, пов'язаного з травматичною подією, отримання двосторонньої стимуляції, такої як натискання, тони або рухи очей. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) - це психотерапія, орієнтована на травму, ефект якої продемонстровано в багатьох дослідженнях. В даний час травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ), також, розглядається як добре встановлене втручання для лікування посттравматичного стресу та пов'язаних з ним симптомів.

2. Симптоми та синдром посттравматичного стресового розладу (ПТСР) стають все більш очевидними під час війни. Дослідження показують, що найефективнішими способами лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є два психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) та десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR). Вони рекомендовані, як методи першого вибору в протоколах лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) особливо у військовому контексті.

Отже, десенсибілізація та повторна обробка рухів очей використовується для зниження інтенсивності емоційного дискомфорту, пов'язаного зі спогадами про травматичні події, шляхом стимуляції рухів очей або інших сенсорних вражень під час терапевтичного сеансу.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПЕРЕБУВАННЯ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

### 2.1. Характеристика групи досліджуваних та методики діагностики психотравми

Емпіричне досліджування здійснювалося з січня по лютий 2024 року. У дослідженні взяло участь 60 військовослужбовців, віковий діапазон яких становить від 18 до 55 років (див. рис 2.1), з них 44 (73,3%) осіб чоловічої статі та 16 (26,7%) осіб жіночої статі (див. рис 2.2).

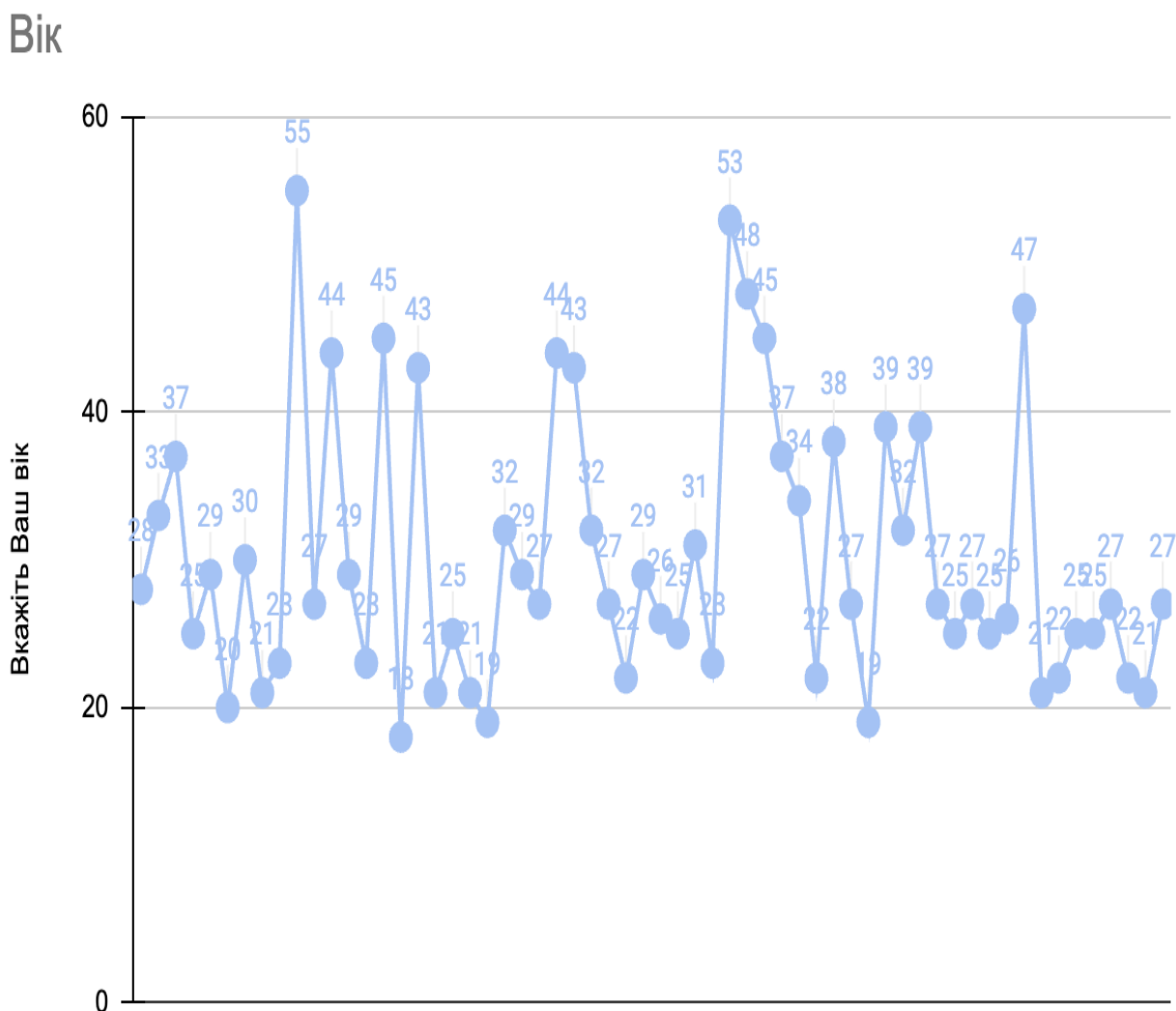
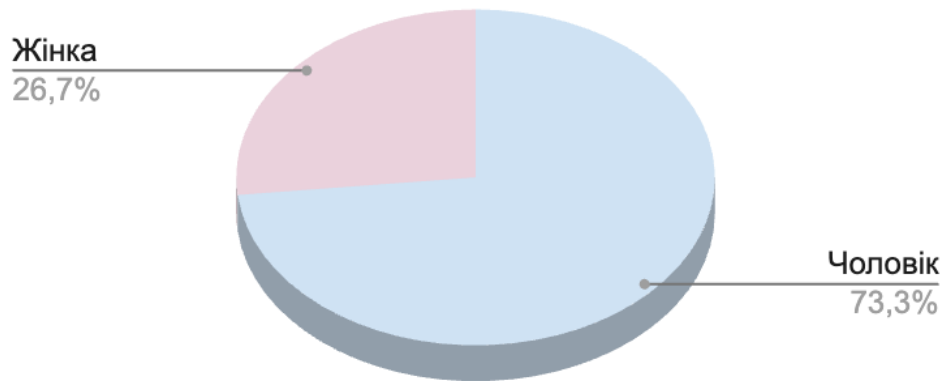


Рис 2.1. Стать досліджуваних

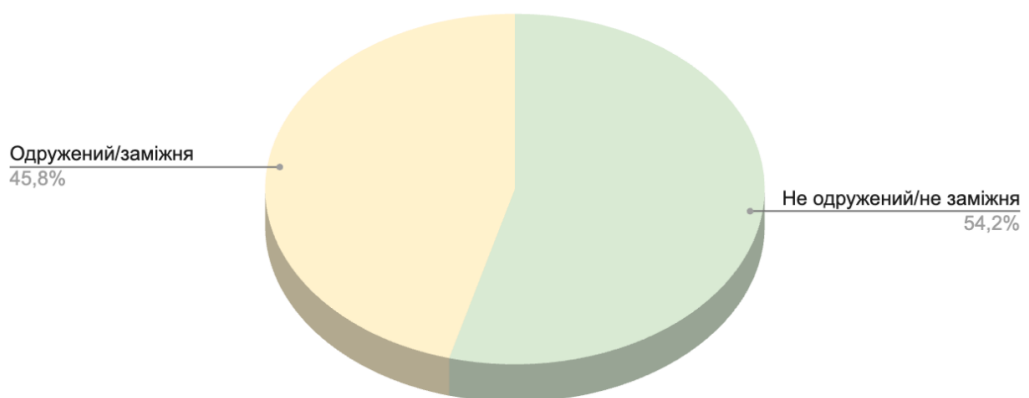
## Стать



*Рис 2.2. Стать досліджуваних*

Серед них виділили сімейний статус: одружені/заміжні – 45,8%, не одружені/не заміжні – 54,2% (див. рис 2.3), а також ті, хто проходив психотерапію – 11,7%, проходить психотерапію – 10%, бажає пройти психотерапію – 18,3% й які не проходили психотерапію – 60% (див. рис 2.4).

## Сімейний статус



*Рис 2.3. Сімейний статус*

## Особистий досвід у психотерапії

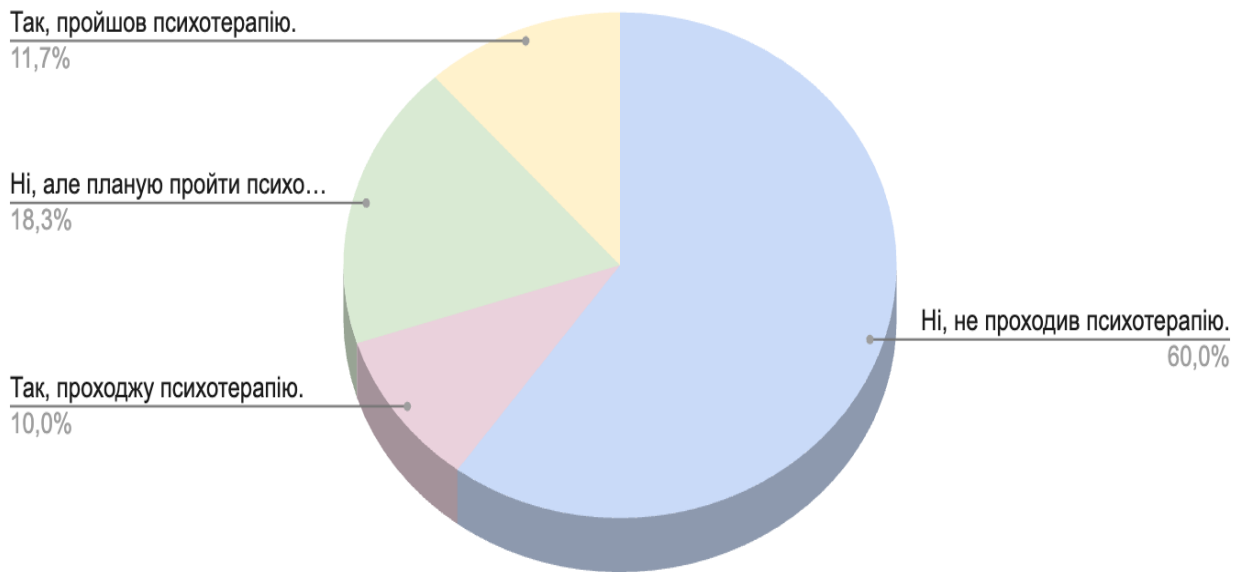


Рис 2.4. Особистий досвід у психотерапії

У психологічному дослідженні було використано такі психодіагностичні методики, як: Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, шкала PCL-5 (перелік симптомів ПТСР), тестова багатовимірна методика BASIC Ph. Питання ми внесли в створену онлайн-анкету (Google Forms: <https://forms.gle/5F8SukMG2Apghnnb7>) та запросили військовослужбовців взяти участь.

Для визначення стану тривожності, нами був запропонований опитувальник реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Цей тест-опитувальник показує, наскільки сильне почуття тривоги у людини.

Опис тривоги за ознаками стану Спілбергера-Ханіна (STAI) — це широко використовуваний інструмент психологічної оцінки, який вимірює два різних типи тривоги:



Стан тривоги: це відноситься до тимчасового емоційного стану, що характеризується почуттям нервозності, напруги, побоювань і занепокоєння. Зазвичай це викликається певними ситуаціями чи подіями та часто супроводжується такими фізіологічними змінами, як прискорене серцебиття, пітливість і напруга м'язів.

Тривожність характеру: відноситься до відносно стабільної характеристики особистості, яка відображає загальну схильність людини відчувати тривогу в різних ситуаціях. Люди з високим рівнем тривожності більш схильні сприймати ситуації як загрозливі та реагувати з тривогою, навіть за відсутності будь-якої безпосередньої загрози.

Опитувальник складається з двох окремих шкал по 20 пунктів:

Опис стану тривожності. Ця шкала пропонує респондентам оцінити, як вони почуваються «зараз» за 4-бальною шкалою («ні, це не так», «мабуть, так», «вірно», «цілком вірно») для кожного з 20 тверджень, що описують різні симптоми стану тривоги.

Перелік тривожних ознак. Ця шкала просить респондентів оцінити, як часто вони зазвичай відчують кожен із 20 симптомів тривожного стану, знову ж таки за 4-бальною шкалою.

Оцінка та інтерпретація:

Кожна шкала оцінюється шляхом підсумовування оцінок за всіма 20 пунктами. Більш високі показники вказують на вищий рівень тривоги за станом чи рисою характеру відповідно.

Для визначення наявності посттравматичного розладу в військовослужбовців, які, як ми припускаємо найбільш дотичні до переживання психотравмуючої події, нами був запропонований опитувальник ПТСР (PCL-5).

PCL-5, або контрольний список посттравматичного стресового розладу для DSM-5, — це опитувальник із 20 пунктів, призначений для оцінки наявності та тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), як визначено в Діагностично-статистичному посібнику з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5). Це широко використовуваний і перевірений інструмент для

скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів посттравматичного стресового розладу ПТСР. Учасники відповідають на 20 запитань про свій досвід, пов'язаний із конкретною травматичною подією.

Чотири кластери симптомів: кожне запитання відповідає одному з чотирьох основних кластерів симптомів ПТСР, визначених у DSM-5:

1. Повторне переживання: нав'язливі думки, спогади або кошмари про травму.
2. Уникнення: свідоме уникнення нагадувань про травму.
3. Негативні зміни в розумінні та настрої: негативні переконання про себе чи світ, відчуття відчуженості, труднощі з переживанням позитивних емоцій.
4. Збудження та реактивність: підвищена пильність, дратівливість, проблеми зі сном, надмірна настороженість, фізична реактивність на нагадування про травму.

Підрахунок балів: відповіді оцінюються за шкалою Лайкерта на основі частоти та інтенсивності переживань (0 – зовсім не турбували; 1 – трохи турбували; 2 – помірно турбували; 3 – відчутно турбували; 4 – дуже турбували).

