Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 01 » червня 2022 року

УДК 159.97-057.36:159.942

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАБІЛІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ ВНАСЛІДОК ПТСР

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньо-професійною програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконав:
студент 465 групи
ПЛЯКА Борис Володимирович

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, професор
ЛИСЕНКОВА Ірина Петрівна

Миколаїв – 2022

Міністерство освіти і науки України

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Медичний інститут

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 - Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 03 » червня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студентові **Пляка Борису Володимировичу**.

1. Тема роботи: «Психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовців внаслідок ПТСР» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 307 від «17» листопада 2021 року.
2. Об’єкт дослідження – психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на особистість.
3. Предмет дослідження – психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовців внаслідок ПТСР.
4. Завдання дослідження:
    1) проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену когнітивно-поведінкової терапії у психологічній літературі;
    2) обґрунтувати особливості роботи при ПТСР;

3) провести психокорекцію ПТСР за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

5. Науковий керівник роботи.

ПІП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
ЛИСЕНКОВА Ірина Петрівна завідувачка кафедри психології, доктор психологічних наук, професор	25 вересня 2021 року _____	25 травня 2022 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	11 жовтня 2021 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	30 листопада 2021 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	
3.1	Розділ 1. Теоретичні основи дослідженя впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР.	20 грудня 2021 р.
3.2	Розділ 2. Експериментальне дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР.	25 квітня 2022 р.
4	Висновки	16 травня 2022 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	01 червня 2022р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	20 червня 2022 р.

Студент _____ Борис ПЛЯКА

Науковий керівник _____ Ірина ЛИСЕНКОВА

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАБІЛІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ ВНАСЛІДОК ПТСР 5

1.1. Розвиток уявлень про ПТСР у психологічній літературі 5

1.2. Загальна характеристика та особливості когнітивно-поведінкової терапії 21

1.3. Психологічні умови стабілізації емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР 28

Висновки до першого розділу 35

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАБІЛІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ ВНАСЛІДОК ПТСР 38

2.1. Організація та хід експериментального дослідження 38

2.2. Аналіз результатів експериментального дослідження 54

2.3. Рекомендації щодо використання когнітивно-поведінкової терапії при стабілізації емоційного стану військовослужбовців внаслідок ПТСР 58

Висновки до другого розділу 63

ВИСНОВКИ 65

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 68

ДОДАТКИ 75

ВСТУП

Актуальність дослідження визначається становищем в світі, вразливостью верств населення та наявністью екстримальних ситуацій. Люди після перебування в екстремальних ситуаціях потребують посиленої уваги, підтримки, психологічної допомоги. В залежності від того, коли і як якісно буде надана психологічна допомога залежить, ефективність подолання наслідків перебування в екстремальних ситуаціях.

Через повномасштабне вторгнення російських військ на територію суверенної країни України, значно збільшилась кількість людей з посттравматичним стресовим розладом. Когнітивно-поведінкова терапія показала в купі досліджень та на практиці свою ефективність при роботі з різними рівнями складності. В даній дослідницькій роботі ми з вами розберемо теорію та практично засвідчимось в ефективності роботи когнітивно-повідінкової терапії з емоційним станом військовослужбовців, котрі в результаті своєї діяльності «отримали» посттравматичний стресовий розлад.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити вплив когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР.

Завдання дослідження:

1) проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену когнітивно-поведінкової терапії у психологічній літературі;
2) обґрунтувати особливості роботи при ПТСР;
3) провести психокорекцію ПТСР за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

Об’єкт дослідження – психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на особистість.

Предмет дослідження – психологічні аспекти впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовослужбовця

внаслідок ПТСР.

Методи дослідження. Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: *теоретичні* (теоретичний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), *емпіричні* (методи опитування, тестування), *методи обробки даних* (узагальнення і систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження).

Практична значимість. Психокорекційну програму можуть використовувати психологи, котрі націлені на стабілізацію емоційного стану військовослужбовців внаслідок ПТСР за допомогою когнітивно-поведінкової терапії. У результаті такого дослідження покращується психоемоційний стан військовослужбовців та вибудовується вміння справлятися зі стресовими ситуаціями. Такий підхід корекції особистісних проблем можнавикористовувати в різних видах діяльності людини.

Емпірична база дослідження. Дослідницько-експериментальна робота проводилася на території військової частини зі військовослужбовцями, у яких діагностовано посттравматичний стресовий розлад, вибірка склала 20 осіб.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота бакалавра складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел, який налічує 65 джерел. Загальний обсяг роботи становить 88 сторінок, із них основного тексту – 74 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАБІЛІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ ВНАСЛІДОК ПТСР

1.1. Розвиток уявлень про ПТСР у психологічній літературі

Посттравматичний стресовий розлад є сукупністю реакцій нормальний людей, які потрапляють у ненормальні травматичні обставини і ситуації. Враховуючи особливості цього явища та велику кількість випадків психічного зламу ветеранів Другої світової війни, американські фахівці вперше у 1952 році ввели нову діагностичну категорію під назвою «велика стресова реакція» [1, с. 18]. Це означало перше офіційне визнання існування психічного розладу внаслідок дії тяжких травматичних стресорів. Діагноз передбачав стан інтенсивного та незвичайного стресу», в якому «особане може використовувати усталені зразки реакцій для подолання гнітючого страху». А значна новизна була в тому, що цей діагноз ставиться «нормальний людям, котрі пережили стрес, який не можливо було перенести». Таким чином, проведений вододіл, за яким у минулому залишалося попереднє трактування психічного зламу на полі бою як наслідку слабкої психічної конституції, зокрема схильності до психічних захворювань. У визначенні великої стресової реакції чітко наголошено, що мова йде про розлад, який з'являється у нормальних, психічно здорових людей, котрі потрапили в екстремальні, ненормальні події чи ситуації [1, с. 18].

Період між 1950-90 роками відзначається інтенсивними дослідженнями збором даних та свідчень про психічні страждання людей під час війни. Також схожі симптоми психічних порушень виявлені в людей, котрі пережили якусь інтенсивну травму в цивільному житті, на кшталт ґвалтування, викрадення, участі у важкій дорожньо-транспортній події, або потрапляння в інші

катастрофи (землетруси, повінь тощо). Це призвело до висновку, що до психічного зламу людина може дійти найчастіше «після потрапляння в стресову подію, в якій життя і тілесна цілісність травмованої особи були безпосередньо під загрозою, або вона стала свідком страждань якоїсь іншої особи, або дізналась про раптову смерть або важке страждання близької особи і реагувала на цю подію сильним відчуттям страху, безпорадності чи небезпеки». Крім того, встановлено, що необхідно розрізняти стрес, який виникає безпосередньо після пережитої травми, та проблеми, які з'являються із певним часовим відтермінуванням. Таким чином, вперше діагноз «велика стресова реакція» був поділений на дві діагностичні категорії: гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад [2, с. 352].

ПТСР, що можна побачити із самої назви, передбачає появу певних психічних проблем – симптомів від пережитої травми після певного часу (lat. post = після). Залежно від часу появи проблем слід розрізняти гострий, хронічний і відкладений ПТСР. Гостра форма ПТСР з'являється у період від одного до трьох місяців після травматичної події і характеризує стан тих осіб, котрі страждають на гострий стресовий розлад більше чотирьох тижнів (хоча може з'явитися і в тих, хто не мав ознак стресу після травматичної події). Якщо симптоми інтенсивно з'являються і після трьох місяців, тоді йдеться про хронічну форму ПТСР [4, с. 16-24].

Перехід з гострої у хронічну форму ПТРС також обумовлений навколишніми чинниками. У певній кількості випадків хронічний ПТСР може з'явитися без попередньої появи гострої форми (так само як гострий ПТСР може з'явитися без попередньої появи гострого стресового розладу). При ПТСР з відкладеним початком симптоми з'являються шість місяців після травматичної події, або ще пізніше (після двох-трьох років) [3, с. 105-116].

Поява чи відсутність психічного розладу залежать від складної взаємодії самого травматичного досвіду, попередньо життєвого досвіду, рис особистості, тоді як на одужання може впливати і ставлення кола людей з вужчого до ширшого середовища. І хоча не можна визначити, який із цих

факторів має більший чи менший вплив, оскільки зміни в поведінці відбуваються в результаті їх взаємодії, сьогодні ми можемо говорити, що вид, інтенсивність та решта ознак стресора або травматичної події відіграють ключову роль не лише у появі, а й у тривалості розладу [1, с. 18].

Коли йдеться про травматичні стресори, зазвичай, мають на увазі події чи ситуації, які для більшості людей страшні чи сповнені потрясінь. До цієї категорії передусім потрапляють всі ситуації прямої загрози для життя і фізичної цілісності, які супроводжуються інтенсивним відчуттям безпорадності та страху. Відчуття стресора завжди суб'єктивне, а це означає, що зовсім безпечна для когось подія, може в інших людей викликати серйозні психічні наслідки відповідно до їх специфічного власного попереднього досвіду та рис особистості. І навпаки, подія, яка викликає потрясіння в багатьох, інших може залишити байдужими. Відповідно до цього, при визначенні/описі стресу, крім об'єктивних обставин (чи якась подія дійсно трапилась), завжди береться до уваги об'єктивна оцінка його впливу (чи подія переживалася як дійсно катастрофічна) [2, с. 352].

Складність та багатовимірність появи ПТСР вимагає міждисциплінарного підходу, який пропонує модель вразливості до стресу («stress-vulnerability model») [6, с.99]. Ця модель опирається на біо-психо-соціальний синтез комплексних відносин між генетичною схильністю, вимірами особистості та впливом (соціального) середовища. Відповідно до цієї моделі індивідуальні відмінності стійкості/чутливості до стресу походять від біологічної (генетичної) схильності, яка моделюється під впливом стресового досвіду з раннього (перенатального) віку, протягом дитинства, дорослішання, зрілого віку і старості, формуючи психологічні (емоційні, когнітивні та поведінкові) реакції. Низький рівень біологічної стійкості до стресу не обов'язково призводить до розвитку психопатологічних зразків поведінки, якщо не підпадає під багаторазову дію стресових подій протягом життя. І навпаки, висока вроджена здатність опиратися стресу не гарантує психічного здоров'я, якщо особа знаходиться під впливом стресових подій

високої інтенсивності та тривалості. Модель вразливості до стресу може пояснити, чому люди в однакових обставинах по-різному реагують, але також попереджає, що й люди з високим рівнем опору до стресу здатні переживати психічний злам [9, с. 101].

Участь у війні та переживання травматичних воєнних стресорів є своєрідним тестом на стійкість до стресу і для психічно стійких осіб Травматичні чи екстремальні стресори перевершують звичний людський досвід і вважаються надзвичайно тривожними майже для всіх людей, а війна переповнена такими подіями. Інтенсивну травматичну дію для психічної цілісності може мати як безпосередньо пережита подія, так і свідчення та інформація про неї. Особливо травматичним вважається особисто пережитий досвід, тобто досвід, коли військовий на війні: брав безпосередню участь в бою (та інших подіях на полі бою); особисто пережив насильство (поранення сексуальна насильство, фізичний напад, тортури), ув'язнення, полон (у військових тюрмах чи таборах), був свідком надзвичайно тяжких травматичних випадків насильницької смерті чи важкого поранення іншої людини (спровокованих насильницьким нападом, катастрофою тощо), трупів чи частин людського тіла тощо. Травматичний досвід стосується й раптових звісток про страждання близької особи: раптова (насильницька) смерть близької людини, тяжкі аварії чи тяжкі поранення члена родини або близького друга тощо [7, с. 12].

Чи може окремий стресор викликати травматичні наслідки і наскільки вони можуть бути великими – залежить від його характеристик чи вимірів. З них варто виокремити такі: ступінь небезпеки для власного життя (або життя близької особи), вид події (близькість, тривалість і сила стресора), рівень відчуття втрати (або ступінь суму за близькими особами), місце події, ступінь складності (один чи більше стресорів), поширеність впливу (подія поширена на одну особу чи на цілий підрозділ, як у випадку інтенсивного артилерійського обстрілу на всій лінії оборони). Зрозуміло, що сила травми, зокрема вірогідність появи розладу буде більшою із зростанням сили,

тривалості чи фізичної близькості стресора. Окрім цього, встановлено, що найбільш стресову дію мають травми, викликані діяльністю інших людей (тортури, ґвалтування) [2, с. 352].

Найчастіші воєнні стресори професійних хорватських військових. У дослідженні, яке було проведено вибірково серед 1719 представників професійних бригад хорватської армії безпосередньо після війни, з'ясовано, що найчастішими стресорами для військових були:

- ситуація, коли був свідком поранення інших людей;
- участь в операції, де було вбито солдатів противника,
- надання допомоги пораненим та участь в їх порятунку,
- ситуація, коли був свідком загибелі солдатів противника;
- ситуації, в яких були впевнені у високій вірогідності своєї смерті чи вбивстві;
- ситуація, коли був свідком розірваних чи обгорілих людських тіл.

Один чи більше зазначених воєнних стресорів пережили понад 70 % опитуваних. Зокрема, представники гвардійських бригад протягом війни пережили 15 різних травматичних подій, а дію лише одного стресора відчули на собі менше 5 % військових, жодного – 2,7 % [8, с. 98].

Окрім зазначеного, посттравматичний ефект кризової події залежить також від суб’єктивного сприйняття самої особи. В одному дослідженні групи, що складалась із 62 хорватських військових, котрі протягом віини пережили тяжкий травматичний досвід, зокрема полон, було запропоновано з переліку подій обрати три суб’єктивно найважчі воєнні події для них. Так, опитувані найчастіше вказували на полон (92,3 %), що зрозуміло з огляду на відверто негуманне поводження супротивника з полоненими. На другому місці була ситуація свідка загибелі соратників (79,2 %), а на третьому власне важке поранення (54,5 %). Шукаючи додаткового пояснення цьому, на перший погляд, парадоксальному результату, були проведені бесіди з військовими, котрі були присутні при загибелі соратників і при цьому пережили власне важке поранення. Завдяки аналізу їх відповідей були встановлені суттєві

відмінності в обставинах під час і після травматичних подій, які мали істотний вплив на роботу з травматичною подією [15, с. 712].

Існують відмінності в обставинах різних травматичних подій: присутність під час загибелі побратимів та тяжке поранення.

