

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особливості прояву ПТСР в цивільного населення, яке перебуває в
зоні бойових дій та вплив методу КПТ на зменшення цих ознак**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-223
групи

Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія

Пупенко Г.І.

(прізвище та ініціали)

Керівник

к.психол.н,

Іванова Є.О.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	8
1.1. Поняття про посттравматичний стресовий розлад	8
1.2. Фактори розвитку посттравматичного стресового розладу	12
1.3. Когнітивно-поведінкова модель розуміння травми та формування посттравматичного стресового розладу	20
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ II ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ	31
2.1. Методологічний апарат та організація емпіричного дослідження	31
2.2. Характеристика вибірки дослідження	37
Висновки до розділу 2	42
РОЗДІЛ III АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ	43
3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих даних	43
3.2. Техніки когнітивно-поведінкової терапії для подолання наслідків ПТСР	56
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТКИ	83

ВСТУП

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це виснажливий стан психічного здоров'я, який може виникнути в відповідь на пережиту травматичну подію чи свідокство про неї. Він характеризується нав'язливими думками, спогадами, нічними жахами, поведінкою уникнення та підвищеним збудженням. ПТСР значно впливає на повсякденне функціонування та якість життя людей, а отже є серйозною проблемою охорони здоров'я у всьому світі. Оскільки для формування ПТСР не є обов'язковою пряма участь у травматичній події (наприклад, в бойових діях), свідки (цивільні) також перебувають у зоні високого ризику.

Згідно статистичні МОЗ України, у 2023 році кількість пацієнтів лише з підтвердженим діагнозом ПТСР збільшилася в чотири рази порівняно з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 (станом на березень) кількість пацієнтів з ПТСР фактично дорівнює числу за весь 2021 рік (МОЗ України, 2023).

Для психологічної допомоги особам із ПТСР існує кілька основних методів психотерапії. Ключовою ознакою їх диференціації є ступінь орієнтованості на опрацювання травматичного досвіду. Найчастіше використовують когнітивно-поведінкову психотерапію, та засновану на травмі (ТФКПТ). Також активно застосовуються її окремі підходи, що відрізняються ступенем переважання експозиційних та власне когнітивних технік. Наприклад: когнітивна психотерапія, спрямована на корекцію оцінкових суджень та сприйняття травматичного досвіду; когнітивно-процесуальна психотерапія, що дозволяє замінити дезадаптивні когнітивні схеми на більш адаптивні; КПТ з пролонгованою експозицією, орієнтована на збільшення здатності переносити неприємні відчуття, пов'язані зі спогадами про травму; нарративна експозиційна терапія, що надає можливість інтегрувати травматичні спогади до біографічної лінії людини.

Теоретико-методологічна база дослідження.

Проблема проявів посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного стану знаходить відображення в роботах таких вчених, як А. Shalev, I. Liberzon, R. Johnson, O. Antonaccio, T. Hoppen, N. Morina, C. Marmar, W. Schlenger, C. Henn-Haase, E. Purchia, E. Beierl, L. Lebois, K. Ressler, J. Suh, R. Fenster, C. Philippi, M. Koenigs, A. Mikedis, S. Hayes, M. Shenton, R. Pitman, O. Bonne, H. Zhu, Y. Meng.

Зокрема, проблема вивчення ПТСР в умовах російсько-української війни впродовж 2022-2024 років досліджувалася такими українськими вченими, як А. Pisaruk, V. Shatilo, V. Chyzhova, N. Koshel, L. Pisaruk, L. Zasiékina, S. Zasiékin, V. Kuperman та ін.

Вивчення когнітивно-поведінкової моделі формування ПТСР та дослідження ефективності терапії відображені в роботах таких вчених, як Н. Murray, N. Grey, A. Kerr, J. Wild, D. Clark, A. Ehlers, A. Lenz, S. Ross, E. Brown, W. Chaplin, K. Trottier, C. Monson, R. Crosby, D. Murphy, K. Smith, B. Wagner, M. Heinrich, J. Reed, T. Dalgleish, K. Dillon, P. Resick, M. Steenkamp, M. Uddin.

При розгляді надання психологічної допомоги особам з ПТСР в першу чергу ми опираємося на наукові здобутки Д. Коен, яка розробила травмафокусовану когнітивно-поведінкову терапію. А. Бек – основоположник когнітивної терапії ПТСР; Е. Фoa досліджувала тривалу експозицію ПТСР; Р. Брайант досліджував когнітивно-поведінкові втручання, орієнтованих травму; М. Клуатре – розробник тренінгу з розвитку навичок афективного та міжособистісного регулювання (STAIR) при ПТСР; Р. МакНеллі досліджував когнітивні процеси при ПТСР; тощо.

На основі розгляду наукової літератури було виявлено, що значну увагу приділено вивченню ПТСР серед військовослужбовців, проте дослідження проявів цього розладу у цивільного населення є менш розвиненим напрямом. Це створює прогалини у розумінні специфіки розвитку та проявів ПТСР у різних соціальних групах, що, в свою чергу, ускладнює надання ефективної

психологічної допомоги. Дослідження ПТСР серед цивільних осіб дозволить заповнити ці прогалини та буде сприяти поглибленню знань. Зважаючи на вищезазначене була обрана тема дипломної роботи: «Застосування методу КПТ при ПТСР у цивільного населення, яке перебувало у зоні активних бойових дій».

Мета дипломної роботи: дослідити особливості посттравматичного стресового розладу у цивільного населення що перебувають в зоні бойових дій.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження: особливості та зміст проявів ПТСР у цивільного населення.

Завдання дослідження:

1) проаналізувати наукову літературу на тему ПТСР: описати критерії, фактори ризику розвитку травматизації по посттравматичному типу, психологічні особливості цивільних осіб які перебували в зоні активних бойових дій.

2) описати модель розуміння травми та формування посттравматичного стресового розладу з позиції КПТ.

3) емпірично виявити клінічну картину проявів ПТСР.

4) порівняти вираженість симптомів ПТСР у вибірок дослідження.

5) описати техніки когнітивно-поведінкової терапії що спрямовані на зменшення вираженості проявів ПТСР у цивільного населення.

Гіпотеза дослідження: група вибірки (основна) яка проживає на території України в небезпечній близькості до лінії фронту – більш виражена травматизація та симптоматика ПТСР у порівнянні з групою вибірки (контрольна) яка проживає більш віддалено від лінії фронту.

Вибірку дослідження склали 60 респондентів основної (проживають близько до лінії фронтів, в зоні бойових дій) та 30 – контрольної групи (проживають у відносно безпечних регіонах західних областей України - Львівська обл., Закарпатська обл.). Дослідження проводилося анонімно,

респондентам пропонувалося заповнити комплекс методик із можливістю отримання зворотного зв'язку з особистими результатами респондента на електронну пошту. Методики було представлено учасникам на платформі гугл-форми.

Були використані наступні **методи дослідження:**

Теоретичні методи: аналіз наукової літератури щодо проблеми дослідження; термінологічний аналіз, порівняльний аналіз.

Емпіричні методи:

психодіагностичні методики:

- CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5).
- Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).
- Самопочуття, активність, настрої (САН).
- Опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва.

Статистичний аналіз та обробка даних: кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта кореляції r-Спірмена; критерій Т-Вілксона; описова статистика. Для обробки даних використовувалося програмне забезпечення MSExcel 2007, Jamovi.

Теоретична значущість кваліфікаційної роботи: отримані результати дослідження мають значний вплив на розуміння механізмів формування травматичних переживань та розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в контексті когнітивної моделі. Поглиблене дослідження цих механізмів дозволяє більш детально розглядати взаємозв'язки між різними когнітивними процесами, що відбуваються в свідомості особи під час та після травматичної події. Зокрема, розширене розуміння ролі когнітивних спотворень, автоматичних думок та емоційних реакцій сприяє створенню більш точних та ефективних терапевтичних інтервенцій. Дослідження також вносить свій вклад у розвиток теоретичних моделей ПТСР, що може слугувати основою для майбутніх наукових розвідок у цій галузі.

Практична значущість кваліфікаційної роботи: результати емпіричного дослідження, представлені в даній кваліфікаційній роботі, мають важливе практичне значення для надання психологічної допомоги цивільним особам, що постраждали від воєнних дій. Описані рекомендації можуть бути використані фахівцями в галузі психології для розробки та впровадження ефективних методів психотерапії та психологічної підтримки. Ці рекомендації охоплюють підходи до діагностики, профілактики та терапії ПТСР, а також стратегії подолання наслідків травматичних подій. Практичні висновки можуть бути інтегровані в програми підготовки психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють з постраждалими, що сприятиме підвищенню якості психологічної допомоги та реабілітації.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Поняття про посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це «серйозний і тривалий психіатричний розлад, який виникає після впливу травматичних подій, таких як бойові дії, терористичні акти, стихійні лиха, сексуальне насильство або навіть серйозні дорожньо-транспортні пригоди» (DSM-5).

Статистично, поширеність ПТСР протягом життя становить 1,3%–12,2%, а поширеність протягом 12 місяців коливається від 0,2% до 3,8% (Karam). Нещодавню пандемію коронавірусної хвороби (COVID-19) описують з відносно високою частотою симптомів посттравматичного стресового розладу в діапазоні від 7 до 53,8% (Xiong). Клінічні прояви посттравматичного стресового розладу різняться і симптоми суттєво збігаються між посттравматичним стресовим розладом та іншими психіатричними захворюваннями, такими як депресія, тривога та зловживання психоактивними речовинами (Levine). Приблизно 91% осіб з діагнозом ПТСР відповідають критеріям інших психіатричних діагнозів. Емоційні реакції, засновані на страху і довготривалі негативні емоції є поширеними симптомами ПТСР, які не тільки впливають на життя пацієнтів та їхніх сімей, але й спричиняють важке випробування для психічного здоров'я (Diao).

В історичному контексті розвитку знань про ПТСР умовно можна виділити два основних періоди: до 1980 року і «сучасний» період.

На рисунку 1.1. хронологічно представлені вищеописані варіанти термінів для посттравматичного стресового розладу.

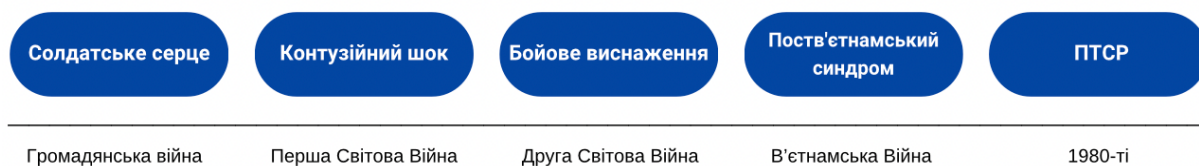


Рис 1.1. Історична термінологія для посттравматичного стресового розладу (Diao et al., 2022)

В ранніх публікаціях клінічна симптоматика, типова для ПТСР, позначалася широким спектром різних назв: «залізничний синдром спинного мозку», «травматичний невроз», «солдатське серце», «операційна» або «бойова втома», «серцево-судинний невроз», «невроз бою», «синдром напруги», «військовий невроз», «травматичні неврози війни», «невроз переляку», «психогенні реакції воєнного часу», «неврастенічний психоз», «реактивний психоз» та ін. (Shalev).

За часів Американської Громадянської Війни був введений термін «солдатське серце». В джерелах часів Першої світової війни можна зустріти термін «контузійний шок», від якого страждали вцілілі солдати після бою. Концепція контузійного шоку була першим розладом, пов'язаним з бойовими діями, який включав загальні психіатричні симптоми, але зв'язок між психологічною травмою та неврозом війни залишався неясним (Lasiuk). Під час Другої світової війни «бойове виснаження» або «бойова втома» використовувалися для опису посттравматичних стресових розладів замість «контузійного шоку» для бойових психіатричних випадків. Рівень поширеності ПТСР коливався від 1,9 до 10,8% у кількох країнах Західної Європи серед тих, хто пережив Другу світову війну, переважно серед цивільного населення (Corvalan). У 1970-х роках майже 25% усіх ветеранів війни у В'єтнамі потребували психологічної допомоги чи терапії, навіть деякі солдати, які пережили війну лише «низької інтенсивності». В джерелах тих часів вже можна зустріти термін «поств'єтнамський синдром» (Lasiuk).

Важливим концептуальним кроком після війни у В'єтнамі 1980 року стало виділення у третьому перегляді діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів США (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-III) особливої діагностичної одиниці «посттравматичного стресового розладу».

Діагностичні критерії ПТСР удосконалювалися протягом кількох десятиліть і були оновлені в останній версії DSM-5 (DSM-5). Тепер у DSM-5 посттравматичний стресовий розлад відноситься до категорії «розлади, пов'язані з травмою та стресом». Крім того, через високу коморбідність між ПТСР та іншими психічними розладами, діагностованими на основі DSM, Міжнародна класифікація хвороб 11-го видання (МКХ-11), опублікована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), також широко використовується для діагностики ПТСР (ICD-11). Хоча кластери симптомів відрізняються в певних аспектах, обидві діагностичні категорії детально описують симптоми ПТСР. Тож в рамках даної роботи ми зосередимося на останній редакції DSM-5 та МКХ-11.

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу згідно DSM-5 та ICD-11.

Діагноз ПТСР базується на кількох специфічних симптомах після впливу травматичної події, а DSM-5 та ICD-11 (МКХ-11) є найбільш прийнятними критеріями серед усіх діагностичних рекомендацій щодо ПТСР на даний момент.

У DSM-5 описано 20 симптомів ПТСР у чотирьох кластерах симптомів (рис. 1.3.), включаючи:

- А.** «п'ять симптомів інтрузії, вторгнення спогадів (дослівно *flashback*),
- В.** два – активного уникнення,
- С.** сім – негативних змін в думках та емоціях,
- Д.** шість змін у рівні збудження (за «гіпер» типом)» (DSM-5).

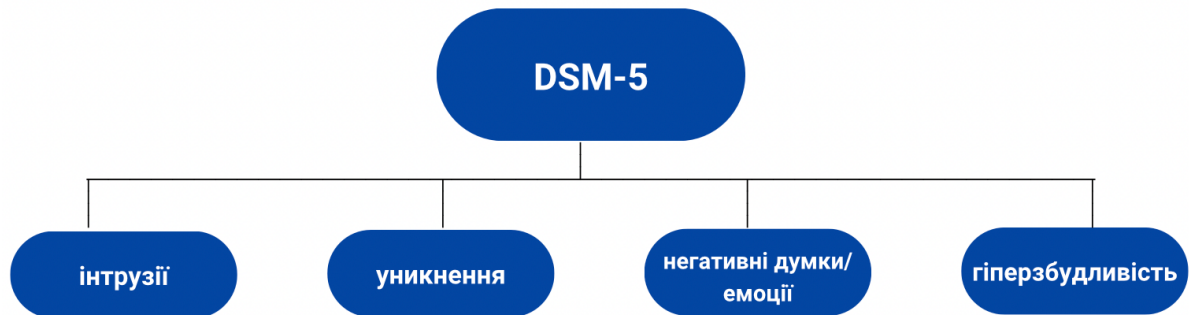


Рис 1.2. Діагностичні критерії ПТСР за DSM-5

Діагноз «посттравматичний стресовий розлад» констатується за умови наявності впливу травми, яка супроводжується принаймні одним симптомом вторгнення спогадів, одним уникнення, двома настрою і двома симптомами збудження. Усі симптоми мають зберігатися більше ніж 1 місяць (в інших випадках можемо розглядати симптоматику гострого стресу).

Слід зазначити, що деякі критерії ПТСР у DSM-5 збігаються з іншими психіатричними діагнозами, такими як депресія, тривога, порушення сну, труднощі зосередження та дратівливість. Тож важливим завданням є коректна діагностика.

На відміну від DSM-5, у МКХ-11, варіанті ВООЗ від 2018 року, критерії ПТСР включають шість симптомів у трьох кластерах, в кожному з яких по два симптоми, а постановка діагнозу вимагає принаймні одного симптому з кожного кластеру (рис. 1.4.):

- А.** «повторне переживання травматичної події,
- В.** уникнення травматичних нагадувань,
- С.** постійне відчуття загрози» (ICD-11).

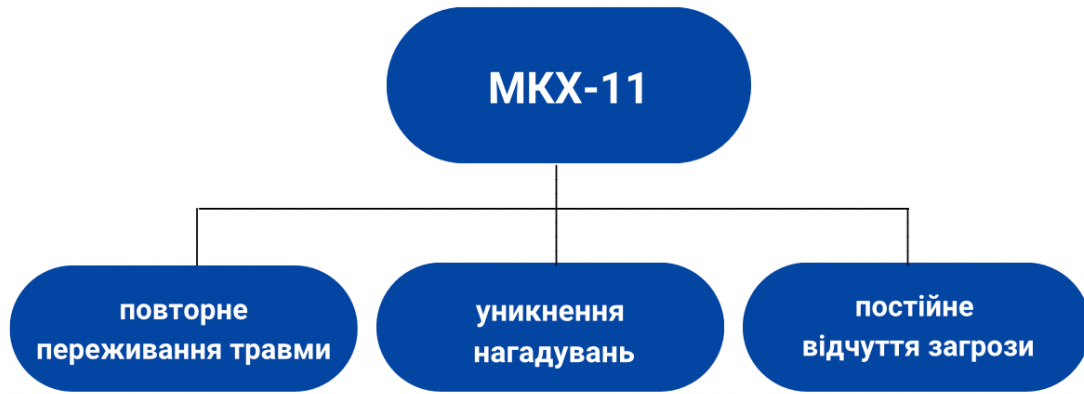
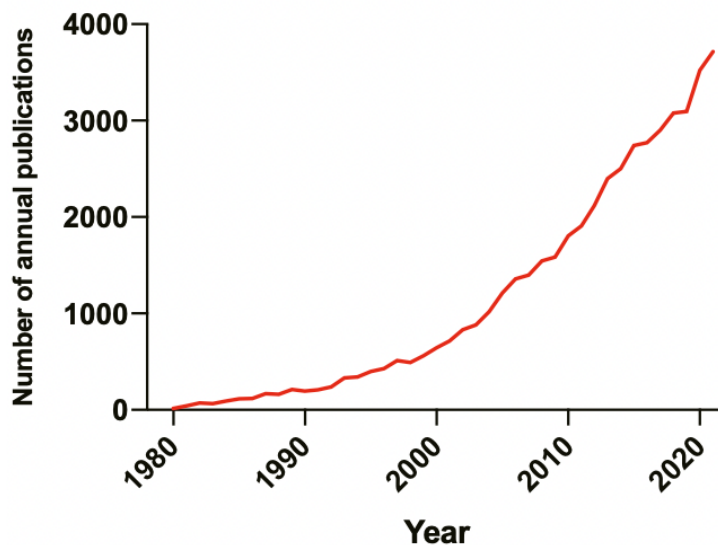


Рис 1.3. Діагностичні критерії ПТСР за МКХ-11

Критерії посттравматичного стресового розладу в МКХ-11 описуються мінімальним набором симптомів, а також виключаються багато неспецифічних симптомів ПТСР (наприклад, порушення сну, проблеми з концентрацією та дратівливість). Звідси виходить, що поширеність посттравматичного стресового розладу за МКХ-11 значно нижча, ніж поширеність ПТСР за DSM-5 (Nyland). Відмінністю є запропонований в МКХ-11 споріднений розлад під назвою комплексний ПТСР (КПТСР), що означає ПТСР із порушеннями самоорганізації.