Загальний бал і бали підшкали: бали підсумовуються, щоб створити загальний бал тяжкості симптомів (0-80) та індивідуальні бали для кожного з чотирьох кластерів симптомів.

Для виявлення ресурсів у переживанні травматичних подій військовослужбовцями, нами було використано тестову методику BASIC Pn, розроблену професором Мулі Лаадом.

Опитувальник складений з шести основних поведінкових коупінг-стратегій, які активізовує й до яких прибігає людина у несприятливих обставинах (кожна літера в назві моделі BASIC Pn означає особистісний ресурс).

1. Belief (віра): система уявлення про світ, спосіб світобачення, глибинні переконання, що визначає цінності та поведінку особистості. Військовослужбовцям, у яких переважає цей коупінг, характерно у проходженні складних етапів життя покладатися на віру в себе, близьких, Бога, вищу силу. Сакральні цінності: надання матеріальним речам, а також і нематеріальним речам особливого значення, що виходить за рамки буденності. Віра дає відчуття

захисту, робить людину більш стійкою та рішучою, що говорить про безпеку та впевненість. Віра є особливою силою в час війни, коли втрачається безпосередньо відчуття безпеки, віра допомагає людям жити в теперішньому моменті «тут і тепер», діяти та зберігати звичний уклад життя [32].

2. Affect (афект): сукупність емоцій та почуттів, що впливають на нашу поведінку та сприйняття світу. Емоції є реакцією на зовнішні та внутрішні подразники, які допомагають пізнавати себе та світ. Існує багато способів подолання стресу. Емоційна регуляція є одним з них. На війні емоції, такі як злість та гнів, можуть бути свідченням порушення особистих, фізичних та духовних кордонів. Сильні стресові події, з якими стикаються військовослужбовці, можуть відключати критичне мислення та запускати автоматичні дії. Тому-то, важливо сфокусуватися на теперішньому часі, звертаючи увагу на все те, що оточує, й особливо на те, які емоції відчуваються.

3. Social (контакти, суспільство): соціальне подолання (пошук підтримки), при якому особа зменшує стрес, шукаючи емоційної чи інструментальної підтримки в своїй спільноті. Він описується як мобілізація соціальної підтримки для покращення емоційного стану та подолання складних життєвих обставин. Соціальний коупінг дає відчуття приналежності: коли особа оточена людьми, які піклуються про неї, вона відчуває себе менш самотньою. Соціальний коупінг дає відчуття підтримки: люди, які є близькими, можуть допомогти емоційно та практично. Соціальний коупінг дає відчуття перспективи: коли людина говорить про свої проблеми з іншими, вона може побачити їх по-новому. Також, дає відчуття сенсу: допомога іншим людям може дати відчуття сенсу та мети в житті.

4. Imagination (уява): методи уявного впливу можуть допомогти людям упоратися з негативними моделями мислення та тривогою. Використовуючи силу уяви, люди можуть розвинути більшу стійкість, культивувати внутрішній мир і з більшою легкістю долати життєві виклики. Уявні практики, такі як медитація, сканування тіла, можуть покращити усвідомлення поточного моменту та розслаблення. Творче вираження через мистецтво може сприяти емоційній обробці та самодослідженню [14, 38].

5. Cognition (проникливість, знання, думка, свідомість, ментальність когніція). Когнітивне подолання стосується стратегій, які передбачають зміну моделей мислення, щоб керувати стресом і складними емоціями. Він зосереджений на виявленні та зміні негативних думок і переконань, які сприяють стресу, замінюючи їх більш корисними та реалістичними перспективами. Переваги когнітивного подолання: звертаючи увагу на негативні думки, когнітивне подолання може знизити рівень гормонів стресу та тривоги; більше позитивних моделей мислення може призвести до збільшення надії, оптимізму та загального відчуття благополуччя; виклик негативної самовпевненості може підвищити самоефективність і впевненість у своїй здатності впоратися з труднощами; розвиток адаптивних моделей мислення формує стійкість і допомагає людям ефективно орієнтуватися в складних ситуаціях.

6. Physiology (фізична активність): методи, які активують природні механізми організму для боротьби зі стресом та відновлення після нього. Ці стратегії впливають на фізіологічні реакції, такі як частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, рівень гормонів та м'язову напругу. Переваги фізіологічних коупінг-стратегій: ці стратегії доступні в будь-який час і в будь-якому місці, більшість фізіологічних коупінг-стратегій легко вивчити та використовувати, доведена ефективність, що ці стратегії знижують рівень стресу та покращують загальне самопочуття [7, 65].

Опитувальник містить 36 тверджень, відповіді надаються за семибальною шкалою від 0 ( не користуюсь цим способом, щоб впоратися з ситуацією) до 6 (завжди користуюсь цим способом, щоб впоратися з ситуацією).

## **2.2. Аналіз отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження**

### **2.2.1. Описова статистика**

Результати описової статистики дозволяють нам робити висновки про середнє значення прояву показників тривожності (див. табл. 2.1.).

**Таблиця 2.1.**  
*Описова статистика прояву тривожності*

Показник	№	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє значення	Стандартне відхилення
Шкала тривожності	60	27	73	52.87	9.654

Ми можемо побачити, що мінімальне значення 27, воно свідчить про те, що щонайменше один військовослужбовець у вибірці має дуже низький рівень тривожності, максимальне значення 73 з 80 свідчить про те, що щонайменше один військовослужбовець у вибірці має дуже високий рівень тривожності, а в середньому рівень тривожності у вибірці близький до 52.87. Стандартне відхилення 9.654 показує, що дані розкидані навколо середнього значення. Це означає, що у вибірці є військовослужбовці з різним рівнем тривожності.

Виходячи з результатів дослідження описової статистики, можемо вказати, що рівень тривожності у вибірці варіюється від дуже низького до дуже високого, середній рівень тривожності у вибірці трохи вище середнього для загальної популяції. Дані розкидані навколо середнього значення, свідчать про те, що у вибірці є військовослужбовці з різним рівнем тривожності. Це свідчить, що тривожність є поширеною проблемою серед військовослужбовців.

Тривожність характеризується відчуттям загрози, страху та неспокою. Люди з тривожністю часто виявляють постійне психічне напруження, яке може відбиватися на їх емоційному та фізичному стані. Симптоми тривожності можуть включати (але не обмежуються цим) гіперпідозрілість, підвищену збудливість, нервові тремтіння, стурбованість і збудження. Особи з тривожністю часто мають низку когнітивних симптомів, таких як проблеми з концентрацією, роздратованість та негативні міркування. Тривожність може мати різні рівні та проявлятися у різний спосіб у кожної людини. Психологічний стан військовослужбовців визначається стійким емоційним фоном, який може характеризуватися постійним хвилюванням за успішне виконання професійних завдань та рефлексією над широким колом особистих та суспільних проблем. У військовослужбовців професійна діяльність, пов'язана з ризиком для життя та

здоров'я, значною відповідальністю за прийняття рішень та високим рівнем стресу, вона обумовлює формування специфічного психологічного профілю військовослужбовців, який характеризується стійкою тривогою. Когнітивна сфера військовослужбовців відзначається постійною активізацією думок, спрямованих на аналіз та прогнозування можливих ризиків, оцінку власних можливостей та ресурсів, а також рефлексію над досвідом бойових дій та іншими травматичними подіями. Емоційна сфера військовослужбовців характеризується підвищеною збудливістю, дратівливістю, емоційною нестійкістю, а також ризиком розвитку тривожних та депресивних розладів. Симптоми не є специфічними виключно для тривожності, вони можуть бути симптомами інших психічних розладів, наприклад таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Нами було проаналізовано середні значення показників прояву симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за допомогою п'яти критеріїв відповідно до класифікації DSM-5: опис травматичної події, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, симптоми надмірної реактивності (див. табл. 2.2.)

**Таблиця 2.2**  
*Описова статистика прояву симптомів ПТСР*

Показник	№	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє значення	Стандартне відхилення
Симптоми інтрузії	60	0	19	<b>7.88</b>	4.431
Симптоми уникнення	60	0	8	2.60	1.993
Негативні думки та емоції	60	0	27	<b>11.17</b>	6.897
Симптоми надмірної реактивності	60	0	22	<b>10.47</b>	5.815

Аналізуючи результати дослідження ми можемо сказати про те, що у вибірці військовослужбовців спостерігаються симптоми ПТСР, такі як інтрузії, негативні думки та емоції, надмірна реактивність, а симптоми уникнення не є вираженими, образи або сні про травматичну подію.

Результати дослідження свідчать про те, що у респондентів очікується переважання негативних думок та емоцій, з якими їм буде важко справлятися в повсякденному житті. Це може проявлятися у емоційному онімінні, апатії, тривозі, депресії, характерно стійкому відчутті провини, сорому, гніву.

Окрім того, у деяких респондентів очікуються симптоми надмірної реактивності. Ці респонденти можуть відзначатися порушенням концентрації уваги, гіперзбудженням, дратівливістю, ляканням, відчуттям оніміння або емоційної відстороненості.

Симптоми інтрузії, також, очікуються у респондентів. Це може включати флешбеки, кошмари та нав'язливі спогади.

У деяких респондентів очікуються симптоми уникнення. Ці респонденти можуть уникати людей, місць, спогадів пов'язаних з психотравмою.

При використуванні опитувальника PCL-5 було досліджено загальні результати наявності ПТСР:

1. У 31 військовослужбовця (51,7%) не виявлено ПТСР.
2. 14 військовослужбовців (23,3%) мали ПТСР під порогом.
3. 12 військовослужбовців (20%) мали легкий ПТСР.
4. 3 військовослужбовця (5%) мали помірний ПТСР.
5. Тяжкий ПТСР не був виявлений у жодного досліджуваного з вибірки (див. рис 2.5).

Наявність ПТСР

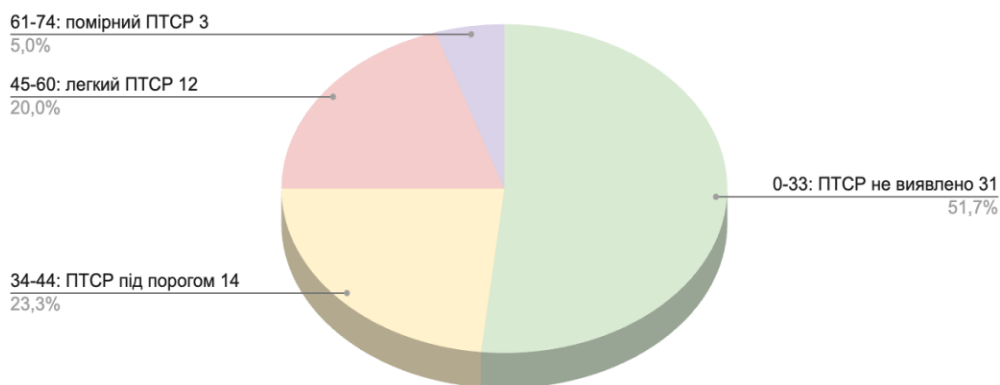


Рис 2.5. Наявність симптомів ПТСР

Результати дослідження свідчать про те, що ПТСР є поширеною проблемою серед військовослужбовців. Ці результати можна порівняти з результатами інших досліджень, які показали, що поширеність ПТСР у військовослужбовців становить від 10% до 20% [28, 48].

Можемо вказати, що військовослужбовці, які пережили більш жорстокі або тривалі травми, мають значно високий ризик розвитку ПТСР.

Військовослужбовці, які стикнулися з психологічною травмою та мають помірний ступінь ПТСР відповідають більшості діагностичних критеріїв ПТСР. Їхні симптоми ПТСР виражені сильніше, вони можуть відчувати труднощі з виконанням повсякденних завдань, таких як робота, навчання або підтримка стосунків. Така людина може мати сильні емоційні реакції, такі як гнів або страх, на певні тригери, пов'язані з травмою, може мати проблеми з концентрацією або запам'ятовуванням інформації, що може заважати їй вчитися або працювати, може уникати соціальних ситуацій або близьких стосунків через страх або емоційне оніміння. Також, може мати суїцидальні думки або намагатися заподіяти собі шкоду.

Військовослужбовці, які стикнулися з психологічною травмою та мають легкий ступінь ПТСР відповідають деяким діагностичним критеріям ПТСР. Їхні симптоми ПТСР виражені не так сильно, як у людей з помірним або тяжким ПТСР, але все ж таки впливають на їхнє життя. Люди з легким ступенем ПТСР зазвичай можуть функціонувати в повсякденному житті, але можуть мати труднощі в певних ситуаціях.

Військовослужбовці, які пережили травматичну подію, але не відповідають діагностичним критеріям ПТСР чи ті, які під порогом, можуть відчувати деякі симптоми ПТСР, але ці симптоми не є стійкими і не виражені настільки, щоб істотно впливати на їхнє життя. Деякі люди з цієї групи можуть мати інші психічні розлади, такі як тривога або депресія.

Для дослідження коупінг-стратегій, які використовують військовослужбовці в подоланні стресових ситуацій, ми вибрали тестову методику BASIC Pn (див. табл. 2.3)



**Таблиця 2.3.**  
*Описова статистика коупінг- стратегій*

Показник	№	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє значення	Стандартне відхилення
Знання	60	6	36	<b>23.92</b>	7.661
Віра	60	6	36	<b>21.30</b>	6.761
Уява	60	6	33	17.38	6.209
Фізична активність	60	6	33	16.40	6.611
Емоції	60	6	27	14.95	5.003
Контакти	60	6	34	14.50	5.610
Дійсний № (за списком)	60				

Аналізуючи результати дослідження коупінг-стратегій військовослужбовців, можемо стверджувати, що більшій вибірці властиво використовувати знання та інформацію для подолання стресу. Середнє значення шкали «знання» – 23.92, що є вище норми.

Також, виявлено, що більшості військовослужбовців характерно спиратися на віру при подоланні стресових ситуацій. Середнє значення за шкалою «віра» становить – 21.30 й також є вище норми.

Серед вибірки військовослужбовців виявлено середнє значення в межах норми по шкалі «уява» – 17.38 та по шкалі «фізична активність» – 16.40. Це свідчить про те, що військовослужбовці в цій групі схильні до активних дій та не схильні до надмірного використання уяви для подолання стресу.