Присутність під час загибелі побратимів [14, с. 112]:

- Тривалість події довша
- Перебування близько до тіла
- Бачення жахливих деталей
- Розвиток сильної чуттєвої реакції (частіше гнів)
- Приховування в собі, уникнення розмов про подію
- Часто розвивається почуття провини чи перекладення провини
- Подія порушує позитивну картинку про себе
- Перебування на фронті продовжується
- Перебування і далі під загрозою загибелі

Тяжке поранення [14, с. 112]:

- Подія короткотривала
- Незважаючи на очікування, немає болю чи його можна терпіти
- Допомога і піклування відразу
- Часта втрата свідомості
- Увага медичного персоналу, друзів, родини
- Позитивна оцінка події
- Можливість розповіді про деталі події
- Розвивається позитивна картинка про себе (герой)
- Переміщення у безпечну зону
- Зменшуються чи зовсім зникають інші стресори

Зрозуміло, що інтеграція травматичної події у власний досвід, зокрема її «внутрішнє» відпрацювання, не залежить винятково від інтенсивності травматичного стресора. Вона може бути полегшена чи погіршена обставинами і діями, які супроводжують саму подію або відбуваються безпосередньо після неї. На цьому розумінні грунтуються дії з профілактики

подальшого переходу гострого стресового розладу у ПТСР. Певні процедури, проведені відразу після пережитої травми, можуть значно зменшити травматичні наслідки та запобігти розвитку ПТСР. Окрім надання безпосередньої фахової допомоги і боку військових психологів та медичного персоналу, профілактичні заходи передбачають конкретні кроки з боку командира, військових товаришів та інших людей, які спілкуються з травмованою особою. Інколи погрібні суттєві заходи з організації одужання після травми, про що буде детальніше сказано в главі про психологічну профілактику та допомогу.Особистість здавна цікавила багатьох дослідників, особливо її індивідуальний розвиток, становлення та функціонування у суспільстві, які механізми керують людиною та забезпечують поступовий перехід на новий рівень розвитку [18, с. 496].

Психологічні реакції. Адаптивні реакції – природній психофізіологічний стан військовослужбовця в бойовій стресовій ситуації, що характеризується напруженням функціональних систем його організму у умовах екстремальних ситуацій. Проявляються в розладах сну, втомлюваності, роздратованості, легких вегетативних розладах, епізодичному вживання алкоголю та психоактивних речовин, в цілому вони не позбавляють військовослужбовця виконувати бойові задачі [15, с. 712].

Серед психічних розладів виокремлюють короткочасні реакцій страху, тривоги, внутрішньої напруженості чи розслабленості, реакції «бойової екзальтації». В зв’язку з тим, що ці реакції швидкоплинні та зрозумілі для оточуючих, вони не стають причиною для госпіталізації.

Інтенсифікація основних компонентів психічної діяльності. Основними видами позитивних змін в психічній діяльності більшості учасників бойових дій є: підвищення активності та інтенсифікація компонентів психічної діяльності (мотиваційних, пізнавальних, вольових); актуалізація та домінування основних особистісних якостей; виникнення стану духовного підйому та мобілізації сил; формування успішних стратегій поведінки [11, с. 75].

Дезадаптивні реакції. Стомлення (фізичне та нервово-психічне, гостре та хронічне, м'язове, сенсорне, інтелектуальне…). Перевтомлення – стійкі розлади в протіканні та зміні фазпрацездатності. Тривога – відчуття загрози, характер та час виникнення якої не передбачені. Тривога, неадекватна по силі та тривалості, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки. Страх – одна з основних причин дезадаптивної поведінки військовослужбовця. В залежності від ситуації і особливостей особистості, страх проявляється в невпевненості, побоюваннях, переляку, паніки, жахах, відчаї. Гострі афективні реакції – стани крайньої емоційної напруженості: реакції бойової екзальтації, ступор, сутінкові стани, паніка. Невротичні реакції – астенодепресивні реакції, астеноневротичні реакції, тривожно-обсесивні реакції, істероневротичні реакції. Патохарактерологічні реакції – ПХР нестійкого типу, ПХР істероїдноготпу, ПХР афективно-експлозивного типу. Гострі реактивні психози – психогенні сутінкові розлади, афектогенний ступор.

В літературі описані наступні типи психічної дезадаптації у ветеранів бойових дій. Перший тип – активно-захисний (переважно адаптований). Особи адекватно оцінюють тяжкість захворювання, іноді відмічається тенденція до його ігнорування. Проявляються невротичні розлади. У деяких ветеранів є прагнення обстежитися та лікуватися в стаціонарі [12, с. 218].

Другий тип – пасивно-захисний (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю) В основі етапу – примирення з хворобою. Характерними є тривожно–депресивні та іпохондричні тенденції. Зниження прагнення боротися з хворобою, Психологічний дискомфорт – скарги соматичного характеру.

Третій тип – деструктивний (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю). Характерні розлади соціального функціонування. Проявляється внутрішня напруженість, дисфорія. Часто відмічаються конфлікти, «вибуфові» форми поведінки. Для розрядки негативних афектів клієнти вживають алкоголь, наркотики, проявляють агресію в своїх діях,

скоюють спроби самогубства [11, с. 75].

В сучасній літературі описані різні психопатологічні симптома-комплекси, які характерні для ветеранів бойових дій.

Для астенічного симптома-комплексу характерні виражена збудливість та роздратованість на фоні підвищеної стомлюваності, емоційної лабільності, зниженого настрою, образливістю [16, с. 45].

Обсесивно-фобічний симптома-комплекс проявляється відчуттям немотивованої тривоги та страху, нав'язливими спогадами про психотравмуючу подію [21, с. 178].

При істеричному симптома-комплексі постерігається підвищена навіюваність і самонавіюваність, намагання звернути на себе увагу, демонстративний характер поведінки [22, с. 229].

Для депресивного симптома-комплексу характерні знижений настрій та песимізм.

Експлозивний симптома-комплекс проявляється в підвищеній роздратованості, злобності та агресивності.

Психоорганічний симптома-комплекс як правило розвивається у осіб, які перенесли черепно-мозкову травму (астенія, дисфорія, розлади пам'яті, емоційні розлади, розлади сну). Можливі короткочасні дереалізацій ні та деліріозно-онейроїдні розлади [18, с. 496].

Фіксація на травмі відбувається за рахунок того, що постраждалому не вдається інтегрувати травматичний досвід і в цілісну структуру особистості, яка мала місце до психотравмуючої події. Травматичний досвід виникає і існує окремо, відбувається дезінтеграція життєвого досвіду. Це відбувається в двох формах: у формі фрагментації життєвого шляху, коли життя до та після травми представляють собою дві роздільно існуючих складових в суб'єктивній картині світу, відбувається розпад особистості на «субособистості», які не пов'язані між собою.

Після завершення екстремальної ситуації людина повертається в ситуацію повсякденного життя, але особистість продовжує функціонувати так,

начебто перебуває в психотравмуючій ситуації, ці зміни особистості суперечать вимогам побутового життя. Після психотравмуючого впливу порушується процес трансформації особистості, інтеграції нового досвіду, переоцінки, зміни ставлення до ситуації. Все це гальмує подальший розвиток особистості, трансформація проходить за різними напрямами [19, с.368]:

1. Втрата сенсів , які були раніше («Я до цього часу не розумію, щоми робили на тій війні»).

2. Відчуття безглуздості того, що відбувалося («Так була каша збезглуздих смертей»).

3. Негативне переосмислення («Я хочу туди, на війну…..»).

4. Пошук сенсу і наділення ним безглуздого явища з поглядупринципів побутового життя.

Діагностичні критерії DSM IV (1994):

A. травматичні стресори (і)

B. нав'язливі спогади

C. уникання і отупіння

D. збільшена збудливість (arousal)

E. тривалість (довше одного місяця)

F. порушене функціонування

DSM V (2013):

A. травматичні стресори (і)

B. нав'язливі спогади й уникання

C. негативні зміни в мисленні та настрої

D. зміни у збудливості та реакціях

E. тривалість (довше одного місяця) в порушені функціонування

F. виключення інших причин розладу

Можна пересвідчитись, що першим критерієм діагностування ПТСР є наявність травматичного стресора (А), причиною якого є:

– безпосереднє зіткнення зі смертельною небезпекою чи загрозою, важким пораненням чи загрозою цього, сексуальним насильством чи загрозою

цього; особисте спостерігання травматичної події;

– опосередковане зіткнення з травмою страждання близької людини (насильницька чи раптова смерть, чи смертельна небезпека);

– повторне або екстремальне непряме переживання агресивних деталей (частіше при виконанні професійних обов'язків, зокрема це типово для поліцейських, пожежників тощо).

Відсутність (неіснування) якогось із зазначених травматичних переживань означає, що розлад не може діагностуватися як ПТСР. Критерії В, С, 0 і Е означають наявність раніше описаних груп симптомів, критерій Р означає те, що симптоми мають тривати довше одного місяця (інакше, слід говорити про гострий стресовий розлад), критерій Є вказує на загальне порушене функціонування, а критерій Н на те, що розлад не викликании якимись іншими факторами [13, с. 98].

Симптоми ПТСР можуть змінюватися протягом часу та мати різну інтенсивність. У осіб з хронічним розладом часто існують періоди, коли симптоми зменшуються або зовсім зникають, створюючи ілюзію повного одужання. До чергового прояву симптомів призводять певні події (ситуації, які сценами, звуками чи запахами нагадують травматичну подію) або нові інтенсивні стресори [16].

Військові ветерани з посттравматичними проблемами можуть вдаватися до самолікування, тобто вживання різних ліків на власний розсуд Ліки з фармакологічною дією вживаються заради заспокоєння, розслаблення та принаймні тимчасового зменшення страждань, причому не звертається увага на те, що їх неконтрольоване вживання призводить до залежності. З тих самих причин втіху та втечу від нав'язливих спогадів шукають у надмірному вживанні алкоголю чи наркотиків. В усіх трьох випадках (психофармакологія алкоголь, наркотики) ціна тимчасового розслаблення дуже висока, оскільки розлад ускладнюється новою проблемою залежності [25, с. 137-144].

Алкоголь, як найпоширеніший засіб «самолікування», часто вживається якраз заради його анксіолітичної (заспокійливої) дії (звільняє від

відчуття тривоги та напруження). Людей із ПТСР алкоголь тимчасово призводить до стану психічного отупіння, в якому вони можуть контролювати нав'язливі думки та фантазійні образи, і таким чином усувати відчуття тривоги, депресії та вибухи гніву. Оскільки цей ефект обмежується лише тривалістю стану сп'яніння, п намагаються збільшити подальшим вживанням більшої кількості алкоголю. Це ж стосується більшості психофармацевтичних засобів, легких та важких наркотиків: розвиток залежності, подальше порушення психічного та фізичного здоров'я із одночасною затримкою або навіть підсиленнямсимптомів ПТСР [27, с. 134].

При лікуванні ПТСР слід розрізняти зловживання алкоголем як супроводжуючу, вторинну проблему та алкоголізм як первинну проблему. Якщо надмірне вживання виникло разом із появою розладу, його лікування загалом призведе до позбавлення від залежності. Якщо алкоголізм був первинною проблемою, зокрема зловживання алкоголем було стилем життя особи до пережитої травми і розвитку ПТСР, необхідно спрямувати увагу на лікування залежності і лише потім самого розладу.

Довготривалі, інколи багаторічні проблеми можуть призвести до постійних змін в структурі особистості. Ці зміни проявляються у недовірливому та недружньому ставленні до оточуючого середовища, включаючи найближчих осіб, розвинутому та укоріненому відчутті безнадійності і віддаленості порожнечі, песимізмі і загальній незацікавленості. Постійні зміни в структурі особистості, які згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МК–10 1994) вважаються окремим розладом, можна очікувати в тих осіб, котрі пережили занадто важкі, катастрофічні події і ситуації, зокрема концтабір довготривале ув'язнення, тортури, масове страждання людей чи реальну загрозу власної загибелі [23, с. 655; 24, с. 134].

Посттравматичний розлад пов'язаний з інтенсивністю, тривалістю та іншими аспектами травматичної події. Без травматичної ситуації розлад не з явиться, зокрема травматична стресова подія є conditio sine qua non посттравматичного розладу. Проте відомо, що коли людина опиняється у

травматичні події, то це не обов'язково призводить до розвитку після цього проблем, пов'язаних з травмою. З іншого боку, події, які у більшості не залишать серйозного відбитку на психіці, для окремої особи можуть мати дуже серйозні наслідки. Також у процесі одужання після гострого стресу і посттравматичного розладу у більшості випадків можна очікувати успішного сталого прогресу, тоді як у інших одужання триватиме набагато довше, переходячи у хронічну форму із новими проблемами залежності, постійними змінами структури особистості, що зрештою може призвести до самогубства Загалом, сьогоднішні знання про феномен ПТСР однозначно вказують на те, що поява та перебіг розладу залежить не тільки від самої травматичної події, а и від обставин, які складалися протягом і після події, а також попереднього життєвого досвіду, самої особистості травмованого, ставлення близьких та ширшого оточення, якості наданої фахової допомоги та інших чинників [31, с. 403].

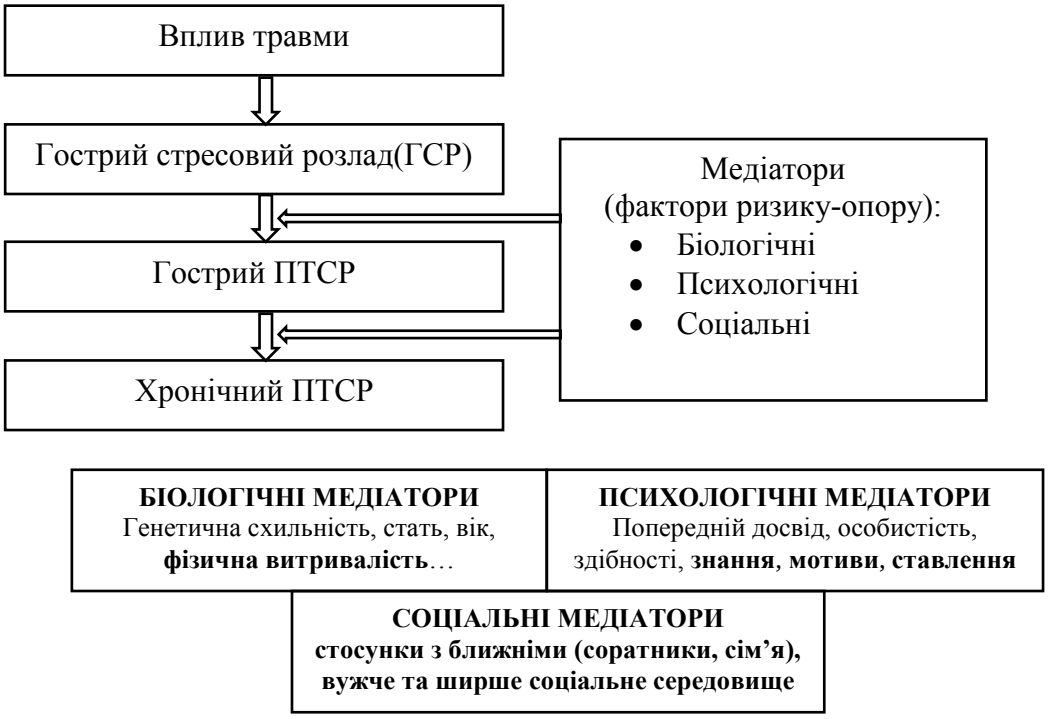


Рис. 1.1. Теоретична модель ПТСР-у

Як видно, переживання травми (травматична подія, стресор) є провокуючим фактором, який відповідає за появу обумовленої емоційної

реакції, яка є нормальним звичайним реагуванням людини на раптові, загрозливі події. Найчастіше майже неминучою емоційною відповіддю є інтенсивний страх, а велике потрясіння може викликати і гострий стресовий розлад, який має змінний характер (триває щонайбільше чотири тижні після травми) і трактується як складова частина одужання від шоку. Гострий ПТСР, однак, з'являється (або проходить) лише під впливом посередницьких факторівмедіаторів, зокрема факторів, які спричиняють ризик (або опір до) стресу. Так само, посередницький фактор істотно впливає на те, чи гостра форма розладу перейде в хронічну форму ПТСР, та як буде протікати і наскільки успішним буде одужання від розладу.