1.2. Фактори розвитку посттравматичного стресового розладу

Відколи посттравматичний стресовий розлад був вперше офіційно представлений у 1980 році, було опубліковано численні дослідження (рис. 1.4.) багато з яких досліджували складну патофізіологію посттравматичного стресового розладу у пацієнтів.



*Рис 1.4. Динаміка кількості публікацій про ПСТР з 1980 по 2021 рік
(Diao et al., 2022)*

З опублікованих на сьогодні досліджень можна зібрати об'ємний масив даних, в яких описані різноманітні механізми, які обумовлюють розвиток посттравматичного стресового розладу.

Загалом, виділяють наступні фактори, що провокують розвиток посттравматичного стресового розладу:

- знаходження в зоні військового конфлікту;
- втрата батьків;
- сексуальне насильство;
- фізичний та психологічний тиск;
- домашнє насильство;
- загроза життю;
- перебування в небезпечній для життя ситуації, обумовленої природними чи техногенними катастрофами (Diao et al.,).

Добре задокументовано, що ПСТР розвивається внаслідок нездатності людини впоратися з екзогенним психотравмуючим впливом надзвичайного характеру. Гострі стресові реакції є нормальною відповіддю на травматичну

подію у людей. При цьому з особистістю відбуваються глибокі трансформації: руйнується базова ілюзія безсмертя, руйнуються ціннісно-сміслові структури особистості. Відбувається фіксація на момент травми. Це коли відбувається розрив між «я-минулим» та «я-справжнім», і та перша гостра симптоматика, яка виникає під впливом «ситуації», і яка пов'язана з загрозою життю, безпеці та благополуччю. У когнітивних моделях ПТСР, які в даний час знайшли підтвердження в дослідженнях з використанням сучасних можливостей нейровізуалізації, патогенез ПТСР тісно пов'язаний з порушенням процесів переробки інформації та інтеграції травматичного досвіду в загальну біографічну пам'ять пацієнт, що пояснює фіксацію на травматичній події і численні нав'язливі стани.

На основі приведених вище критеріїв діагностики, опишемо основні психологічні симптоми, які характерні при посттравматичному стресовому розладі: багаторазове переживання психотравмуючої події, уникнення, підвищена збудливість (DSM-5).

1. Симптоми першого кластеру описує психотравмуючу подію як екстремальну, яка викликала сильні емоції, як правило, страх. Його багаторазове переживання є нав'язливими спогадами, які вторгаються і в повсякденне життя, і навіть коли людина перебуває у стані сну. Людина поводиться і почувається так, ніби пережита екстремальна подія відбувається знову. Іноді таке повторне переживання виникає раптово, як болісний напад тривоги, яка здається безпричинною. Насправді причиною нападу часто стає якась подія, місце, дата, тощо, які чимось нагадують людині про пережиту травму. В інших випадках переживання представлені тривожними снами, що повторюються, часто нічними кошмарами, вони бувають настільки сильними, що людина різко прокидається з криками жаху і з прискореним серцебиттям.

2. Симптоми другого кластеру описуються тим, що людина з ПТСР уникає будь-яких нагадувань про пережиту ситуацію. Нагадуванням можуть бути думки, почуття, розмови про подію, чи місця і люди. Зачасту (особливо на

початкових етапах) у людини різко знижується інтерес до звичного їй життя: до роботи, сім'ї, соціальних подій, людина стає відчуженою і уникає інших. Люди, які страждають на ПТСР, часто кажуть, що вони стали байдужими, особливо до близьких людей – дружини, дітей, друзів. Навіть відчуваючи позитивні емоції, вони можуть висловити їх, змушуючи членів сім'ї почуватися відкинутими.

3. Симптоми третього кластеру, а саме підвищеної збудливості при ПТСР та постійному відчутті загрози пояснюються тим, що навіть найменші подразники викликають бурхливу реакцію та інтенсивне хвилювання, почуття страху та збудження одночасно. Наприклад, відомо, що ветерани війн іноді поведуться так, ніби довкола йдуть бойові дії: неочікуваний гучний звук змушує їх кидатися на землю або шукати укриття. Іноді виникають панічні атаки. Під час таких нападів у людини виникає гіпервентиляція, тахікардія, запаморочення та нудота. Симптоми ПТСР формуються протягом усього періоду хвороби і не обов'язково знижуються при припиненні дії травматичного фактору, їх інтенсивність може змінюватися, навіть посилюватися при хронічному стресі (Zakse).

За останнє десятиріччя активно вивчаються зміни при посттравматичному стресовому розладі на нейронному рівні, зокрема за допомогою інструментів магнітно-резонансної томографії (МРТ), функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ), позитронно-емісійної томографії (ПЕТ).

Спостереження за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ) пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом порівняно зі здоровими особами контрольної групи виявили, що об'єм сірої речовини був значно зменшений у певних областях мозку, включаючи ліву передню поясну звивину, лівий острівець, праву парагіппокампову звивину, медіальну префронтальну кору (mPFC), лівого гіпокампу, лівої середньої скроневої звивини та правої верхньої лобової звивини (Meng). Зміни в об'ємі сірої речовини можуть лежати в основі дисфункції пам'яті страху при посттравматичному стресовому розладі,

а також можуть пояснити тривалі когнітивні порушення в осіб із ПТСР. Хоча і ряд досліджень МРТ показали, що зменшення об'єму гіпокампу може змінюватись залежно від тяжкості симптомів, все ще не описані результати щодо того, чи зменшується об'єм гіпокампу у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (Bonne; Diao).

Спостереження за використанням функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ) і позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) показали підвищену активність амігдали, дорсальної передньої поясної кори (dACC) і острівцевої кори, а також зниження активності вентромедіальної PFC (vmPFC) і гіпокампу в осіб з ПТСР (рис. 1.5).

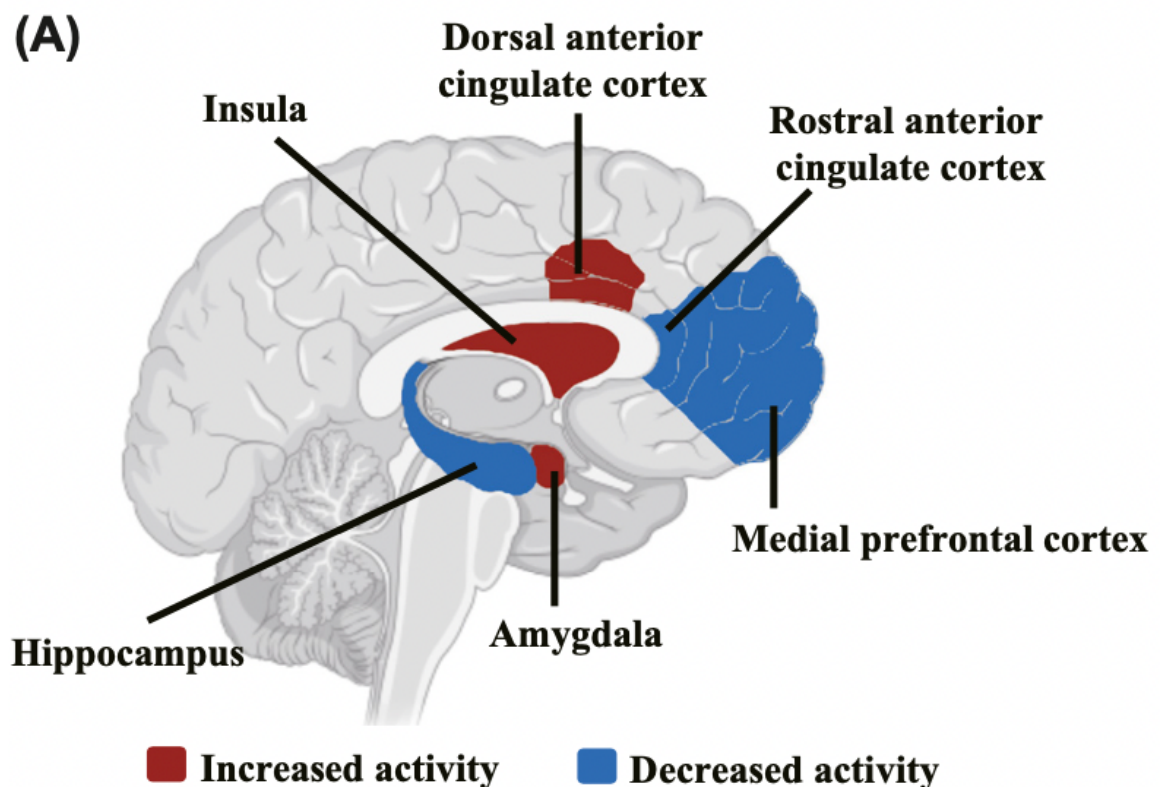


Рис 1.5. Підвищена активність в ділянках мозку у осіб з ПТСР (Diao et al., 2022)

Мигдалина головним чином відповідає за виявлення загроз, реакцію страху та пам'ять, а отже є важливою структурою у випадку посттравматичного

стресового розладу (Hayes; Sun). Багато досліджень повідомляють, що гіперактивність мигдалеподібного тіла може бути виявлена при впливі стимулів, пов'язаних із травмою. Дослідники припускають, що гіперактивність мигдалеподібного тіла може бути пов'язана з умовним навчанням страху та пам'яттю (Diao). Пацієнти з ПТСР також демонструють підвищену активацію в мигдалині, коли вони стикаються з травматичними тригерами та спогадами.

В дослідженнях повідомляється про те, що саме вентромедіальна PFC (vmPFC) здатна регулювати активність мигдалини та пригнічувати реакцію страху (Motzkin); таким чином, vmPFC також відіграє вирішальну роль у мережі, пов'язаній зі страхом. Дійсно, експериментальна група демонструє знижену активацію в області vmPFC порівняно з контрольною групою під час виконання емоційно-забарвлених завдань, пов'язаних зі стимулами травми (Motzkin). А отже, знижена активація в області vmPFC може призвести до нездатності регулювати діяльність мигдалини. Гіпокамп, який має вирішальну роль у формуванні свідомих очікувань загрози, сприяє умовному навчання страху, а пацієнти з ПТСР демонструють знижену активність гіпокампа. Гіпокамп відіграє важливу роль у зберіганні спогадів страху та в інтеграції спогадів під час відновлення (Fenster). Більше того, дисфункція гіпокампу може призвести до когнітивних розладів і розладів пам'яті у пацієнтів із ПТСР.

Отже, як можна побачити з приведеного огляду досліджень пацієнтів з ПТСР, за останні роки значно розширилося наше розуміння формування травми на нейробіологічному рівні. Хоча практична значущість для психотерапії осіб з ПТСР лишається спірною, ці знання принаймні є важливими для проведення психоосвітньої роботи, що лежить в основі когнітивно-поведінкової терапії, якій і присвячена дана робота.

Ризики посттравматичного стресового розладу для цивільного населення.

Посилаючись на дослідження посттравматичного стресового розладу під час збройних конфліктів виявлено, що більшість з них зосереджено на комбатантах, особливо тих, хто служив у збройних силах, проте останнім часом (за версією PubMed) повідомляється, що оцінки поширеності посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення, яке зазнало конфлікту, становлять від 15,3 до 26%.

Проведений мета-аналіз абсолютних чисел поширеності ПТСР Норрен Могіна в період з 1989 до 2015 року констатує про 354 мільйони дорослих, що вижили після війни, страждають від ПТСР та/або клінічної депресії, і з них близько 117 мільйонів страждають від обох станів (Норрен). Ці висновки відповідають мета-аналізу, проведеному Steel з колегами, які повідомили, що близько 30% населення, які знаходилися в умовах збройного конфлікту та переміщення, страждають від ПТСР та/або клінічної депресії (Steel).

Починаючи з 2000 року ПТСР досліджували на основі війн в Афганістані, Іраку, Лівії, Сирії тощо. Найперші дослідження посттравматичного стресового розладу в основному зосереджувалися на тих, хто вижив, і ветеранах, які пережили бойові дії. Було показано, що 12,2% чоловіків-ветеранів США у В'єтнамі мали посттравматичний стресовий розлад, тоді як поширеність становила приблизно 8,5% серед жінок-ветеранів; 26,2% живих ветеранів театру відповідали критеріям CAPS-5 для ПТСР (Marmar).

Крім того, приблизно у 21,8% з 289 328 ветеранів війни в Афганістані та Іраку було діагностовано ПТСР протягом 6 років з 2002 по 2008 рік (Marmar). З 1985 по 2015 рік приблизно 1,45 мільярда людей у всьому світі пережили війни, серед яких приблизно 1 мільярд були дорослими, а поширеність ПТСР серед цих дорослих становила 23,81% (Marmar).

Починаючи з 2022 року все частіше стали з'являтися наукові роботи на матеріалах російсько-української війни, зокрема досліджувалися і цивільні (внутрішньо переміщені особи, емігранти, вибірки різних вікових категорій).

Наприклад, Johnson, Antonaccio та Botchkovar в 2022 році (Johnson) досліджували українських цивільних осіб та ВПО, які проживали у містах Львів та Харків (відносно віддалене від лінії фронту місто та навпаки), з метою оцінки поширеність симптомів ПТСР в обох групах. Представимо результати в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Поширеність кластерів симптомів ПТСР серед цивільних осіб (Johnson et al., 2022)

	UDPs	IDPs
	(n = 1247) (%)	(n = 300) (%)
<i>DSM 5 PTSD clusters and PTSD Screening Score (PSS)</i>		
Criterion B: intrusion or re-experiencing (one required)	43.1	75.3
Criterion C: avoidance (one required)	29.9	54.0
Criterion D: negative thoughts or feelings (two required)	30.0	60.0
Criterion E: arousal or reactivity (two required)	19.3	48.3
DSM 5 PTSD Screening Score (PSS)	8.3	26.3

Як можна побачити з отриманих результатів, поширеність прояву симптомів ПТСР значно вища у внутрішньо переміщених осіб (26,3%).

В рамках теми нашої роботи нас цікавлять головним чином дослідження, які вказують на різницю проявів симптомів ПТСР у цивільних, які перебували в більше безпечних регіонах та тих, хто проживав біля лінії фронту, а подібні дослідження на даний момент все ще не отримали достатньої наукової розробки.

Нашому науковому інтересу відповідає, наприклад, дослідження Pisaruk з колегами (Pisaruk), які порівнювали українську вибірку яка проживала в зоні бойових дій, евакуйована (біженці) та вибірку осіб, які проживали в відносно безпечних областях. Результати показали, що у групах людей, які були біженцями або перебували в зоні бойових дій, порівняно з людьми, які не зазнали воєнного впливу, вищий середній бал, вищий рівень суб'єктивної

оцінки пережитого стресу та більший відсоток вибірки з діагнозом ПТСР. При порівнянні біженців і осіб, які перебували в зоні бойових дій, істотних відмінностей у показниках не виявлено. Водночас у групі осіб, які перебували в зоні бойових дій, найбільша захворюваність на ПТСР (Pisaruk).

Отже, особливої актуальності набирає дослідження особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб, які постраждали внаслідок російсько-української війни, чому і буде присвячена дана магістерська робота.

1.3. Когнітивно-поведінкова модель розуміння травми та формування посттравматичного стресового розладу

Відомо, що хоча більшість людей впродовж життя зазнають впливу однієї чи кількох травматичних подій, проте лише у меншості з них надалі розвивається ПТСР, а отже, актуальним напрямком буде дослідження механізмів формування травми та її підтримуючих факторів в межах когнітивної моделі.

Когнітивний підхід пояснює процес формування травми таким чином, що спричинені травматичні події значно впливають на вже існуючі схеми людини, і таким чином, їй важко осмислити подію та типовою є поведінка уникнення – як на рівні когніцій, так і поведінки (Foa et al).

Після травматичної події жертва травми суперечить деяким базовим позитивним схемам («Світ безпечний», «Я можу впоратися з подіями») про себе, своє оточення та світ і не може знову застосовувати адаптивну поведінку, маючи труднощі в осмисленні травматичної події. Людина, у якої розвиваються ірраціональні когніції у відповідь на травматичну подію, активує мозкову структуру страху (активація амігдала, дисфункція гіпокампу, тощо), що

викликає інтенсивні емоційні реакції та людина обирає стратегію уникати своїх думок, щоб позбутися емоції страху.

Цей процес стає замкнутим колом (в КПТ це має назву «цикл») для людини, яка робить спроби осмислити подію та спроби уникнути її. Ефект травми набуває безперервності через надмірне збудження. На цьому етапі когнітивна терапія спрямована на роботу з ірраціональними когніціями жертви травми, щоб реструктурувати їх і таким чином зробити травматичну подію більш збалансованою (Monson et al). Втручання з когнітивної реструктуризації спрямовані на роботу зі специфічними для травми автоматичними думками, дисфункціональними припущеннями та негативними схемами для переосмислення структури страху (Simsek).

Отже, для початку варто розглянути когнітивну модель формування травми та типового циклу, яким супроводжується посттравматичний стресовий розлад

Оскільки травматичні події є вкрай раптовими та неочікуваними, вони «кидають виклик» базовим переконанням людини і призводять до труднощів у осмисленні події. У той час як деякі симптоми, такі як посттравматичний страх, спалахи гніву або загальний стан збудження, спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу в деяких осіб, деякі не мають проявів травми через такі фактори, як сімейна та соціальна підтримка та психологічна стійкість (резильєнтність) (Wilson et al). Науковцями було запропоновано декілька когнітивних моделей, аби спробувати пояснити, як розвивається ПТСР та якими механізмами супроводжується. В контексті даної роботи нам важливо це розуміти аби мати змогу підібрати найбільш адаптивний інструментарій для створення власної програми когнітивно-поведінкової терапії для роботи з цивільними особами.

(1) Модель мережі страху Фoa та Kozak's.

Дана модель констатує, що коли людина переживає травматичну подію, вона створює в пам'яті «структуру страху», щоб уникнути небезпеки надалі, і

досягає цього в три етапи. Ці три етапи визначаються як формування та активація мережі страху та стратегії подолання, щоб уникнути спогадів про травматичну подію (більш детально на рисунку 2.1.)