Трохи нище норми виявились показники шкали «емоції». Середнє значення – 14.95 та шкали «контакти», де середнє значення – 14.50, що свідчить про те, що військовослужбовці в цій групі не схильні до емоційної експресії в стресових ситуаціях й не завжди шукають підтримки у інших людей.

Військовослужбовці в основному використовують когнітивні коупінг - стратегії, такі як знання і віра. Це може бути пов'язано з їхньою професійною підготовкою, яка наголошує на раціональному мисленні та самоконтролі. Фізична активність та уява також використовуються, але в меншій мірі. Це може бути пов'язано з обмеженнями, які накладаються військовою службою на час та можливості для фізичної активності й творчості. Соціальна підтримка (контакти) використовується найменше. Це може бути пов'язано з ризиком для життя та безпеки, що робить утворення та підтримку близьких стосунків складним завданням. Емоційні коупінг-стратегії практично не використовуються. Це може бути пов'язано зі стигмою, пов'язаною з емоційною вразливістю, а також з акцентом на стійкості та самовладанні у військовій культурі.

Отже, за результатами дослідження було виявлено, що військовослужбовцям притаманно переживати тривожність та симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). При цьому для більшості досліджуваних найбільш характерно використовувати такі стратегії при подоланні травми й стресових ситуацій, як віра та знання.

### **2.2.2. Кореляційний аналіз**

Кореляція емпіричних даних дослідження представлена у Додатку Г.

З огляду на отримані результати кореляційного аналізу, можна зробити висновок, що чим більше в досліджуваних проявлено «Симптоми інтрузії», тим менше вони використовують коупінг- стратегію «Знання» (негативна кореляція  $r = -0,275$  з  $p < 0,034$ ) та «Віру» (негативна кореляція  $r = -0,330$  з  $p < 0,010$ ). При цьому, чим більше проявлено «Симптоми інтрузії», тим більше проявляється «Реактивність» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,635$  з  $p < 0,001$ ), «Негативні думки та емоції» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,625$  з  $p < 0,001$ ), «Уникнення» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,599$  з  $p < 0,001$ ), «Тривожність» (помірно позитивна кореляція  $r = 0,315$  з  $p < 0,014$ ) (див.рис.2.6).

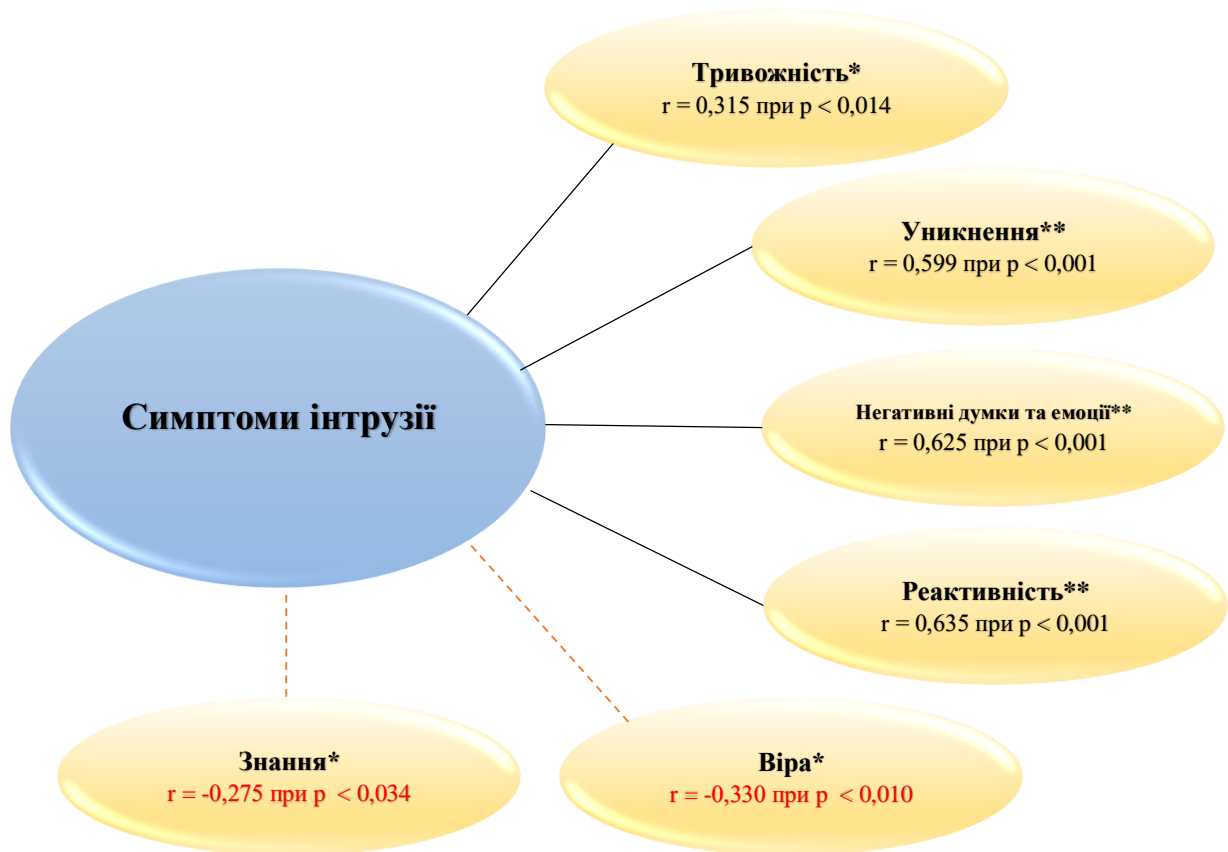


Рис.2.6. Кореляційна плеяда за шкалою «Симптоми інтрузії»

Ці результати свідчать про те, що люди з більшою кількістю симптомів інтрузії також мають більш високий рівень тривожності, більш високий рівень реактивності, відчують більше негативних думок і емоцій, частіше вдаються до уникнення. Це може проявлятися у прагненні уникати людей, місць або ситуацій, які нагадують їм про травматичний досвід, може включати думки про безвихідь, страх, гнів, провину, а також емоції, такі як сум, розпач, апатія, може проявлятися у надмірній емоційній та фізіологічній реакції на стресові фактори. Наприклад, вони можуть більш гостро реагувати на гучні звуки, раптові зміни або несподівані події.

Також, встановлено, що чим більше в людини проявляється «Симптомів уникнення», тим рідше опираються на коупінг- стратегії, такі як «Уява» (негативна кореляція  $r = -0,305$  з  $p < 0,018$ ), «віра» (негативна кореляція  $r = -0,270$  з  $p < 0,037$ ), тобто люди з більшою схильністю до уникнення рідше шукають

опору у вірі. При цьому виявлено зв'язки між «Реактивністю» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,585$  з  $p < 0,001$ ), «Негативні думки та емоції» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,592$  з  $p < 0,001$ ), «Інтрузії» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,599$  з  $p < 0,001$ ), «Тривожність» (помірно позитивна кореляція  $r = 0,255$  з  $p < 0,049$ ) (див.рис.2.7)

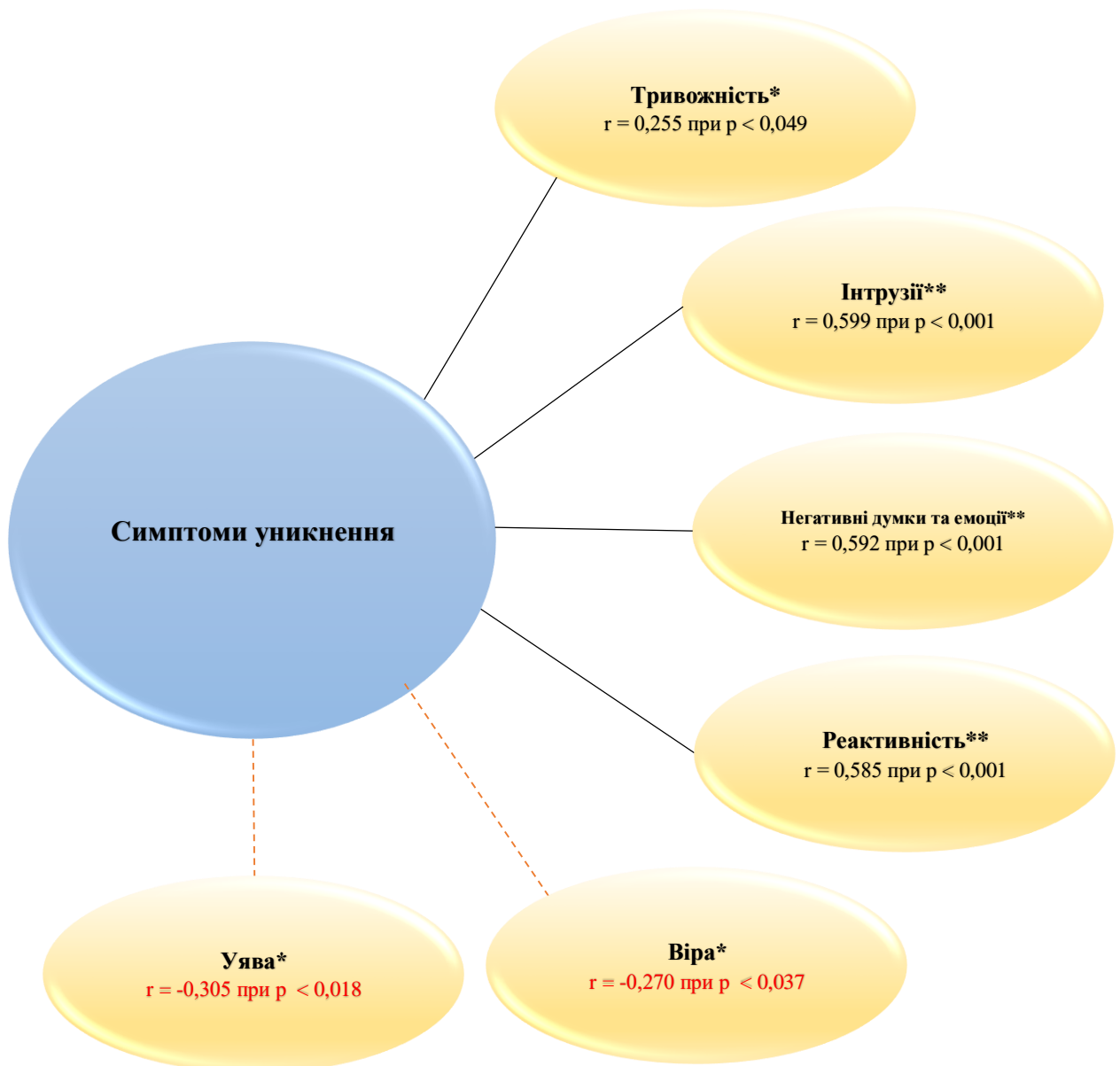


Рис.2.7. Кореляційна плеяда за шкалою «Симптоми уникнення»

Уникнення може бути способом, як впоратися з тривогою, але воно не дає довгострокового ефекту і може посилити проблему в довгостроковій перспективі

Показники кореляційного аналізу по шкалі «Симптоми негативні думки та емоції» продемонстрували прямолінійні взаємозв'язки іншими симптомами ПТСР: «Реактивність» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,852$  з  $p < 0,001$ ), «Уникнення» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,592$  з  $p < 0,001$ ), «Інтрюзії» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,625$  з  $p < 0,001$ ) та «Тривожність» (помірно позитивна кореляція  $r = 0,323$  з  $p < 0,012$ ) (див.рис.2.8)

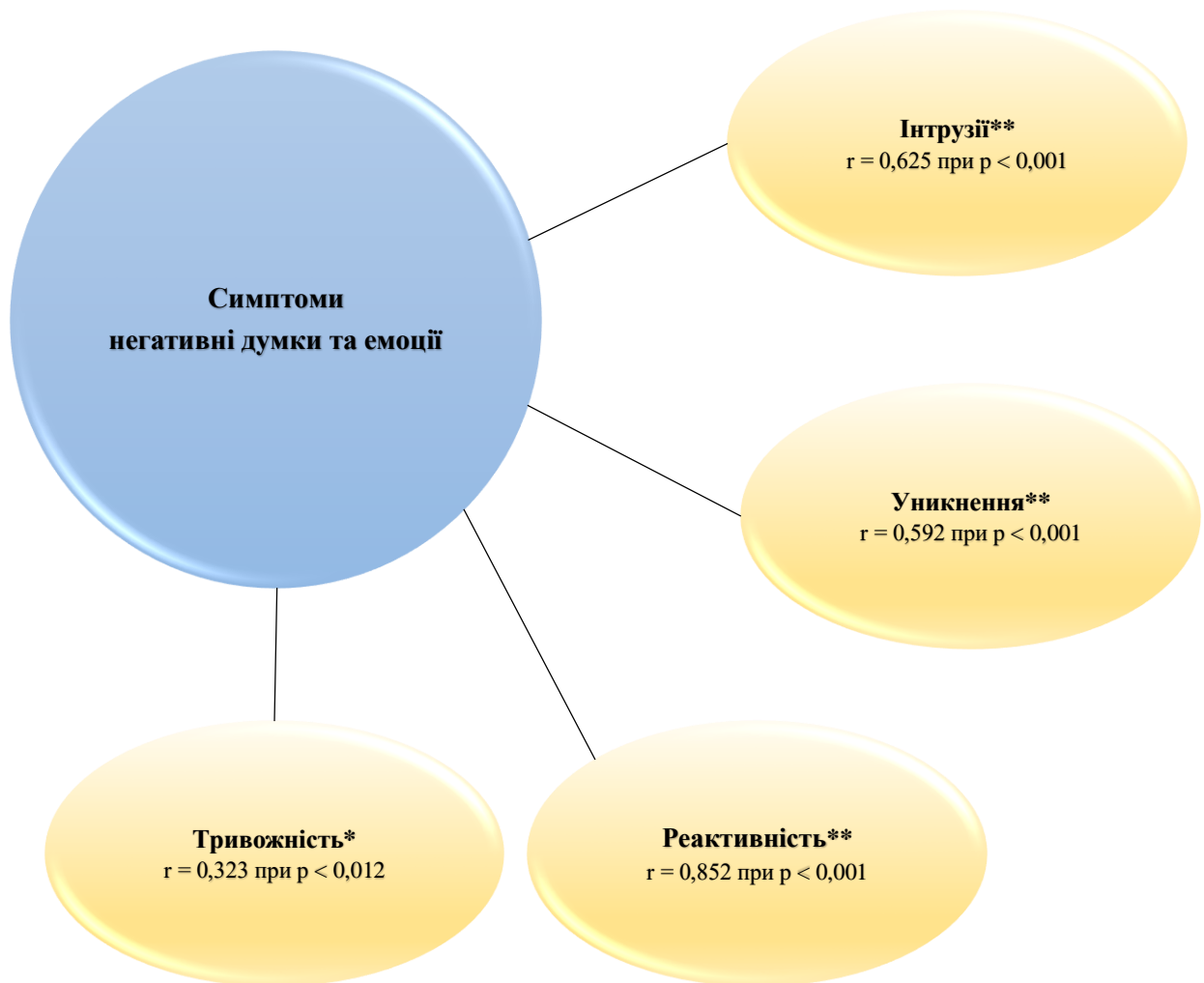


Рис.2.8. Кореляційна плеяда за шкалою «Симптоми негативні думки та емоції»

Негативні думки та емоції є одним із факторів, що сприяють розвитку тривожності. Люди з більшою кількістю негативних думок і емоцій частіше вдаються до уникнення. Негативні думки та емоції можуть посилювати симптоми інтрюзії, такі як нав'язливі спогади та флешбеки.