В моделі ПТСР посередницькі фактори (медіатори) ПТСР розподілені на три групи: біологічні, психологічні і соціальні [22, с. 229].

Біологічні фактори стосуються передусім можливих генетичних, успадкованих рис, які впливають на підвищену психічну чутливість до дії середовища, зокрема успадковану схильність до певних психічних хвороб. Про біологічну основу підвищеної психічної чутливості до стресорів йдеться тоді, коли у родині були випадки тяжких психічних захворювань. Причому слід наголосити, що сьогоднішні знання вказують на можливість успадкування лише рідкісних захворювань, що значно обмежує потенційний вплив біологічних посередницьких факторів у появі та розвитку ПТСР. З іншого боку, існують чисельні докази, що підвищена психічна чутливість до стресорів або підвищений опір до них набагато частіше розвивається протягом дорослішання, що свідчить на користь більш значущої ролі психологічних посередницьких факторів ПТСР [10, с. 18]. Кожна актуальна травматична подія розбирається в контексті попереднього життєвого досвіду, передусім раніше пережитих стресорів. Окремі риси особистості, інтелектуальний статус і інформованість, мотиви, ставлення, цінності і інші психологічні фактори також можуть полегшати чи погіршити зіткнення та пізніше відпрацювання травматичної події, на чому засновуються процедури психологічного відбору, тренувань та психологічної підготовки кандидатів

для діяльності з високим ступенем ризику, як в армії, так і в цивільному житті. В будь-якому випадку, ні найжорсткіший психологічний відбір, ані найбільш інтенсивні тренування не можуть гарантувати імунітету проти ПТСР. Істотну роль у розвитку та появі ПТСР мають соціальні посередницькі фактори, які проявляються у ставленні вужчого та ширшого кола осіб з оточення до травмованої особи, загальних знаннях, цінностях і домінуючому ставленні суспільства до психічних Розладів та набувають великого значення у виробленні стратегій лікування людей з травматичними проблемами. Ставлення суспільства до хворих на ПТСР може значно впливати на їх шанс одужати, що особливо виражається у ставленні громадської спільноти до військових ветеранів з (психічними) травматичними розладами [27, с. 134].

Медіатори, які відповідають за появу та розвиток ПТСР протягом участі в бойових діях, можуть бути розподілені на три групи: фактори бойових дій (тип, тривалість та інтенсивність бойових дій, невідомість, раптовість, здивування, фізичне оточення); індивідуальні фактори (риси особистості, стресовий досвід до/після війни, попередній бойовий досвід, роль на полі бою); фактор підрозділу (згуртованість у підрозділі, довіра до командирів, озброєння і власні здібності, відданість воєнним цілям) [24, с. 134].

Дослідження показують, що серед цивільного чоловічого населення ПТСР проявляється у 0,5 % осіб, а серед жінок – близько 1,3 %. Дослідження в китайській армії показало, що в мирних умовах серед військових (без бойового досвіду) ПТСР в середньому з’являється у 0,5 % осіб [26, с. 66–74.].

Водночас, рівень поширеності ПТСР у військових ветеранів ніде не сягає менше 15 %. У більшості досліджень, проведених щодо цієї проблематики, з ясовано, що поширеність ПТСР серед військових ветеранів становить 15-25 % , або 15-35 %, при цьому вона може бути більшою. Найбільше випадків ПТСР фіксують серед колишніх військовополонених – до 85 % [13, с. 98].

У найбільш ґрунтовному дослідженні ПТСР серед американських військових ветеранів В’єтнамської війни [28, с. 178-186] з’ясовано, що після того, як минуло 16 років після війни, від ПТСР страждало 15,2 % чоловіків і

8,5 % жінок, а ще 11,1 % чоловіків і 7,8 % жінок мали симптоми часткового ПТСР. Трьома хорватськими дослідженнями встановлено, що ПТСР можуть мати приблизно 14-41,7 % хорватських військових і військових ветеранів, тоді як частковий ПТСР (коли не вистачає лише одного симптома для діагнозу) присутній у 10,4-25,5 % опитуваних.

Таблиця 1.1.

Профілактика ПТСР

Підгтовка до бойових дій	**Безпосередньо перед б/д**	**Під час б/д**	**Безпосередньо після б/д**	**По закінченню б/д**
Створення захисних механізмів	Зменшення страху невідомості	Розвиток позитив. почуттів і сприйняття	Одужання та раціональне сприйняття	Покращення пристосування
1. Вироблення рутини 2. Реалістичний тренінг 3. Дисципліна 4. Організованість 5. Довіра 6. Фізична готовність 7. Псих підготовка 8. Підкреслення переваг та особливостей	1. Ознайомлення з реальним станом ситуації 2. Розподіл ролей 3. Підтримання населення 4. Психолог. підтримка	1. Турбота про людей 2. Повага моральних норм 3. Підтримання населення 4. Підкреслення	1. Забезпечення водою, їжею, сном 2. Соціальна підтримка командира та соратників 3. Аналіз стресової	1. Соціальна підтримка вужчого та ширшого оточення (родини, друзів, суспільства) 2. Консультування 3. Терапія

		праведно-сті позитивної дії на полі бою	(derbriefing)	

Як свідчать дослідження, у мирних умовах (наприклад, раптова смерть близької людини ігвалтування терористичний напад, тяжкі ДТП, природні катастрофи або якісь інші ситуації) поширеність ПТСР сягає між 0,5 і 1,3 тоді як серед військових ветеранів ця цифра може сягати 30 випадків, а серед військовополонених ця кількість ще вища.

Хоча не можна повністю запобігти ризику появи ПТСР, якісна і комплексна профілактика можуть зменшити появу гострих випадків, а також можуть запобігти переходу розладу у хронічну форму. Окрім всеохоплюючого психологічного і медичного відбору, для запобігання та розвитку ПТСР можна проводити низку заходів до, під час і після завершення бойових дій [23, с. 655].

1.2. Загальна характеристика та особливості когнітивно-поведінкової терапії

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, сучасних, науковообгрунтованих методів психотерапії. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш

реалістичні та такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще [33, с. 285].

Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді співпрацюють над їх досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб зрештою змогти бути собі самому «психотерапевтом». Когнітивно-поведінкова терапія використовує широкий, інтегративний арсенал технік та втручань (у тому числі з інших методів психотерапії), використовуючи їх у індивідуальному випадку кожного клієнта на досягнення терапевтичних цілей [38, с. 93-111].

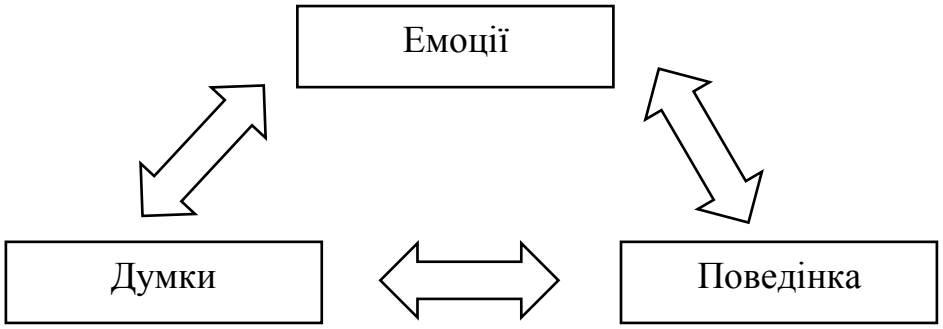


Рис. 1.2. Цикл інтерпретацій ситуацій

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при багатьох психіатричних розладах встановлена ґрунтовними науковими дослідженнями. У сучасну еру доказової медицини КТП має наукові докази ефективності щодо ряду найбільш поширених психіатричних розладів. Відповідно сучасними протоколами професійних асоціацій психіатрів та психотерапевтів, міністерств охорони здоров'я та ВООЗ КПТ є рекомендована як одне з «втручань першого вибору» при [45, с. 388]:

- депресії;
- обсесивно–компульсивному розладі;
- панічному розладі з агорафобією;

- генералізованому тривожному розладі;
- соціальній та інших фобіях;
- посттравматичному стресовому розладі;
- розладах харчової поведінки;
- а також входить у «пакет» рекомендованих втручань при психотичних розладах;
- біполярному розладі;
- проблемах зловживання / залежності від психоактивних речовин.КПТ має також прикладне застосування у лікуванні:
- розладів сну;
- проблем адаптації до хронічних соматичних розладів;
- хронічного болю;
- проблем надмірної ваги;
- дисфункцій у сексуальній сфері та багатьох інших.

КПТ займає також важливе місце у системі охорони психічного здоров'я дітей та підлітків – вона є одним з основних методів терапії поведінкових та емоційних розладів у цій віковій категорії. Сучасна КПТ має багато напрямків та модифікацій, вона застосовується у форматі індивідуальної, сімейної та групової роботи. На основі КПТ розроблені також чисельні програми самодопомоги у формі книг, відео та он- лайн програм. Так само розроблена і застосовується модель КПТ-коучінгу [34, с. 143-151].

КПТ з повагою ставиться до інших напрямків психотерапії, є відкритою до діалогу та інтеграції знань із суміжних областей психіатрії, психопатології, нейробіології, соціальних наук та ін. Втім КПТ не є монолітною, у її руслі є багато напрямків, «течій», вона динамічно розвивається на основі інтеграції нових наукових знань, творчого клінічного підходу та критичного емпіричного дослідження власних теоретичних моделей та практичних підходів [21, с. 178].

Коли йдеться про роботу із ветеранами ПТСР завжди є основним фокусом уваги. Це логічно, адже ПТСР є найбільш проявленим розладом у

ветеранів. У більшості гайдлайнів вказано, що когнітивно-поведінкова терапія є методом першої лінії при роботі із цим розладом. При цьому протоколи, які рекомендуються в роботу саме з військовими – це протоколи пролонгованої експозиційної терапії (далі ПЕТ КПТ) та когнітивно-процесуальної терапії (далі СРТ) [41, с. 14–20].

Обидва ці протоколи є малопоширеними в Україні. У нас є більш поширеною ТФ-КПТ. Когнітивно-процесуальна терапія (СРТ). Для опису СРТ скористаємось гайдалайном, що рекомендований Департаментом у справах ветеранів США. Когнітивно-процесуальна терапія (СРТ) – це терапія, що складається із 12 сесій і яка була визнана ефективною для ПТСР та інших симптомів, що виникли після травматичних подій. Так, до військового гайду включені модулі, що стосуються переживання втрат та переживання горя [37, с. 360].

СРТ базується на соціальній когнітивній теорії ПТСР, яка фокусується на тому, як трактується подія людиною, який коупінг вона застосовує для відновлення почуття контролю над своїм життям. Ще однією теорією є інформаційно-процесуальна теорія Lang, яка була поширена на поясненні ПТСР, і набула розвитку як емоційно-процесуальна теорія ПТСР. Згідно якої вважається що ПТСР виникає як наслідок розвитку мережі страху в пам’яті, що викликає поведінку втечі і уникнення. Структура психічного страху включає стимули, реакції на них та смислові елементи. Будь-що, що асоціюється з травмою може активувати структуру страху та подальшу поведінку уникнення. Мережа страху у людей із ПТСР широка і генералізована, а тому легко активується. А спроби уникнути активації призводять доповедінки уникнення, як симптому ПТСР. Згідно емоційно-процесуальної теорії повторювана експозиція до травматичних спогадів у безпечному оточенні призведе до габітуації до страху, авідповідно до подальших змін у структурі страху. По мірі зниження рівня емоційності, пацієнт з ПТСР почне модифікувати смислові елементи спонтанно, відбудеться зміна настанов щодо себе, знизиться їх генералізація.

Повторювані експозиції до травматичних спогадів призведуть до звикання чи зміни інформації про подію, і відповідно до зміни структури страху [2].

Згідно інформаційних та соціальних процесуальних теорій, емоції можуть бути розділені на первинні і вторинні. Первинні – злість, агресія, страх. Вони виникають із самої травми, разом із реакціями бий або втікай. В той час як вторинні є помилковою інтерпретацією власної реакції під час травми – провина, сум, злість, самозвинувачення. І поки людина повторює собі ці помилкові інтерпретації, доти виробляються ці емоції. Соціально-когнітивні теорії фокусуються більше на засвоєних викривлених когніціях та ефекті, який вони мають для емоційної сфери особистості та її поведінки.

Для того щоб узгодити інформацію про травму з попередніми схемами, люди мають тенденцію робити одну чи більше з цих трьох речей: асиміляція, акомодація, чи над-акомодація. Асиміляція – це зміна вхідно їінформації відповідно до попередніх переконань («через те, що зі мною стаються погані речі, я маюбути покараним за щось, що зробив»). Акомодація – це зміна переконань так щоб вони могли взаємодіяти із новою інформацією. (Не зважаючи на те, що я прийняв погане рішення, більшість часу я приймаю хороші рішення). Над-акомодація – це радикальна зміна переконань про себе чи світ для того щоб почувати більш безпечно і відчувати більше контролю («Я більше ніколи не буду довіряти своїм судженням»). Очевидно, терапевт працює над акомодацією, балансом переконань, що враховують реальність травматичних подій без надмірних перебільшень. В соціально-когнітивній моделі, афективні прояви потрібні не для габітуації, а для того, щоб змінити афективні елементи, які збереженів травматичній пам’яті [43].

Передбачається, що доступність природного афекту призводить до його швидкого розсіювання і подальшого виключення з травматичної пам’яті. Також може початись робота із акомодації спогадів і переконань. Якщо помилкові переконанні, які стосуються травматичної події (самозвинувачення, провина) і надгенералізовані переконання про себе чи

світ, конфронтуються, тодіі вторинні емоції також будуть знижуватись разом із нав’язливими спогадами. Пояснення того, що CPT терапевти роблять, описується на першій сесії разом із іншим роздатковим матеріалом [15, с. 712].

Терапія починається із психоедукації, підписання згоди на терапії, обстеження, визначення можливих проблем та точок впливу. Пацієнта навчають розрізняти свої думки та бачити зв'язок між думками таемоційним станом. Наступні дві сесії присвячені створенню опису найважчого травматичного випадку, який має бути зачитаним терапевту на сесії. Протягом перших двох сесій терапевт використовує сократівські питання для того, щоб почати конфронтувати із помилковими переконаннями, особливотими, які пов’язані із асиміляцією, а найбільше із самозвинуваченням, упередженнями, які виниклизаднім числом та іншими станами провини. Після цього сесії орієнтовані на навчання пацієнта навикам когнітивної терапії та роботі над темами, які ймовірно зачепила травматична подія: безпека, довіра, влада/контроль, повага, близькість. Можливі також варіації у терапії. Наприклад, використання CPT без письмового наративу та експозицій, груповий формат роботи, а також терапія коморбідних розладів. Модулі розроблені в логічному порядку, і рекомендовано застосовувати їх без змін (за винятком останніх 5-ти сесій, які можуть бути змінені відповідно до запиту клієнта). Є дані про те, що CPT- (без наративу), яка фокусується лише на доданих значеннях та роботі із переконаннями про себе, є не менш ефективною для роботи із ветеранами, ніж CPT+, яка включає наратив травматичної події. Як і у попередніх випадках, гайд для CPT фактично нічим не відрізняється від цивільного і фактично немістить звернення до тематики ветеранів чи військових [65].