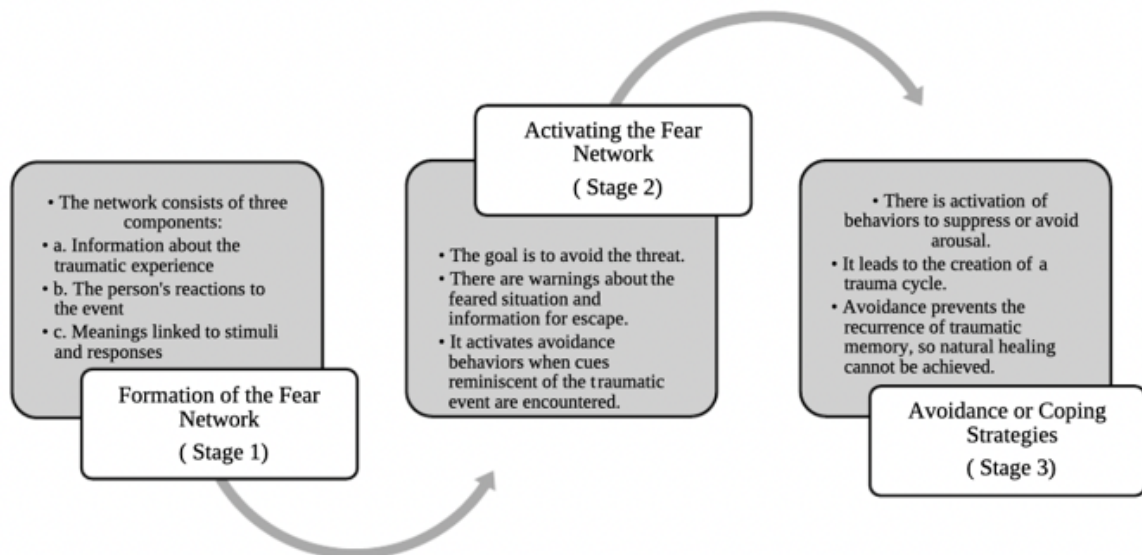


Рис. 2.1. Модель мережі страху Foa та Kozak's

Згідно з моделлю, коли травматична подія кидає виклик існуючим схемам особистості (наприклад, «Безпечний світ», «Це залежить від мене, щоб зі мною нічого не сталося»), природний процес проживання травми порушується, якщо поточні функціональні значення, пов'язані з травматичним моментом (наприклад, «Це може трапитися і зі мною», «Все може статися в будь-який момент життя») не можуть бути інтегровані в існуючі схеми. Порушення нормального процесу проживання призводить до формування мережі страху. Цей цикл, вбудований у пам'ять, активується кожного разу, коли зустрічаються тригери, пов'язані з травматичною подією. Спроби прожити подію і в той же час уникати тригерів через структуру страху викликає постійний стан збудження, що призводить до формування хронічної травми (мається на увазі ПТСР).

Відповідно до моделі Foa, вихід із цього циклу можливий шляхом аналізу та переоцінки травматичного досвіду, не уникаючи його. Активація

травматичної пам'яті, сформованої мережею страху через часте повторення, і таким чином надання альтернативних пояснень когнітивного уникнення, дисфункціональних припущень і схем, пов'язаних з травмою, за допомогою когнітивних технік є вирішальними для відновлення (Foa and Kozak's).

(2) Модель постійного сприйняття загрози Ehlers та Clark's.

Ehlers та Clark's розробили власну модель щоб пояснити, чому деякі люди не одужують після травми і виявити підтримуючі фактори, які можуть бути змінені при терапії. Модель передбачає, що хронічний ПТСР розвивається якщо ті, хто пережив травму, обробляють травматичну подію таким чином, що це становить серйозну поточну загрозу. Погроза, що сприймається, має два джерела.

По-перше, люди з хронічним ПТСР показують надмірно негативні оцінки (надані значення) травми та/або її наслідків. Ці оцінки є своєрідними і зазвичай включають як оцінки про себе, так і оцінки інших людей/світу, наприклад «людям не можна довіряти». Дійсно, декілька досліджень показали, що ці когнітивні фактори пророкують хронічний ПТСР (оцінки: наприклад, Данмор та ін.,2001; Брайант та Гатрі, 2005; Ehring та ін.,2008; Ланкастер та ін.,2011; Фріман та ін.,2013; для огляду див. Браун і ін., 2019; ін, 2008, відповіді на вторгнення: Елерс та ін., 1998; Kleim та ін., 2013; ., 2012).

По-друге, травматична пам'ять некоректно опрацьована і спогади отримуються без контексту і зберігають першонадані загрозливі значення, оскільки вони погано пов'язані з іншою інформацією в пам'яті, яка б поставила їх у перспективу (наприклад, «Я не помер»). Передбачається, що характеристики пам'яті та негативні оцінки мають взаємний зв'язок.

Ehlers та Clark's припускають, що почуття поточної загрози запускає ряд поведінкових і когнітивних стратегій, які призначені зменшення поточної загрози, але все ще підтримки симптомів. Ці стратегії включають надмірні запобіжні заходи (в безпеці), неадекватні реакції на нав'язливі спогади (уникання думок) і постійну дисоціацію (Beierl).

Більш детально модель представлена на рисунку 2.2.

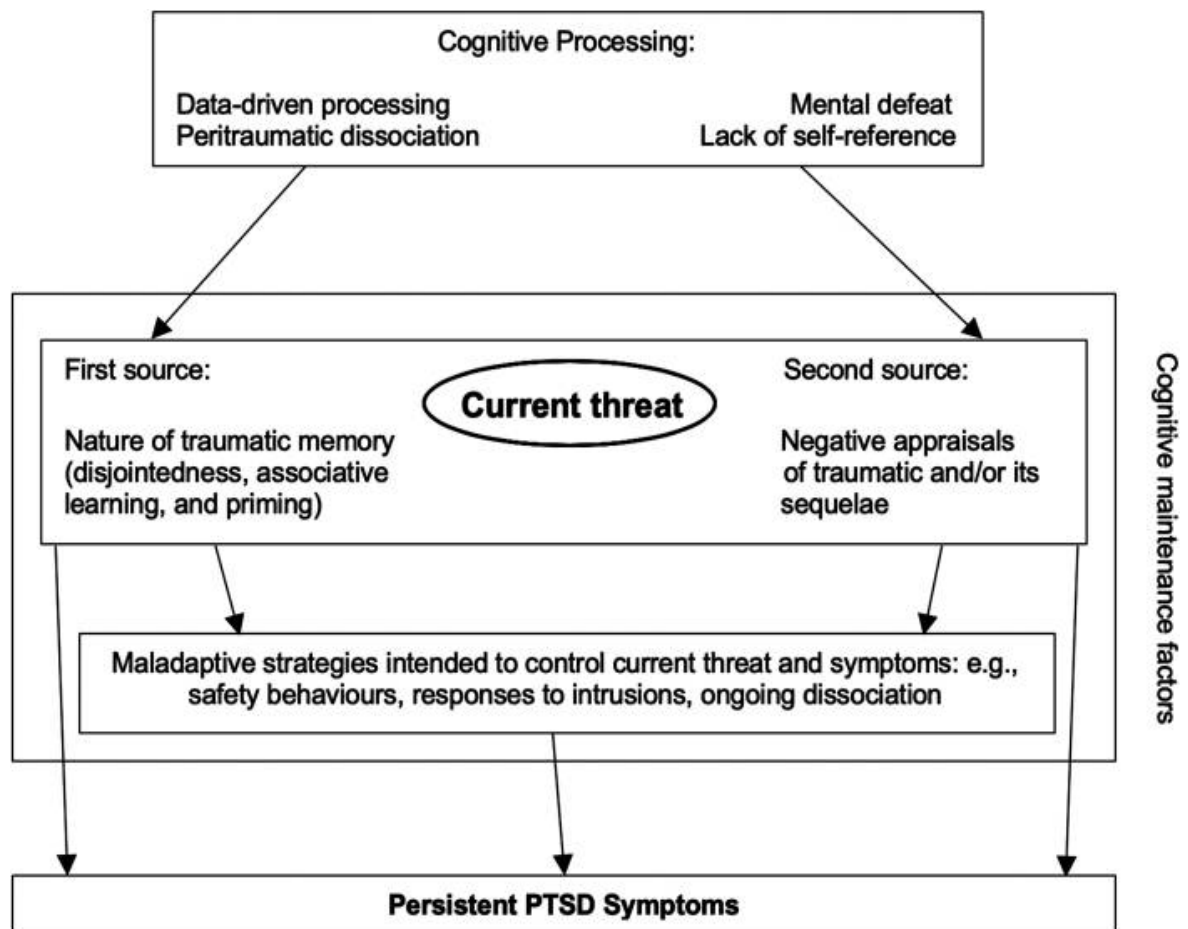


Рис. 2.2 Модель постійного сприйняття загрози Ehlers та Clark's

(3) Теорія подвійної репрезентації

У цій моделі Brewin з колегами запропонували використовувати дві різні форми для фіксації та відтворення спогадів у когнітивному процесі травматичної події. В одній із цих форм, вербально доступній пам'яті, автобіографічні спогади про травму зберігаються у формі ситуацій, до яких легко отримати доступ і подумати про них вербально. З іншого боку, у ситуативно доступній пам'яті спогади зазвичай викликаються через невербальні образи та включають емоційні аспекти події. У людини, яка пережила травму, емоційний і вербальний зміст досвіду представлений і закодований окремо, але спогади, що зберігаються в ситуативно доступній

пам'яті, вибірково згадуються. Це пригадування активується у відповідь на стимули, які викликають травматичну пам'ять, і перешкоджає природному процесу проживання травми, постійно зберігаючи актуальним за допомогою переконливих образів і спогадів. ПТСР часто має інтенсивний емоційний заряд у пам'яті та проявляється у нав'язливих думках і образах (Brewin).

Більш детально – на рисунку 2.3.

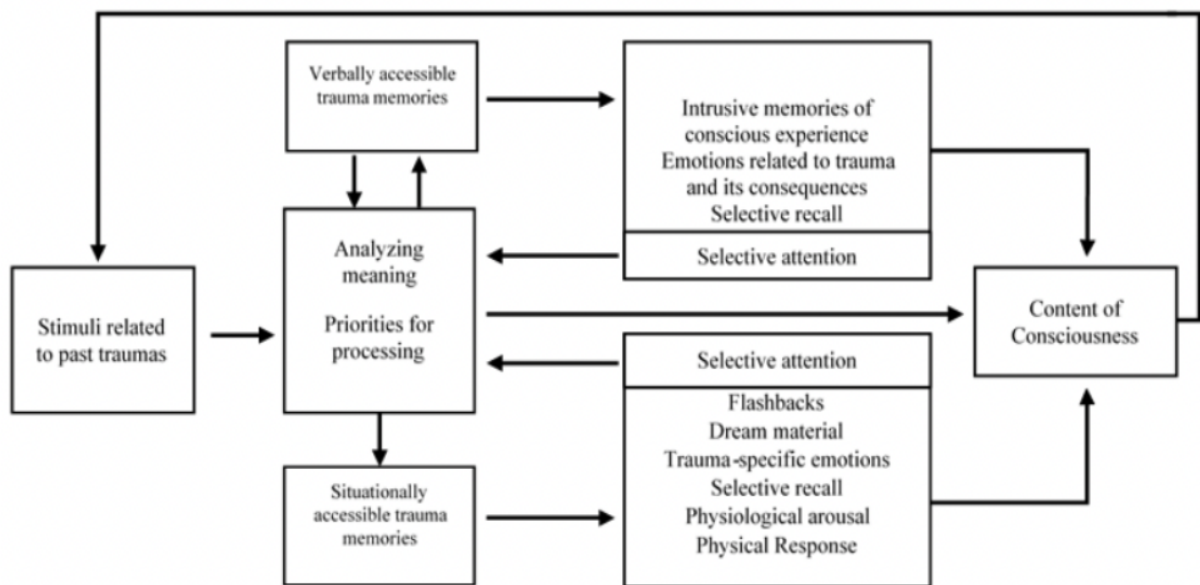


Рис. 2.3. Теорія подвійної репрезентації

Згідно цієї моделі, психотерапія буде спрямована на переоцінку та функціональне звернення до спогадів, оброблених у вербально доступній пам'яті, під час терапії з когнітивними схемами та активації інформації, обробленої в ситуативно доступній пам'яті, протиставляючи їм необхідні стимули та оновлюючи їх у функціональних нових «реаліях».

(4) Когнітивна модель Clark (Кларка) та Beck's (Бека).

В даній роботі ми беремо модель Кларка та Бека за опорну. Її беззаперечною перевагою є те, що автори поєднали раніше описані моделі та визначили, що переривання природного процесу проживання травматичної події та її збереження відбувається в 3 етапи.

На першому етапі людина інтерпретує травматичну подію через досвід, отриманий через ще свій попередній досвід, структуру особистості та існуючі схеми. Цей етап називають етіологічною стадією моделі. Інтерпретація (надані значення), зроблена на етіологічному етапі, вибірково кодується в пам'яті дисфункціональним чином як неповні, упереджені та помилкові спогади про травму через несумісні схеми людини про себе, оточення та світ, а також етап автоматичної обробки, який є другим етапом моделі. На стадії обробки, яка є етапом кроком моделі, коли людина стикається зі стимулами, які викликають упереджену травматичну пам'ять, сформовану на стадії автоматичної обробки, вона намагається контролювати ситуацію. Однак тривалі негативні емоції, викликані цими дисфункціональними стратегіями, постійно активізують негативні схеми. Хоча ця детальна обробка призводить до того, що травматична пам'ять постійно турбує людину, вона також призводить до того, що вона набуває хронічного характеру з поведінкою уникнення (Clark and Beck).

На рисунку 2.4 представлена модель Бека та Кларка.

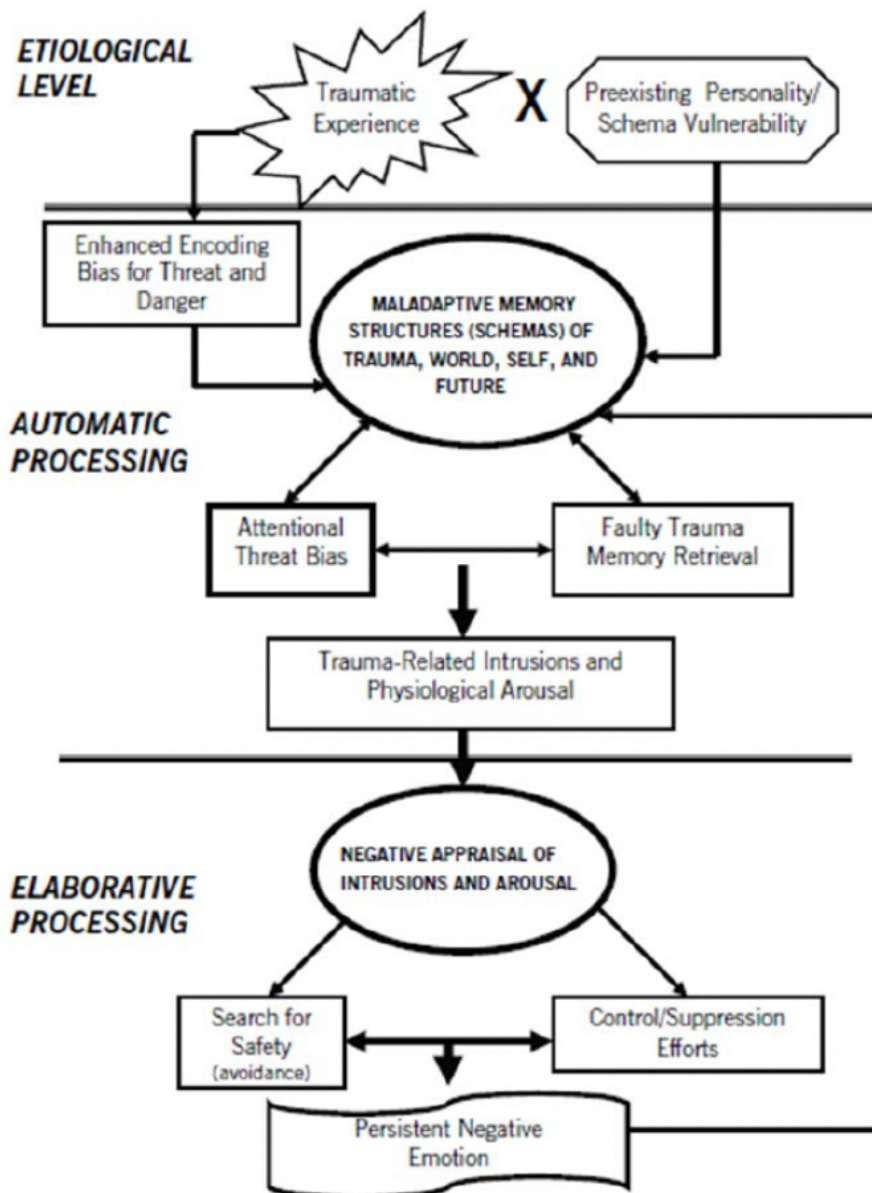


Рис. 2.4, Когнітивна модель Кларка та Бека (Clark and Beck)

Згідно цієї моделі, терапія має базуватися на детальній когнітивній концептуалізації. Під час концептуалізації вивчається структура існуючих уявлень про себе, своє оточення та світ до травми, а далі її емоційні та поведінкові наслідки, спосіб кодування травми в пам'яті, існуючі дезадаптивні схеми та їх наслідки, дисфункціональний контроль, стратегії уникнення та стратегії пошуку безпеки. Після концептуалізації втручання впроваджуються для існуючих схем і дисфункціональних стратегій з використанням методів

когнітивної реструктуризації, які часто використовуються в когнітивній терапії (Clark and Beck).

Резюмуючи, когнітивні моделі ПТСР підкреслюють роль травматичних спогадів, таких як фрагментація та дезорганізація, як ключових механізмів розвитку та підтримки посттравматичного стресового розладу (Brewin et al; Ehlers & Clark). Передбачається, що високий рівень посттравматичної загрози та «навченої» обробки сенсорних і перцептивних ознак події погіршує процес кодування та консолідації.

Цікавим в даному контексті є дослідження від 2024 року (Reed), автори якого констатують, що посттравматичний стресовий розлад може супроводжуватися труднощами в нейрокогнітивному функціонуванні, потенційно впливаючи на здатність спогадів про травму. Результати показали, що спогади про травму у молодих людей із посттравматичним стресовим розладом були більш сенсорно навантаженими, тимчасово порушеними, складними для вербального доступу та становили більш «центрально» частину їхньої особистості. Характеристики пам'яті про травму підкреслюють важливий фактор етіології ПТСР (Reed).