Виявлено також, що показники кореляційного аналізу по шкалі «Симптоми надмірної реактивності» продемонстрували сильну позитивну кореляцію з іншими симптомами ПТСР: «Негативні думки та емоції» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,852$  з  $p < 0,001$ ), «Уникнення» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,5585$  з  $p < 0,001$ ), «Інтрузії» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,635$  з  $p < 0,001$ ) та з «Тривожністю» (сильна позитивна кореляція  $r = 0,403$  з  $p < 0,001$ ). Реактивність є одним із факторів, що сприяють розвитку тривожності (див.рис.2.9)

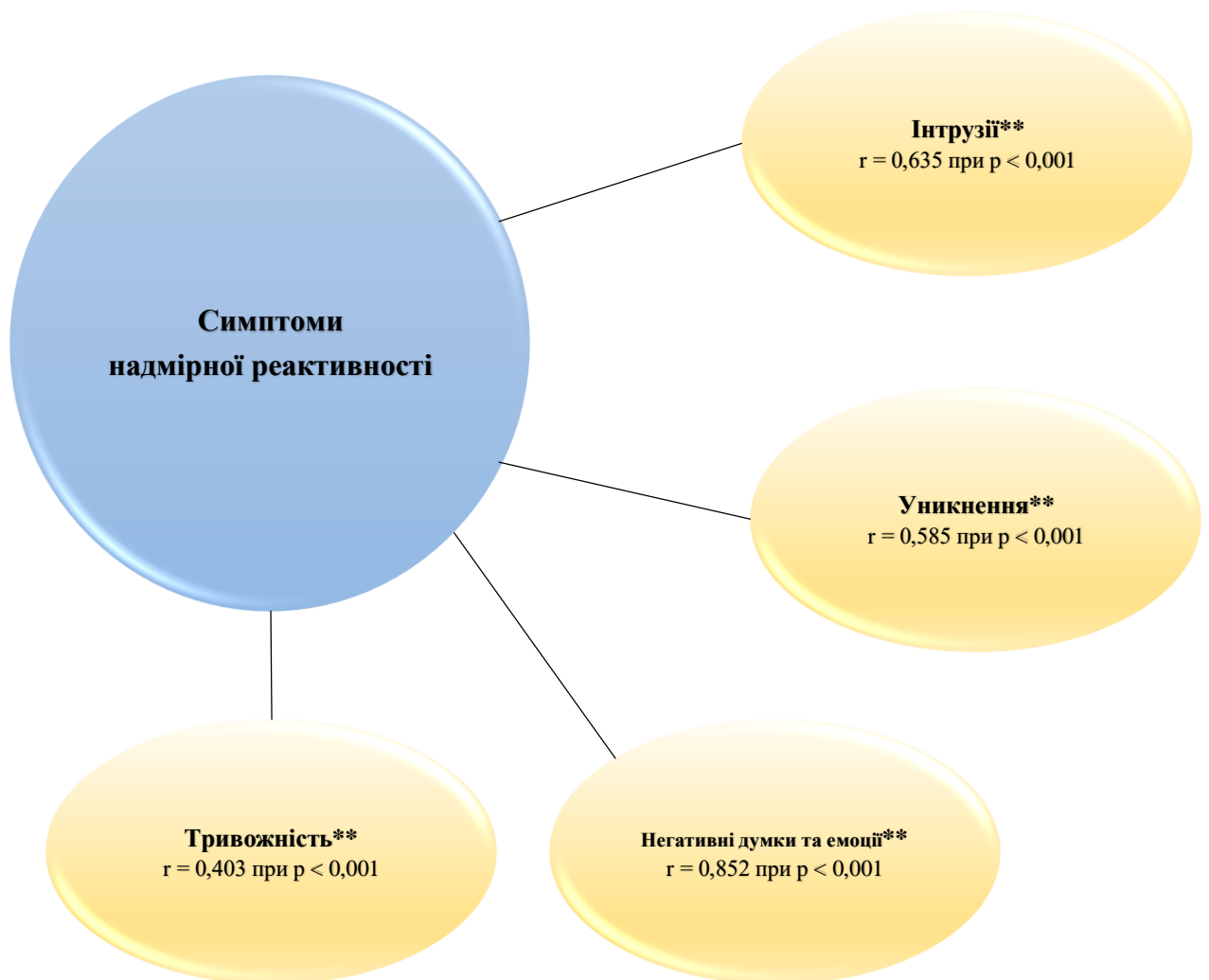


Рис.2.9. Кореляційна плеяда за шкалою «Симптоми надмірної реактивності»

Спостерігаємо, що чим більше проявляється наявність симптомів з одного критерія ПТСР, тим більше проявляється симптомів й з інших критеріїв ПТСР. При цьому, чим сильніше проявляється ПТСР, тим менше використовується коупінг-стратегій, способів переживання травматичної події. ПТСР може супроводжуватися емоційною дисрегуляцією, що ускладнює контроль над емоціями. Ця емоційна дисрегуляція може зробити використання коупінг-стратегій менш ефективним, адже людині стає важко зосередитися та раціонально мислити в стані сильного емоційного збудження. Люди з ПТСР часто вдаються до уникнення тригерів, пов'язаних з травмою, що може включати й відмову від використання коупінг-стратегій, які нагадують їм про травматичний досвід. Знецінення травми або заперечення її впливу також може призвести до нехтування коупінг-стратегіями. ПТСР може супроводжуватися почуттям безпорадності та безнадійності, що може зменшити віру людини в ефективність будь-яких коупінг-стратегій. Люди з ПТСР можуть вважати, що нічого не може допомогти їм впоратися з симптомами, тому й не роблять спроб використовувати коупінг-механізми. Сильний ПТСР може поглинати всю увагу людини, роблячи її зосередженою на симптомах, таких як нав'язливі спогади, флешбеки, кошмари. Це може призвести до того, що людині буде складно відволіктися та зосередитися на застосуванні коупінг-стратегій. ПТСР може супроводжуватися порушеннями уваги, пам'яті, концентрації, що може ускладнювати застосування коупінг-стратегій, які потребують чіткого планування та когнітивних зусиль.

Отже, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають тенденцію посилювати один одного. Це підкреслює важливість раннього та комплексного лікування ПТСР, яке допоможе людині зменшити вираженість симптомів та навчитися ефективним коупінг-стратегіям.

### **2.2.3. Порівняльний аналіз даних**

Для порівняння показників тривожності, симптомів і рівня ПТСР та використання коупінг-стратегій при різному досвіді психотерапії застосовано

порівняльний аналіз  $t$  – критерієм Стьюдента. Ми виокремили чотири групи: перша – ті, хто пройшли психотерапію, друга – ті, хто проходять психотерапію, третя – ті, хто хочуть пройти психотерапію, четверта – ті, хто не проходили психотерапію (див. табл. 2.4.)

**Таблиця 2.4**

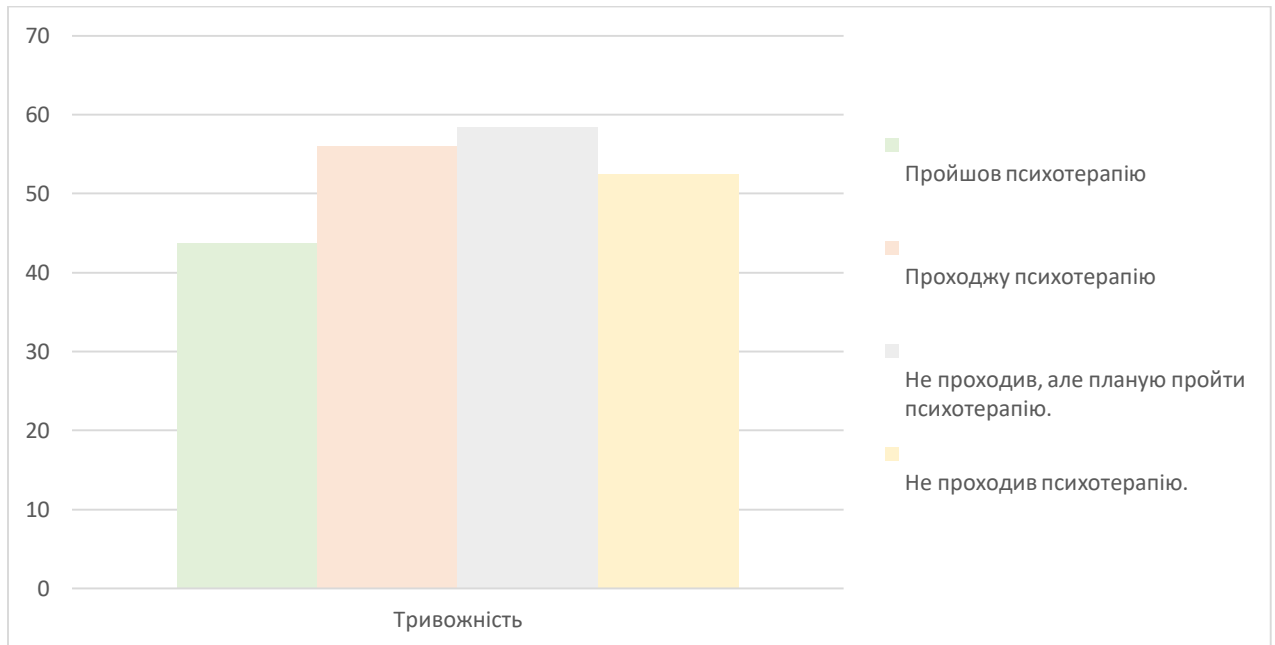
*Результати порівняльного аналізу отриманих даних на основі виокремлених груп: перша – ті, хто пройшли психотерапію, друга – ті, хто хочуть пройти психотерапію, четверта – ті, хто не проходили психотерапію*

Показники	М Пройшов психотерапію	М Проходжу психотерапію	М Не проходив, але планую пройти психотерапію.	М Не проходив психотерапію.
Тривожність	43,71	56,00	<b>58,45</b>	52,42
ПТСР	1,86	<b>2,50</b>	2,00	1,58
Симптоми інтрузії	7,57	<b>9,83</b>	8,45	7,44
Симптоми уникнення	2,14	<b>4,33</b>	3,36	2,17
Негативні думки та емоції	10,14	<b>18,67</b>	12,82	9,61
Симптоми надмірної реактивності	7,71	<b>16,50</b>	12,73	9,31
Віра	<b>21.86</b>	17.50	21.45	21,78
Емоції	15.00	16.17	<b>17.36</b>	14.00
Контакти	13.00	14.17	<b>16.27</b>	14.31
Уява	17.86	13.50	<b>19.27</b>	17.36
Знання	23.71	23.17	<b>24.36</b>	23.94
Фізична активність	<b>18.00</b>	17.17	16.73	15.86

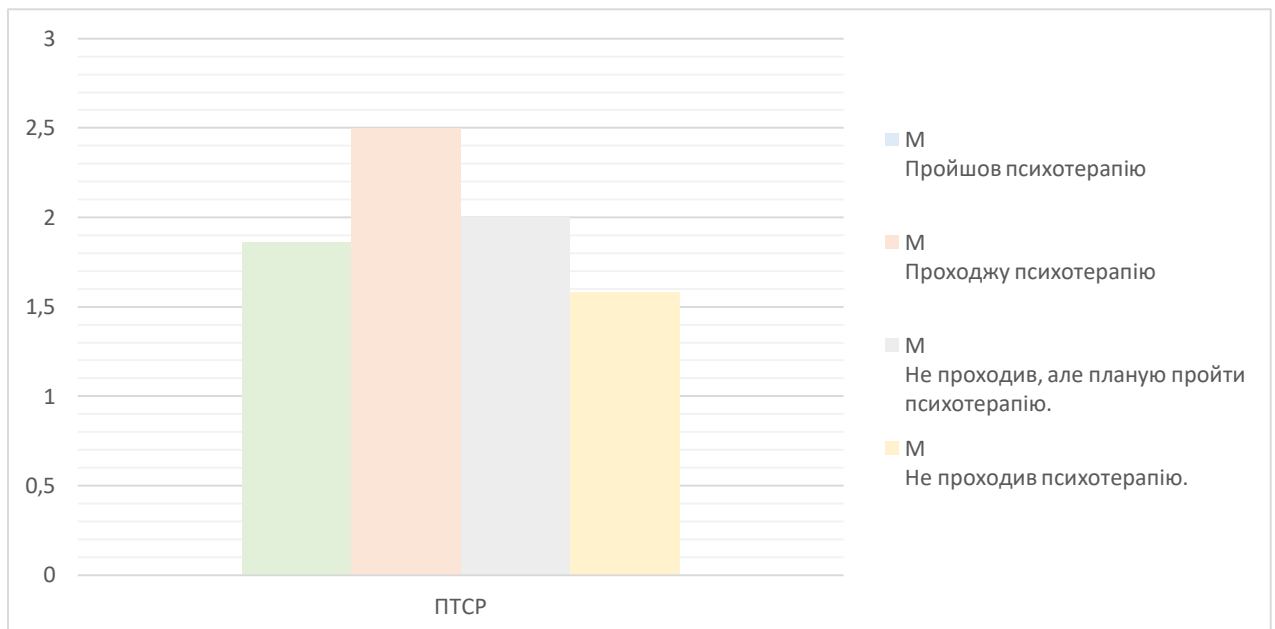
В ході дослідження ми виявили, що особи, які пройшли психотерапію демонстрували нижчий рівень тривожності та для них характерно найменш



виражені симптоми посттравматичного стресового розладу ПТСР. Це свідчить про те, що психотерапія може бути ефективним лікуванням тривоги та ПТСР (див.рис.2.10, 2.11)



*Рис. 2.10. Гістограма середніх значень рівня тривоги в чотирьох групах*



*Рис. 2.11. Гістограма середніх значень рівня ПТСР в чотирьох групах*

Психотерапія спрямована на виявлення та зміну негативних думок, переконань і поведінки, які сприяють тривожності та ПТСР. За допомогою

різноманітних терапевтичних технік люди навчаються поступово протистояти своїм страхам і тригерам травми та переробляти їх у безпечному та сприятливому середовищі. Звертаючи увагу на дезадаптивні когнітивні моделі та поступово піддаючи людей дії подразників, які викликають страх, психотерапія допомагає людям розробити стратегії подолання тривоги та пережити травматичний досвід. Цей процес сприяє загоєнню, стійкості та адаптивному функціонуванню.