Основи ПЕТ КПТ є також в емоційно-процесувальній теорії. Як правило під час ПЕТ КПТ відбувається від 8 до 15 сеансів (в середньому 10). Це структурована терапія, однак гнучка та з індивідуальним підходом. Акцент в якій робиться на співпраці клієнт-терапевт та терапевтичному

стосунку. Є чотири етапи терапевтичного впливу, які складають повний протокол ПЕТ КПТ. Перший – психоедукація про травму та наслідки для психіки, а також опанування дихальних технік. Наступний етап – експозиція in vivo до людей, місць, ситуацій, які пацієнт уникає через боязнь нагадувань протравми або чи через страх сильної емоційної реакції. Потім – експозиція в уяві, яка фактично є експозицією до травматичної пам'яті. А також емоційна обробка, яка включає повернення назад, включення травматичних спогадів в контекст, в якому вони відбувались та в контекст життя клієнта вцілому. Процесуалізація є одним із ключових моментів роботи. Вона передбачає, що пацієнт усвідомлює що було з ним в часі травми, які емоції виникали тоді, а які виникають зараз і вчиться відрізняти їх. Також процесуалізація емоцій включає обговорення контексту травми «тоді» і «тепер» [28, с. 178-186].

Таким чином через численні контрольовані експозиції відбувається габітуація до страху, а через процесуалізацію включення спогадів у біографічну пам'ять та зміна наданих значень. Ін віво експозиції у ПЕТ КПТ – перша активність, до якої залучається клієнт. Починається із розробки власної шкали дистресу за шкалою від 0 до 100. Нуль – відчуття спокою, без дистресу (задоволення і щастя може не бути). 100 – найбільший дистрес у вашому житті, 50 – ви помічаєте дистрес, але щеможете з ним справлятись. Наступний крок – обґрунтування для чого потрібні ін віво експозиції, наголос на тому, що вони є протилежністю уникаючої поведінки. Далі створення ієрархії з клієнтом. Ін віво ієрархія – це список ситуацій: людей, місць, речей, яких уникає клієнт через дистрес чи через тригерування травматичної пам'яті. Як правило це 10-20 пунктів, залежно від пацієнта і того як швидко він може рухатись. Можна включати більшість пунктів уникання, але також можна включити теми щодо поведінкової активації (особливо якщо йдеться про коморбідну депресію) [44, с. 184].

Кожен із цих пунктів оцінюється за рівнем дистресу, якби клієнта попросили зробити це сьогодні. Потім потрібно вибрати 2-3 пункти з

ієрархії для початку проробки між сесіями. Як правило, для першого тижня експозицій вибирають ті пункти, реалізація яких видається успішною, що спонукає клієнта до подальшої роботи. Щось із того, чого клієнт уникає, але дуже хоче бути спроможним робити знову, іза оцінками десь 50-60 балів. Між сесіями пацієнт проробляє ці експозиції. Окремо обговорюється (не)використання захисної поведінки під час експозиції. Можливі обговорення експозицій між сесіями. Клієнту наголошується на необхідності переконатись, що він витримує відповідний проміжок часу (30-40 хвилин до того, як почне знижуватись рівень страху). Переконатись в повторюваності щодня або двічі на день [18; 45].

Експозиція в уяві – це друга ключова техніка ПЕТ КПТ. Починається із оцінки того, які саме спогади провокують симптоми ПТСР. Далі відбувається визначення часових рамок (коли почався і коли закінчився епізод). Сама експозиція в уяві триває 40-60 с. Під час виконання техніки мотивується залучення емоцій і повторне їх переживання, а також включення максимальної кількості подробиць в описі і в переживанні емоцій і сенсорних подробиць. Під час роботи відбувається оцінка кожних 5-10 хвилин сесії за 100 бальною шкалою. Після загальної експозиції, на подальших сесіях відбувається опрацювання гарячих точок і конкретних моментів історії.

Підхід до експозицій у ПЕТ КПТ – класичний і особливо не відрізняється від інших КПТ протоколів. Зазначимо, що деякі модифікації ПЕТ КПТ говорять про можливість роботи лише з експозиціями ін віво, а також про можливість включення пропріоцептивних експозицій, якщо йдеться про можливі панічні атаки [38, с. 93-111].

Емоційна процесуалізація починається з моменту закінчення експозиції. Використовуючи відкриті запитання терапевт розпитує клієнта як йому було, як він почувався, як очікував почуватись і як було насправді, що змінилось в переживаннях та ін. Що було важливим та значимим? Важлива частина – поміщення травматичного спогаду в контекст,

порівняння того що відбувалось тоді і відбувається тепер, повернення відчуття часу. За наявності часу можна обговорити значимі для клієнта речі [42, с. 1-4].

1.3. Психологічні умови стабілізації емоційного стану військовослужбовця внаслідок ПТСР

Емоції – це психічні стани і процеси в людини та вищих тварин; це відповідні реакції на зовнішні та внутрішні подразники, які проявляються різним чином, у вигляді задоволення або незадоволення, радості, страху, гніву тощо. В емоціях виявляється позитивне або негативне ставлення людини до навколишнього світу [46].

Людина не лише сприймає навколишні предмети і явища, а й формує певне ставлення до них. Спілкування з іншими людьми, природа, твори мистецтва, наука, власна праця – все це викликає у людини різні переживання: любов, радість, повагу, захоплення, горе, гнів, страх. Без емоцій неможлива цілеспрямована діяльність людини. Ще давній філософ Спіноза звернув увагу на те, що емоції «... збільшують або зменшують здатність самого тіла до дії».

Американський фізіолог У. Кеннон підкреслив мобілізуючу роль емоцій, які приводять організм у стан готовності до затрат енергії: «Припинення діяльності травних органів, що звільняє запаси енергії для інших частин організму, прилив крові від шлунка до органів, які беруть участь у м'язовій діяльності; збільшення сили серцевих скорочень; глибоке дихання; розширення бронхів; швидке відновлення працездатності втомленого м’яза... усі ці зміни безпосередньо слугують для того, щоб пристосувати організм до інтенсивної затрати енергії, яка може бути потрібна на час страху, люті й болю» [59].

Більшість сучасних вчених також розглядають емоції як спосіб адаптовуватися. Емоції властиві також вищим тваринам, але вони пов'язані в

більшій мірі з задоволенням первинних потреб. А саме: із захистом від ворогів, здобуттям їжі, статевим потягом та піклуванням про потомство. Данні функції емоцій також притаманні і людині, але, на відміну від тварин, з’явлення емоцій у людини переважно пов’язане зі сферою соціальних факторів. Емоції поділяють на позитивні та негативні (тобто деструктивні). Позитивні емоції – позитивна оцінка об'єкта, явища (радість, любов, захоплення тощо). Вони сприяють розширенню кровоносних судин, підвищенню інтенсивності енергетичного обміну, температури тіла, розумової та фізичної працездатності. Отже, вони спонукають людину до діяльності й досягнення результату [28, с. 178-186].

Негативні емоції виникають при дефіциті інформації, невдачах людей. Негативні емоції протилежні позитивним. Проте вони теж стимулюють активність людини, спрямовуючи її на подолання перешкод [45, с. 388].

Емоції виявляються у вигляді емоційних реакцій, станів або стосунків. Емоційні реакції – посмішка, сміх, плач, лють, страх, схвильованість, імпульсивність дії або повна нерухомість – тісно пов'язані з подіями, що їх зумовили. В екстремальних умовах, коли людина не може оволодіти певною ситуацією, розвиваються так звані афекти – особливий вид емоцій, які супроводжуються сильною, бурхливою реакцією (наприклад, страх, гнів).

Ці реакції не контролюються свідомістю, тому їх важко стримувати. Переключення на інший вид діяльності (фізична робота) сприяють емоційній розрядці. Емоційні реакції за певних ситуацій необхідно стримувати: не сміятися та не подавати вигляду, коли хтось з необачності щось не так зробивчи сказав.

Емоційні стани – це тривалі переживання, ефект від сильної емоційної реакції. До них відносять збудження, пригнічення (депресія), страх, тривогу. Емоційний стан є мінливим психічним явищем. Веселий настрій може змінюватися на сумний, спокійний – на тривожний, пригнічення – активністю. Емоції зумовлюють настрій людини. Настрій – це стійкий, досить тривалий емоційний стан. Причини, що зумовили той

чи інший настрій, не завжди усвідомлюються [43].

Вони залежать від фізичного самопочуття або від властивості пам'яті підсвідоме викликати попередні почуття. Тривалі конфліктні ситуації, неможливість здійснити бажане можуть зумовити пригнічений стан, тривогу або агресивну поведінку людини. Реальна оцінка ситуації, що склалася, відповідні вольові зусилля допомагають вийти з цих станів.

Механізм виникнення емоцій [52]:

При будь-якій емоції в реакцію на той чи інший подразник включається багато фізіологічних систем (серцево-судинна, дихальна, ендокринна тощо). У людей до цих реакцій додаються і суб'єктивні переживання, які в свою чергувідображають діяльність певних систем мозку, спрямованих на переробку різноманітної інформації, що надходить з навколишнього середовища.

Велике значення у виникненні емоцій має ендокринна система. Під час збудження підкіркові центри мозку (гіпоталамус), отримавши інформацію прозміни в організмі та навколишньому середовищі, посилюють вплив на органивнутрішньої секреції (гіпофіз і надниркові залози).

Це зумовлює вироблення життєво важливих речовин, насамперед адреналіну, який підтримує тонус судин, посилює роботу серця, м'язів, швидко збільшує кількість глюкози в крові, підвищує активність ферментів тощо.

Під час короткочасних емоційних напружень адреналін нагромаджується в крові і сприяє тривалому підвищенню кров'яного тиску, прискоренню пульсу, виникненню спазмів судин, зокрема судин серця, що може спричинити напад стенокардії і навіть інфаркт міокарда. Тому цілком зрозуміло, чому ми завжди прагнемо захистити літню чи хвору людину від бурхливих емоцій (навіть позитивних), які можуть виявитися для неї небезпечними [26, с. 66-74.].

Кожну емоцію можуть супроводжувати рухи мімічних м'язів обличчя таінші її виражальні рухи. За тим, як змінюється хода, поза, швидкість мови,

голос, жест, міміка, інтонація, колір шкіри, можна скласти уявлення про емоційний стан людини [4, с. 16-24].

Людство вступило в епоху надзвичайних стресових станів та емоційних навантажень. Ми можемо протистояти цьому, виховуючи волю, навчившись керувати емоціями і розумно долати різні стреси. На практиці міцно утвердилося поняття «рівень емоційного порушення». Цей рівень може бути високим, низьким, середнім та ін. Різноманіттю емоцій немає, мабуть, межі. А все це різноманіття задля зручності ділиться на великі групи. Одну з них складають позитивні емоції, які допомагають нам жити та діяти. Прикладом позитивних емоцій може бути радість. В іншу групу входять негативні емоції, що заважають майже у всіх випадках в житті. Найпоширеніша негативна емоція – страх у всіх його проявах: від легкої тривоги до панічного жаху [30, с. 272].

А тепер повернемося до поняття «рівень емоційного збудження». Під ним розуміється певна сила хвилювання, у якому перебуває людина. Якщо вона велика, то говорять про дуже високий рівень емоційного збудження. Коли настає заспокоєння, констатують, що рівень емоційного збудження знизився, впав. Неважко помітити, що уявлення про рівень емоційного порушення, яке можна виміряти, дозволяє досить добре орієнтуватися у силі переживань людини.

Дуже важливо міцно засвоїти наступне – будь-яка рухова діяльність може бути успішною лише в тому випадку, якщо вона протікатиме на такомурівні емоційного збудження, який є оптимальним для цієї конкретної діяльності.

Як виміряти рівень емоційного збудження? Найпростіша можливість – підрахунок частоти пульсу (частоти серцевих скорочень – ЧСС). В наш час втрачається тонка майстерність пульсометрії, така висока в ті далекі часи, колилікарі не мали і тисячної частки сучасних можливостей для об'єктивної інструментальної оцінки стану своїх пацієнтів. Вимушені обходитися тим, щобуло доступно, давні лікарі могли по одному пульсу заглядати буквально

в душу людини [40, с. 8-22].

Якось великого лікаря давнини Абу Алі Ібн Сіну (Авіценну) запросили до багатого будинку, де єдиний син і спадкоємець танув на очах. За цілою низкою ознак і щодо поведінки хворого Авіценна запідозрив, що причина недуги являється кохання. У цій підозрі треба було утвердитись, а юнак категорично відмовлявся відповідати на запитання. Тоді Авіценна взяв його руку і, продовжуючи розмову, ніби ненароком став називати різні жіночіімена. І раптом пульс різко почастішав – раптове хвилювання хлопця, яке виявилося в почастішанні серцевої діяльності, допомогло встановити ім'якоханої дівчини. Таким же шляхом мудрий лікар, перерахувавши назви районів та вулиць міста, дізнався, де живе ця дівчина – адже за кожного вірного припущення пульс у хворого ставав мимоволі частіше. Так Авіценна встановив справжню причину хвороби і переконав батьків юнака дати згоду на шлюб, у якому вони раніше відмовляли синові, вважаючи обраницю його серця недостойною їхнього багатого спадкоємця [29, с. 432].

Визначити ЧСС має вміти кожен. Підраховувати її можна в різних точках тіла: на променевій артерії в нижній частині передпліччя, там де проходить кордон з кісткою в районі великого пальця, на сонних артеріях, розташованих по обидва боки від хрящів, що утворюють горло, на скронях біля самого входу в слухові отвори або приклавши долоню до лівої сторони грудей, де добре чути биття серця. Не треба тільки, вимірюючи пульс на передпліччі, користуватися великим пальцем, тому що ним, найсильнішим і найнечутливішим з п'яти, дуже часто мимоволі пережимають променеву артерію і дивуються, що пульсу нечутно. За правилами, на улоговинку, де проходить ця артерія, легко накладаються зверху три пальці іншої руки – вказівний, середній і безіменний. Обережно перебираючи цими пальцями, неважко виявити пульсові биття навіть у випадках, коли вони чомусь ослаблені [33, с. 285].

У практиці багато хто підраховує ЧСС протягом 10 секунд і отриману цифру множить на 6, оскільки пульс за правилами медицини прийнято

вимірювати числом ударів в одну хвилину. У тих випадках, коли не потрібно особливої точності, а час для вимірювання зведено до мінімуму, можна обмежитися підрахунком ударів пульсу за 6 секунд (за Меллеровичем) і набагато швидше, ніж при множенні на 6 обчислити ЧСС за одну хвилину. Але все ж таки набагато краще користуватися відрізками в 15 секунд. І тут досягається набагато більша точність. Припустимо, що ЧСС за 10 секунд становила 12 ударів. У перерахунку на 1 хвилину це становитиме 72 удари. Уявимо, що сталася помилка і замість 12 ударів за 10 секунд нарахували 11 або 13 ударів. Помилися лише на один удар, але тоді після перерахунку частота пульсу виявиться 66 або 78 ударів за хвилину, а це дуже суттєва (в 12ударів) відмінність. Коли ж підрахунок пульсу роблять за 15 секунд, настільки великий розкид у кінцевому результаті просто неможливий [20, с. 119].