Висновки до розділу 1

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психіатричний розлад, який виникає після впливу травматичних подій, таких як бойові дії, терористичні акти, стихійні лиха, сексуальне насильство та значно погіршує якість життя та загальне психологічне благополуччя особи. ПТСР характеризується нав'язливими думками, спогадами, нічними жахами, поведінкою уникнення та підвищеним збудженням.

Психологічне підґрунтя посттравматичного стресового розладу, згідно DSM-5 та ICD-11 проявляється наступними симптомами:

А. п'ять симптомів інтрузії, вторгнення спогадів (дослівно «flashback»), В. два – активного уникнення, С. сім – негативних змін в думках та емоціях, Д. шість змін у рівні збудження (за «гіпер» типом) (DSM-5).

А. повторне переживання травматичної події, В. уникнення травматичних нагадувань, С. постійне відчуття загрози (ICD-11).

На основі даних проведених емпіричних досліджень посттравматичного стресового розладу під час збройних конфліктів виявлено, що більшість з них зосереджено на комбатантах, особливо тих, хто служив у збройних силах, проте також повідомляється, що оцінки поширеності посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення, яке зазнало конфлікту, становлять від 15,3 до 26%. Дану тезу було підкріплено рядом мета-аналізів, зокрема деякими дослідженнями цивільних під час російсько-української війни, яка триває наразі.

Когнітивний підхід пояснює процес формування травми таким чином, що спричинені травматичні події значно впливають на вже існуючі схеми людини, і таким чином, їй важко осмислити подію та типовою є поведінка уникнення – як на рівні когніцій, так і поведінки.

Цей процес стає замкнутим колом (в КПТ це має назву «цикл») для людини, яка робить спроби осмислити подію та спроби уникнути її. Ефект

травми набуває безперервності через надмірне збудження. На цьому етапі когнітивна терапія спрямована на роботу з ірраціональними когніціями жертви травми, щоб реструктурувати їх і таким чином зробити травматичну подію більш збалансованою. Втручання з когнітивної реструктуризації спрямовані на роботу зі специфічними для травми автоматичними думками, дисфункціональними припущеннями та негативними схемами для переосмислення структури страху.

Отже, ми вийшли на необхідність проведення емпіричного дослідження та виявлення змісту та особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у цивільного населення що перебувають в зоні бойових дій; розробки на апробації рекомендацій з проведення психокорекції осіб з проявами ПТСР на основі когнітивно-поведінкової моделі

РОЗДІЛ II

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

2.1. Методологічний апарат та організація емпіричного дослідження

Мета емпіричного дослідження: дослідити особливості посттравматичного стресового розладу у цивільного населення що перебувають в зоні бойових дій.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Емпірично виявити особливості прояву ПТСР у цивільного населення, які проживають близько до лінії фронту.

2. Емпірично визначити відмінності в прояві ПТСР вибірки дослідження, що перебуває близько до лінії фронту, та вибірки дослідження, що перебуває у відносно безпечних регіонах.

3. Виконати аналіз та інтерпретацію отриманих даних дослідження.

4. Розробити рекомендації для подолання наслідків ПТСР на основі когнітивно-поведінкової терапії.

Гіпотеза дослідження: ми припустили, що у вибірки, яка проживає на території України в небезпечній близькості до лінії фронту – більш виражена травматизація та симптоматика ПТСР у порівнянні з групою (контрольною) яка проживає більш віддалено від лінії фронту.

Організація дослідження відбувалася в декілька основних етапів:

I етап	Розробка дизайну емпіричного дослідження: організація, методологія, вибірка та методи обробки даних.
II етап	Проведення емпіричного дослідження, обробка та узагальнення результатів.
III етап	Планування, розробка та апробація рекомендацій психокорекції на основі методу КПТ.

На першому етапі складався дизайн емпіричного дослідження, підбиралася вибірка дослідження (шляхом створення публікацій та розсилки інформаційного повідомлення в соціальних мережах Facebook, Instagram та Telegram), а також оформлювалися google-forms з підібраними діагностичними методиками.

На другому етапі проводилося емпіричне дослідження вираженості проявів симптомів посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб: збиралися дані з google-forms, проводилася статистична обробка отриманих даних та інтерпретація отриманих показників.

На третьому етапі на основі отриманих результатів дослідження розроблялися рекомендації з когнітивно-поведінкової терапії, що адаптувалася під вибірку дослідження та в подальшому пропонувалася до апробації.

Нами був використаний такий **психодіагностичний інструментарій**:

- CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5).
- Шкала впливу травматичних подій (IES-R)
- Опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва
- Самопочуття, активність, настрої

Статистична обробка даних здійснювалася в програмі Microsoft Excel та Jamovi.

CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)

CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) призначена для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у відповідності до критеріїв DSM-5. Ця шкала використовується для оцінки інтенсивності симптомів, тривалості, частоти та функціональних порушень, пов'язаних з ПТСР. Клінічна шкала ПТСР (CAPS) є структурованим діагностичним інтерв'ю, яке оцінює діагностичний статус посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і тяжкість симптомів.

На українську мову шкалу перекладено та адаптовано згідно «National Center for PTSD».

Система оцінки CAPS включає:

а) оцінку всіх критеріїв ПТСР та пов'язаних з ним функцій, такі як дисоціація;

(б) оцінка вираженості дистресу, тяжкості симптомів ПТСР;

(в) як дихотомічні (присутній симптом або відсутній), так і безперервні оцінки для індивідуальних симптомів

(г) окрема оцінку частоти та інтенсивності симптомів;

(е) оцінка пов'язаної з травмою окремих симптомів, але не пов'язаних за своєю суттю із травмою (наприклад, втрата інтересу, відчуження, складність концентрації уваги, тощо).

Обробка результатів здійснюється за умови констатації двох або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв В та С, а також двох або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та E.

Критерії шкали включають наступні:

Критерій А	наявність травматичної події.
Критерій В	5 запитань стосовно симптомів інтрузії.
Критерій С	2 запитання щодо симптомів уникнення.
Критерій D	2 запитання щодо симптомів уникнення.
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.

Стимульний матеріал представлений в додатку А.

Шкала впливу травматичних подій (IES-R)

Клінічна шкала ПТСР IES-R (Impact of Event Scale-Revised) є структурованим діагностичним інтерв'ю, яке оцінює діагностичний статус посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і тяжкість симптомів. Шкала впливу травматичних подій IES-R – це психометричний інструмент, який використовується для оцінки суб'єктивних симптомів дистресу, пов'язаних із травматичними подіями.

Шкала IES-R складається з 22 пунктів, які респондента просять оцінити за п'ятибальною шкалою від 0 (не виснажувало) до 4 (дуже сильно виснажувало).

Шкала включає три основні компоненти: уникнення, інтрузію та гіперзбудження.

Шкала уникнення оцінює поведінку та думки, спрямовані на уникнення спогадів про травматичну подію. Вона включає такі симптоми, як: уникнення думок або емоцій, пов'язаних із подією, наявність тригерних ситуацій, що нагадують про травму, відчуття відчуження або емоційної відчуженості від інших людей.

Шкала інтрузії оцінює наявність та зміст нав'язливих думок, спогададів та сновидінь, які мають компульсивний характер. Наприклад, це можуть бути нав'язливі спогади про подію, сновидіння та кошмари, пов'язані з травмою, флешбеки та інші раптові і яскраві образи події, тощо.

Шкала гіперзбудження оцінює підвищену психофізіологічну активність, пов'язану з травмою. Основні симптоми включають підвищену дратівливість або афективні спалахи гніву, проблеми зі сновидіннями (порушення фаз та циклів сну), підвищена пильність до загроз.

Опитувальник травматичного стресу

Опитувальник використовується для діагностики психологічних наслідків травматичного стресу; для вивчення станів людини, які виникають після впливу надзвичайних факторів, а саме – знаходження в екстремальних умовах (в зоні активних військових дій).

Досліджувалися та оцінювалися такі показники: пильність, перебільшене реагування, притупленість емоцій, агресивність, порушення пам'яті та концентрація уваги, депресія, загальна тривожність, афекти гніву, зловживання наркотичними та лікарськими речовинами, нав'язливі спогади та галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі із засинанням та уривчастий сон), «провина вцілілого».

Самопочуття, активність, настрій

Метою даного опитувальника є визначення функціонального стану на особи за трьома показниками: настрої, активність та самопочуття.

Інтерпретація результатів за шкалами відбувається наступним чином:

«Самопочуття відображає актуальний рівень фізичного і психологічного стану. Ознаками низької оцінки за цим показником слабкість, млявість, підвищена стомлюваність. За відсутності супутніх захворювань причинами подібних проявів зазвичай виступає стрес. Високий рівень самопочуття свідчить про відсутність ознак стресу» (САН).

«Люди з високим ступенем активності мобільні, діяльніші, працюють захоплено і з бажанням, легко вирішують поставлені перед ними завдання. Інертність, неухважність та сонливість характерна для людей з низькою активністю, що може свідчити про наявність у них стресу» (САН).

«Знижений настрій також як і погане самопочуття та низька активність вказує на високий рівень стресу. У людей з низьким рівнем стресу навпаки переважає гарний настрій, вони активні та сповнені сил та енергії» (САН).

Обробка та аналіз результатів здійснюється наступним чином: кожна шкала (С-А-Н) оцінюється в діапазоні від 10 до 70.

Низька оцінка констатується у випадку загального балу 30.

Середня оцінка – в діапазоні від 30 до 50.

Висока оцінка – 50 балів та більше.

Статистична обробка даних здійснювалася в програмі Microsoft Excel та Jamovi.

Методами обробки та аналізу даних були обрані наступні:

- (1) Описова статистика.
- (2) Кореляційний аналіз (критерій r-Спірмена).
- (3) Критерій Т-Вілксона – для порівняння вибірок.

2.2. Характеристика вибірки дослідження

Вибірку дослідження склали 60 респондентів основної (проживають близько до лінії фронтів, в зоні бойових дій) та 30 – групи порівнянь (проживають у відносно безпечних регіонах західних областей України - Львівська обл., Закарпатська обл.).

Представимо характеристику вибірки.

Першим етапом була проведена описова статистика та %-співвідношення двох вибірок дослідження за критеріями віку, місяці проживання та статі.

Для початку представимо статистичний розподіл та середні значення за віком основної вибірки дослідження та групи порівнянь. Отримані дані приведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика дослідницької вибірки

Вибірка	Всього (N)	Середній вік
Основна (ОГ)	60	23,4 ± 7,3
Порівняння (ГП)	30	24,1 ± 4,6

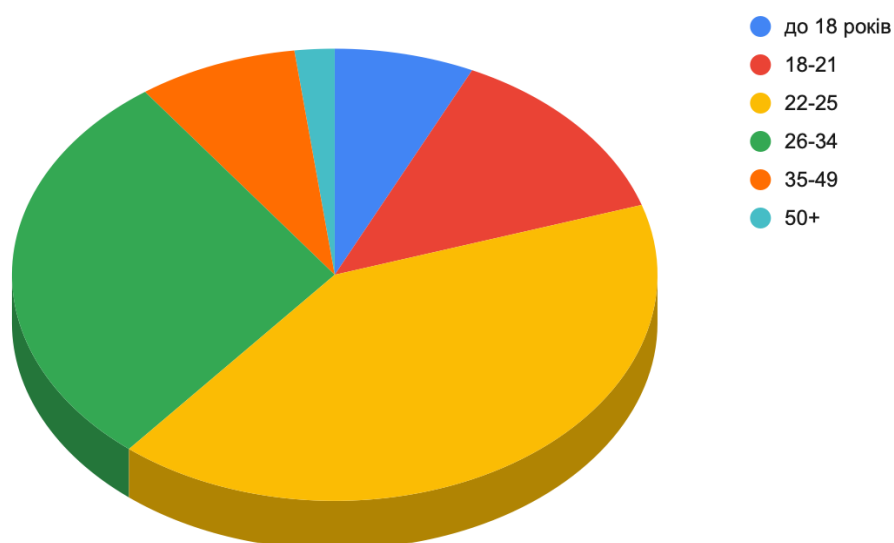


Рис. 2.1. Статистичний розподіл за віком ОГ (%)

На рисунку 2.1. та на рисунку 2.2. представлений статистичний розподіл у відсотковому співвідношенні за критерієм віку основної вибірки дослідження та групи порівнянь.

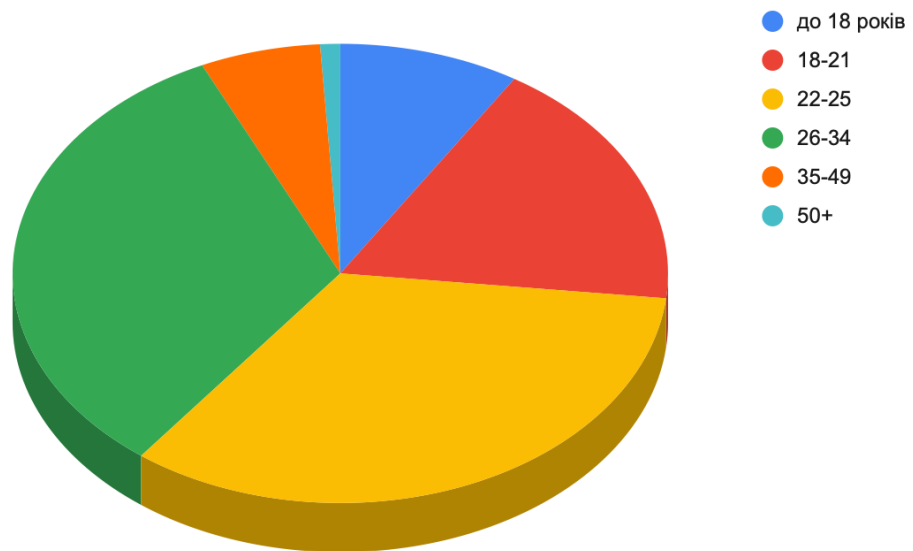


Рис. 2.2. Статистичний розподіл за віком ГП (%)

Наступним етапом були розглянуті отримані показники за критерієм статі – рис. 2.3.

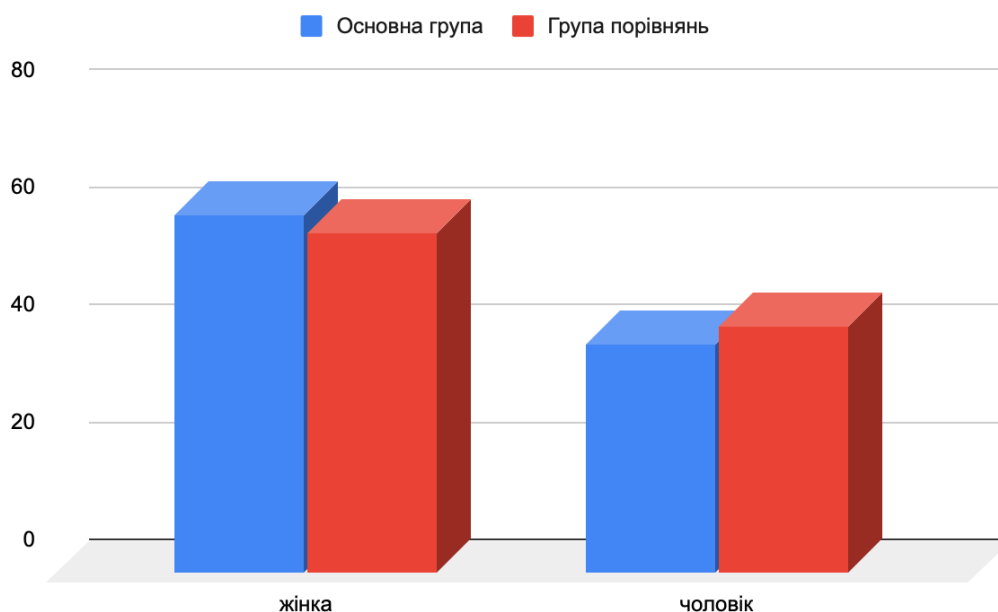


Рис. 2.3. Статистичний розподіл вибірок за статтю (%)

Далі були проаналізовані отримані відповіді з приводу місця актуального проживання. Представимо середні значення основної вибірки дослідження та групи порівнянь в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристика дослідницької вибірки

	N	%
Основна (ОГ)	60	
Чернігівська область	60	11,4
Харківська область	60	47,3
Одеська область	60	34,1
Сумська область	60	8,7
Порівняння (ГП)	30	
Львівська	30	27,3
Київська	30	36,8
Закарпатська	30	29,4
Івано-Франківська	30	8,2

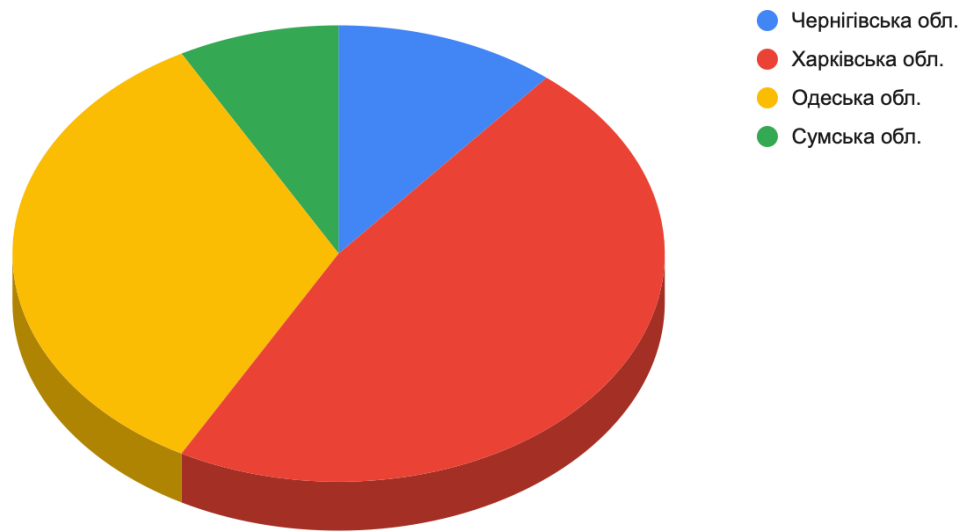


Рис. 2.3. Статистичний розподіл за місцем проживання ОГ (%)

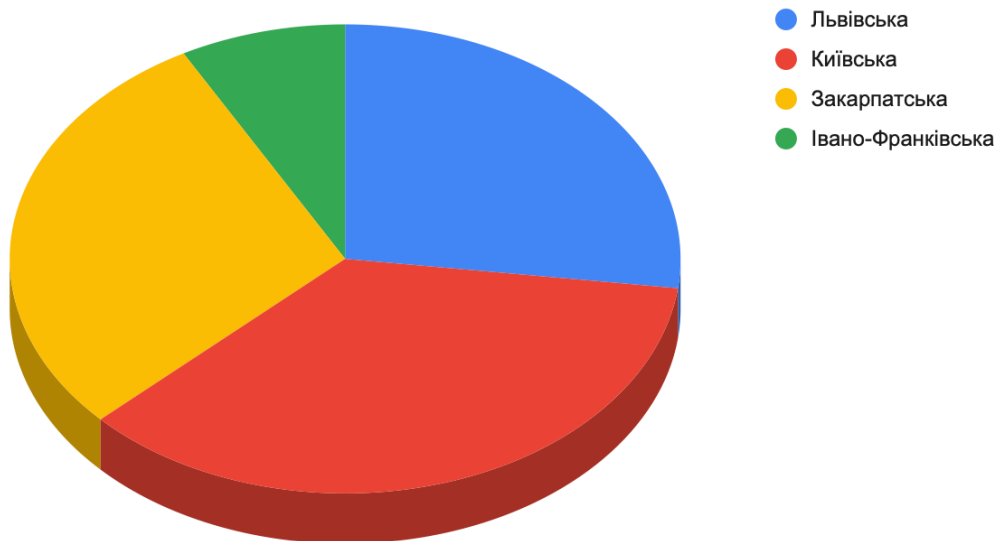


Рис. 2.4. Статистичний розподіл за місцем проживання ГП (%)

На рисунку 2.3. та на рисунку 2.4. представлений статистичний розподіл у відсотковому співвідношенні за критерієм місця проживання основної вибірки дослідження та групи порівнянь.