При цьому виявлено, що досліджувані особи, які проходять та бажають пройти психотерапію, мають більш високий рівень тривожності та їх симптоми ПТСР більш виражені. Це може відображати готовність визнавати та протистояти психологічному стресу серед осіб, які шукають терапії. Разом з цим, для тих осіб, які бажають пройти психотерапію, характерно активізування таких коупінг-стратегій, як емоції, контакти, уява, знання. Ці стратегії подолання вказують на проактивний підхід до вирішення проблем психічного здоров'я.

Виявлено, що військовослужбовці, які не проходили психотерапію, мають найнижчий рівень тривожності. Це може бути пов'язано з тим, що вони не були піддані травматичним спогадам або емоціям, які вимагали психотерапевтичного втручання.

Дослідження підкреслює ефективність психотерапії у зменшенні тривоги та симптомів ПТСР серед осіб, які пройшли курс лікування. Отримані дані також свідчать про те, що люди, які звертаються за психотерапією, на початку можуть відчувати високий рівень тривоги, але демонструють проактивні стратегії подолання. І навпаки, ті, хто не пройшов психотерапію, можуть мати нижчий рівень тривожності, можливо, через уникання або інші механізми подолання.

За результатами емпіричного дослідження ми виявили незначні відмінності, також, у поділі груп за статтю: перша група військовослужбовці чоловіки, а друга група військовослужбовці жінки (див.табл.2.5).

**Таблиця 2.5**

*Результати порівняльного аналізу отриманих даних на основі виокремлених груп: перша – чоловіки, друга – жінки*

<b>Показники</b>	<b>М Чоловіки</b>	<b>М Жінки</b>
Тривожність	51,80	<b>55,81</b>
ПТСР	<b>1,89</b>	1,50
Симптоми інтрузії	<b>8,07</b>	7,38
Симптоми уникнення	2,43	<b>3,06</b>
Негативні думки та емоцій	<b>11,68</b>	9,75
Симптоми надмірної реактивності	<b>10,80</b>	9,56
Віра	<b>21,66</b>	20,31
Емоції	14,16	<b>17,13</b>
Контакти	14,48	<b>14,56</b>
Уява	<b>17,55</b>	16,94
Знання	23,68	<b>24,56</b>
Фізична активність	15,66	<b>18,44</b>

Узагальнюючи результати дослідження, можемо побачити, що жінки на 7,81% мають вищий рівень тривожності, ніж чоловіки. Чоловіки на 0,39% мають вищий рівень ПТСР, ніж жінки (див.рис.2.12).

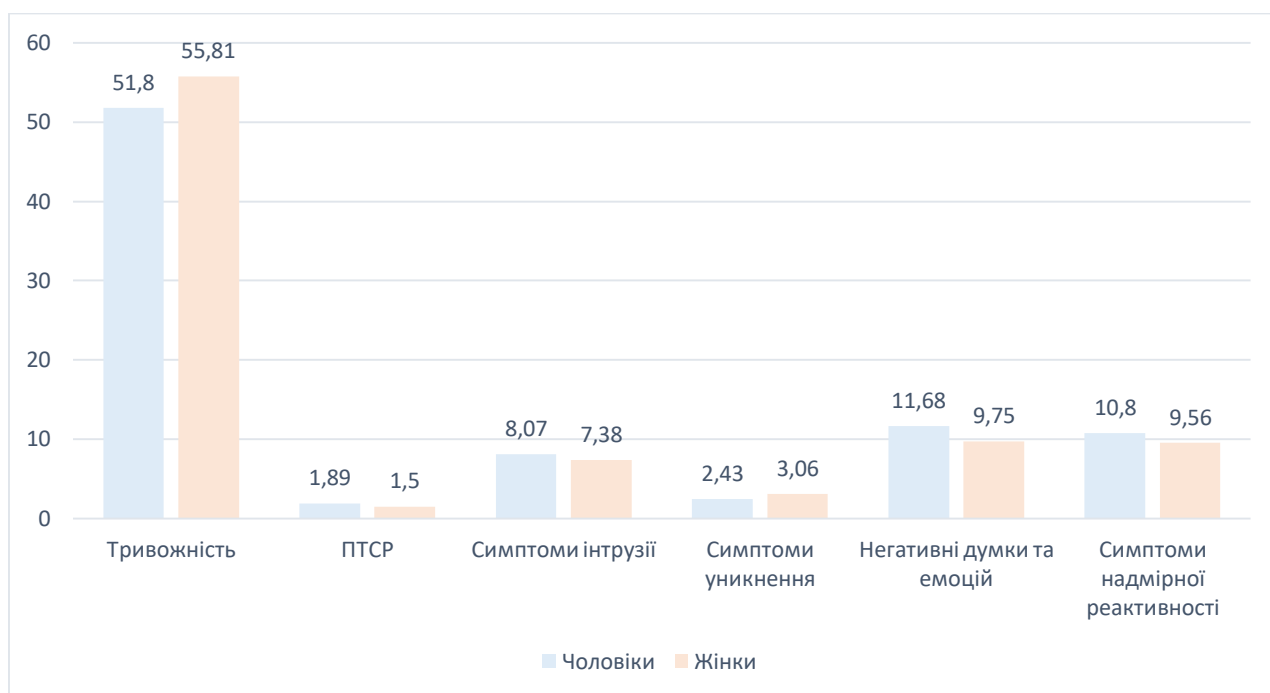


Рис. 2.12. Гістограма середніх значень діагностичних критеріїв в двох групах

За результатами порівняльного аналізу, не виявлено значних гендерних відмінностей у деяких показниках. Це свідчить про те, що і чоловіки, і жінки військовослужбовці можуть відчувати однакові рівні загальних симптомів ПТСР. Жінки демонструють дещо вищий рівень симптомів уникнення. Для них характерне уникання нагадувань про травматичну подію та певних місць, людей або діяльності. Чоловіки мають дещо вищі рівні інших критеріїв ПТСР, таких як негативні думки та емоції й симптоми надмірної реактивності. Негативні думки та емоції стосуються спотворених уявлень про себе, інших і світ, тоді як надмірна реактивність передбачає посилені емоційні або фізіологічні реакції на стресори.

Жінки зазвичай мають більш високий рівень гормону естрогену, ніж чоловіки. Естроген відіграє вирішальну роль у регуляції різних фізіологічних процесів, включаючи регуляцію настрою та емоційну регуляцію. Більш високі рівні естрогену у жінок можуть сприяти підвищенню тривоги та емоційної чутливості, потенційно впливаючи на прояв симптомів уникнення при ПТСР. Чоловіки зазвичай мають більш високий рівень гормону тестостерону, ніж жінки. Тестостерон пов'язаний з різними фізіологічними та поведінковими

характеристиками, включаючи агресію та ризиковану поведінку. Вищі рівні тестостерону у чоловіків можуть сприяти підвищенню рівня надмірної реактивності, включаючи загострені емоційні реакції та агресивну поведінку, які є загальними симптомами ПТСР. Суспільні очікування та гендерні норми можуть впливати на те, як військовослужбовці чоловічої та жіночої статі сприймають і виражають свій психологічний стрес. Чоловіків часто привчають дотримуватись традиційних чоловічих норм, які підкреслюють емоційний стоїцизм і твердість. Як наслідок, чоловіки-військовослужбовці можуть зіткнутися з тиском суспільства, щоб бути сильними та беземоційними, що може створювати перешкоди для вираження вразливості та звернення за допомогою з питань психічного здоров'я. Це небажання шукати допомоги може сприяти підвищенню рівня негативних думок і емоцій, а також симптомів надмірної реакції серед військовослужбовців-чоловіків.

Таким чином, хоча суттєвих гендерних відмінностей у загальних симптомах посттравматичних стресових розладів серед військовослужбовців може не бути, незначні варіації існують у профілях конкретних симптомів. На ці відмінності можуть впливати гормональні фактори, такі як рівні естрогену та тестостерону, а також очікування суспільства щодо гендерних ролей і поведінки, спрямованої на пошук допомоги.

В ході дослідження виявлено, що сімейний стан може впливати на рівень ПТСР та тривожність (див.табл.2.6).

**Таблиця 2.6**

*Результати порівняльного аналізу отриманих даних на основі виокремлених груп: перша – не одружений/не заміжня, друга – одружений/заміжня*

Показники	М Не одружений/не заміжня	М Одружений/заміжня
Тривожність	<b>53,70</b>	51,85
ПТСР	<b>1,94</b>	1,59
Симптоми інтрузії	<b>7,94</b>	7,81
Симптоми уникнення	<b>3,09</b>	2,00
Негативні думки та емоції	<b>12,21</b>	9,89
Симптоми надмірної реактивності	<b>10,97</b>	9,85

Люди, які не одружені, мають більш високий ризик розвитку ПТСР і вищий рівень тривожності, ніж одружені (див.рис.2.13)

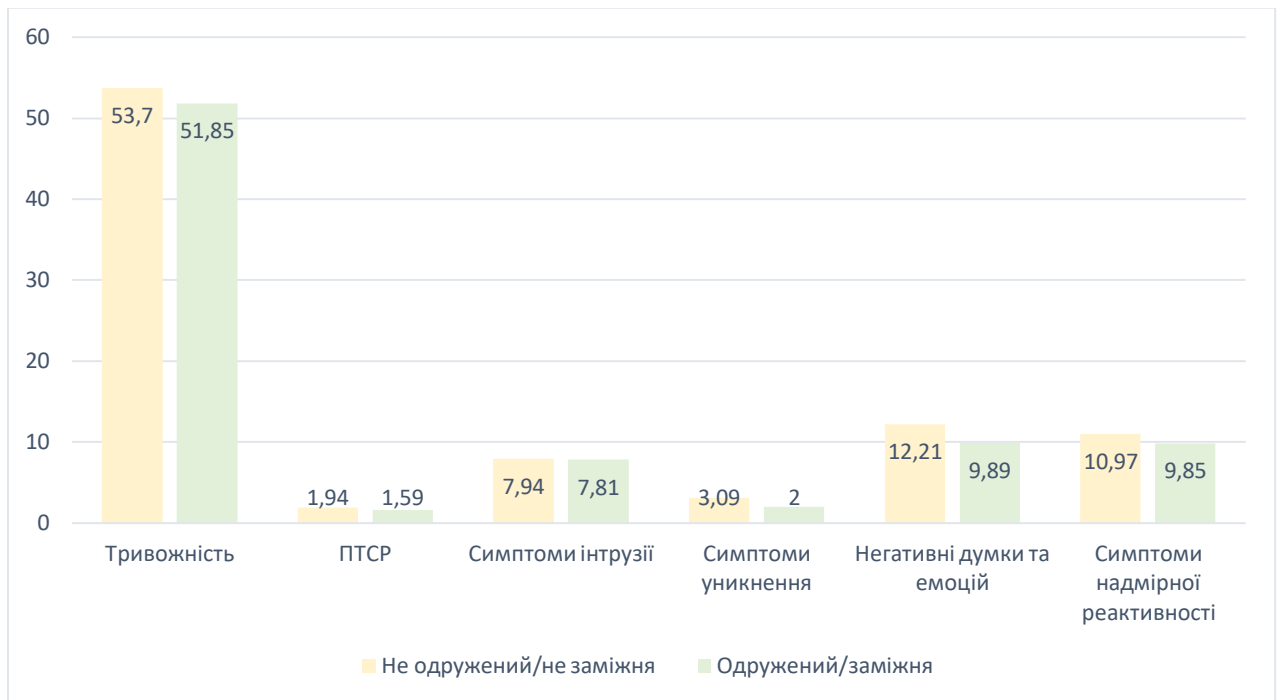


Рис. 2.13. Гістограма середніх значень діагностичних критеріїв ПТСР та тривожності в двох групах за сімейним станом

Спостерігаємо, що неодружені військовослужбовці піддаються більшому ризику посттравматичного стресового розладу (ПТСР) порівняно з їхніми одруженими колегами, а також демонструють дещо вищий рівень тривожності. Це спостереження можна зрозуміти через кілька основних факторів, включаючи відмінності в соціальній підтримці, стабільності стосунків, сімейних обов'язках, соціальній інтеграції та способі життя:

1. Соціальна підтримка та механізми подолання: шлюб часто забезпечує значне джерело соціальної підтримки, емоційної близькості та товариства. Одруженим військовослужбовцям може бути корисно мати подружжя, яке може забезпечити розуміння, розраду та допомогу в подоланні стресових факторів, у тому числі тих, що виникають під час військової служби. Навпаки, неодружені особи можуть мати менше джерел соціальної підтримки та менше покладатися на встановлені механізми подолання,

потенційно підвищуючи свою вразливість до посттравматичного стресового розладу та тривоги.