Підрахунок ЧСС служить добрим і зручним методом об’єктивної оцінки рівня емоційного порушення, особливо у ті види діяльності, де психічнанапруженість стоїть першому місці.

Чому так важливо мати об'єктивні дані про рівень хвилювання? Практичний досвід показує, що суб'єктивна оцінка свого стану дуже часто виявляється неточною. Людина, що сидить нерухомо здається, що він спокійний, в той час як його серце б’ється 120 разів на хвилину [54]. Про який спокій може бути тут мова? Або, навпаки, людина вважає себе збудженою, а пульс виявляється рідкісним, слабким, що, як правило, говорить про недостатню мобілізацію на майбутню боротьбу нервової та серцево-судинноїсистем.

Досвідчені рукопашники, які серйозно ставляться до психічної підготовки, завжди знають свій «бойовий пульс», його орієнтири та вміють керувати ним [67].

Необхідно наголосити, що при вході в оптимальний рівень емоційного збудження в організмі настають дуже корисні зміни. Зокрема, багато елементів поведінки автоматизуються і не вимагають спеціального уявного

контролю. Рукопашники починають багато на що реагувати миттєво, не замислюючись ізавжди дуже точно. Таке, вкрай важливе відчуття, «все йде ніби саме собою, без особливих спеціальних зусиль», і лежить в основі легкості досягнення високих результатів у багатьох видах діяльності. Ось чому так важливо просто необхідно вміти свідомо виводити себе на оптимальний для майбутньої діяльності рівень емоційного збудження. Початий усвідомлено цей процес швидко переходить на автоматичний режим діяльності, що значно полегшує їїта сприяє високій її якості [16, с.45].

Оптимальний рівень емоційного збудження може виявлятися дуже по-різному: від високого, на межі непереносимої напруги, до просто гарного настрою, яке теж є виразом певного ступеня порушення нервово-психічної сфери.

Правильно знайдений рівень емоційного порушення є, можна сказати, стрижнем, що визначає дуже багато в стані людини. І тим не менше, спостереження показують – можна бути дуже добре готовим функціонально ітехнічно, можна перебувати на оптимальному рівні емоційного збудження і все ж таки не досягти результату [47].

Висновки до першого розділу

Відповідно до МКХ-10 та DSM-IV, посттравматичний стресовий розлад розвивається після травмуючих подій, що «виходять за межі нормального людського досвіду». Він може виникнути як у безпосередніх жертв травм, так і у свідків подій.

Психологу в практичній діяльності необхідно враховувати наступні діагностичні критерії ПТСР за DSM-IV.

А. Хворий перебував перебував під впливом травмуючої події, під час якої мали місце [17; 23]:

1. Хворий пережив, був свідком чи учасником події чи подій, які представляли реальну чи можливу загрозу смерті або серйозної шкоди чи

небезпеку порушення фізичної цілісності, яка загрожує самому хворому чи іншим людям.

2. Реакція хворого була виражена у вигляді страху, безпомічності чи жаху. Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох складових: інтрузії, уникнення та гіперактивності.

Б. Травмуюча подія повторно переживалася у вигляді одного чи декількох наступних проявів (інтрузія):

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думкичи відчуття.

2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу.

3. Такі дії та відчуття, як начебто травмуючи подія відбувається знову (включаючи відчуття відновлення пережитого, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди, в тому числі ті, що виникають при просинанні чи в станісп'яніння).

4. Значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадуєпро неї.

5. Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують який-небудь аспект травмуючої події чи нагадують про неї.

В. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, та загальне оціпеніння (якого не було до травми), про які свідчать не менше трьох симптомів з наступних (уникнення):

1. Спроби уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою.

2. Спроби уникнути дій, місць чи людей, які викликають спогади протравму.

3. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми

4. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності чи участі в них.

5. Відчуття відстороненості від оточуючих.

6. Звуження діапазону афективної реакції, наприклад, нездатність переживати любов.

7. Нездатність орієнтуватися на далеку життєву перспективу (наприкладхворий не планує займатися кар'єрою, одружуватися, мати дітей чи вибудовувати нормальне життя).

Г. Стійки прояви підвищеного збудження, відсутні до травми, про які свідчать не менше двох симптомів з наступних (гіперактивність):

1. Складності при засинанні чи розлади тривалості сну.
2. Роздратованість чи спалахи гніву.
3. Складності концентрації уваги.
4. Підвищена пильність.
5. Посилена реакція на переляк.

Д. Тривалість розладу (симптомів, описаних в межах критеріїв Б, В та Г) більше за один місяць.

Е. Розлад призводить до клінічно значимого дистресу чи порушень всоціальній, трудовій чи інших сферах життєдіяльності.

Типи розладу:

- гострий – симптоми зберігаються менше трьох місяців;
- хронічний – симптоми зберігаються три місяці і більше;
- відстрочений – симптоми виникають не менше, ніж через шістьмісяців закінчення дії стресора.

В межах когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе. Патологічні реакції на стрес – мало адаптивні відповіді подолання розпаду базових уявлень, які формуються в процесі онтогенезу, пов'язані із задоволенням потреби в безпеці і складають Я-теорію. В ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії.

Малоадаптивні наслідки стресового впливу, можуть бути більш адаптивними, так як дають можливість більш ефективній реорганізації Я-

системи. Малоадаптивне подолання травми проявляється в генералізації страху, гніву, уникнення, в дисоціації. Причиною цього є негнучкість, некорегованість когнітивних схем. Вважається, що дана модель найповніше пояснює етіологію, патогенез і симптоматику розладу, вона враховує ігенетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАБІЛІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ ВНАСЛІДОК ПТСР

2.1. Організація та хід експериментального дослідження

У ході дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовслужбовця внаслідок ПТСР була розроблена емпірична програма, підбирання теоретичних методів, таких як: аналіз, синтез, узагальнення та емпіричного методу, який складається з психодіагностичних інструментів. Були використані такі методики: «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової та модель BASIC PH [56].

У дослідженні приймали участь: десять військовослужбовців рядового та сержантського складу.

План майбутнього дослідження має певні етапи:

1. Первинне тестування військовослужбовців. Перед початком когнітивно-поведінкової терапії з групою військовослужбовців які мають ПТСР, потрібно визначити які саме військовослужбовці мають ПТСР. Військовослужбовці пройдуть тестування з використанням методики:

«Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової.

2. Після того, як ми провели методику: «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової з військовослужбовцями рядового та сержанського складу бойового підрозділу в кількості 20 осіб, ми виявили 10 військовослужбовців з ПТСР. Ми обрали метод психоедукації та робота з моделлю BASIC PH.

3. Останнє тестування проводиться щодо визначення ефективності проведення когнітивно-поведінкової терапії з військовослужбовцями які

мають ПТСР. Ефективність терапії ми будемо визначати за допомогою методики «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової. Робиться висновок щодо впливу когнітивно-поведінкової теріпаї на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців з ПТСР [49, с. 3-12].

Для виявлення наявності постравматичного стресового розладу та його рівня було використано опитувальник травматичного стресу І. Котєньова (110 запитань; ОСР; АТСР; депресія). Опитувальник складається з короткої інструкції і 110 пунктів-тверджень. Обстежуваному пропонується за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно») оцінювати кожне з тверджень в залежності від його відповідності власного стану. Пятдесят шість пунктів є «ключовими» для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень, 15 пунктів входять в додаткову «шкалу депресії», 9 пунктів складають три оціночних шкали – «брехні», «аггравації» і «дисимуляції», що дозволяють контролювати ступінь щирості обстежуваного, його схильність підкреслювати тяжкість свого стану або заперечувати наявність психологічних проблем. Процедура тестування займає від 15 до 20 хвилин. Підраховуються значення субшкал ПТСР і ВСР. Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників, так і окремих субшкал [50].

Розроблено в 1995-1996роках І. Котенєвим. Пройшов апробацію, був валідизований та стандартизований на великій вибірці співробітників ОВС, які брали участь у різноманітних екстремальних ситуаціях, у тому числі – у контртерористичній операції у Північно-Кавказькому регіоні [64].

При складанні опитувальника травматичного стресу (ОТС) були використані окремі пункти методик СМІЛ (Л. Собчик) та Опитувальника дисоціативності DIS-Q [50]. Інші твердження опитувальника мають авторське формулювання і ґрунтуються на результатах багаторічних досліджень випадків психічної травматизації працівників. Виходячи з концепції посттравматичного стресу як нормальної реакції психічно здорової людини на екстремальні обставини, пункти, що мають надто явний

психопатологічний підтекст, по можливості, виключалися.

Опитувальник складається з короткої інструкції та НО пунктів-затверджень. Випробуваному пропонується за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно») оцінювати кожне із тверджень залежно від його відповідності власному стану. 56 пунктів – «ключові» для оцінки виразності симптомів постстресових порушень, 15 – входять до додаткової «шкали депресії», 9 – складають три оціночні шкали – «брехні», «аггравації» та «дисимуляції», що дозволяють контролювати ступінь щирості випробуваного, його схильність наголошувати на тяжкості свого стану або заперечувати наявність психологічних проблем. До опитувальника включені також резервні та маскуючі твердження, що перешкоджають мимовільному розумінню піддослідним основної спрямованості тесту. Крім «прямих» тверджень, згода з якими випробуваного оцінюється як наявність у нього тієї чи іншої шуканої ознаки (симптому), щоб збалансувати тенденцію згоди, в ОТС є так звані «зворотні» пункти, негативні відповіді на які значущі. Результати подаються у Т-балах у табличній формі або у вигляді графіка [58].

При тестуванні з використанням бланкового варіанта опитувальника процедура займає від 15 до 20 хвилин. Підраховуються значення контрольних та основних субшкал посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу: L (брехня), Ag (аггравація), Di (дисимуляція), depres (депресія). Інтерпретація результатів дозволяє судити про відносну вираженість окремих груп симптомів посттравматичного стресу. Враховуючи значну позитивну кореляцію, що існує між посттравматичним стресовим розладом та гострим стресовим розладом, у випадках, коли з моменту травматизації пройшло досить багато часу (3 місяці і більше), можна обмежитися аналізом лише показників посттравматичного стресового розладу. Коли обстеження проводиться безпосередньо після критичної події (протягом І місяця), то доцільно проаналізувати структуру гострого стресового розладу. Надійність (узгодженість) показників гострого стресового розладу оцінювалася за а-коефіцієнтом Кронбаха, який для

посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу перевищив 0.8. 6-коефіцієнт Фергюсона для цих показників склав 0.95, що говорить про високу дискримінативность тесту. Завдання консультанта / терапевта в цьому процесі – не просто датизнання: розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її проблему(розлад, хворобу, кризу), а й навчити, яким чином поводитись з отриманою інформацією. Тобто не лише повідомити інформацію, а й задіяти процеси, які сприятимуть розвитку адаптивної поведінки (розв'язанню проблеми) [57].

Консультант / терапевт:

а) розповідає положення салютогенного підходу – розгляд наслідків травматичних подій з опорою на здорові частини психіки та ресурси;

б) пояснює модель BASIC PH і засоби реалізації ресурсних каналів;

в) акцентує увагу на тому, що кожний ресурсний канал має як адаптивні, так і дезадаптивні прояви.

Наприклад, канал PH – фізичний – може виражатися в «заїданні стресу», у вживанні алкоголю, що є дезадаптивними проявами. У разі адаптивного прояву цей канал розкривається у фізичній активності, догляді за тілом, приготуванні їжі тощо [61].

Особлива увага при роботі з моделлю BASIC PH має приділятись поєднанню проявів ресурсних каналів.

B – упевненість у собі, ясні цінності, погляди і вірування. BC – непохитні і дуже однозначні вірування і думки.

BA – схильні бути під впливом вірувань, думок, уявних вірувань.BS – соціальні цінності.

A – афекти всіх видів.

(A–) – агресивність до себе, загальна деструктивність.

AS – соціальна емоційність (схожість із BS) або соціальна підтримка.

AI – суміш з емоцій, уявних персонажів, жахливих драконів, чудовиськ тощо.

AC – схильність до розуміння емоцій шляхом концептуалізації, час від

часу нейтралізація емоцій або контроль над ними за допомогою інтелекту.

S – соціальний тип, готовність брати на себе завдання, потреба в компанії, іноді не для отримання допомоги, а просто з відчуття мети. Джерело підтримки – соціальне оточення або організації.

SC – соціальна усвідомленість, здатність розв'язувати проблеми, практичність у стресових умовах.

SI – соціальна підтримка, що отримується від уявних персонажів (на кшталт Супермена).

(S–) – почуття відчуженості та знедоленості, ворожість.I – широта уяви як за змістом, так і за охопленням.

IC – здатність до імпровізації, що заснована на знанні фактів.(I–) – хвороблива уява.

C – когніції, знання, організація та думка. Діяльність відповідає здоровому глузду та фактам.

CPh – конкретні методи мислення, орієнтовані на діяльність.

(C–) – наявні причини для діяльності за відсутності логіки, наприклад, піти на пляж, бо зима. Думки не звіряються із реальністю.

Ph – фізичний тип, експресивність та енергія: рухатися, їсти, страждати,танцювати, подорожувати тощо.

(Ph–) – психосоматичні розлади, бажання накласти на себе руки.

Примітка: знак «–» означає конфлікт (дисонанс) у прояві даного ресурсного каналу. Як правило, дія спрямована всередину – аутоагресія, психосоматичні розлади, когнітивний дисонанс.

Важливо звернути увагу людини на те, що кожний із ресурсних каналів має як адаптивний, так і дезадаптивний прояви. Дезадаптивний прояв ресурсного каналу відбувається, коли функціонування людини, її повсякденне життя і комунікації з близьким колом людей страждають. Завдання фахівця – переорієнтувати поведінку людини до адаптивного використання цього ресурсного каналу [58].

Таблиця 2.1.

Таблиця адаптивних / дезадаптивних статегій подолання стресу

Belief (Віра) B	Affects (Емоція) A	Social support (Соціальна підтримка) S	Imagination (Уява) I	Cognition (Пізнання) C	Physiology (Фізіологія) PH
Віра у свої сили, обраний шлях. Віра та вірування – релігія, обряди, амулети, прикмети. Пошук смислів у подіях, що відбуваються	Емоційна підтримка, демонстація почуттів, емоційний контакт, емпатія, вибір та перегляд фільмів, постанов, що передають емоційний заряд	Належність групі чи організації. Здатність звертатися по допомогу та надавати допомогу, виконання ролі чи функції, робота в групі. Родинна та групова підтримка	Творче мислення, зниження стресу за допомогою уяви, релаксація (керована уява, мріяння); малювання, ліплення, в’язання, вишивання	Збір інформації, самонавчання на основіминулого досвіду, умовиводи, вивчення правил і законів суспільства, створення шкали пріорітетів, планування сценаріїв, роздуми, реалістичне планування, програми дій	Релаксація, фізичні вправи, ігри, прогулянки, праця. Массаж, плавання, ароматерапія, приготування їжі.