Отже, були описані статистичні показники та середні значення основної вибірки дослідження та групи порівнянь.

Висновки до розділу 2

В другому розділі був представлений дизайн емпіричного дослідження, його організація та етапи, представлена характеристика вибірок дослідження за параметрами статі, віку та місця проживання.

На першому етапі складався дизайн емпіричного дослідження, підбиралася вибірка дослідження (шляхом створення публікацій та розсилки інформаційного повідомлення в соціальних мережах Facebook, Instagram та Telegram), а також оформлювалися google-forms з підібраними діагностичними методиками. На другому етапі проводилося емпіричне дослідження вираженості проявів симптомів посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб: збиралися дані з google-forms, проводилася статистична обробка отриманих даних та інтерпретація отриманих показників. На третьому етапі на основі отриманих результатів дослідження розроблялися рекомендації з когнітивно-поведінкової терапії, що адаптувалася під вибірку дослідження та в подальшому пропонувалася до апробації.

В якості інструментарію для психодіагностики були обрані наступні: CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5); Шкала впливу травматичних подій (IES-R); Опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва; Самопочуття, активність, настрої.

РОЗДІЛ III АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Для визначення наявності, змісту та інтенсивності прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, респондентам пропонувалися три основні шкали: CAPS-5, IES-R, опитувальник травматичного стресу.

Для початку було прийнято рішення оцінити функціональний стан респондентів за допомогою методики «Самопочуття, активність, настрій», з метою підтвердження репрезентативності обраних вибірок дослідження. Дана методика представлялася першою в google forms.

Отримані результати основної вибірки та групи порівнянь за опитувальником САН представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Середні значення САН

	Вибірка	N	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Самопочуття	Основна	60	7,6	29,6	62,8
	Порівняння	30	26,5	48,4	24,7
Активність	Основна	60	14,4	31,4	45
	Порівняння	30	8,7	44,1	10
Настрій	Основна	60	16,1	31,8	40
	Порівняння	30	11,3	54,2	35

З метою порівняння показників самопочуття, активності та настрою між вибіркою осіб, що знаходяться близько до лінії фронту та вибірки осіб, що

перебувають у відносно безпечних областях України, представимо графічно отримані середні показники по основній групі та групі порівнянь (рис. 3.2.).

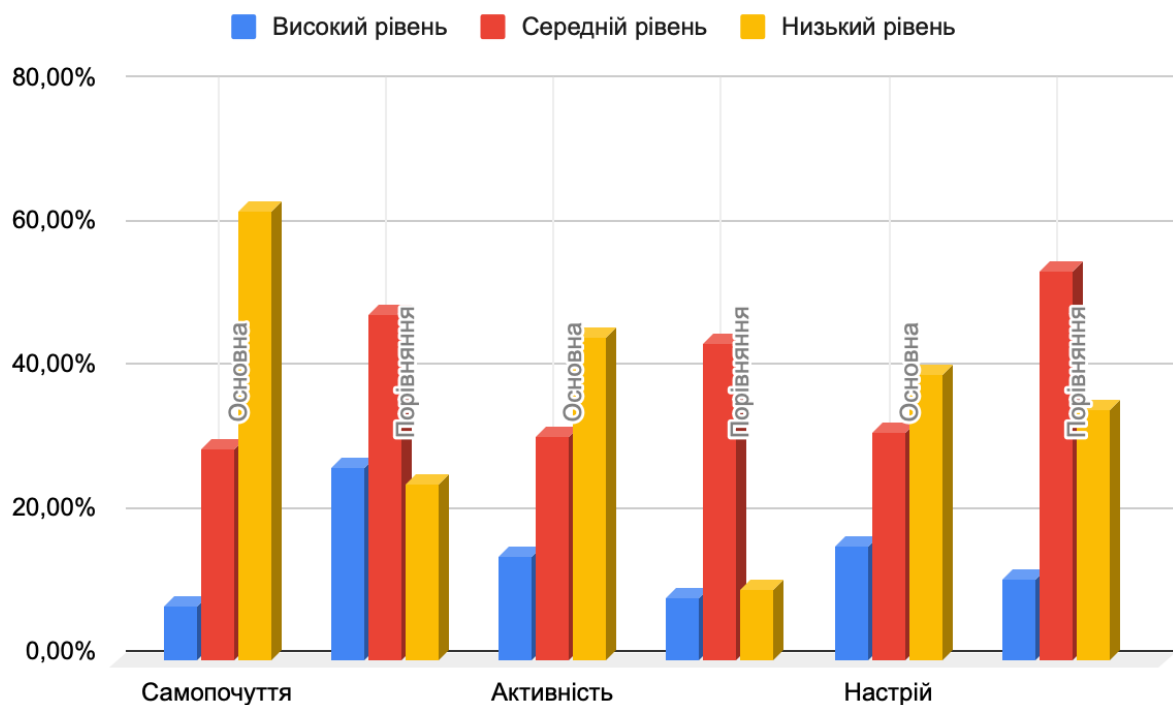


Рис. 3.1. Середні значення вибірок за методикою САН

Отримані результати вказують на суттєві відмінності у показниках самопочуття, активності та настрою між особами, що проживають близько до лінії фронту, та тими, що живуть у відносно безпечних областях України. Життя у зоні конфлікту значно погіршує фізичний та психічний стан людей, що проявляється у нижчих рівнях самопочуття, активності та настрою. Це підкреслює необхідність забезпечення психологічної підтримки для тих, хто перебуває в умовах підвищеного стресу та небезпеки.

В основній вибірці осіб, що проживають близько до лінії фронту, переважна більшість (62,8%) мали низький рівень самопочуття, що свідчить про загальний фізичний та психологічний дискомфорт. У порівняльній вибірці, що знаходиться в більш безпечних умовах, низький рівень самопочуття спостерігався лише у 24,7% осіб, тоді як високий рівень самопочуття значно

вищий (26,5%). Це вказує на те, що умови проживання в зоні конфлікту мають значний негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я осіб.

Рівень активності у основній вибірці також показує значну кількість осіб з низьким рівнем активності (45%), що може свідчити про зниження життєвої енергії. У порівняльній вибірці більшість осіб мають середній рівень активності (44,1%) і значно менше осіб з низьким рівнем активності (10%), що вказує на більш високий рівень життєвої енергії та активності у відносно безпечних умовах.

Рівень настрою в основній вибірці демонструє більшу кількість осіб з низьким рівнем настрою (40%), що може свідчити про загальну депресивну або тривожну атмосферу серед осіб, що проживають близько до лінії фронту. У порівняльній вибірці більшість осіб мають середній рівень настрою (54,2%), що вказує на більш стабільний емоційний стан у безпечних умовах.

Наступним етапом ми перейшли до психометричних шкал, які оцінюють наявність та вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу.

Першим респондентам був запропонований опитувальник травматичного стресу. Отримані результати основної вибірки дослідження представлені в таблиці 3.2

За показником «надпильність» спостерігається тенденція до вираженого ПТСР. Встановлено, що виражене ПТСР має 59,2% вибірки. Незначно виражені симптоми ПТСР виявляються у 25,9% респондентів основної групи вибірки.

За показником «перебільшене реагування» спостерігається тенденція до окремим та незначно вираженим симптомам ПТСР. Встановлено, що окремі та незначно виражені симптоми ПТСР мають 51,8% осіб. Відсутність симптоматики виявляється у 44,4% респондентів.

Таблиця 3.2

Середні значення проявів ПТСР

Показники травматичного стресу	Симптоми ка відсутня	Окремі незначно виражені симптоми ПТСР	Часткове ПСТР	Виражене ПТСР
Надпильність	0	25,9	14,8	59,2
Перебільшене реагування	44,4	51,8	3,7	0
Приглушеність емоцій	0	44,4	40,7	14,8
Агресивність	0	18,5	62,9	18,5
Порушення пам'яті та концентрації уваги	0	40,7	40,7	18,5
Депресія	0	62,9	29,6	7,4
Загальна тривожність	7,4	51,8	37	3,7
Афективні спалахи	14,8	33,3	48,1	3,7
Зловживання ПАВ	11,1	40,7	14,8	33,3
Обсесивно- компульсивні прояви	33,3	66,6	0	0
Проблеми зі сном	14,8	55,5	29,6	0
Провина вцілілого	7,4	77,7	14,8	0

За показником «приглушеність емоцій» спостерігається тенденція до окремих та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремі та

незначно виражені симптоми ПТСР мають 44,4% осіб. Часткове ПТСР виявляється у 40,7%.

За показником «агресивність» спостерігається тенденція до часткового ПТСР. Встановлено, що часткове ПТСР мають 62,9% вибірки дослідження. Виражене ПТСР виявлено у 18,5% основної вибірки дослідження.

За показником «порушення пам'яті та концентрації уваги» спостерігається тенденція до часткового ПТСР та до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що часткове ПТСР та незначно виражені симптоми мають 40,7% осіб. Виражене ПТСР констатується у 18,5% вибірки.

За показником «депресія» спостерігається тенденція до окремо виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що незначно виражені симптоми ПТСР мають 62,9% вибірки. Часткове ПТСР мають 29,6% респондентів.

За показником «загальна тривожність» спостерігається тенденція до окремо виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що частковий ПТСР і незначно виражені симптоми мають 51,8% вибірки дослідження. Частковий ПТСР мають 37% респондентів основної вибірки дослідження.

За показником «афективні спалахи» спостерігається тенденція до часткового ПТСР. Встановлено, що частковий ПТСР мають 48,1%. Окремі та незначні симптоми ПТСР мають 33,3% респондентів.

За показником «зловживання ПАВ» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 40,7% осіб. Виражений ПТСР мають 33,3% респондентів основної вибірки дослідження.

За показником «обсесивно-компульсивні прояви» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми мають 66,6% респондентів. Відсутність симптоматики виявлено лише у 33,3% осіб.

За показником «проблеми зі сном» спостерігається тенденція до окремих та дещо виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми мають 55,5% вибірки. Часткове ПТСР мають 29,6% респондентів.

За показником «провина вцілілого», спостерігається тенденція до дещо виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремі та незначно виражені симптоми мають 77,7% вибірки.

Відсутність симптоматики спостерігається 7,4% осіб, частковий ПТСР мають 14,8% респондентів основної вибірки дослідження.

Аналіз таблиці показує, що в основній вибірці дослідження домінуючими показниками травматичного стресу є «Надпильність» та «Зловживання ПАВ». Отримані результати можна прокоментувати тим, що «надпильність» проявляється у вигляді постійної фізичної та психічної напруги, яка не дозволяє людині розслабитися і відпочити. У зв'язку з чим цивільні особи зловживають ПАВ, аби «розслабитися».

Також домінуючими показниками травматичного стресу є «перебільшене реагування», «обсесивно-компульсивні прояви», «проблеми зі сном, «провина вцілілого».

Інші показники проявляються незначно чи частково.

Далі респондентам була запропонована шкала IES-R. Перевагою використання даної шкали полягає в оцінці актуального стану впливу травматичних подій на респондентів (за останні 7 днів).

Отримані результати представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Середні значення IES-R

	Вибірка	N	Низький ступінь впливу травми	Середній ступінь впливу травми	Високий ступінь впливу травми
Уникнення	Основна	60	71,7	26,2	3,1
Інтрузія	Основна	60	44,5	56,4	0
Гіперзбудження	Основна	60	91,3	7,7	2,0

За показником «інтрузія» спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми, що свідчить про те, що вибірка осіб рідко стикаються з нав'язливими спогадами та думками про травматичну подію. Це може вказувати на відносно успішне подолання пережитого досвіду. Водночас, 26,2% респондентів мають середній рівень інтрузії, що свідчить про те, що ці особи все ще відчувають певний вплив травматичних спогадів, але він не є надмірним. Лише невеликий відсоток (3,1%) має високий рівень інтрузії, що вказує на вираженість нав'язливих спогадів, які можуть потребувати психологічної допомоги.

Більшість учасників основної вибірки (56,4%) мають середній рівень уникнення, що свідчить про значний, але не надмірний вплив травматичних подій на їх поведінку та когніції. Це означає, що ці особи вдаються до уникнення, щоб впоратися з наслідками травми, але це не є домінуючим аспектом їхнього життя. 44,5% респондентів демонструють низький рівень уникнення, що може вказувати на те, що вони менш схильні використовувати ці стратегії і, можливо, більш відкриті до обробки та інтеграції травматичних спогадів у свій досвід.

За показником «гіперзбудження» також спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Переважна більшість учасників основної

вибірки (91,3%) мають низький рівень гіперзбудження, що свідчить про те, що ці особи не часто відчувають підвищену дратівливість або проблеми зі сном. Це може свідчити про те, що вони ефективно справляються зі стресом та мають ефективні механізми саморегуляції. Лише 7,7% респондентів мають середній рівень гіперзбудження, що означає, що вони час від часу можуть відчувати підвищену пильність або дратівливість, але це не є постійним станом і не значно впливає на їх повсякденне життя.

Представимо отримані результати графічно на рис. 3.2.

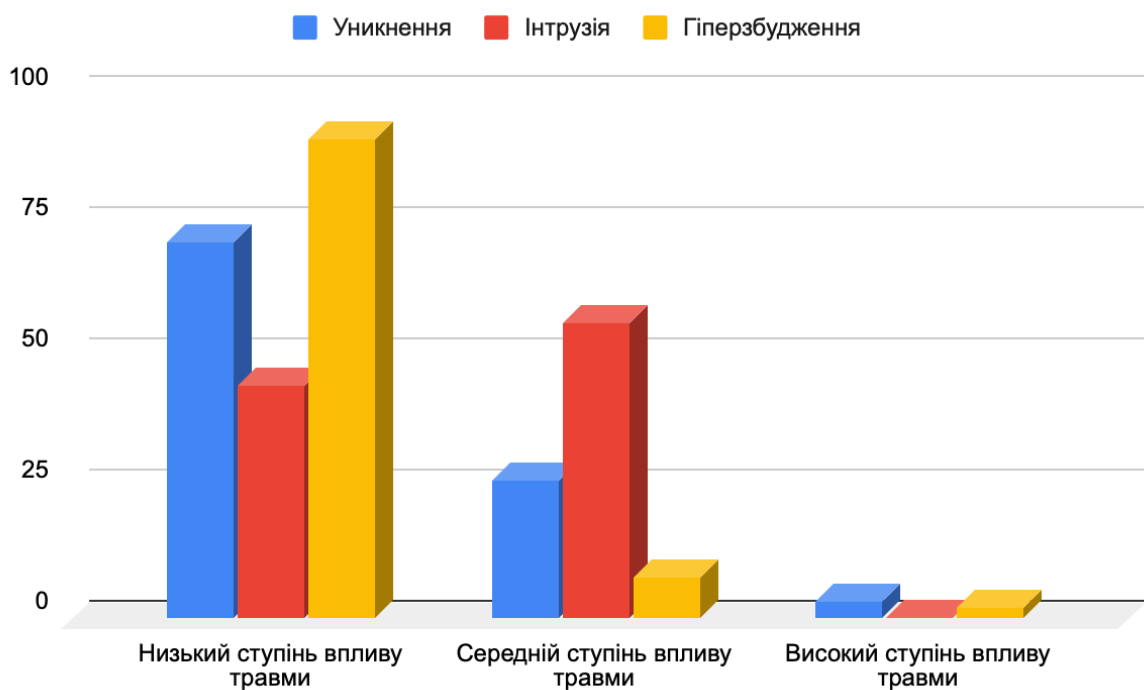


Рис. 3.2. Середні значення вибірок за методикою IES-R

Отже, серед основної вибірки осіб, що проживають близько до лінії фронту, переважає тенденція до низького рівня інтрюзії та гіперзбудження, але середній рівень уникнення. Це свідчить про те, що більшість цих осіб успішно справляються з нав'язливими спогадами та підвищеною пильністю, але все ще використовують стратегії уникнення для подолання стресу. Така клінічна картина може вказувати на певний рівень адаптації до стресових умов життя,

але також підкреслює необхідність психологічної підтримки для зниження рівня уникнення та покращення загального психічного здоров'я.

Загалом, аналіз результатів показує, що в даний момент для основної вибірки дослідження отриманий травматичний досвід не має істотного впливу (за останні 7 днів, час проведення дослідження співпав майже з 1,2-місячним зменшенням інтенсивності обстрілів).

Останнім етапом респондентам пропонувалося заповнити шкалу CAPS-5, метою якої також є оцінки інтенсивності симптомів, тривалості, частоти та функціональних порушень, пов'язаних з ПТСР.

Представимо отримані показники в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Середні значення CAPS-5

Вибірка	N	Симптоми ПТСР відсутні	Середня вираженість симптомів ПТСР	Висока вираженість симптомів ПТСР
Основна	60	4,8	71,9	25,3

Як бачимо з таблиці 3.4., лише 4,8% респондентів основної групи не мають симптомів ПТСР. Це свідчить про те, що більшість учасників переживають певний рівень стресу після травматичної події.

Більшість респондентів основної групи (71,9%) мають середню вираженість симптомів ПТСР. Це вказує на те, що вони відчувають значні, але не максимальні прояви стресу, які можуть впливати на їхнє повсякденне життя, але не до такої міри, аби мати характер повної дезорганізації. Такі симптоми можуть включати часті спогади про травматичну подію, уникнення певних ситуацій або місць, підвищену тривожність та дратівливість. Ці особи можуть досить успішно функціонувати у повсякденному житті, але з певними

труднощами, що вказує на необхідність підтримки та можливої психологічної допомоги.