2. Стабільність і безпека у стосунках: шлюб зазвичай означає віддані та стабільні стосунки, які можуть створити відчуття безпеки та стабільності, особливо в складні часи. Присутність партнера, який підтримує, може запобігти негативним наслідкам стресу та травми, тим самим зменшуючи ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу та симптомів тривоги. Неодруженим особам може бракувати цього стабілізуючого впливу, що призводить до підвищеного ризику психологічних проблем.
3. Сімейні обов'язки та зобов'язання: одружені військовослужбовці часто мають сімейні обов'язки та зобов'язання, наприклад, доглядати за дружиною або дітьми. Ці обов'язки можуть забезпечити відчуття мети та мотивацію для ефективної боротьби зі стресовими факторами. Навпаки, неодружені особи можуть відчувати менше сімейних зобов'язань, що потенційно може сприяти почуттю ізоляції або відсутності мети, підвищуючи їх сприйнятливість до посттравматичного стресового розладу та тривоги.
4. Міжособистісні стосунки та соціальна інтеграція: шлюб пов'язаний із більшою соціальною інтеграцією та залученням до соціальних мереж, що може мати позитивний вплив на психічне здоров'я. Одружені особи можуть мати доступ до ширшого соціального кола, підтримки однолітків і громадських ресурсів, що може пом'якшити вплив травматичного досвіду. Навпаки, неодружені особи можуть відчувати більшу соціальну ізоляцію або відчувати відсутність соціальної підтримки, що може посилити почуття страждання та тривоги.
5. Здоровіший спосіб життя: дослідження показують, що одружені люди, як правило, ведуть більш здоровий спосіб життя, як наприклад, регулярні фізичні вправи, збалансоване харчування та уникнення ризикованої поведінки. Ці фактори способу життя можуть сприяти кращим загальним показникам фізичного та психічного здоров'я, включаючи зниження рівня тривоги та зниження ризику розвитку ПТСР. Неодружені особи можуть з

меншою ймовірністю прийняти ці поведінки, що зміцнюють здоров'я, потенційно підвищуючи їх сприйнятливість до психологічних труднощів.

Виявлено відмінності у діагностичних критеріях між віковими категоріями (див. табл.2.7)

**Таблиця 2.7**

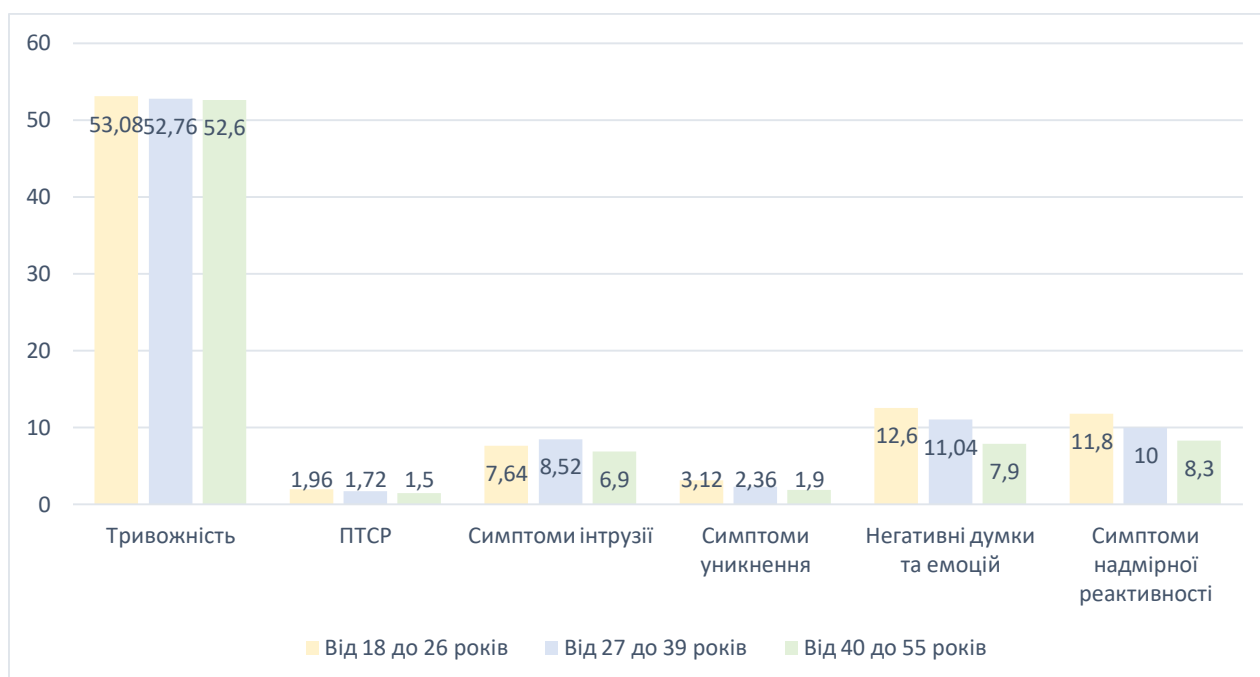
*Результати порівняльного аналізу отриманих даних на основі виокремлених груп: перша – від 18 до 26 років, друга – від 27 до 39 років, третя – від 40 до 55 років*

Показники	М Від 18 до 26 років	М Від 27 до 39 років	М Від 40 до 55 років
Тривожність	<b>53,08</b>	52,76	52,60
ПТСР	<b>1,96</b>	1,72	1,50
Симптоми інтрузії	7,64	<b>8,52</b>	6,90
Симптоми уникнення	<b>3,12</b>	2,36	1,90
Негативні думки та емоції	<b>12,60</b>	11,04	7,90
Симптоми надмірної реактивності	<b>11,80</b>	10,00	8,30

Досліджувані військовослужбовці, віковий діапазон яких від 18 до 26 років, мають вищий рівень тривожності, ПТСР, уникнення, негативних думок та емоцій, надмірної реактивності, трохи вищий рівень симптомів інтрузії. Ця вікова група відповідає критичному періоду розвитку мозку, який характеризується постійним дозріванням когнітивної, емоційної та нейронної систем. Молоді люди в армії все ще можуть перебувати в процесі створення механізмів подолання та стратегій регулювання емоцій, що може вплинути на їхню вразливість до психологічного стресу. Військова служба часто пов'язана з потенційно травматичними подіями, такими як бойові дії, спостереження за насильством або ситуації, що загрожують життю. Сукупний ефект цих переживань може сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу та пов'язаних із ним симптомів.



Військовослужбовці у віці 40-55 років демонструють найнижчий рівень тривожності та симптомів ПТСР (див.рис.2.14).



*Рис. 2.14. Гістограма середніх значень діагностичних критеріїв ПТСР та тривожності в групах за віковими категоріями*

Психотравма може мати різний вплив на військовослужбовців залежно від їхнього віку. Військовослужбовці, віковий діапазон яких від 18 до 26 років, знаходиться в періоді інтенсивного розвитку, коли процеси нейрогенезу, мієлінізації та синаптичної пластичності є особливо активними. Це означає, що мозок цих осіб особливо вразливий на зовнішні впливи, включаючи психотравматичні події. В цьому віковому діапазоні військовослужбовці можуть мати більшу емоційну чутливість. Це пов'язано з інтенсивними змінами у мозковій діяльності і розвитку емоційної сфери. Така чутливість може зробити їх більш схильними до переживання тривоги, а також до реакції на стресові ситуації. Люди, які пережили травму в молодому віці, можуть мати більш стійкі симптоми. Це може бути пов'язано з тим, що важливі події та досвід, що відбуваються на ранніх етапах життя, мають значний вплив на формування психічної стійкості та реакції на стрес.

Рівень тривожності має тенденцію до поступового зниження у військовослужбовців у певних вікових діапазонах: від 27 до 39 років та від 40 до 55 років. Це може бути пов'язано з набуттям життєвого досвіду: з віком люди можуть накопичувати багатий досвід, який озброює їх кращими механізмами подолання стресу та тривоги, можуть розвинути набір стратегій подолання, які вони вважають ефективними в управлінні складними ситуаціями. Це може включати методи зменшення стресу, навички вирішення проблем і пошук соціальної підтримки, можуть мати більший досвід, як впоратися з травмою, та кращі коупінг- стратегії, можливо, стикалися з травматичними подіями протягом свого життя і завдяки цьому розвинули стійкість. З часом вони можуть стати більш вправними в переробці та справлянні з травмою, що призведе до зниження рівня тривоги. Люди, які пережили травму в більш зрілому віці, можуть мати кращі ресурси для відновлення. Люди в більш старших вікових групах могли мати кращий доступ до кваліфікованої допомоги з ПТСР, що могло призвести до кращого результату.

Отже, психотравма може мати різний вплив на військовослужбовців залежно від їхнього віку, статі, сімейного стану. Військовослужбовці, які пройшли психотерапію, продемонстрували нижчий рівень тривожності та їм характерно найменш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це може підтверджувати, що психотерапія є ефективним методом лікування тривожності та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Таким чином спостерігаємо, що наші гіпотези підтвердились.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі було здійснене емпіричне дослідження, в якому було досліджено психоемоційний стан військовослужбовців, які мали та не мали психотерапевтичний досвід. Дослідження були організовані з січня по лютий 2024 року. У вибірку ввійшло 60 військовослужбовців віковим діапазоном від 18 до 55 років, з яких 44 (73,3%) осіб чоловічої статі та 16 (26,7%) осіб жіночої статі. Серед них було виділено сімейний статус: одружені/заміжні – 45,8%, не

одружені/не заміжні – 54,2% (див. рис 2.3), а також ті, хто проходив психотерапію – 11,7%, проходить психотерапію – 10%, бажає пройти психотерапію – 18,3% й які не проходили психотерапію – 60%. У психологічному дослідженні було запропоновано респондентам такі психодіагностичні методики, як: Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, шкала PCL-5 (перелік симптомів ПТСР), тестова багатовимірна методика BASIC Ph.

Дослідження показало, що у вибірці є військовослужбовці з різним рівнем тривожності. Середній рівень тривожності у вибірці трохи вище середнього для загальної популяції. Спостерігається, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеною проблемою серед військовослужбовців: у 31 військовослужбовця (51,7%) не виявлено симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР); 14 військовослужбовців (23,3%) мали ПТСР під порогом; 12 військовослужбовців (20%) мали легкий посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); 3 військовослужбовці (5%) мали помірний ПТСР, тяжкий посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) не був виявлений. Військовослужбовці в основному використовують когнітивні коупінг-стратегії, такі як знання і віра. Фізична активність та уява також використовуються, але в меншій мірі. Соціальна підтримка (контакти) використовується найменше. Емоційні коупінг-стратегії практично не використовуються.

За допомогою кореляційного аналізу нами виявлено, що, чим більше проявляється наявність симптомів з одного критерія посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тим більше проявляється симптомів й з інших критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР), при цьому, коли сильніше проявляється посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тоді менше використовується коупінг- стратегій, способів переживання травматичної події. Найбільш поширені коупінг-стратегії, які не використовуються людьми з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР): знання, віра, уява.

За допомогою порівняльного аналізу, нами виявлено, що рівень тривожності, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інші

показники можуть варіюватися залежно від різних факторів, таких як: досвід психотерапії (військовослужбовці, які пройшли психотерапію, мають меншу тривожність та найменше проявляються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ті які проходять або планують пройти психотерапію, мають більш високий рівень тривожності та їх симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) більш виражені); стать (жінки мають трохи вищий рівень тривожності та симптомів уникнення, натомість чоловіки мають трохи вищий рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР), негативних думок та емоцій, симптомів надмірної реактивності); сімейний стан (не одружені, мають трохи вищий рівень тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)); вік (військовослужбовці віком від 18 до 26 років мають вищий рівень тривожності, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), уникнення, негативних думок та емоцій, надмірної реактивності, військовослужбовці у віці 40-55 років мають найнижчий рівень тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)).

## ВИСНОВКИ

Психотравма може мати серйозні наслідки для психічного здоров'я людини, включаючи тривожність, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інші психологічні проблеми. Під час травматичної події, яка може бути одиничною, безперервною або повторюваною, людина може переживати інтенсивні емоційні реакції, що перевищують її здатність до звичайного коупінгу. Це може включати свідoctво насильства, згвалтування, заручництво або інші події, що загрожують фізичній або психічній цілісності.

Лікування психотравми передбачає використання різних психотерапевтичних підходів для допомоги особам у подоланні негативних наслідків травматичних подій. Такі методи, як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) та десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR), є основними інтервенціями у цьому контексті. Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR) є ефективним методом лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особливо у військовому контексті. Він включає в себе вісім фаз, які варіюють від відтворення образу травматичної події до отримання двобічної стимуляції, такої як рухи очей. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ), також, вважається ефективним методом лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що підтверджено багатьма дослідженнями. Дослідження доводять ефективність травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ КПТ) й десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (EMDR) як основних методів лікування, і рекомендація їх як першого вибору для військових пацієнтів з симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відображає важливість цих підходів у забезпеченні психологічної допомоги тим, хто пережив травматичні події війни.

Військовослужбовці мають більш високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), порівняно з загальною популяцією. Військова служба часто передбачає вплив травматичних подій, таких як бойові ситуації, які можуть значно збільшити ймовірність розвитку

посттравматичного стресового розладу через інтенсивність і частоту цих стресорів.