Продовження таблиці 2.1.

Belief (Віра) B	Affects (Емоція) A	Social support (Соціальна підтримка) S	Imagination (Уява) I	Cognition (Пізнання) C	Physiology (Фізіологія) PH
Фанатизм, відсутність гнучкості та критичного оцінювання реальності	Поглинання емоціями, надлишкова плаксивість, депресивні стані, агресивність, надчутливість, потраплян ня під вплив панічних настроїв і маніпуляцій	Повна залежність від влади/авторитетів. Спілкування лише зі схожими на себе людьми	Заперечення ситуації, втікання у фільми, книги, телебачення, фантазії. Схильність ігнорувати факти, втрата контакту з реальністю, уявлення катастрофічних картин	Ригідність мислення, інтелектуалізація, надмірний інтерес до фактів і новин, ігнорування почуттів	Надмірне вживання їжі (обжорливість), психосоматичні болі, збільшення споживання медикаментів і алкоголю

Аналіз результатів експерементального дослідження. Первинне тестування військовослужбовців. Перед початком когнітивно-поведінкової терапії з групою військовослужбовців які мають ПТСР, потрібно визначити які саме військовослужбовці мають ПТСР. Військовослужбовці пройдуть тестування з використанням методики [62]: «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової.

Результати проходження методики «Опитувальник травматичного. Розповіли положення салютогенного підходу – розгляд наслідків травматичних подій з опорою на здорові частини психіки та ресурси, пояснили модель BASIC PH і засоби реалізації ресурсних каналів, акцентували увагу на тому, що кожний ресурсний канал має як адаптивні, так і дезадаптивні прояви. Привели приклад, що канал PH – фізичний – може виражатися в «заїданні стресу», у вживанні алкоголю, що є дезадаптивними проявами. У разі адаптивного прояву цей канал розкривається у фізичній активності, догляді за тілом, приготуванні їжі тощо. Звернули увагу людини на те, що кожний із ресурсних каналів має як адаптивний, так і дезадаптивний прояви [61].

Навели приклад використання каналу «Соціальна підтримка», який виражається в перебуванні в соціальних мережах більшу частину доби, і це впливає на режим сну і спілкування із членами родини. Розуміючи, що для цієї людини саме такий вид відновлення важливий (використання саме цього ресурсного каналу), фахівець запропонує знайти доступні варіанти реалізації ресурсу «Соціальна підтримка», які будуть адаптивними для такого випадку (клуб за інтересами, групова діяльність, волонтерство). Людину, що пережила травматичну подію, важливо навчити технік релаксації і зниження тривоги. З такими навичками вона повертає до себе почуття контролю, відчуття управління власними фізичними реакціями. Декілька універсальних вправ [55, с. 272]:

Вправа 1 «Контрольоване дихання». Сядьте зручно, розслабте м’язи обличчя. Зробіть повний видих. Зробіть вдих на рахунок чотири. Затримайте дихання на рахунок чотири. Зробіть повний видих. Важливо! Починати вправу з повного видиху. Повторювати не більше трьох разів, щоб не викликати гіпервентиляцію і не спровокувати запаморочення.

Вправа 2 «Метелик». Сядьте зручно. Закрийте очі. Покладіть ліву руку на праве плече, а праву руку – на ліве. Почніть ритмічні почергові поплескування по плечах. Під час вправи можна включити спокійну музику.

Час на вправу – максимум 2 хвилини. Техніка: Прогресивна нервово-м’язова релаксація за Джекобсоном. Прогресивна нервово-м’язова релаксація Джекобсона заснована на послідовному напруженні і розслабленні різних груп м’язів. Схема виконується за одним і тим самим алгоритмом:

- спочатку потрібно напружити певні м’язи;
- потім усвідомити, відчути цю напругу;
- розслабити ці м’язи;
- звернути особливу увагу на контраст між станом спокою і напруженням [25, с.137-144].

Робота з травмою – комплекс заходів, що спрямовані на запобігання розвитку постстресових розладів, на відновлення функціонування людини, яка постраждала від травматичної події, і на розвиток її стресостійкості. Комплекс заходів при роботі з травмою починається з першої допомоги, яка має будуватись на принципах легітимації емоцій, нормалізації пережитих станів і, найголовніше, передавати посил: «Ти – нормальна і здорова людина, яка в цей момент переживає реакції на ситуацію, що вимагає максимальної мобілізації особистісних ресурсів». При правильному застосуванні комплексу заходів першої допомоги та вибудовуванні системи підтримки і активізації ресурсів особистості більшість постраждалих не потребуватимуть подальшої психотерапії [63].

За необхідності подальшої роботи застосовуються психотерапевтичні методи з метою поліпшення якості життя й розвитку стресостійкості. Фахівець фокусується на розвитку нових поведінкових стратегій адаптації, відновленні відчуття безперервності життя і поверненні контролю над власним життям. Використовуються салютогенний підхід, актуалізація ресурсів і системна десенситизація.

Після проведеної когнітивно-поведінкової терапії з використаням методики BASIC PH. Ми провели останнє тестування за допомогою

«Опитувальник травматичного стресу» щодо визначення ефективності нашої когнітивно-поведінкової терапії з військовослужбовцями які мають

ПТСР.

Рис. 2.1. Опитувальник травматичного стресу (перша група)

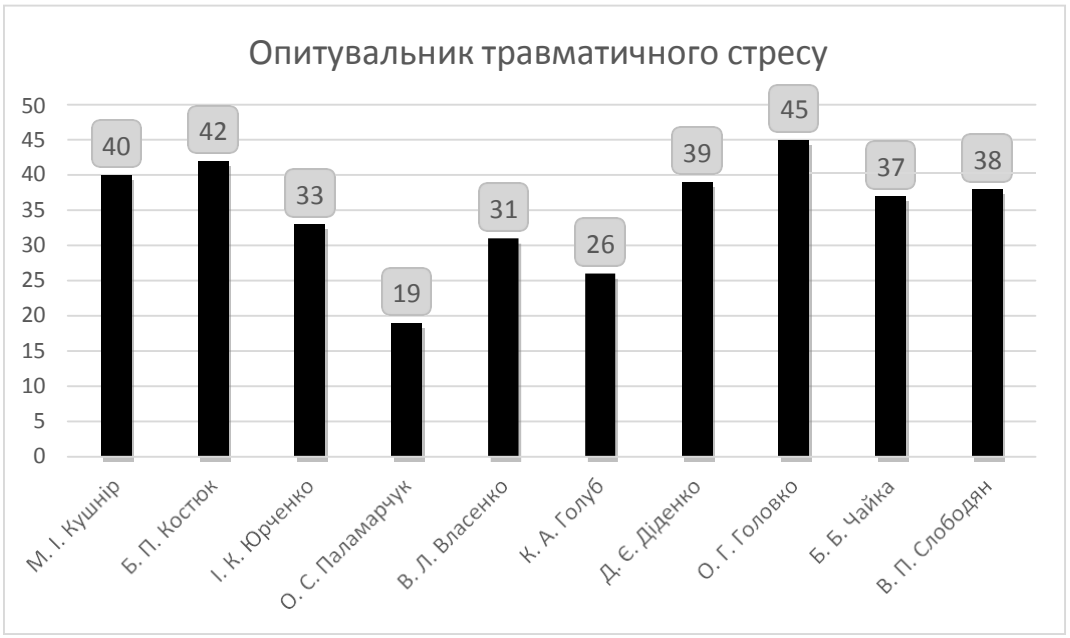


Рис. 2.2. Опитувальник травматичного стресу (друга група)

Робиться висновок щодо впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців з ПТСР [40, с. 8-22].

Дані військовослужбовці: М. Кушнір, І. Юрченко, Д. Діденко, Б Чайка, І. Павленко, М. Ткаченко, Д. Шевченко, Л. Бойко, К. Олійник, З. Поліщук, П. Бондар, які мали ПТСР за допомогою проведеної нами методики моделі BASIC PH, а також з використанням додаткових технікдля стабілізації психо-емоційного стану військовослужбовців, ми добили позитивного результату. А саме, перераховані вище військовослужбовці покращили свої показники до оптимальних значень.

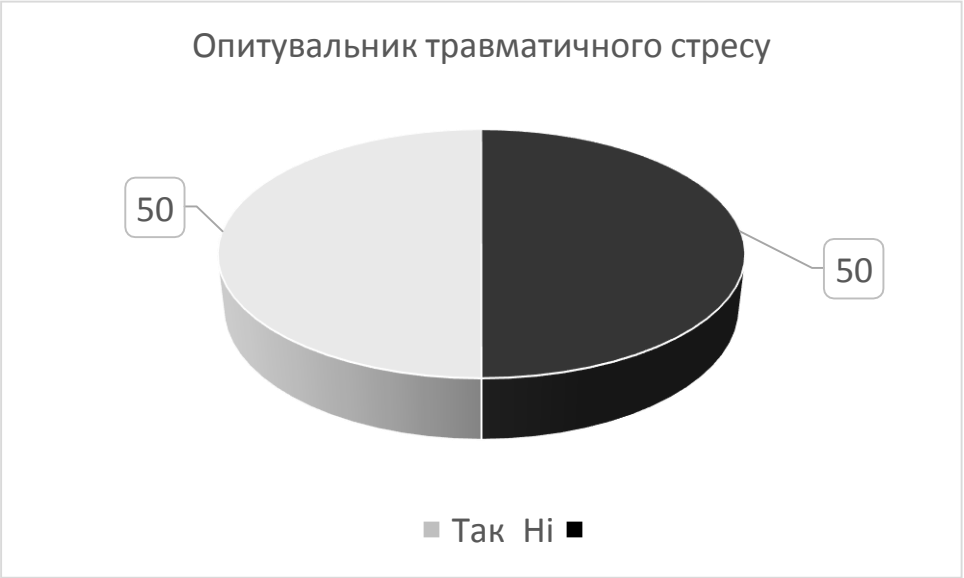


Рис. 2.3. Опитувальник травматичного стресу (співідношення результатів)

На основі результатів ми можемо зробити висновок, що методика BASIC PH має позитивний вплив стабілізацію емоційного стану військовослужбовців з ПТРС [52].

«Метод структурованого клінічного інтерв'ю» включає низку діагностичних модулів. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального опитування клієнта на першому

етапі дослідження. Методика застосовується як в клінічній практиці, так і в дослідницьких цілях. Існують різні модифікації, в тому числі і неклінічні. Одна з них – варіант інтерв'ю для діагностики ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі – SCID-NP-V [63].

«Опитувальник травматичного стресу» застосовується для оцінки вираженості симптомів пост стресових розладів у досліджуваних на основі критеріїв DSM-4. Опитувальник складається з короткої інструкції та 110 тверджень. Досліджуваному пропонується за допомогою 5-бальної шкали оцінити кожне твердження в залежності від його відповідності власному стану. 56 тверджень являються ключовими для оцінки прояву симптомі ПТСР, 15 – входять в додаткову шкалу депресії, 9 – складають оціночні шкали

«брехні», «аграваці», «дисимуляції», які дозволяють контролювати ступінь щирості досліджуваного.

Обмеження у використанні ОТС.

4. Не може використовуватися всупереч бажанню досліджуваного та його інформованої згоди.

5. Не може використовуватися в гострому періоді психотравми, в фазі психологічного шоку, на фоні ажитованого чи пригніченого стану, при захисному запереченні подій.

6. Обмежено використовується для оцінки стану при виконанні професійних завдань в екстремальних умовах: тільки у випадках обстеження окремих осіб, які потребують проведення індивідуальної психокорекції чи евакуації з зони НС.

7. Не може використовуватися при астенічному стані клієнта, який викликаний тяжкими соматичними захворюваннями, тяжкими пораненнями чи контузією; в абстинентному стані чи на фоні алкогольного (наркотичного) сп'яніння.

8. Не може бути єдиним джерелом при постановці психологічного діагнозу. Висновок про наявність ПТСР має носити ймовірнісний характер і містити рекомендації щодо подальшого обстеження.

9. Отримані результати не можуть використовуватися для діагностики ПТСР чи ОРС при встановленні тенденції до аггравації чи дисимуляціїобстеженого.

«Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події». Методика дозволяє встановити наявність у клієнта ПТСР за проявом однієї з двох тенденцій: вторгнення чи уникнення. Шкала містить 22 твердження, які дозволяють встановити ступінь прояву зазначених тенденцій протягом останніх семи днів. Оцінка проводиться самим досліджуваним і передбачає варіанти «зовсім ні», «дуже рідко», «іноді», «часто» [60]. З метою оцінки прояву посттравматичного стресового розладу та дезадаптації у постраждалих в надзвичайних ситуаціях можуть застосовуватися наступні додаткові методики: «Міссісіпська шкала травматичного стресу», «Гарвардський опитувальник для виявлення перенесених травм», «Шкала депресії» Е. Бека, «Клінічна шкала тривоги та депресії», «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Жмурова, «Методика діагностики суб'єктивного контролю» (УСК) Дж. Роттера, «Графічна методика життєвих переживань особистості», Методика «намалюй час», Методика «Малювання смерті», «Анкета для учасників бойових дій» та інші [73, с. 85-93].

«Миссісіпська шкала» має необхідні психометричні властивості, хороші диференціально-діагностичні можливості, високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом ПТСР.

«Опитувальник репресивності» Е. Бека використовується для оцінки депресивних симптомів у обстежених. Сьогодні опитувальник широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях та в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії. Чисельні дослідження поведінки учасників бойових дій у В'єтнамі та Кореї показали, що рівень репресивності за методикою у ветеранів з ПТСР був значно вищим, ніж у здорових обстежених. Достатньо інформативною є методика «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Жмурова [68].

«Клінічна шкала тривоги та депресії» розроблена для оцінки характеру

та глибини емоційних розладів у осіб, які не страждають психічними захворюваннями, та є методом експрес – діагностики станів тривоги та депресії. Шкала дозволяє виокремити три рівні розладів: «норма», «межові стани», «хвороба». Позитивні сторони методики – простота, кратність, інформативність, позитивне сприйняття пунктів опитувальника більшістю досліджуваних. Шкала може неодноразово використовуватися, що дозволяє оцінювати динаміку стану при проведенні психокорекційної роботи [57].

Проведене Р. Кадировим обстеження військовослужбовців, які брали участь в бойових діях , дозволило йому зробити висновок про використання психодіагностичного комплексу, що складається з наступних методик: «Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості», «Метод діагностики міжособистісних відносин», «Метод корольових виборів», «Рівень суб'єктивного контролю», «Намалюй час», «Малювання смерті», «Анкета учасників бойових дій». Цей комплекс є достатньо ефективним для виявлення військовослужбовців, які потребують особливої уваги з боку психологів, психологічної допомоги та психотерапії після участі в бойових діях [59].

Для проведення гри «Конструктор» учасники об'єднуються у 3групи, кожна з яких отримує набір пазлів з блоками ознак ПТСР (повторне переживання симптомів, уникання згадок про травму, надмірного емоційне збудження / оніміння). Кожна підгрупа знайомиться із запропонованою інформацією. На наступному етапі складаються інші підгрупи, в кожній із яких є учасники, які володіють інформацією про окремі симптоми. Завдання для мікрогруп – скласти психологічний «портрет» дитини із ПТСР. Презентація роботі мікрогруп включає, зазвичай і інформацію, надану тренерами, і власний досвід педагогічної взаємодії з учнями з ознаками ПТСР. Інформаційне повідомлення «Міфи і факти про ПТСР» передбачає обговорення інформації про найпоширеніші міфи, що стосуються ПТСР, та їх спростування. Результатом обговорення має стати підвищення психологічної грамотності вчителів та більш усвідомлене ставлення до взаємодії з дітьми з

ПТСР.