25,3% респондентів мають високу вираженість симптомів ПТСР. Такі симптоми можуть включати інтенсивні нав'язливі спогади, нічні кошмари, інтенсивне уникнення ситуацій, які нагадують про травму, а також важкі форми гіперзбудження, такі як постійна тривожність або панічні атаки. Ця група потребує особливої уваги та можливої психологічної підтримки, оскільки симптоми є серйозними і можуть стати підставою до клінічного діагнозу ПТСР.

Представимо отримані результати графічно на рис. 3.3.

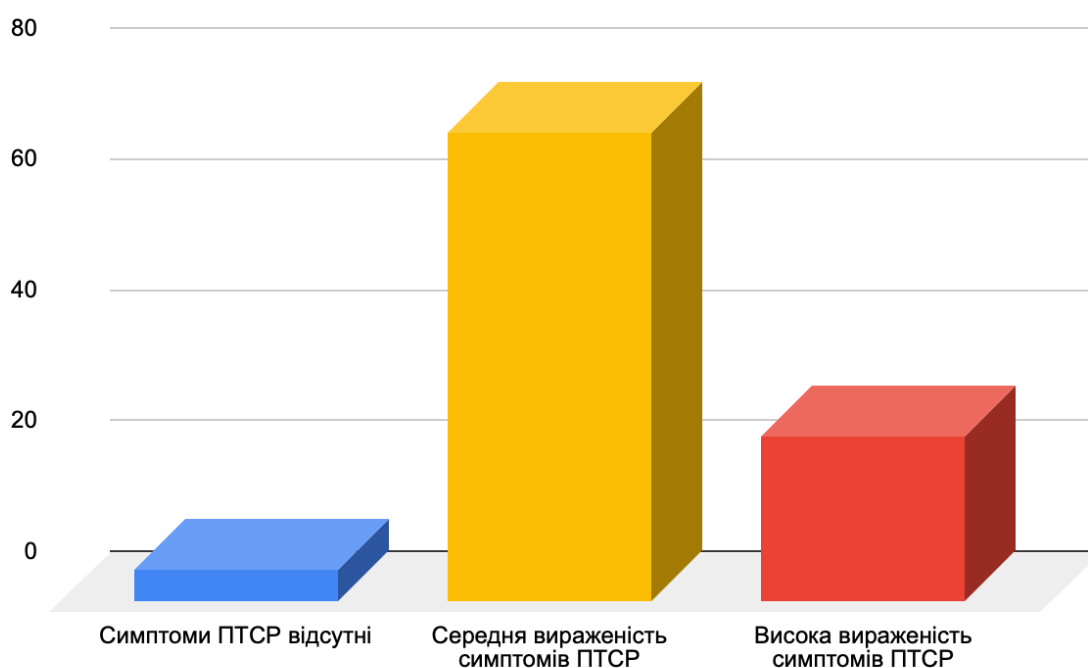


Рис. 3.3. Середні значення вибірок за методикою CAPS-5

Отже, результати демонструють, що серед респондентів основної групи переважають симптоми ПТСР різного ступеня вираженості. Більшість учасників відчують значні симптоми стресу, що впливають на їхнє повсякденне життя. Особливої уваги потребують ті, хто має високу вираженість

симптомів, оскільки вони можуть потребувати клінічної допомоги. Ці дані підкреслюють важливість психологічної підтримки та терапії для осіб, що пережили травматичні події, з метою зменшення впливу ПТСР на їх життя.

З метою порівняння показників між вибіркою осіб, що знаходяться близько до лінії фронту та вибірки осіб, що перебувають у відносно безпечних областях України, був застосований критерій Т-Вілксона.

Було виявлено, що значення показників ПТСР за шкалами «Приглушення емоцій», «Зловживання ПАВ», «Інтрюзія», «Уникнення», «Гіперзбудливість» виявили суттєві відмінності при $p < 0,01$.

Результати свідчать про те, що особи, які знаходяться близько до лінії фронту, мали значно вищі показники приглушення емоцій порівняно з тими, що проживають у відносно безпечних регіонах. Це може свідчити про те, що вони частіше відчувають емоційну пригніченість та складнощі з вираженням своїх почуттів. Це може проявлятися у вигляді відчуженості, байдужості, коли особи відчувають, що не можуть виразити ті емоційні стани, що вони насправді проживають.

Показники зловживання психоактивними речовинами також були вищими серед осіб поблизу лінії фронту. Це може бути результатом спроби знизити стрес та емоційне навантаження через вживання алкоголю або наркотиків. Вживання ПАВ може стати способом тимчасово зняти напругу, уникнути неприємних думок або емоцій, та знайти відчуття короткочасного полегшення. Однак, це також може призводити до розвитку залежності та погіршення фізичного і психічного здоров'я. Зловживання ПАВ може мати руйнівний вплив на соціальне життя, роботу та стосунки, створюючи значущі проблеми, які ще більше ускладнюють самопочуття особи.

Результати представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Критерій ВілкоксонаЗазначені критерії значущі на рівні $p < ,05000$

	T	Z	p
Надпильність	128,00	0,92828	0,35325
Перебільшене реагування	144,50	0,15714	0,87513
Приглушення емоцій	48,50	3,22554	0,00125
Агресивність	148,00	0,05714	0,95443
Порушення пам'яті та концентрації уваги	130,50	1,14290	0,25307
Депресія	159,50	0,080072	0,93566
Загальна тривожність	159,00	0,09417	0,6924971
Афективні спалахи	161,00	0,0436	0,967806
Зловживання ПАВ	59,50	2,77141	0,005582
Обсесивно-компульсивні прояви	174,00	0,36037	0,718567
Проблеми зі сном	147,00	0,41705	0,67663
Провина вцілілого	129,00	0,27373	0,78428
Уникнення	89,00	1,74285	0,08136
Інтрузія	89,50	1,20122	0,22966
Гіперзбудження	81,50	1,18176	0,23730

Також в групі, що проживає близько до зони конфлікту, спостерігалися вищі показники нав'язливих спогадів та думок. Це вказує на те, що ці особи частіше стикаються з неприємними спогадами та образами, пов'язаними з травматичними подіями.

Підвищені показники уникання вказують на те, що особи, які проживають близько до лінії фронту, частіше намагаються уникати ситуацій, місць або людей, які можуть нагадувати про травматичний досвід. Уникання є ще одним важливим симптомом ПТСР і може включати поведінкові стратегії, такі як

уникнення розмов про травматичні події, відмова від відвідування певних місць або соціальна ізоляція. Таке уникання може зменшувати кількість тригерів, що викликають стрес, але також обмежує соціальну взаємодію та повсякденну активність, що може призводити до відчуження та ізоляції.

Також, показники гіперзбудливості також були вищими в групі поблизу лінії фронту, що вказує на підвищений рівень дратівливості, тривоги та напруги серед цих осіб. Гіперзбудливість може проявлятися у вигляді підвищеної пильності, порушень сну, труднощів з концентрацією уваги, а також у вигляді фізичних симптомів, таких як тахікардія. Такі симптоми можуть значно впливати на якість життя, викликаючи постійне відчуття небезпеки та напруги.

Зважаючи на отримані показники, дослідження чітко показує, що особи, які проживають близько до зони конфлікту, значно частіше переживають нав'язливі спогади та думки, проявляють уникання та гіперзбудливість. Це свідчить про значний вплив травматичних подій на їхнє психічне здоров'я. Підвищені рівні інтрузії, уникання та гіперзбудливості є основними симптомами ПТСР і можуть серйозно обмежувати здатність осіб функціонувати в повсякденному житті.

Такі результати підкреслюють необхідність надання цим особам спеціалізованої психологічної допомоги та підтримки. Терапевтичні втручання, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), можуть бути ефективними у зменшенні симптомів ПТСР, допомагаючи особам впоратися з нав'язливими спогадами, зменшити уникання та знизити рівень гіперзбудливості. Також важливо забезпечити доступ до ресурсів, що сприяють покращенню якості життя та підтримці психічного здоров'я.

Зважаючи на вищезазначене, далі були розглянуті та описані техніки когнітивно-поведінкової терапії при роботі з посттравматичним стресовим розладом у цивільних осіб.

3.2. Техніки когнітивно-поведінкової терапії для подолання наслідків ПТСР

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала у 2013 р. «Посібник із роботи зі станами, безпосередньо пов'язаними зі стресом». Посібник містить рекомендації для працівників охорони здоров'я щодо лікування наслідків травми для психічного здоров'я. Ця робота включає серйозний систематичний огляд досліджень ефективних методів лікування ПТСР у світі. Оцінка якості систематичних оглядів проводилася з допомогою даних Оксфордського центру доказової медицини. В результаті систематичного аналізу опублікованих результатів досліджень виділено декілька ефективних методів терапії при ПТСР:

1) когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), фокусована на травмі (ТФ-КПТ), в індивідуальній та груповій формах;

2) десенсибілізація та переробка травм за допомогою руху очей (EMDR).

Згідно з метою даної дипломної роботи, ми сфокусуємося в основному на аналізі КПТ та спробуємо порівняти його ефективність з використанням модифікації ТФ-КПТ.

Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на травму (ТФ-КПТ) рекомендуються в лікуванні першої лінії в NICE (Національний інститут передового досвіду охорони здоров'я та догляду, 2018) та міжнародних рекомендаціях (наприклад, Міжнародне товариство досліджень травматичного стресу, 2019). Керівництво NICE рекомендують особам, які постраждали від військових дій та мають ПТСР, проходити травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію, як правило, від восьми до дванадцяти сеансів для оптимальної ефективності (Steenkamp).

З метою окреслення ефективності застосування КПТ методу в роботі з ПТСР, ми обрали мета-аналіз Steenkamp з колегами. Загалом, випробування КПТ для військового посттравматичного стресового розладу включали як

ветеранів, так і військовослужбовців із бойовими травмами, показали високу методологічну точність і мали значущий ефект у порівнянні зі звичайним лікуванням. В результаті повідомлялося про відсоток пацієнтів, які досягли значущої зміни симптомів (49%-67%), і середні показники ПТСР після лікування, які залишалися на рівні або вище клінічних порогів (наприклад, 50 за шкалою CAPS і 20 балів за шкалою PSSI, з діапазоном від 48,03 до 64,97 для CAPS і 23,00 для PSSI. Таким чином, нами були обрані зазначені шкали в подальшому емпіричному дослідженні.

Основна мета роботи з когнітивними функціями тих, хто пережив травму, полягає в тому, щоб змінити дисфункціональні переконання щодо травми і таким чином змінити їх на більш функціональні та адаптивні. Найбільш часто спостережуваним когнітивним змістом у тих, хто пережив травму, є схильність до надмірного узагальнення щодо подій та/або людей, дихотомічні думки типу «все або нічого» та гіпер-відповідальність. Тому важливим завданням терапії є проведення когнітивної реструктуризації, де людина зможе усвідомити, що світ є безпечним місцем за певних умов і що події загалом можна контролювати. На основі численних досліджень було констатовано, що люди з ПТСР здатні оволодіти навичками, аби справлятися зі складними для них ситуаціями, і що кожна подія відбувається не через слабкість чи некомпетентність людини, а через те, що переживання раптових і негативних подій є частиною реальності (Ehlers et al), Leahy et al., Goulston).

Когнітивні втручання в основному спрямовані на підвищення обізнаності (психоосвіта) шляхом роботи з помилковими інтерпретаціями та помилковими уявленнями, які викликають пов'язаний з травмою дистрес і призводять до поведінки уникнення, а також допомагають замінити їх більш реалістичними та адаптивними думками (Foa). АРА визначає, що дисфункціональні стратегії подолання, такі як звинувачення інших і придушення думок, можна побачити в інтерпретації та оцінці травматичної події у дорослих, які є жертвами травми (АРА, 2013).

В першу чергу, опишемо найбільш поширені техніки, які застосовуються як в КПТ загалом, так і при роботі з ПТСР.

Метод А-В-С

За допомогою цього широко використовуваного методу когнітивної терапії можна показати, як думки, почуття та поведінка, характерні для травматичної події, пов'язані та можуть впливати одне на одного. Як приклад: (А) – травма (В) – «Я ніколи не зможу повернутися до попереднього життя» (С) – спричиняють дезадаптивну. Звідси – (А) викликає стійкість думок і поведінки. В процесі терапевтичного втручання цей дисфункціональний цикл має бути функціонально реконструйований шляхом його перегляду за допомогою запитань на кшталт «Чи вважаєте ви цей цикл корисним для вас?», тощо.

Щоденник для запису думок

Існує два варіанти такої форми:

– для запису автоматичних думок (на початку терапії, коли за мету ставиться навчити людину фіксувати думки та показати зв'язок між думками, емоціями та поведінкою, що підтримує цикл). Прикладом запитань може бути: *«Мені дуже страшно» → «Що у вас у голові, коли вам страшно?» «Я почувуюся жахливо» → «Яка думка змушує вас почуватися жахливо?» «Чи можете ви сказати мені, що сталося, коли ви так поводитися?» — «Що вас турбувало в той момент» — «На що ви відреагували?» — «Що ви відчули?» — «Якою була ваша поведінка?»*. Форма представлена в таблиці 3.6.

Щоденник для виявлення автоматичних думок

ДАТА І ЧАС коли в мене погіршилось емоційне самопочуття?	СИТУАЦІЯ описати: події (що саме відбувалось, коли погіршився настрій) та/або потік думок, які призвели до погіршення настрою	ЕМОЦІЯ (І) яку емоцію я відчувала (смуток, тривога, злість, страх) оцінити силу емоції (-й) від 0 – 100	АВТОМАТИЧНІ ДУМКИ написати, які думки промайнули у мене в голові як раз перед тим, як виникла ця емоція для кожної думки оцінити на скільки я вірила в неї в той момент від 0 - 100%

– для формування альтернативних і функціональних думок. Замість того, щоб визнавати істинність автоматичної думки чи переконання, заповнення таблиці альтернативних думок ґрунтується на об'єктивному дослідженні доказів за та проти цього. У цій техніці, яка використовується для ілюстрації того, що дисфункціональні когніції пов'язані з ПТСР та суперечать об'єктивним фактам, рекомендується починати з доказів, які підтверджують ці думки, щоб зменшити їх початкові упередження і надати можливість об'єктивно переглянути подію. Прикладом запитань може бути *«Чи розглядаєте ви поведінку та емоції тим, що можна було б не «проживати»? Чи є альтернативи ситуації?» «Що ж завадило вам використовувати інші варіанти? Що схилило вас до такого інтенсивного переживання та поведінки?»*... Форма представлена в таблиці 3.7.

Щоденник альтернативних думок

СИТУАЦІЯ (факт)	ДУМКИ % впевненості в їх істині	ЕМОЦІЇ % інтенсивності	ВІДПОВІДЬ % Яка тут когнітивна помилка? (1) Факти ЗА і ПРОТИ / реальні (2) Яка альтернатива може бути (3) Що саме найгірше може статися? Я переживу це? А найкраще? А що реалістично? (4) Які наслідки віри в цю думку? А що буде якщо я зміню мислення?	РЕЗУЛЬТАТ АДАПТИВНА ДУМКА (1) зараз % впевненості в істині автоматичної дисфункціональної думки (2) % впевненості в істині нової думки (3) що я відчуваю зараз (%)?

Сократівський діалог

Цей метод може стати ефективним доповненням в формулюванні запитань та загалом відображає загальну структуру технік на виявлення автоматичних думок, їх дослідження та розвиток альтернативних переконань, наближених до реальності. За допомогою функціональних запитань забезпечується пробудження цікавості у розкритті більш реалістичної інформації, яка існує, але не може бути доведена до усвідомлення через емоції, викликані травматичною подією, яка перебуває на передньому плані (Padesky 1993; Türkçapar 2018). Цього можна досягнути за допомогою таких запитань, як «Що, якщо це трапиться зі мною знову?», «Зі мною станеться гірше» →

вона/він можуть переконатися, що він/вона кинуть виклик своєму поточному мисленню за допомогою запитань на кшталт *«Як ви дійшли цього висновку?»*, *«Чи можете ви з упевненістю сказати, що це станеться саме так?»*, *«Чи може бути альтернативне пояснення?»*, *«Що б ви сказали другові, якби він пережив це?»*.

Техніка подвійного стандарту

Грунтуючись на припущенні, що люди можуть бути більш справедливими та раціональними, коли оцінюють інших людей, ця техніка пропонує людині оцінити вплив і наслідки її переконань щодо травматичної події, враховуючи, що її друг/близька людина також має подібні вірування. Ця техніка спрямована на те, щоб показати, що людина не може об'єктивно дивитися на себе та подію через емоційну інтенсивність травматичної події і таким чином дистанціюється від реальності. Щоб зробити техніку більш зрозумілою, людину можна попросити оцінити існуючі переконання та запропонувати альтернативні способи мислення, створивши сценарій, за яким та сама травматична подія сталася з кимось іншим (Leahy et al. 2011). Людина, яка стала свідком певної воєнної події може висловити переконання *«Це все моя провина»*. В цьому випадку запитання можуть бути наступними: *«Якби у вас був друг, який зіткнувся з подібною ситуацією, ви б звинуватили його/її?»* або *«Що б сказав хтось інший на твоєму місці?»* або *«Особа X також була свідком події X, але звинувачує себе, хоча він/вона не має відповідальність або провину за подію. Що б ви подумали про особу X чи вважали б її винною?»*.

Техніка глибокого занурення

Метою цієї техніки, яка може бути використана для виявлення автоматичних думок і проміжних переконань, пов'язаних із травмою, є

розкриття більш глибоких переконань через запитання, починаючи з думок, близьких до поверхневих. Після того, як типові автоматичні думки були ідентифіковані за допомогою Сократівського діалогу або щоденників для запису думок, досліджуються проміжні переконання щодо травматичної пам'яті. Таким чином, кожне запитання, спрямоване на значення автоматичних думок про травму, прокладе шлях до основного переконання (Murdock, Türkçapar). Замість «Що це означає?» думки перевіряються виразом «Скажімо...?». (Türkçapar). У людини, яка потрапила в дорожньо-транспортну пригоду, після інциденту виникла думка: «Я більше не можу водити машину». Питання, які можна поставити тут, і етапи поглиблення можна здійснити наступним чином: «Скажімо, що ця думка правдива; що це означає для вас?» → «Я знову потраплю в аварію» → «Що станеться, якщо ви знову потрапите в аварію?» → «Я можу стати інвалідом» → «Що буде, якщо ви станете інвалідом?» → «Ніхто не подбає про мене» → «Якщо ніхто не подбає про вас...?» → «Я буду один» → «Що станеться, якщо ви будете один?» → «Я не зможу бути щасливим» (основне проміжне переконання полягає в тому, що я не повинен бути самотнім, щоб бути щасливим).