Рівень тривожності, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інші показники можуть варіюватися залежно від різних факторів, таких як досвід психотерапії, стать, сімейний стан та вік. Досвід психотерапії може вплинути на тяжкість симптомів і механізми подолання, при цьому особи, які отримували терапію, потенційно демонструють нижчий рівень дистресу. Крім того, суттєвими факторами, що впливають на прояв симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), є стать, сімейний стан і вік. Дослідження показують, що жінки можуть демонструвати дещо вищий рівень тривоги та симптомів уникнення, тоді як чоловіки можуть мати дещо вищий рівень загальних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), негативних думок і емоцій, а також симптомів надмірної реактивності.

Військовослужбовці віком від 18 до 26 років мають підвищений рівень тривоги, посттравматичний стресовий розлад, поведінку уникнення, негативні когнітивні настрої та емоції, а також симптоми надмірної реактивності. Ця демографічна група може бути особливо вразливою через такі чинники, як стадія розвитку, вплив травматичних подій у роки становлення та обмежений життєвий досвід для захисту від впливу стресових факторів.

Військовослужбовці, які не проходили психотерапію, мають більш високий рівень тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це підкреслює важливість своєчасних і доступних втручань у психічне здоров'я для цієї групи, щоб пом'якшити негативний вплив травми.

Отже, сучасні методи психотерапевтичного втручання, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) та десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR), визнані ефективними методами лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Доступ до психотерапевтичних втручань, має важливе значення для пом'якшення впливу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та сприяє одужанню серед військовослужбовців.

Подальші наукові розвідки у даній сфері сприятимуть покращенню підходів до психотравмованих та підвищенню ефективності використання висвітлених у нашому дослідженні методів психотерапії в умовах воєнного періоду.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми протидії домашньому насильству: навчальний посібник / за заг. ред. А. Б. Благої. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2021. 208 с.
2. Беленька О. І. Війна як соціальний контекст: групові динаміки. Наукові записки НаУКМА. Психологія і педагогіка 4 (40), 2017. С. 20-28.
3. Блага А.Б., Адащик А.С. Динаміка домашнього насильства в умовах війни. Юридичний науковий електронний журнал. 2023. № 1. С. 355-358.
4. Брезгун І.І. Вплив війни на психіку людини: проблеми та шляхи їх вирішення. Видавництво : Логос, 2015. 192 с.
5. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.  
Веб-сайт: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
6. Вінтоняк, В., Рибчук О., Недвига О. Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи. Вісник Національного університету оборони України, 2022. С. 29-36.
7. Гавриловська К. П. Модель BASIC Pn у роботі психолога. / Розвиток обдарованої особистості в освітньому просторі: ціннісний вимір: тези доповідей Х наук.-практ. семінару., 23 квіт. 2020. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. 92 с.
8. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
9. Горбатова Т. Є. Вплив війни на соціальний капітал українського суспільства. Психологічний журнал 6 (35), 2018. С. 10-19.
10. Гуменюк, Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна) 1, 2016. С. 228-240.



11. Дьоміна, Г. Посттравматичний стресовий розлад в умовах війни. *EDITORIAL BOARD*, 2022. 228 с.
12. Зливков В. Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
13. Карачинський О. А. Діалектичні стратегії надання психологічної допомоги військовослужбовцям у постратравматичний період (на прикладі військовослужбовців, постраждалих під час анексії АР Крим). *Вісник Національного університету оборони України* 2, 2015. С. 101-105.
14. Карлсон, Л. Г. Уява як механізм подолання. В Оксфордському довіднику зі стресу, здоров'я та подолання. Oxford University Press, 2017. С. 381-392.
15. Карнаух І. Ю. Психологічні наслідки війни для населення та військовослужбовців. Наукові записки НаУКМА. Психологія і педагогіка 4 (40), 2017. С. 58- 63.
16. Кириєнко, Л. А. Система психологічної допомоги в контексті реабілітації осіб із психотравмою. *Наука і правоохорона* 2, 2017. С. 247-254.
17. Кіктева Т. В., Коляда О. І. Емоційні переживання людей в умовах війни. Наукові записки НаУКМА. Психологія і педагогіка 3 (37), 2015. С. 67-72.
18. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад». Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. К.: ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 8–11.
19. Ковач О. В. Агресія як симптом постратравматичного стресового розладу (ПТСР) військовослужбовців. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції, 30 вересня 2023 р. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України, 2023. 268 с.*
20. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О. В. 2018. 488 с.
21. Колесніченко, О. С. Типи психологічної травматизації за різних рівнів психотравматичності бойового досвіду військовослужбовців Національної

гвардії України. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» 1, 2019. С. 290-295.

22. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.

23. Крук, І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation* 15, 2023. С. 50-56.

24. Лозінська, Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного Університету Оборони України, 2018. С. 65-73. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou\\_2018\\_2\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou_2018_2_11)

25. Малкова-Пих, І. Г., Мамайчук, І. І., Міллер, А., Молодик, І., Осипова, А. А., Пезешкіан, Н., Фoa, Б. Діагностико-корекційні можливості методу позитивної психотерапії у пізнанні психотравм особистості. *VIRTUS*, 2020. 43 с.

26. Мартинович О. О., Козар Ю. Ю. Психологічні наслідки війни для населення та їх корекція. Український вісник психоневрології 24 (4), 2016. С. 74-77.

27. Міхеєва, Л., Оксютівич, М. І Олійник, М. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs*. 4 2023. С. 6–15. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-1> .

28. Національний інститут психічного здоров'я:

29. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6. С. 68–72.

30. Підлісний Ю. Психологічні особливості переживання бойової психотравми комбатантами. *Юридична психологія* 33.2, 2023. С. 113-119.

31. Потапчук Л. В. Теоретичний аналіз дослідження проблеми переживання психотравмувальних ситуацій особистості. Психологічні перспективи.

Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології АПН України. Луцьк, 2013. Вип. 22. С. 217–224.

32. Предко Д. Є., Ларін Д. І. Релігійна віра як чинник подолання критичних життєвих ситуацій. Психологічний часопис. 4(8), 2017. С. 76-86.

33. Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. Львів: Колесо, 2011.

34. Романчук, О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії, 2012. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma>.

35. Савченко, І. Є. Вплив травматичних подій на психоемоційний стан особистості. Сучасна освіта в Україні: актуальні виклики та можливості. 98 с.

36. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології. Актуальні проблеми сучасної медичної психології: матеріали V науково-практичної конференції (м. Київ, 11–12 травня 2011 р.). К., 2011. С. 50–54.

37. Семенова, Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. Вісник національної академії Державної прикордонної служби України, 2012, 5 с.

38. Сігал, З. В., Тісдейл, Дж. Д. Когнітивна терапія депресії на основі уважності (2-е вид. ). Guilford Press, 2013. С.57-84.

39. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник / [Т.М. Титаренко, М.С. Дворник, В.О. Климчук та ін.]; за наук. ред. Т.М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

40. Стаднік І. До проблеми розуміння поняття «психологічна травма»: теоретичний аналіз. Психологія. Цінності. Особистість : міжнар. зб. наук. пр. [за ред. М. З. Степуляка, І. Ю. Філіппової]. Луцьк, 2016. С. 121–128.

41. Стеблюк, В. В., Проноза-Стеблюк К. В. Травма та травматерапія: історія та сьогодення. Український вісник психоневрології 26, вип. 4, 2018. С. 82-86.

42. Ткачишина, О. Р. Проблема ментального здоров'я в Україні: психологічний аналіз. *Habitus*, (53), 2023. С. 207-211.
43. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 160 с.
44. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. Питання психології. Вісник Національного університету оборони України. № 2 (55). 2020. С. 106-115. URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/214207/214292>
45. Тютюнник Л. Л. Поняття стресостійкості особистості в сучасному науковому дискурсі. *Габітус*. 2020. № 13. Т. 2. С. 158-163.
46. Христюк О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2017. № 2. С. 183–191.
47. Царенко, Л. Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика*, 1(3), 2019. С. 158-170.
48. Центр психічного здоров'я та реабілітації учасників бойових дій: Веб-сайт: <https://www.ptsd.va.gov/>
49. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
50. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ: Здоров'я, 2005. 120 с.
51. Шостак Н.В. Війна в Україні: психологічні наслідки та шляхи подолання. Видавництво : Нова Книга, 2015. 248 с.
52. Яцина, О. Стрес, криза, психотравма в дискурсі клінічної психології. Матеріали 77-ої підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Уклад. д. пед. н. Стеблюк СВ, 27-28 лютого 2023 року. Ужгород, 2023. 172 с.
53. Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L. M. (2020). Treatment outcomes in group-based cognitive behavioural therapy for chronic pain: An

- examination of PTSD symptoms. *European journal of pain* (London, England), 24(4), P. 807–817. <https://doi.org/10.1002/ejp.1530>.
54. Bisson, J., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 p. CD003388.
55. Buydens, S. L., Wilensky, M., & Hensley, B. J. (2014). Effects of the EMDR protocol for recent traumatic events on acute stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 102-112.
56. Colelli G., Patterson B. (2008). Three case reports illustrating the use of the protocol for recent traumatic events following the World Trade Center terrorist attack. *Journal for EMDR Practice and Research*, 2, 114–123.
57. EMDR. *Терапія наслідків психотравми / за ред.. Арне Гофманна. Львів: Свічадо, 2017. 259 с.*
58. Fernandez (2008). EMDR after a critical incident: Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 156–159.
59. Grainger R. D., Levin C., Allen-Byrd L., Doctor R. M., & Lee H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 665–672.
60. Haller, H., Mitzinger, D., Cramer, H. (2023). The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1101046. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1101046>
61. Hase, M. The structure of EMDR therapy: A guide for the therapist. *Frontiers in Psychology*, 12, 660753, 2021. Open access: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660753>
62. History of EMDR. EMDR.com. Retrieved February 21, 2018.
63. Ichii M. (1997). Application of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to survivors of the great Hanshin-Awaji earthquake: Treatment of less stress for stress disorder. *Japanese Journal of Biofeedback Research*, 24, 38–44.

64. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., & Degenhardt, L. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl 5), 1353383.
65. Laha M., Shacham M., Ayalon O. The «BASIC Pn» model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013. P. 53 – 68,
66. Murphy, D., Smith, K. V. (2018). Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 753–763. <https://doi.org/10.1002/jts.22333>
67. Olga Khazan (July 27, 2015). "EMDR Eye Movement Therapy for Victims of Trauma and PTSD - The Atlantic". The Atlantic.
68. Rizzo, A. A., Graap, K. M., Perlman, K., McLay, R. N., Rothbaum, B. O., Reger, G. M., & Bordnick, P. S. (2019). Virtual Iraq/Afghanistan: A randomized controlled trial of exposure therapy using virtual reality to treat combat-related PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 635-646.
69. Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guildford Press. ISBN 1-57230-672-6
70. Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. 2 (2): 199–223. doi:10.1002/jts.2490020207
71. Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., & Crosby, R. D. (2022). Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 52(3), 587–596. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004967>
72. Wilfred R. Pigeon, Hugh F. Crean, Catherine Cerulli, Autumn M. Gallegos, Todd M. Bishop, Kathi L. Heffner; A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment Posttraumatic Stress Disorder Treatment in Survivors of Interpersonal Violence. *Psychother Psychosom* 18 January 2022; 91 (1): 50–62.

73. Wright, S. L., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Bisson, J., Papola, D., Witteveen, A., ... & Sijbrandij, M. EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2024. P. 1-9.

ДОДАТКИ



## Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна)

**Інструкція:** Прочитайте уважно кожне з 20-ти приведених нижче тверджень і відмітьте, як Ви себе почуваєте зазвичай.

№	Твердження	Зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості та напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

**Показник ситуативної (реактивною) тривожності розраховується за формулою:**

$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35$ , де  $\sum 1$  – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;  $\sum 2$  – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше - тривожність висока.

## Шкала PCL-5 (ПЕРЕЛІК СИМПТОМІВ ПТСР)

**Інструкція:** далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони Вас турбували упродовж останнього місяця.

Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували		Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?					
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові повідношенні до близької людини)					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?					

18	Відчуття постійної напруги?					
19	Труднощі із зосередженістю?					
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

Оригінал: Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).

Переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. Не для комерційного використання! Not for commercial use!

### Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та Е.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

### Інтерпретація CAPS-5

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5 зазвичай використовується для постановки діагнозу ПТСР. CAPS-5 оцінює основні критерії цього розладу, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу та зміну тяжкості у процесі лікування. Пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно із настановою DSM-5:

- Критерій А – наявність травматичної події.
- Критерій В – 5 запитань стосовно симптомів інтрузії.
- Критерій С – 2 запитання щодо симптомів уникнення.
- Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій.
- Критерій Е – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості.
- Критерій F – тривалість симптомів (має бути >1 місяця).
- Критерій G – Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв В та С, а також 2 або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та Е. Тривалість

симптомів має складати >1 місяця. «Загальні рейтинги» є допоміжними для визначення ступеню функціональних порушень, тяжкості розладу, змін під час лікування, рівня деперсоналізації/дереалізації та валідності результатів.