1. Глибоке дихання (за участю м’язів живота) – важливий фізіологічний інструмент релаксації. Дихати, по можливості, краще носом. Виберіть зручне положення і закрийте очі. Покладете одну руку на груди, а іншу на живіт. Спочатку спробуйте дихати, як завжди, зосереджуючись на тому, як піднімаються і опускаються грудна клітка і живіт. Чи добре узгоджена їх робота? Чи відчуваєте ви в них скутість або ригідність? Чи немає напруги в горлі, грудях і животі? Виконуючи цю вправу вперше, сфокусуйтеся на вдиху, щоб рука, лежача на животі, змогла першою відчути його, після чого піднімуться ваші грудна клітка і плечі. Вперше ця вправа може показатися декілька неприродною, але з практикою вона стане більш звичайною [74].

Виконується сидячи або стоячи в зручній для вас позі. Спочатку зробіть повільний вдих через ніс. Вдихаючи, заповните повітрям нижні відділи легенів. Ваша діафрагма примушуватиме живіт випинатися, щоб звільнити місце для повітря, і рука, лежача на животі буде підійматися. Продовжуйте вдихати і відчуєте, як розширюються середні частини легенів по мірі того, як нижні ребра і грудна клітка злегка розправляться наперед, щоб вмістити в себе повітря. Нарешті, відчуйте розширення верхніх відділів легенів, тоді як підніметься ваша грудна клітка, піднімаються плечі і ви відчуваєте, як піднімається ваша рука лежача під ключицею. Злегка втягніть живіт, щоб допомогти легеням. Цей повільний глибокий вдих можна виконати за декілька секундах одне плавне, безперервне дихання [70].

Тепер на декілька секунд затримайте дихання. Поступово видихаючи через рот, злегка втягніть живіт і поволі підтискайте його по мірі спустошення легенів. Видихнувши повністю, розслабте живіт і грудну клітку. Розслабте плечі. В кінці фази вдиху злегка підніміть плечі і ключиці так, щоб легені можна було знов до самих верхівок наповнити повітрям.

2. Заспокійливе дихання. Сидячи або стоячи розслабте м’язи тіла і зосередьте увагу на диханні. На рахунок 1-2-3-4 робіть повільний глибокий вдих через ніс (при цьому живіт випинається вперед, а грудна клітина

залишається нерухомою). На наступні чотири рахунки затримайте дихання. Потім зробіть плавний видих на рахунок 1-2-3-4. Знову затримайте дихання перед наступним вдихом на рахунок 1-2. Постарайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом ви частково позбуваєтеся стресової напруги. Вже через 3-5 хвилин такого дихання помітите, що стали більш спокійними і врівноваженими [69].

3. Медитативне дихання. Сядьте зручно, закрийте очі, розслабтеся. Зробіть глибокий вдих і скажіть собі, що вдихаєте упевненість, силу, енергію, а видихаєте боязкість, хвилювання і занепокоєння. Зробіть кілька таких повільних вдихів-видихів.

4. Дихальна вправа для розслаблення. Якщо відчуваєте неймовірне роздратування – заплющіть очі, руки покладіть на груди. Глибоко й повільно вдихніть через ніс, на мить затримайте подих, а потім якомога повільніше видихніть. Одночасно уявляйте, як із кожним видихом роздратування йде геть.

5. Видихання втоми. Лягти на спину, розслабитися, встановити повільне і ритмічне дихання. Найяскравіше уявити, що з кожним вдихом легені наповнює життєва сила, а з кожним видихом вона поширюється по всьому тілу.

6. Дихайте на «свічу». Запаліть свічку або уявіть, що вона стоїть перед вами. Вдихаєте носом, видихаєте ротом, складаючи губи в трубочку. Ваше завдання: дихати так, щоб полум'я не коливалося. Такий подих допоможе заспокоїтися й зняти зону перезбудження в корі головного мозку. Такі техніки можна застосовувати в найрізноманітніших життєвих ситуаціях і протягом усього життя. Щоб глибоке дихання стало звичкою, практикуйте його у випадку напруги і тривоги [69].

Квадратне дихання також відоме як «самавріті-пранаяма» – це найпростіша техніка з усіх. Цю вправу можна виконувати в ліжку за 20 хвилин до сну. Так вам буде легше розслабитися та насолодитися глибоким, повноцінним сном. Ось як потрібно дихати. Покроковий опис

квадратного дихання. Сядьте в ліжку, тримаючи спину рівно, а ноги схрестіть, як у позі лотоса. Дихайте глибоко протягом трьох хвилин, намагаючись розслабитися. А тепер вдихайте протягом трьох секунд, затримайте дихання ще на три секунди, а потім видихніть повітря протягом трьох секунд. Трохи відпочиньте. Повторіть ту саму послідовність дій, але цього разу спробуйте збільшити час до чотирьох секунд (вдихніть, затримайте, видихніть). Можете повторювати цей цикл, доки не дійдете до семи чи восьми секунд. Усе залежить від вашого досвіду й особливостей організму [67].

Черевне дихання. Якщо ви звернете увагу на рухи свого тіла під час квадратного дихання, то зрозумієте, що дихаєте грудною кліткою. У випадку черевного дихання, ціль зовсім інша: якщо активно залучити діафрагму, це дуже ефективно бореться зі стресом, напруженістю та тривогою. Покроковий опис черевного дихання. Ляжте на ліжко чи диван. Покладіть одну руку на грудну клітку, а іншу – на живіт. Зробіть глибокий вдих носом протягом трьох секунд. Зверніть увагу, як розширюється живіт, а верхня частина грудної клітки розтягується. А тепер повільно видихніть протягом чотирьох секунд. В ідеалі потрібно виконати вправу 10 дуже повільних разів, зосереджуючись на «магічній» зоні – діафрагмі [72].

2.2. Аналіз результатів експериментального дослідження

Згідно з результатами методики «Опитувальник травматичного стресу» серед діагностованих були виявлені такі військовослужбовці з ПТСР: М. Кушнір, І. Юрченко, Д. Діденко, Б. Чайка, І. Павленко, М. Ткаченко, Д. Шевченко, Л. Бойко, К. Олійник, З. Поліщук, П. Бондар.

Після того, як ми провели методику: «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової з військовослужбовцями рядового та сержанського складу бойового підрозділу в кількості 20 осіб, ми виявили 10військовослужбовців з ПТСР. Ми обрали метод психоедукації та роботу з

моделлю BASIC PH.

Далі ми провели когнітивно-поведінкову терапію з військовослужбовцями у яких було виявленно за допомогою методики «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової посттравматичний стресовий розлад. В якості методу роботи була застосована техніка методу психоедукації та моделі BASIC PH [61].

Робиться висновок щодо впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців з ПТСР.

Дані військовослужбовці: М. І. Кушнір, І. К. Юрченко, Д. Є. Діденко, Б. П. Чайка, І. О. Павленко, М. Ж. Ткаченко, Д. А. Шевченко, Л. А. Бойко, К. З. Олійник, З. І. Поліщук, П. П. Бондар, які мали ПТСР за допомогою проведеної нами методики моделі BASIC PH, а також з використанням додаткових технік для стабілізації психо-емоційного стану військовослужбовців, ми добилися позитивного результату. А саме, перераховані вище військовослужбовці покращили свої показники до оптимальних значень. На основі результатів ми можемо зробити висновок, що методика BASIC PH має позитивний вплив стабілізацію емоційного стану військовослужбовців з ПТСР.

Розповіли положення салютогенного підходу – розгляд наслідків травматичних подій з опорою на здорові частини психіки та ресурси, пояснили модель BASIC PH і засоби реалізації ресурсних каналів, акцентували увагу на тому, що кожний ресурсний канал має як адаптивні, так і дезадаптивні прояви. Привели приклад, що канал PH – фізичний – може виражатися в «заїданні стресу», у вживанні алкоголю, що є дезадаптивними проявами. У разі адаптивного прояву цей канал розкривається у фізичній активності, догляді за тілом, приготуванні їжі тощо. Звернули увагу людини на те, що кожний із ресурсних каналів має як адаптивний, так і дезадаптивний прояви.

Навели приклад використання каналу «Соціальна підтримка», який виражається в перебуванні в соціальних мережах більшу частину доби, і це впливає на режим сну і спілкування із членами родини. Розуміючи, що для цієїлюдини саме такий вид відновлення важливий (використання саме цього

ресурсного каналу), фахівець запропонує знайти доступні варіанти реалізації ресурсу «Соціальна підтримка», які будуть адаптивними для такого випадку (клуб за інтересами, групова діяльність, волонтерство). Людину, що пережилатравматичну подію, важливо навчити технік релаксації і зниження тривоги. З такими навичками вона повертає до себе почуття контролю, відчуття управління власними фізичними реакціями. Декілька універсальних вправ:

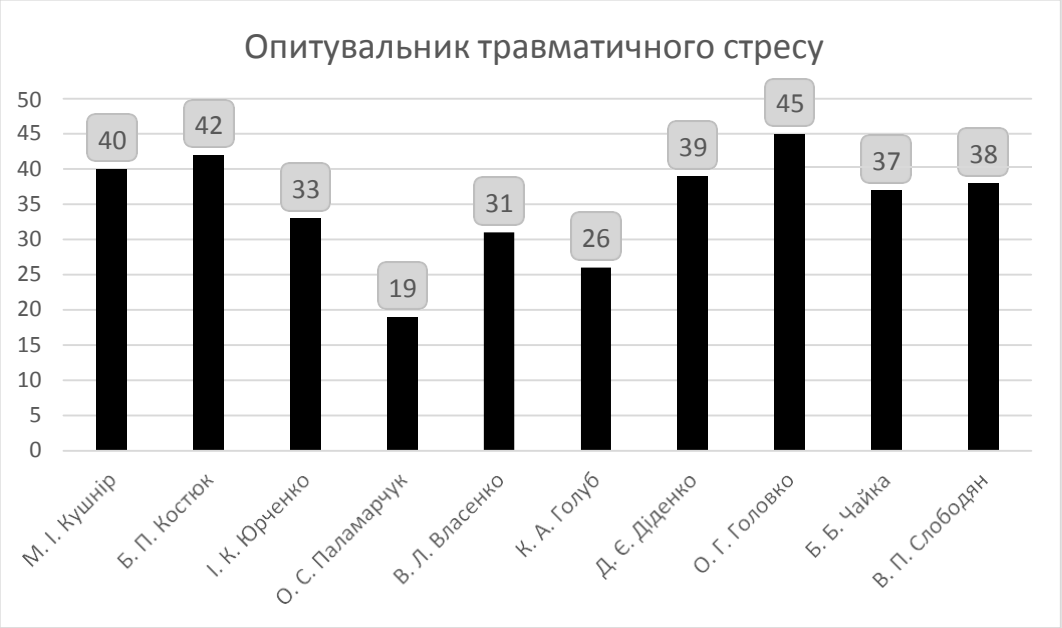
За необхідності подальшої роботи застосовуються психотерапевтичні методи з метою поліпшення якості життя й розвитку стресостійкості. Фахівець фокусується на розвитку нових поведінкових стратегій адаптації, відновленні відчуття безперервності життя і поверненні контролю над власним життям. Використовуються салютогенний підхід, актуалізація ресурсів і системна десенситизація.

Після проведеної когнітивно-поведінкової терапії з використаням методики BASIC PH. Ми провели останнє тестування за допомогою «Опитувальник травматичного стресу» щодо визначення ефективності нашої когнітивно-поведінкової терапії з військовослужбовцями які мають ПТСР.

Діаграма 2.4. Опитувальник травматичного стресу (повторний зріз

першої групи)

Повторний зріз першої групи свідчить про те, що когнітивно-поведінкова терапія позитивно впливає на емоційний стан військовослужбовця внаслідок ПТСР.



Діаграма 2.5. Опитувальник травматичного стресу (повторний зріз другої групи)

Зробивши повторний зріз другої групи, ми бачимо що показник не травматичного стресу (ПТСР) значно менший ніж був до когнітивно-поведінкової терапії.

Робиться висновок щодо впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців з ПТСР.

Діаграма 2.6. Опитувальник травматичного стресу (співідношення результатів)

Дані військовослужбовці: М. І. Кушнір, І. К. Юрченко, Д. Є. Діденко, Б.П. Чайка, І. О. Павленко, М. Ж. Ткаченко, Д. А. Шевченко, Л. А. Бойко, К. З. Олійник, З. І. Поліщук, П. П. Бондар, які мали ПТСР за допомогою проведеної нами методики моделі BASIC PH, а також з використанням додаткових технік для стабілізації психо-емоційного стану військовослужбовців, ми добили позитивного результату. А саме, перераховані вище військовослужбовці покращили свої показники до оптимальних значень. На основі результатів ми можемо зробити висновок, що методика BASIC PH має позитивний вплив стабілізацію емоційного стану військовослужбовців з ПТРС.

2.3. Рекомендації щодо використання когнітивно-поведінкової терапії при стабілізації емоційного стану військовослужбовців внаслідок ПТСР

Так як військовослужбовці мають постравматичний стресовий розлад, роботу можна поділити на дві частини: групова робота та по одинці. Групову роботу можна впровадити серед військовослужбовців у кількості по 10 осіб,

які систематично (двічі на тиждень) прийматимуть участь у групових заняттях (всього для кожної із груп організувати 20 занять тривалістю по 60 хвилин). У своїй роботі в групах, психотерапевт може використовувати останні розробки арт-терапії, когнітивно-поведінкового підходу, техніки мотиваційного посилення та техніки роботи із стресом [66]. Психокорекційна робота в групах спрямована, по-перше, на усвідомлення та прийняття свого психічного стану після повернення із зони бойових дій. На другому етапі акцент робиться на виді хімічної залежності військовослужбовця, який мав певну бойову психічну травму. Особливостями психокорекційних заходів військовослужбовців з адикціями може бути подолання анозогностичного ставлення до хвороби та підсилення мотивації до лікування [62]. Для цього потрібно провести низку заходів з використанням психоосвітніх технологій, а також підходу КПТ, які мають наступні завдання: встановлення довірливих відносин на принципах партнерства в дуеті «лікар-пацієнт»; з'ясування уявлень про наслідки перебування в зоні АТО, про наявність можливих психічних порушень; про розгляд впливу тривалого стресу на організм військовослужбовця; корекція нереалістичних очікувань військовослужбовців; конкретизація терапевтичних цілей; формування уявлень про терапевтичний режим; формування уявлень про можливі причини зриву терапії; розгляд симптомів як мішеней терапії; акцентування самостійного рішення про початок лікування [75].

Надалі, в психотерапії бажано використати методи КПТ, спрямованої на пошук пояснення хворобливого досвіду, зменшення викликаного ним дистресу і визначення його впливу на якість функціонування військовослужбовця після повернення із зони бойових дій.