Аналіз недоліків і переваг

У цій техніці, яка може бути використана для виявлення позитивних і негативних наслідків переконань травмованих дорослих, а також для вирішення відповідності та недоречності переконань, мета полягає в тому, щоб виявити, чи є переконання функціональним, а не те, чи воно істинне чи помилкове. Спочатку людину запитують про переваги її переконань щодо травматичної події, потім перераховують негативні наслідки цього переконання, і обидва оцінюються разом. Таким чином, результати переконання прояснюються, і створюється мотивація для змін (Leahy). У жінки, яка зазнала бомбардування міста та ніхто не зміг допомогти їй евакуюватися вчасно, виникло переконання,

що «я більше не буду довіряти людям». «Які витрати та переваги вашої віри? Що станеться, якщо ви будете вірити цьому менше? Що зміниться, якщо ви вірите цьому більше?» перераховуються переваги (наприклад, ніхто не може заподіяти мені шкоди) і недоліки (наприклад, я можу стати самотньою) віри, і встановлюється співвідношення між ними та перевіряється функціональність.

Декларація прав людини

Жертвам травм, особливо тим, хто зазнав насильства, пропонується прочитати розділи про свободу, право на життя та щастя в Декларації прав людини. Існуючі переконання жертви переоцінюються, беручи до уваги цю декларацію, і намагаються змусити їх усвідомити, що ці права є необхідністю бути людиною. У цій техніці особу просять написати список прав, які він/вона бажає мати всупереч припущенням, які він/вона склав після травматичної події. Під час створення цього списку деякі жертви можуть бути змушені бути терплячими щодо події, мовчати, щоб бути моральними, або перебувати під впливом якихось ідей, нав'язаних соціальними нормами. На цьому етапі було б корисно попросити записати ці права, вважаючи, що вони стосуються не лише конкретної самої, але й людей у всьому світі (Leahy).

Протидія надмірному узагальненню

При надмірній генералізації, яка є одним із когнітивних спотворень, які часто спостерігаються у постраждалих від травм, людина робить узагальнення щодо свого оточення чи подій з ідеєю контролювати наслідки травматичної події, контролювати тривогу, спричинену можливістю пережити те саме у майбутньому, і відчувати себе в безпеці, захищаючи себе від навколишнього середовища. Хоча ці узагальнення можуть здатися людині переконливими, вони заважають обробити травму здоровим способом, щоб зменшити її вплив.

Мета полягає в тому, щоб привести людину до збалансованого способу мислення шляхом усунення надмірного узагальнення (Clark and Beck).

Тренінг управління стресом

Тренінг був спочатку створений як спосіб керування тривогою. Потім програма тренінгу була модифікована для терапії жертв насильства та представлена в термінах ПТСР. Цей модифікований тренінг управління стресом включає: психологічне просвітництво; техніку м'язової релаксації; тренінг дихання; програвання ролей; когнітивне моделювання (реструктурування); позитивна уява; техніка зупинки думок; тренінг дихання. Мотивація попереднього проведення програми тренінгу управління стресом з людьми, які страждають на ПТСР, полягає в тому, що тривога і страх, що виникли у них в момент переживання травматичної події, генералізуються і виявляються в багатьох ситуаціях, не пов'язаних з травмою. Таким чином, люди з ПТСР навчаються керувати своєю тривогою за допомогою нових прийомів, що знижує рівень тривоги та уникнення ситуацій, що нагадують травму.

Отже, структура терапевтичних програм в рамках когнітивно-поведінкового підходу включає наступні базові етапи (рис. 3.4)

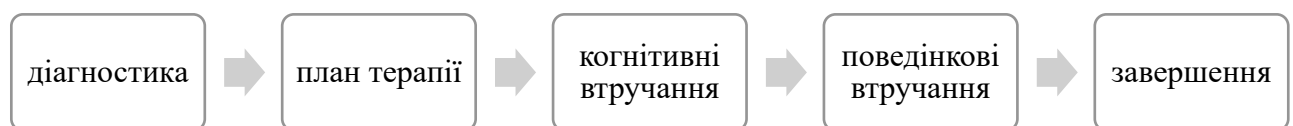


Рис. 3.4. Етапи КПТ при роботі з ПТСР

I – діагностика ПТСР та постановка попереднього діагнозу. Діагностика проводиться протягом усього курсу терапії з метою контролю симптоматики та моніторингу змін неадаптивних когнітивних схем та переконань у людей з ПТСР, дезадаптивних форм їх поведінки та емоційного реагування на тригери, що викликають тривогу. Потім після закінчення курсу терапії проводиться контрольна діагностика.

II – розробка та обговорення плану терапії, включаючи психологічну освіту клієнта, практику з емоційного регулювання його станів, з елементами релаксації та дихальних вправ;

III – когнітивна терапія – робота з неадаптивними когнітивними схемами та дисфункціями, спотвореними переконаннями клієнта про світ, про себе, про інших.

IV – поведінкова терапія, проведення контрольованих експозицій та поведінкова активація.

V – завершення терапії.

Резюмуючи, як вже підкреслювалося, описані нами мета-аналізи та дослідження щодо ефективності КПТ при ПТСР будуть застосовані в процесі розробки дизайну емпіричного дослідження та вибору шкал, що були неодноразово емпірично підтвержені та адаптовані.

Теоретичні моделі формування ПТСР, протокол КПТ та окремі техніки та методи терапії – можуть бути застосовані в процесі розробки програми когнітивно-поведінкової терапії для цивільних осіб, що страждають на посттравматичний стресовий розлад.

Висновки до розділу 3

Результати за опитувальником травматичного стресу показали, що в основній вибірці дослідження домінуючими показниками травматичного стресу є «Надпильність» та «Зловживання ПАВ». Отримані результати можна прокоментувати тим, що «надпильність» проявляється у вигляді постійної фізичної та психічної напруги, яка не дозволяє людині розслабитися і відпочити. У зв'язку з чим цивільні особи зловживають ПАВ, аби «розслабитися». Також домінуючими показниками травматичного стресу є «перебільшене реагування», «обсесивно-компульсивні прояви», «проблеми зі сном, «провина вцілілого». Інші показники проявляються незначно чи частково.

Результати за шкалою IES-R констатують наступні тенденції: за показником «інтрузія» спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Встановлено, що низький рівень впливу травми мають більшість респондентів основної вибірки. За показником «уникнення» спостерігається тенденція до середнього ступеня впливу травми. Встановлено, що середній рівень впливу травми мають майже більшість респондентів основної вибірки. За показником «гіперзбудження» також спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Встановлено, що низький рівень впливу травми мають більшість основної вибірки дослідження.

Отримані результати за шкалою CAPS-5 показали, що більшість респондентів основної групи мають середню вираженість симптомів ПТСР. Це вказує на те, що вони відчують значні, але не максимальні прояви стресу, які можуть впливати на їхнє повсякденне життя, але не до такої міри, аби мати характер повної дезорганізації. Ця група потребує уваги та можливої психологічної підтримки, оскільки симптоми є серйозними і можуть стати підставою до клінічного діагнозу ПТСР.

З метою порівняння показників між вибіркою осіб, що знаходяться близько до лінії фронту та вибірки осіб, що перебувають у відносно безпечних областях України, був застосований критерій Т-Вілксона. Було виявлено, що значення показників ПТСР за шкалами «Приглушення емоцій», «Зловживання ПАВ», «Інтрюзія», «Уникнення», «Гіперзбудливість» виявили суттєві відмінності при $p < 0,01$.

Розроблені рекомендації були направлені на зменшення проявів посттравматичного стресового розладу у цивільного населення методом когнітивно-поведінкової терапії.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психіатричний розлад, який виникає після впливу травматичних подій, таких як бойові дії, терористичні акти, стихійні лиха, сексуальне насильство та значно погіршує якість життя та загальне психологічне благополуччя особи. ПТСР характеризується нав'язливими думками, спогадами, нічними жахами, поведінкою уникнення та підвищеним збудженням.

Психологічне підґрунтя посттравматичного стресового розладу, згідно DSM-5 та ICD-11 проявляється наступними симптомами:

А. п'ять симптомів інтрузії, вторгнення спогадів (дослівно «flashback»), В. два – активного уникнення, С. сім – негативних змін в думках та емоціях, Д. шість змін у рівні збудження (за «гіпер» типом) (DSM-5).

А. повторне переживання травматичної події, В. уникнення травматичних нагадувань, С. постійне відчуття загрози (ICD-11).

На основі даних проведених емпіричних досліджень посттравматичного стресового розладу під час збройних конфліктів виявлено, що більшість з них зосереджено на комбатантах, особливо тих, хто служив у збройних силах, проте також повідомляється, що оцінки поширеності посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення, яке зазнало конфлікту, становлять від 15,3 до 26%. Дану тезу було підкріплено рядом мета-аналізів, зокрема деякими дослідженнями цивільних під час російсько-української війни, яка триває наразі.

Когнітивний підхід пояснює процес формування травми таким чином, що спричинені травматичні події значно впливають на вже існуючі схеми людини, і таким чином, їй важко осмислити подію та типовою є поведінка уникнення – як на рівні когніцій, так і поведінки.

Цей процес стає замкнутим колом (в КПТ це має назву «цикл») для людини, яка робить спроби осмислити подію та спроби уникнути її. Ефект

травми набуває безперервності через надмірне збудження. На цьому етапі когнітивна терапія спрямована на роботу з ірраціональними когніціями жертви травми, щоб реструктурувати їх і таким чином зробити травматичну подію більш збалансованою. Втручання з когнітивної реструктуризації спрямовані на роботу зі специфічними для травми автоматичними думками, дисфункціональними припущеннями та негативними схемами для переосмислення структури страху.

В другому розділі був представлений дизайн емпіричного дослідження, його організація та етапи, представлена характеристика вибірок дослідження за параметрами статі, віку та місця проживання.

На першому етапі складався дизайн емпіричного дослідження, підбиралася вибірка дослідження (шляхом створення публікацій та розсилки інформаційного повідомлення в соціальних мережах Facebook, Instagram та Telegram), а також оформлювалися google-forms з підібраними діагностичними методиками. На другому етапі проводилося емпіричне дослідження вираженості проявів симптомів посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб: збиралися дані з google-forms, проводилася статистична обробка отриманих даних та інтерпретація отриманих показників. На третьому етапі на основі отриманих результатів дослідження розроблялися рекомендації з когнітивно-поведінкової терапії, що адаптувалася під вибірку дослідження та в подальшому пропонувалася до апробації.

В якості інструментарію для психодіагностики були обрані наступні: CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5); Шкала впливу травматичних подій (IES-R); Опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва; Самопочуття, активність, настрої.

В результаті аналізу отриманих даних виявлено, що більшість респондентів основної вибірки дослідження мають середню вираженість симптоматики ПТСР.

Результати за опитувальником травматичного стресу показали, що в основній вибірці дослідження домінуючими показниками травматичного стресу є «Надпильність» та «Зловживання ПАВ». Також домінуючими показниками травматичного стресу є «перебільшене реагування», «обсесивно-компульсивні прояви», «проблеми зі сном, «провина вцілілого». Інші показники проявляються незначно чи частково.

Результати за шкалою IES-R констатують наступні тенденції: за показником «інтрузія» спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Встановлено, що низький рівень впливу травми мають більшість респондентів основної вибірки. За показником «уникнення» спостерігається тенденція до середнього ступеня впливу травми. Встановлено, що середній рівень впливу травми мають майже більшість респондентів основної вибірки. За показником «гіперзбудження» також спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Встановлено, що низький рівень впливу травми мають більшість основної вибірки дослідження.

Отримані результати за шкалою CAPS-5 показали, що більшість респондентів основної групи мають середню вираженість симптомів ПТСР. Це вказує на те, що вони відчують значні, але не максимальні прояви стресу, які можуть впливати на їхнє повсякденне життя, але не до такої міри, аби мати характер повної дезорганізації.

З метою порівняння показників між вибіркою осіб, що знаходяться близько до лінії фронту та вибіркою осіб, що перебувають у відносно безпечних областях України, був застосований критерій Т-Вілксона. Було виявлено, що значення показників ПТСР за шкалами «Приглушення емоцій», «Зловживання ПАВ», «Інтрузія», «Уникнення», «Гіперзбудливість» виявили суттєві відмінності при $p < 0,01$.

Результати свідчать про те, що особи, які знаходяться близько до лінії фронту, мали значно вищі показники приглушення емоцій порівняно з тими, що проживають у відносно безпечних регіонах. Це може свідчити про те, що вони

частіше відчувають емоційну пригніченість та складнощі з вираженням своїх почуттів. Це може проявлятися у вигляді відчуженості, байдужості, коли особи відчувають, що не можуть виразити ті емоційні стани, що вони насправді проживають. Показники зловживання психоактивними речовинами також були вищими серед осіб поблизу лінії фронту. Це може бути результатом спроби знизити стрес та емоційне навантаження через вживання алкоголю або наркотиків. Вживання ПАВ може стати способом тимчасово зняти напругу, уникнути неприємних думок або емоцій, та знайти відчуття короточасного полегшення. Однак, це також може призводити до розвитку залежності та погіршення фізичного і психічного здоров'я. Зловживання ПАВ може мати руйнівний вплив на соціальне життя, роботу та стосунки, створюючи значущі проблеми, які ще більше ускладнюють самопочуття особи. Також в групі, що проживає близько до зони конфлікту, спостерігалися вищі показники нав'язливих спогадів та думок. Це вказує на те, що ці особи частіше стикаються з неприємними спогадами та образами, пов'язаними з травматичними подіями.

Підвищені показники уникання вказують на те, що особи, які проживають близько до лінії фронту, частіше намагаються уникати ситуацій, місць або людей, які можуть нагадувати про травматичний досвід. Уникання є ще одним важливим симптомом ПТСР і може включати поведінкові стратегії, такі як уникнення розмов про травматичні події, відмова від відвідування певних місць або соціальна ізоляція. Таке уникання може зменшувати кількість тригерів, що викликають стрес, але також обмежує соціальну взаємодію та повсякденну активність, що може призводити до відчуження та ізоляції. Також, показники гіперзбудливості також були вищими в групі поблизу лінії фронту, що вказує на підвищений рівень дратівливості, тривоги та напруги серед цих осіб. Гіперзбудливість може проявлятися у вигляді підвищеної пильності, порушень сну, труднощів з концентрацією уваги, а також у вигляді фізичних симптомів, таких як тахікардія. Такі симптоми можуть значно впливати на якість життя, викликаючи постійне відчуття небезпеки та напруги.

З метою психокорекції посттравматичних станів у цивільного населення (нашої вибірки дослідження), було розроблено та запропоновано рекомендації з застосуванням методу КПТ. Виявлено, що для психологічної допомоги особам із ПТСР найчастіше використовують когнітивно-поведінкову психотерапію, та засновану на травмі (ТФКПТ). Також активно застосовуються її окремі підходи, що відрізняються ступенем переважання експозиційних та власне когнітивних технік. Наприклад: когнітивна психотерапія, спрямована на корекцію оцінкових суджень та сприйняття травматичного досвіду; когнітивно-процесуальна психотерапія, що дозволяє замінити дезадаптивні когнітивні схеми на більш адаптивні; КПТ з пролонгованою експозицією, орієнтована на збільшення здатності переносити неприємні відчуття, пов'язані зі спогадами про травму; нарративна експозиційна терапія, що надає можливість інтегрувати травматичні спогади до біографічної лінії людини.

Отримані результати мають важливе практичне значення для надання психологічної допомоги цивільним особам, що постраждали від воєнних дій. Описані рекомендації можуть бути використані фахівцями в галузі психології для розробки та впровадження ефективних методів психотерапії та психологічної підтримки. Ці рекомендації охоплюють підходи до діагностики, профілактики та терапії ПТСР, а також стратегії подолання наслідків травматичних подій. Практичні висновки можуть бути інтегровані в програми підготовки психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють з постраждалими, що сприятиме підвищенню якості психологічної допомоги та реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Беднарчик, Т. Р., Вергелес, Т. М., & Беднарчик, М. В. ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ. КОНТЕКСТ СУЧАСНОЇ УКРАЇНИ. Петрушенко Вікторія Вікторівна, 10.
2. Галушко, О. С., & Куліш, О. В. (2023). ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ. Рекомендовано Вченою радою ДНДІ МВС України (протокол № 4 від 27.06. 2023 року), 37.
3. Козігора, М. (2022). Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни.
4. Логачова, О., & Шаполова, В. В. (2023). ПТСР чи ПТЗ що чекає на цивільне населення після закінчення війни. Амстібовський Д., Серета НВ Формування готовності, 94.
5. Пляка, Б. В. (2022). Психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР.
6. Acosta, M. C., Possemato, K., Maisto, S. A., Marsch, L. A., Barrie, K., Lantinga, L., ... & Rosenblum, A. (2017). Web-delivered CBT reduces heavy drinking in OEF-OIF veterans in primary care with symptomatic substance use and PTSD. *Behavior therapy*, 48(2), 262-276.
7. Amongi, E., Baguma, P., & Nansubuga, F. (2022). Barriers to Accessing Community Based Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for posttraumatic stress disorder (PTSD) Management in Post Conflict Acholi Sub-region. *American Journal of Psychology*, 4(2), 34-48.
8. Babapour, J., & Bakhshipour, A. (2023). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Post-Traumatic Stress Disorder among Martyrs' Families. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 15(2).

9. Bahu, M. (2019). War, trauma and culture: working with Tamil refugees and asylum seekers using culturally adapted CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e46.
10. Beierl ET, Böllinghaus I, Clark DM, Glucksman E, Ehlers A. Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: a prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychol Med*. 2020 Oct;50(13):2172-2181. doi: 10.1017/S0033291719002253. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31507261; PMCID: PMC7557160
11. Bisson, J. I., & Olf, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1824381.
12. Bonne O, Brandes D, Gilboa A, Gomori JM, Shenton ME, Pitman RK, et al. Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD. *Am J Psychiatr* 2001;158: 1248–51.
13. Böttche M, Wagner B, Vöhringer M, Heinrich M, Stein J, Selmo P, Stammel N, Knaevelsrud C. Is only one cognitive technique also effective? Results from a randomized controlled trial of two different versions of an internet-based cognitive behavioural intervention for post-traumatic stress disorder in Arabic-speaking countries. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Jul 15;12(1):1943870. doi: 10.1080/20008198.2021.1943870. PMID: 34345377; PMCID: PMC8284136.
14. Bourdon, D. É., El-Baalbaki, G., Girard, D., Lapointe-Blackburn, É., & Guay, S. (2019). Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 33-47.
15. Brown, W. J., Dewey, D., Bunnell, B. E., Boyd, S. J., Wilkerson, A. K., Mitchell, M. A., & Bruce, S. E. (2018). A critical review of negative affect and the application of CBT for PTSD. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(2), 176-194.
16. Burri, A., & Maercker, A. (2014). Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC research notes*, 7, 1-11.