**Інструкція:** подумайте про себе, коли Ви знаходитесь в кризі, сильному стресі. Зважте кожен вислів і поставте вибір у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

- 1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією
- 2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.
- 3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.
- 4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.
- 5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.
- 6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

№	ТВЕРДЖЕННЯ							
1	Я здаюся і покладаюся на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, – до прикладу, плачу, коли думаю про себе							
3	Я шукаю підтримки інших людей							
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, – наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці							
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми							
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, – або ж, навпаки, я їм та сплю більше, аніж зазвичай							
7	Я вірю у мої власні сили і мою здатність долати перешкоди							
8	Я висловлюю мої почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт							
9	Я веду бесіди з друзями по телефону							
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки – як спосіб пошуку вирішення проблеми							
11	Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення							
12	Я постійно займаю себе фізично працею – наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака							
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»							
14	Я звільняюся від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині							
15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї							

16	Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві						
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком						
18	Я використовую вправи для розслаблення						
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві						
20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію						
21	Я глибоко занурююсь у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу						
22	Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще						
23	Насамперед я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається						
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю підтюпцем						
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію						
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії						
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись						
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб						
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю найкращий з них						
30	Я намагаюся постійно займати себе якоюсь фізичною діяльністю						
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»						
32	Я даю вихід моїм емоціям						
33	Я пишу листи та е-мейли до друзів – з надією на їх відповідь						
34	Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх						
35	Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них						
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним/ною для того, щоб позбутися надлишку енергії						

<b>ВІРА</b>	<b>ЕМОЦІЇ</b>	<b>КОНТАКТИ</b>	<b>УЯВА</b>	<b>ЗНАННЯ</b>	<b>ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ</b>
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

Додаток Г.  
Кореляційна матриця даних

КОРЕЛЯЦІЙНА МАТРИЦЯ ДАНИХ		Стать	Вік	Сім'я	Служба	Психотерапі	Тривожність	Інтрुзії	Уникнення	Негативні	Реактивність	Віра	Емоції	Контакти	Уява	Знання	Фізична активність
ПТСР	Кореляція Пірсона	-.183	-.180	-.185	.210	-.214	<b>.361**</b>					-.126	.117	.120	-.020	.033	.009
	Двостороннє значення	.161	.170	.157	.108	.101	.005					.339	.375	.359	.877	.804	.947
	N	60	60	60	60	60	60					60	60	60	60	60	60
Шкала тривожності	Кореляція Пірсона	.186	-.019	-.096	.005	.155	1	<b>.315*</b>	<b>.255*</b>	<b>.323*</b>	<b>.403**</b>	-.106	.010	.018	-.026	-.070	-.070
	Двостороннє значення	.156	.884	.466	.969	.237		<b>.014</b>	<b>.049</b>	<b>.012</b>	<b>.001</b>	.419	.939	.891	.845	.596	.598
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Симптоми інтрुзії	Кореляція Пірсона	-.070	-.020	-.014	<b>.309*</b>	-.084	<b>.315**</b>	1	<b>.599**</b>	<b>.625**</b>	<b>.635**</b>	<b>-.330*</b>	-.147	-.186	-.221	<b>-.275*</b>	-.166
	Двостороннє значення	.596	.881	.915	<b>.016</b>	.524	<b>.014</b>		<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.010</b>	.262	.155	.090	<b>.034</b>	.206
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Симптоми уникнення	Кореляція Пірсона	.141	-.234	<b>-.275*</b>	-.011	-.158	<b>.255*</b>	<b>.599**</b>	1	<b>.592**</b>	<b>.585**</b>	<b>-.270*</b>	.042	-.012	<b>-.305*</b>	-.069	-.097
	Двостороннє значення	.282	.072	<b>.034</b>	.936	.228	<b>.049</b>	<b>&lt;.001</b>		<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.037</b>	.749	.927	<b>.018</b>	.601	.461
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Негативні думки та емоцій	Кореляція Пірсона	-.125	-.231	-.169	.243	-.202	<b>.323*</b>	<b>.625**</b>	<b>.592**</b>	1	<b>.852**</b>	-.180	.140	.063	.008	.033	.091
	Двостороннє значення	.342	.075	.197	.062	.122	<b>.012</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>		<b>&lt;.001</b>	.168	.287	.634	.949	.801	.489
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Симптоми надмірної реактивності	Кореляція Пірсона	-.095	-.220	-.096	<b>.264*</b>	-.109	<b>.403**</b>	<b>.635**</b>	<b>.585**</b>	<b>.852**</b>	1	-.198	.199	.125	.040	.008	-.014
	Двостороннє значення	.472	.091	.464	<b>.041</b>	.407	<b>.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>		.129	.126	.340	.761	.949	.917
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

\*\* . Кореляція значима на урвнє 0,01 (двостороння).

\* . Кореляція значима на урвнє 0,05 (двостороння).

## Порівняльний аналіз досвіду психотерапії

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ					
Показник	Психотерапія	№	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє значення похибки
Тривожність	Так, пройшов психотерапію.	7	<b>43.71</b>	11.884	4.492
	Так, проходжу психотерапію.	6	<b>56.00</b>	11.136	4.546
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	<b>58.45</b>	5.628	1.697
	Ні, не проходив психотерапію.	36	<b>52.42</b>	8.814	1.469
Симптоми інтрузії	Так, пройшов психотерапію.	7	7.57	5.940	2.245
	Так, проходжу психотерапію.	6	9.83	3.061	1.249
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	8.45	5.007	1.510
	Ні, не проходив психотерапію.	36	7.44	4.191	.699
Симптоми уникнення	Так, пройшов психотерапію.	7	2.14	1.773	.670
	Так, проходжу психотерапію.	6	4.33	2.338	.955
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	3.36	1.567	.472
	Ні, не проходив психотерапію.	36	2.17	1.935	.322
Негативні думки та емоції	Так, пройшов психотерапію.	7	<b>10.14</b>	8.572	3.240
	Так, проходжу психотерапію.	6	<b>18.67</b>	6.121	2.499
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	<b>12.82</b>	6.926	2.088
	Ні, не проходив психотерапію.	36	<b>9.61</b>	5.944	.991
Симптоми надмірної реактивності	Так, пройшов психотерапію.	7	<b>7.71</b>	6.102	2.306
	Так, проходжу психотерапію.	6	<b>16.50</b>	2.950	1.204
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	<b>12.73</b>	5.605	1.690
	Ні, не проходив психотерапію.	36	<b>9.31</b>	5.445	.907
ПТСР	Так, пройшов психотерапію.	7	<b>1.86</b>	1.215	.459
	Так, проходжу психотерапію.	6	<b>2.50</b>	.837	.342
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	<b>2.00</b>	1.183	.357
	Ні, не проходив психотерапію.	36	<b>1.58</b>	.770	.128
Віра	Так, пройшов психотерапію.	7	21.86	5.273	1.993
	Так, проходжу психотерапію.	6	17.50	7.503	3.063



	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	21.45	5.751	1.734
	Ні, не проходив психотерапію.	36	21.78	7.212	1.202
Емоції	Так, пройшов психотерапію.	7	<b>15.00</b>	3.215	1.215
	Так, проходжу психотерапію.	6	<b>16.17</b>	6.853	2.798
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	<b>17.36</b>	5.801	1.749
	Ні, не проходив психотерапію.	36	<b>14.00</b>	4.592	.765
Контакти	Так, пройшов психотерапію.	7	13.00	4.796	1.813
	Так, проходжу психотерапію.	6	14.17	5.947	2.428
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	16.27	7.390	2.228
	Ні, не проходив психотерапію.	36	14.31	5.192	.865
Уява	Так, пройшов психотерапію.	7	17.86	7.669	2.899
	Так, проходжу психотерапію.	6	13.50	6.804	2.778
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	19.27	6.084	1.834
	Ні, не проходив психотерапію.	36	17.36	5.827	.971
Знання	Так, пройшов психотерапію.	7	23.71	6.157	2.327
	Так, проходжу психотерапію.	6	23.17	9.261	3.781
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	24.36	7.903	2.383
	Ні, не проходив психотерапію.	36	23.94	7.885	1.314
Фізична активність	Так, пройшов психотерапію.	7	<b>18.00</b>	6.683	2.526
	Так, проходжу психотерапію.	6	<b>17.17</b>	10.147	4.143
	Ні, але планую пройти психотерапію.	11	<b>16.73</b>	4.798	1.447
	Ні, не проходив психотерапію.	36	<b>15.86</b>	6.617	1.103

*Додаток Е.  
Порівняльний аналіз за статтю*

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ					
Показник	Стать	№	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє значення похибки
Шкала тривожності	Чоловік	44	<b>51,80</b>	10.025	1.511
	Жінка	16	<b>55,81</b>	8.118	2.029
ПТСР	Чоловік	44	1,89	.993	.150
	Жінка	16	1,50	.730	.183
Симптоми інтрузії	Чоловік	44	<b>8,07</b>	4.697	.708
	Жінка	16	<b>7,38</b>	3.686	.921
Симптоми уникнення	Чоловік	44	<b>2,43</b>	2.005	.302
	Жінка	16	<b>3,06</b>	1.948	.487
Негативні думки та емоцій	Чоловік	44	<b>11,68</b>	7.348	1.108
	Жінка	16	<b>9,75</b>	5.422	1.356
Симптоми надмірної реактивності	Чоловік	44	<b>10,80</b>	6.282	.947
	Жінка	16	<b>9,56</b>	4.320	1.080
Віра	Чоловік	44	<b>21,66</b>	7.120	1.073
	Жінка	16	<b>20,31</b>	5.747	1.437
Емоції	Чоловік	44	<b>14,16</b>	4.695	.708
	Жінка	16	<b>17,13</b>	5.328	1.332
Контакти	Чоловік	44	14,48	5.900	.890
	Жінка	16	14,56	4.899	1.225
Уява	Чоловік	44	<b>17,55</b>	6.185	.932
	Жінка	16	<b>16,94</b>	6.455	1.614
Знання	Чоловік	44	<b>23,68</b>	8.319	1.254
	Жінка	16	<b>24,56</b>	5.645	1.411
Фізична активність	Чоловік	44	<b>15,66</b>	6.387	.963
	Жінка	16	<b>18,44</b>	6.995	1.749

## Порівняльний аналіз за сімейним станом

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ					
Показник	Сім'я	№	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє значення похибки
Шкала тривожності	Не одружений/не заміжня	33	<b>53.70</b>	7.703	1.341
	Одружений/заміжня	27	<b>51.85</b>	11.684	2.249
ПТСР	Не одружений/не заміжня	<b>33</b>	<b>1.94</b>	<b>.933</b>	<b>.162</b>
	Одружений/заміжня	<b>27</b>	<b>1.59</b>	<b>.931</b>	<b>.179</b>
Симптоми інтрузії	Не одружений/не заміжня	33	7.94	4.507	.784
	Одружений/заміжня	27	7.81	4.421	.851
Симптоми уникнення	Не одружений/не заміжня	33	<b>3.09</b>	2.156	.375
	Одружений/заміжня	27	<b>2.00</b>	1.617	.311
Негативні думки та емоцій	Не одружений/не заміжня	33	<b>12.21</b>	6.823	1.188
	Одружений/заміжня	27	<b>9.89</b>	6.897	1.327
Симптоми надмірної реактивності	Не одружений/не заміжня	33	<b>10.97</b>	6.366	1.108
	Одружений/заміжня	27	<b>9.85</b>	5.112	.984
Віра	Не одружений/не заміжня	33	21.36	6.087	1.060
	Одружений/заміжня	27	21.22	7.623	1.467
Емоції	Не одружений/не заміжня	33	<b>15.45</b>	5.209	.907
	Одружений/заміжня	27	<b>14.33</b>	4.764	.917
Контакти	Не одружений/не заміжня	33	<b>15.15</b>	6.027	1.049
	Одружений/заміжня	27	<b>13.70</b>	5.052	.972
Уява	Не одружений/не заміжня	33	<b>18.24</b>	6.869	1.196
	Одружений/заміжня	27	<b>16.33</b>	5.226	1.006
Знання	Не одружений/не заміжня	33	<b>25.03</b>	7.308	1.272
	Одружений/заміжня	27	<b>22.56</b>	7.997	1.539
Фізична активність	Не одружений/не заміжня	33	<b>17.33</b>	7.078	1.232
	Одружений/заміжня	27	<b>15.26</b>	5.920	1.139

*Додаток Ж.*  
*Порівняльний аналіз за віком*

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ					
Показник	Вік	№	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє значення похибки
Шкала тривожності	Від 18 до 26 років	25	53.08	9.513	1.903
	Від 27 до 39 років	25	52.76	10.313	2.063
	Від 40 до 55 років	10	52.60	9.264	2.930
ПТСР	Від 18 до 26 років	25	1.96	.841	.168
	Від 27 до 39 років	25	1.72	1.021	.204
	Від 40 до 55 років	10	1.50	.972	.307
Симптоми інтрузії	Від 18 до 26 років	25	<b>7.64</b>	3.707	.741
	Від 27 до 39 років	25	<b>8.52</b>	4.638	.928
	Від 40 до 55 років	10	<b>6.90</b>	5.685	1.798
Симптоми уникнення	Від 18 до 26 років	25	<b>3.12</b>	1.787	.357
	Від 27 до 39 років	25	<b>2.36</b>	2.215	.443
	Від 40 до 55 років	10	<b>1.90</b>	1.729	.547
Негативні думки та емоцій	Від 18 до 26 років	25	<b>12.60</b>	6.014	1.203
	Від 27 до 39 років	25	<b>11.04</b>	7.323	1.465
	Від 40 до 55 років	10	<b>7.90</b>	7.400	2.340
Симптоми надмірної реактивності	Від 18 до 26 років	25	<b>11.80</b>	6.021	1.204
	Від 27 до 39 років	25	<b>10.00</b>	5.408	1.082
	Від 40 до 55 років	10	<b>8.30</b>	6.019	1.904
Віра	Від 18 до 26 років	25	<b>20.28</b>	7.668	1.534
	Від 27 до 39 років	25	<b>22.36</b>	5.438	1.088
	Від 40 до 55 років	10	<b>21.20</b>	7.613	2.407
Емоції	Від 18 до 26 років	25	15.80	5.083	1.017
	Від 27 до 39 років	25	15.00	5.172	1.034
	Від 40 до 55 років	10	12.70	4.029	1.274
Контакти	Від 18 до 26 років	25	15.76	6.405	1.281
	Від 27 до 39 років	25	13.84	5.039	1.008
	Від 40 до 55 років	10	13.00	4.595	1.453
Уява	Від 18 до 26 років	25	<b>18.24</b>	7.025	1.405
	Від 27 до 39 років	25	<b>17.36</b>	6.123	1.225
	Від 40 до 55 років	10	<b>15.30</b>	3.773	1.193
Знання	Від 18 до 26 років	25	<b>23.96</b>	8.091	1.618
	Від 27 до 39 років	25	<b>24.60</b>	7.077	1.415
	Від 40 до 55 років	10	<b>22.10</b>	8.465	2.677
Фізична активність	Від 18 до 26 років	25	17.00	6.318	1.264
	Від 27 до 39 років	25	17.04	7.441	1.488
	Від 40 до 55 років	10	13.30	4.423	1.399