17. Chipalo, E. (2021). Is trauma focused-cognitive behavioral therapy (TF-CBT) effective in reducing trauma symptoms among traumatized refugee children? A systematic review. *Journal of child & adolescent trauma*, 14(4), 545-558.
18. Chipalo, E. (2021). Is trauma focused-cognitive behavioral therapy (TF-CBT) effective in reducing trauma symptoms among traumatized refugee children? A systematic review. *Journal of child & adolescent trauma*, 14(4), 545-558.
19. CorvalanJC,KleinD.PTSD:diagnosis,evolution,andtreatment of combat-related psychological/psychiatric injury. *Mo Med* 2011;108:296–303.
20. Diao H. et al. Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Medical review*. 2022. vol. 2,3 219-243.
21. DSM-5. Psychiatric Association American. Diagnostic and statistical manual of mental disorders&. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
22. Ennis, N., Sijercic, I., & Monson, C. M. (2021). Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 88, 102049.
23. Ennis, N., Sijercic, I., & Monson, C. M. (2021). Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 88, 102049.
24. Ennis, Naomi & Sijercic, Iris & Monson, Candice. (2021). Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 88. 102049. 10.1016/j.cpr.2021.102049.
25. Fenster RJ, Lebois LAM, Ressler KJ, Suh J. Brain circuit dysfunctioninpost-traumaticstressdisorder:frommouseto man. *Nat Rev Neurosci* 2018;19:535–51.
26. Finley, E. P. (2019). *Fields of combat: Understanding PTSD among veterans of Iraq and Afghanistan*. Cornell University Press.

27. Gaffar, Mahjareen & Uddin, Md. (2018). Trauma focused cognitive behavior therapy in a traumatized female child. *Bangladesh Journal of Psychiatry*. 30. 20. 10.3329/bjpsy.v30i1.37858.
28. Greene, T., Gelkopf, M., Epskamp, S., & Fried, E. (2018). Dynamic networks of PTSD symptoms during conflict. *Psychological Medicine*, 48(14), 2409-2417.
29. Hayes JP, Hayes SM, Mikedis AM. Quantitative meta-analysis of neural activity in posttraumatic stress disorder. *Biol Mood Anxiety Disord* 2012;2:9.
30. Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637>
31. Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1578637.
32. Hoppen, T. H., Priebe, S., Vetter, I., & Morina, N. (2021). Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ global health*, 6(7), e006303.
33. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: clinical and behavioral correlates. *J Trauma Stress* 2018;31:174–80.
34. ICD-11. WHO. 2018.
35. Javanbakht, A., Rosenberg, D., Haddad, L., & Arfken, C. L. (2018). Mental Health in syrian refugee children resettling in the United States: war trauma, migration, and the role of parental stress.

36. Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A. M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2114630.
37. Johnson, R.J., Antonaccio, O., Botchkovar, E. et al. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **57**, 1807–1816 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>
38. Jordan, A. H., Eisen, E., Bolton, E., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2017). Distinguishing war-related PTSD resulting from perpetration-and betrayal-based morally injurious events. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 627.
39. Kakaje, A., Al Zohbi, R., Hosam Aldeen, O., Makki, L., Alyousbashi, A., & Alhaffar, M. B. A. (2021). Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC psychiatry*, 21, 1-16.
40. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014;31:130–42.
41. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.
42. Lasiuk GC, Hegadoren KM. Posttraumatic stress disorder part I: historical development of the concept. *Psychiatr Care* 2006;42: 13–20.
43. Lenz, A. & Haktanir, Abdulkadir & Callender, Karisse. (2017). Meta-Analysis of Trauma-Focused Therapies for Treating the Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of counseling and development: JCD*. 95. 339-353. 10.1002/jcad.12148.
44. Levine AB, Levine LM, Levine TB. Posttraumatic stress disorder and cardiometabolic disease. *Cardiology* 2014;127:1–19.

45. LoSavio ST, Dillon KH, Resick PA. Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Curr Opin Psychol.* 2017 Apr;14:18-22. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.09.006. Epub 2016 Oct 4. PMID: 28813314.
46. Macedo, T., Barbosa, M., Rodrigues, H., Coutinho, E. D. S. F., Figueira, I., & Ventura, P. (2018). Does CBT have lasting effects in the treatment of PTSD after one year of follow-up? A systematic review of randomized controlled trials. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40, 352-359.
47. Marmar CR, Schlenger W, Henn-Haase C, Qian M, Purchia E, Li M, et al. Course of posttraumatic stress disorder 40 years after the Vietnam war: findings from the national Vietnam veterans longitudinal study. *JAMA Psychiatr* 2015;72: 875–81.
48. Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment guidelines for PTSD: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18), 4175.
49. Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment guidelines for PTSD: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18), 4175.
50. Martsenkovskiy, D., Napryeyenko, O., & Martsenkovsky, I. (2020). Depression in adolescents exposed to war trauma Risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: does PTSD matter?. *Global Psychiatry*.
51. McLeay, S. C., Harvey, W. M., Romaniuk, M. N., Crawford, D. H., Colquhoun, D. M., Young, R. M., ... & Lawford, B. R. (2017). Physical comorbidities of post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam War veterans. *Medical Journal of Australia*, 206(6), 251-257
52. Meng Y, Qiu C, Zhu H, Lama S, Lui S, Gong Q, et al. Anatomical deficits in adult posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Behav Brain Res* 2014; 270:307–15.

53. Mobbs, M. C., & Bonanno, G. A. (2018). Beyond war and PTSD: The crucial role of transition stress in the lives of military veterans. *Clinical psychology review*, 59, 137-144.
54. Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 239, 328-338.
55. Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 239, 328-338.
56. Motzkin JC, Philippi CL, Wolf RC, Baskaya MK, Koenigs M. Ventromedial prefrontal cortex is critical for the regulation of amygdala activity in humans. *Biol Psychiatr* 2015;77:276–84.
57. Murphy D, Smith KV. Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors. *J Trauma Stress*. 2018 Oct;31(5):753-763. doi: 10.1002/jts.22333. Epub 2018 Oct 19. PMID: 30338573; PMCID: PMC6456014.
58. Murray, H., Grey, N., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Wild, J., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2022). Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e33. doi:10.1017/S1754470X2200030
59. Nocon, A., Eberle-Sejari, R., Unterhitzberger, J., & Rosner, R. (2017). The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: Systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup2), 1388709.
60. Nugent, S. M., Freeman, M., Ayers, C. K., Winchell, K. A., Press, A. M., O'Neil, M. E., ... & Kansagara, D. (2021). A systematic review of therapeutic

interventions and management strategies for Gulf War illness. *Military medicine*, 186(1-2), e169-e178.

61. Papazoglou, K. (2017). Examining the psychophysiological efficacy of CBT treatment for first responders diagnosed with PTSD: An understudied topic. *Sage open*, 7(3), 2158244017729407.

62. Peters, W., Rice, S., Cohen, J., Murray, L., Schley, C., Alvarez-Jimenez, M., & Bendall, S. (2021). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) for interpersonal trauma in transitional-aged youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(3), 313.

63. Pisaruk, A., Shatilo, V., Chyzhova, V., Koshel, N., Pisaruk, L., & Ivanov, S. (2022). Posttraumatic stress disorder: online poll of people who experienced war stress in Ukraine in 2022. *Ageing and Longevity*, 3(2), 57-62.

64. Porter, S. (2018). *Treating PTSD: A compassion-focused CBT approach*. Routledge.

65. Reed, J., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T. et al. Trauma Memory Characteristics and Neurocognitive Performance in Youth Exposed to Single-Event Trauma. *Res Child Adolesc Psychopathol* **52**, 997–1008 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10802-024-01171-3>

66. Ridings, L. E., Moreland, A. D., & Petty, K. H. (2019). Implementing trauma-focused CBT for children of veterans in the VA: Providing comprehensive services to veterans and their families. *Psychological Services*, 16(1), 75.

67. Ross SL, Sharma-Patel K, Brown EJ, Huntt JS, Chaplin WF. Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse Negl.* 2021 Jan;111:104734. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104734. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33162104.

68. Saadlou, M. S. S. Q., Zadeh, F. A., Sabbah, A., Motevalli, S., & Isarizadeh, M. (2022). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Patients

with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*.

69. Schindler, L., Stalder, T., Kirschbaum, C., Plessow, F., Schönfeld, S., Hoyer, J., ... & Steudte-Schmiedgen, S. (2020). Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder before and after cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102265.

70. Seidi, P. A., Jaff, D., Connolly, S. M., & Hoffart, A. (2021). Applying Cognitive Behavioral Therapy and Thought Field Therapy in Kurdistan region of Iraq: A retrospective case series study of mental-health interventions in a setting of political instability and armed conflicts. *Explore*, 17(1), 84-91.

71. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2017;376:2459–69.

72. ŞİMŞEK, Mustafa. (2023). Cognitive Models Explaining Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive Therapy Methods Frequently Used in Trauma Victims Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Açıklayan Bilişsel Modeller ve Travma Mağdurlarında Sık Kullanılan Bilişsel Terapi Yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 15. 631-643. 10.18863/pgy.1209460.

73. Steenkamp MM, et al. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015;314(5):489–500.

74. Steenkamp, M. M., Schlenger, W. E., Corry, N., Henn-Haase, C., Qian, M., Li, M., ... & Marmar, C. (2017). Predictors of PTSD 40 years after combat: Findings from the National Vietnam Veterans longitudinal study. *Depression and anxiety*, 34(8), 711-722.

75. Sun Y, Gooch H, Sah P. Fear conditioning and the basolateral

76. Taylor, S. (2017). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Publications.

77. Trottier K, Monson CM, Wonderlich SA, Crosby RD. Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*. 2022 Feb;52(3):587-596.

doi: 10.1017/S0033291721004967. Epub 2021 Dec 7. Erratum in: *Psychol Med.* 2022 Feb;52(3):600. PMID: 34872625; PMCID: PMC8883823.

78. Van Voorhees, E. E., Dillon, K. H., Wilson, S. M., Dennis, P. A., Neal, L. C., Medenblik, A. M., ... & Beckham, J. C. (2021). A comparison of group anger management treatments for combat veterans with PTSD: Results from a quasi-experimental trial. *Journal of interpersonal violence*, 36(19-20), NP10276-NP10300.

79. Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 258.

80. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord* 2020;277: 55–64.

81. Zakse, U. (2009), “Trauma synthesis with the help of trauma exposure”, *Typology of personality in symbol-drama and other methods of psychotherapy: collection of scientific papers*, Graf, Stavropol, pp. 101-111.

82. Zasiakina, L., Zasiakin, S. & Kuperman, V. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *J Community Health* **48**, 784–792 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01225-5>

83. Zayfert, C., & Becker, C. B. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach*. Guilford Publications.

84. Zemestani, M., Mohammed, A. F., Ismail, A. A., & Vujanovic, A. A. (2022). A pilot randomized clinical trial of a novel, culturally adapted, trauma-focused cognitive-behavioral intervention for war-related PTSD in Iraqi women. *Behavior Therapy*, 53(4), 656-672.

CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)

Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже	
						0
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4

6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4

12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4

19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

Ви пережили _____ (дата) (подія з життя) Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність протягом останніх 7 днів або протягом іншого узгодженого проміжку часу:		<i>Наскільки це Вас виснажувало?</i>				
		<i>ані- трохи</i>	<i>трохи</i>	<i>помір- но</i>	<i>досить сильно</i>	<i>дуже сильно</i>
		<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>а</i>	Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.					
<i>б</i>	Мені було важко спати, я часто будився (-лася) уночі.					
<i>в</i>	З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію.					
<i>г</i>	Я відчував (-ла) роздратування і злість.					
<i>г'</i>	Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав (-ла) про цю подію, чи вона нагадувалася мені.					
<i>д</i>	Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів (-ла) цього робити.					
<i>е</i>	Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді.					
<i>є</i>	Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.					
<i>ж</i>	Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.					
<i>з</i>	Я був (-ла) нервовий (-а), я «заводився» з нічого.					
<i>и</i>	Я намагався (-лася) про це не думати.					
<i>і</i>	Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив (-ла).					
<i>ї</i>	Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.					
<i>й</i>	Я помітив (-ла), що я поведжуся або відчуваюся так, ніби я знову повернувся (-лася) у той час.					
<i>к</i>	Мені було важко засинати.					
<i>л</i>	На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.					
<i>м</i>	Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.					
<i>н</i>	Мені було важко зосереджуватися.					
<i>о</i>	Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.).					
<i>п</i>	Це мені снилося.					
<i>р</i>	Я відчуваюся (-лася) цілий час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову.					
<i>с</i>	Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.					

Самопочуття, активність, настрої (САН)

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрої	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрої
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
1.	Вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим.	5	4	3	2	1
2.	Я добре координую свої рухи.	5	4	3	2	1
3.	Я відчуваю втому.	5	4	3	2	1
4.	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.	5	4	3	2	1
5.	Раптово у мене буває сильне серцебиття.	5	4	3	2	1
6.	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.	5	4	3	2	1
7.	Світ, який мене оточує, здається нереальним.	5	4	3	2	1
8.	Я здригаюся від раптового шуму.	5	4	3	2	1
9.	Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.	5	4	3	2	1
10.	Я абсолютно здоровий фізично.	5	4	3	2	1
11.	Мені приносить задоволення знаходитися серед людей.	5	4	3	2	1

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
12.	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.	5	4	3	2	1
13.	Мене не можна звинуватити в тому, що я розсіяний.	5	4	3	2	1
14.	Я часто бачу один і той же страшний сон.	5	4	3	2	1
15.	Безумовно, я винуватий перед людьми.	5	4	3	2	1
16.	Дурниці дратують мене.	5	4	3	2	1
17.	Я намагаюся не дивитися телевизор, якщо показують хроніку драматичних подій.	5	4	3	2	1
18.	Мені подобається моя робота.	5	4	3	2	1
19.	Я пережив серйозну втрату.	5	4	3	2	1
20.	Я добре висипаюся ночами.	5	4	3	2	1
21.	Я ніколи не бачу страшних снів.	5	4	3	2	1
22.	Іноді мені хочеться напитися.	5	4	3	2	1
23.	Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.	5	4	3	2	1
24.	У мене буває відчуття, що час тече ніби уповільнено.	5	4	3	2	1
25.	Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.	5	4	3	2	1
26.	Багато речей втратили для мене інтерес.	5	4	3	2	1
27.	Без жодного приводу я можу вийти із себе.	5	4	3	2	1
28.	Мені слід було б дотримуватися дієти.	5	4	3	2	1
29.	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.	5	4	3	2	1
30.	Буває, що я забуваю речі.	5	4	3	2	1
31.	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.	5	4	3	2	1
32.	Мені необхідно краще контролювати емоції.	5	4	3	2	1
33.	Минулі події підчас згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз.	5	4	3	2	1
34.	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.	5	4	3	2	1
35.	Я прокидаюся від раптового страху.	5	4	3	2	1
36.	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати в колишньому ритмі.	5	4	3	2	1
37.	Часом я відчувають озноб.	5	4	3	2	1
38.	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду.	5	4	3	2	1
39.	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.	5	4	3	2	1

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
40.	Я відчуваю себе більш досвідченою людиною, ніж багато хто з моїх однолітків.	5	4	3	2	1
41.	Мені важко заснути.	5	4	3	2	1
42.	Я відчуваю самотність.	5	4	3	2	1
43.	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно.	5	4	3	2	1
44.	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.	5	4	3	2	1
45.	Часом мене радують найнезначніші речі.	5	4	3	2	1
46.	Я відчуваю прилив сил.	5	4	3	2	1
47.	Вранці я дуже важко прокидаюся.	5	4	3	2	1
48.	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.	5	4	3	2	1
49.	Я відчуваю сором.	5	4	3	2	1
50.	Зазвичай, я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.	5	4	3	2	1
51.	Я настільки міцно сплю, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені перешкодити.	5	4	3	2	1
52.	Мені кажуть, що я скрикую уві сні.	5	4	3	2	1
53.	Я часто думаю про майбутнє.	5	4	3	2	1
54.	Іноді я серджуся.	5	4	3	2	1
55.	Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірам.	5	4	3	2	1
56.	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.	5	4	3	2	1
57.	Останнім часом мій настрій погіршився.	5	4	3	2	1
58.	Мені немає на кого покластися.	5	4	3	2	1
59.	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.	5	4	3	2	1
60.	Безумовно, я люблю ризикувати.	5	4	3	2	1
61.	Мені подобається "чорний гумор".	5	4	3	2	1
62.	Я в усьому покладаюся на самого себе.	5	4	3	2	1
63.	Я постійно відчуваю потребу що-небудь їсти, навіть не відчуваючи голоду.	5	4	3	2	1
64.	Іноді мені здається, що я заплутався в житті.	5	4	3	2	1
65.	Мені здається, що я не зумів зробити те, що від мене вимагалось.	5	4	3	2	1
66.	Я відчуваю інтерес і смак до життя.	5	4	3	2	1

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
67.	Мені весело та легко в компанії друзів.	5	4	3	2	1
68.	Я багато і плідно працюю.	5	4	3	2	1
69.	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.	5	4	3	2	1
70.	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.	5	4	3	2	1
71.	Я ніколи не відчував страху.	5	4	3	2	1
72.	Мені було б корисно побути на самоті.	5	4	3	2	1
73.	Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше.	5	4	3	2	1
74.	Моє життя різноманітне і насичене подіями.	5	4	3	2	1
75.	Я ніколи не вчиняв так, щоб потім було б соромно.	5	4	3	2	1
76.	Чужі труднощі мало кого хвилюють.	5	4	3	2	1
77.	Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.	5	4	3	2	1
78.	Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.	5	4	3	2	1
79.	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати.	5	4	3	2	1
80.	Я гостро сприймаю чужу біль.	5	4	3	2	1
81.	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю.	5	4	3	2	1
82.	Мене турбують головні болі.	5	4	3	2	1
83.	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.	5	4	3	2	1
84.	Я не проти додаткового заробітку.	5	4	3	2	1
85.	Сторонні звуки відволікають мене.	5	4	3	2	1
86.	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується.	5	4	3	2	1
87.	Я вірю в торжество справедливості.	5	4	3	2	1
88.	Моє серце працює як звичайно.	5	4	3	2	1
89.	Іноді я приймаю пігулки.	5	4	3	2	1
90.	Є речі, які я не можу собі пробачити.	5	4	3	2	1
91.	Безумовно, мені потрібен час, щоб опанувати себе.	5	4	3	2	1
92.	Алкоголь добре знімає будь-який стрес.	5	4	3	2	1
93.	Я не схильний скаржитися на здоров'я.	5	4	3	2	1
94.	Мені хочеться все троцити на своєму шляху.	5	4	3	2	1
95.	Більшість людей стурбовані лише власним благополуччям.	5	4	3	2	1
96.	Мені важко стримувати свій гнів.	5	4	3	2	1