Під час роботи з військовослужбовцями, також варто проводити аналіз особистісних життєвих цілей, за наступним планом: осмислення позитивних ефектів і труднощівтерапії; визначення головної лінії подальшого дотримання режиму; розгляд чинників ризику рецидиву; відпрацювання тактики цільового покладання; розширення діапазону альтернативної

діяльності; складання плану відновлення; обговорення питань особистісного росту; посилення відчуття контролю над хворобою та самоефективності; підведення підсумків[74].

Паралельно із психоосвітою, індивідуальною та груповою психотерапією поряд із використанням КПТ рекомендовано запровадження деяких арт-терапевтичних занять: пісочна терапія, казкотерапія, мистецтво, музикотерапія. Всі вони сприяють творчому вираженню військовослужбовців та спрямовані на підвищення самооцінки. Одна їх частина спрямована на занурення, друга – на переробку травматичного досвіду та симптомів виживання, а третя складова арт-терапевтичних методів спрямована на оволодіння методами релаксації, відволікання та на відслідкування симптомів свого перезбуджування. Методи групової взаємодії спрямовані на покращення міжособистісної взаємодії, комунікативних навичок та подолання стану агорафобії [61]. Для роботи з витісненим і пригніченим особистим несвідомим психічним «продуктом» рекомендовано використовувати метод «Sand-play» (SP), який є одним із видів арт-терапії – пісочна терапія. Техніка проведення SP передбачає поєднання невербальної (процес побудови композиції) і вербальної експресії клієнтів (розповідь про готову композицію, створення історії або казки, що розкриває сенс композиції). В даному випадку роль невербальної психотерапії, полягає у використанні ключових кінестетичних подразників з метою отримати доступ до важко вербалізуємих спогадів або образів. Заняття творчістю відіграє позитивну роль, завдяки спонтанності самовираження, що сприяє зниженню інтенсивності почуття безнадії і спрямоване на підвищення самооцінки військовослужбовців. Також пісочна терапія допомагає усвідомити власні захисні механізми, вона наочно показує, які копінг-стратегії використовувались військовослужбовцями для відгородження від зовнішнього світу, придушення тривоги, спотворення реальності [44, с. 184].

Метод SP можливо використовувати як діагностичний з метою виявлення актуального стану, актуальних психологічних захисних

механізмів, витіснених емоцій і неприємних думок, а також як спосіб вирішення внутрішніх протиріч і невротичних станів. Відмінність практики роботи з пісочницею SP від традиційного варіанту юнгіанської пісочної терапії полягає у можливості використання фокусуючих технік, пов'язаних із запитом або актуальною проблемою військовослужбовця. Істотною відмінністю від традиційного варіанту юнгіанської пісочної терапії є використання інтерактивних ігор та вправ [70].

Використання арт-терапевтичних технологій допомагає військовослужбовцям набути новий досвід і розвинути нові способи налагодження та підтримки міжособистісних стосунків, наприклад, виражати себе й отримувати естетичне задоволення, приймати та розуміти почуття, які можуть виникати у творчому процесі, формували новий погляд на пережиті події, знімає напруження та формує нові навички розслаблення, сприяє формуванню нових алгоритмів подолання стресу. Основним психотерапевтичним механізмом дебрифінгу є техніка «Закриття минулого», яка дозволяє вирішити такі завдання: зняття ореола винятковості особистих психологічних проблем; отримання емоційної підтримки від інших учасників групи, що мають спільні проблеми; з'ясування за допомогою групи своїх міжособистісних відносин і поведінки, можливість оцінки в різних ситуаціях, коригування самооцінки на основі зворотного зв'язку в атмосфері емоційної відкритості і довіри; апробація і освоєння нових навичок поведінки різних стилів міжособистісних відносин [70].

Наступний етап включає в себе психосоціальний супровід військовослужбовців та їх значимих осіб (жінок, дітей, батьків тощо), який містить наступні складові: роботу з військовослужбовцем та значимими особами, а також необхідний соціальний супровід, який визначається за потребами військовослужбовця [68].

Робота із військовослужбовцями включає: визначення запиту на необхідну соціальну допомогу, групову соціально-освітню роботу (надання інформації щодо існуючих державних програм, благодійних, соціальних та

міжнародних проектів з підтримки та реабілітації військовослужбовців), юридичні консультації, консультації інспекторів з праці (залучання фахівців із державних центрів з працевлаштування), підключення волонтерів та соціальних працівників в сфері супроводу та реабілітації військовослужбовців. Робота із значимими особами. Важливим етапом в комплексній програмі надання допомоги УБД, які мають коморбідні хімічні залежності, є сімейно-орієнтовані інтервенції, які пропонують певну підтримку, навчання та корекцію функціонування родини після повернення із зони АТО/ООС. Метою різноманітних сімейних інтервенцій є допомога у більш ефективному подоланні проблем із значимими особами, формування навичок міжособистісної комунікації в сім'ї, з друзями та колегами, надання підтримки, навчання для сімей, зменшення дистресу, спільне з родиною намагання попередити рецидиви у військовослужбовців. В рамках впровадження в процес реабілітації та соціального супроводу з позиції сімейноцентрованого підходу можна використати наступні психоосвітні заходи: індивідуальне медико-психологічне консультування як військовослужбовців, так і значимих осіб, психотерапевтичні групи як для залежних військовослужбовців, так і для співзалежних осіб «Групи підтримки» й «Групи підтримки близьких» [64].

Зустрічі «Групи підтримки», які мають відбуватися двічі на тиждень тривалістю по 60 хвилин впродовж двох місяців та зустрічі «Групи підтримки близьких», які мають відбуватися по одному разу на тиждень впродовж трьох місяців. Під час зустрічей члени клубу матимуть можливість отримувати необхідну інформацію не тільки від фахівців, але й від учасників групи та членів інших родин, які мали такі ж види хімічних залежностей, а їх значимі особи страждали від співзалежності з ними [42, с. 1-4].

Соціальний супровід в першу чергу має бути спрямований на допомогу військовослужбовцю соціалізуватися після повернення із зони АТО/ООС. Другою пріоритетною задачею має бути формування здорового способу життя та підвищення якості ремісії. Виконання поставлених завдань може

бути неможливим без безпосереднього залучення самих військовослужбовців до процесу психосоціальної реабілітації. Для виконання поставлених задач має бути впроваджено соціальний тренінг, який спрямований на покращення соціального функціонування військовослужбовців, розвиток соціальної і особистісної компетентності, попередження виникнення рецидиву, зменшення дистресу і подолання тяжких соціальних ситуацій, попередження фрустраційних ситуацій, формування стратегій самозахисту [66].

Використання вищезазначених заходів дозволить в процесі дослідження ефективно впливати на всі ланки патогенезу, спираючись на біопсихосоціальну модель залежності. Військовослужбовці, які повернулись із зони бойових дій та мають коморбідні хімічні залежності, на нашу думку, потребують психотерапевтичної допомоги не тільки на етапі амбулаторного лікування, але й на позалікарняному етапі. З огляду на мультифакторність проблеми, на наш погляд, такий комплексний медико-психологічний та соціальний супровід учасників АТО/ООС стане ефективним способом соціалізації військовослужбовців з проявами розладів адаптації, посттравматичним стресовим розладом та постстресових розладів особистості, які також демонструють адиктивну поведінку [75].

Висновки до другого розділу

У ході дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовслужбовця внаслідок ПТСР була розроблена емпірична програма, підбирання теоретичних методів, таких як: аналіз, синтез, узагальнення та емпіричного методу, який складається з психодіагностичних інструментів. Були використані такі методики: «опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової та модель BASIC PH.

У дослідженні приймали участь: десять військовослужбовців рядового та сержантського складу.

План майбутнього дослідження має певні етапи:

1. Первинне тестування військовослужбовців. Перед початком когнітивно-поведінкової терапії з групою військовослужбовців які мають ПТСР, потрібно визначити які саме військовослужбовці мають ПТСР. Військовослужбовці пройдуть тестування з використанням методики: «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової.

2. Після того, як ми провели методику: «Опитувальник травматичного стресу» І. О. Котєньової з військовослужбовцями рядового та сержанського складу бойового підрозділу в кількості 20 осіб, ми виявили 10 військовослужбовців з ПТСР. Ми обрали метод психоедукації та робота з моделлю BASIC PH.

3. Останнє тестування проводиться щодо визначення ефективності проведення когнітивно-поведінкової терапії з військовослужбовцями які мають ПТСР. Ефективність терапії ми будемо визначати за допомогою методики «Опитувальник травматичного стресу» І. О. Котєньової. Робиться висновок щодо впливу когнітивно-поведінкової теріпаї на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців з ПТСР.

Дані військовослужбовці: М. Кушнір, І. Юрченко, Д. Діденко, Б.Чайка, І. Павленко, М. Ткаченко, Д. Шевченко, Л. Бойко, К. Олійник, З. Поліщук, П. Бондар, які мали ПТСР за допомогою проведеної нами методики моделі BASIC PH, а також з використанням додаткових технік для стабілізації психо-емоційного стану військовослужбовців, ми добили позитивного результату. А саме, перераховані вище військовослужбовці покращили свої показники до оптимальних значень. На основі результатів миможемо зробити висновок, що методика BASIC PH має позитивний вплив стабілізацію емоційного стану військовослужбовців з ПТРС.

За останні 10 років уявлення про посттравматичний розлад особистості радикально змінилися. Наприклад, вважається, що ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Іноді ПТСР може виникнути після повторної незначної психічної травми. Більш того, визнається, що психофізіологічні

зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу ситуацію, які можуть пройти без надання психологічної допомоги. Разом з тим, результати проведених досліджень дозволяють зробити висновок, що ПТСР у учасників бойових дій мають більш виражений характер, що обумовлює необхідність надання постраждалим психологічної допомоги для корекції розладів.

ВИСНОВКИ

ПТСР, що можна побачити із самої назви, передбачає появу певних психічних проблем – симптомів від пережитої травми після певного часу (lat. post = після). Залежно від часу появи проблем слід розрізняти гострий, хронічний і відкладений ПТСР. Гостра форма ПТСР з'являється у період від одного до трьох місяців після травматичної події і характеризує стан тих осіб, котрі страждають на гострий стресовий розлад більше чотирьох тижнів (хоча може з'явитися і в тих, хто не мав ознак стресу після травматичної події). Якщо симптоми інтенсивно з'являються і після трьох місяців, тоді йдеться про хронічну форму ПТСР.

1. Перехід з гострої у хронічну форму ПТРС також обумовлений навколишніми чинниками. У певній кількості випадків хронічний ПТСР може з'явитися без попередньої появи гострої форми (так само як гострий ПТСР може з'явитися без попередньої появи гострого стресового розладу). При ПТСР з відкладеним початком симптоми з'являються шість місяців після травматичної події, або ще пізніше (після двох-трьох років).

Когнітивно-поведінкова терапія використовує широкий, інтегративний арсенал технік та втручань (у тому числі з інших методів психотерапії), використовуючи їх у індивідуальному випадку кожного клієнта на досягнення терапевтичних цілей.

2. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при багатьох психіатричних розладах встановлена ґрунтовними науковими дослідженнями. У сучасну еру доказової медицини КТП має наукові докази ефективності щодо ряду найбільш поширених психіатричних розладів. Відповідно сучасними протоколами професійних асоціацій психіатрів та психотерапевтів, міністерств охорони здоров'я та ВООЗ КПТ є рекомендована як одне з «втручань першого вибору».

Емоції виявляються у вигляді емоційних реакцій, станів або стосунків. Емоційні реакції – посмішка, сміх, плач, лють, страх, схвильованість,

імпульсивність дії або повна нерухомість – тісно пов'язані з подіями, що їх зумовили. В екстремальних умовах, коли людина не може оволодіти певною ситуацією, розвиваються так звані афекти – особливий вид емоцій, які супроводжуються сильною, бурхливою реакцією (наприклад, страх, гнів).

Ці реакції не контролюються свідомістю, тому їх важко стримувати. Переключення на інший вид діяльності (фізична робота) сприяють емоційній розрядці. Емоційні реакції за певних ситуацій необхідно стримувати: не сміятися та не подавати вигляду, коли хтось з необачності щось не так зробив чи сказав. Емоційні стани – це тривалі переживання, ефект від сильної емоційноїреакції.

У ході дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на стабілізацію емоційного стану військовслужбовця внаслідок ПТСР була розроблена емпірична програма, підбирання теоретичних методів, таких як: аналіз, синтез, узагальнення та емпіричного методу, який складається з психодіагностичних інструментів. Були використані такі методики: «Опитувальник травматичного стресу» І. Котєньової та модель BASIC PH. У дослідженні приймали участь: десять військовослужбовців рядового та сержантського складу.

3. Згідно з результатами методики «Опитувальник травматичного стресу» серед діагностованих були виявлені такі військовослужбовці з ПТСР: М. І. Кушнір, І. К. Юрченко, Д. Є. Діденко, Б. П. Чайка, І. О. Павленко, М. Ж. Ткаченко, Д. А. Шевченко, Л. А. Бойко, К. З. Олійник, З. І. Поліщук, П. П. Бондар. Дані військовослужбовці: М. І. Кушнір, І. К. Юрченко, Д. Є. Діденко, Б.П. Чайка, І. О. Павленко, М. Ж. Ткаченко, Д. А. Шевченко, Л. А. Бойко, К. З. Олійник, З. І. Поліщук, П. П. Бондар, які мали ПТСР за допомогою проведеноїнами методики моделі BASIC PH, а також з використанням додаткових технік для стабілізації психо-емоційного стану військовослужбовців, ми добили позитивного результату. А саме, перераховані вище військовослужбовці покращили свої показники до

оптимальних значень. На основі результатів ми можемо зробити висновок, що методика BASIC PH має позитивний вплив стабілізацію емоційного стану військовослужбовців з ПТСР.

В психотерапії бажано використати методи КПТ, спрямованої на пошук пояснення хворобливого досвіду, зменшення викликаного ним дистресу і визначення його впливу на якість функціонування військовослужбовця після повернення із зони бойових дій.

Під час роботи з військовослужбовцями, також варто проводити аналіз особистісних життєвих цілей, за наступним планом: осмислення позитивних ефектів і труднощівтерапії; визначення головної лінії подальшого дотримання режиму; розгляд чинників ризику рецидиву; відпрацювання тактики цільового покладання; розширення діапазону альтернативної діяльності; складання плану відновлення; обговорення питань особистісного росту; посилення відчуття контролю над хворобою та самоефективності; підведення підсумків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Antoni M.H., CarricoA. W., DuránR. E., SpitzerS.,PenedoF., Ironson G., Schneiderman N.Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress management on human immunodeficiency virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. Psychosomatic medicine. 2006. № 68. Vol. 1. – P.143-151.

2. Bryleva E.Y., Brundin L. Kynurenine pathway metabolites and suicidality. Neuropharmacology. 2017; 112, Part B: 324-30.

3. Bryleva E.Y., Brundin L. Kynurenine pathway metabolites andsuicidality. Neuropharmacology. 2017; 112, Part B: 324-30.

4. Cook Jeffry Cognitive behavioral therapy for combat related PTSD. Manual for service members https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg_PTSD-full-201011612.PDF

5. Dražen Begić1 and Nataša Jokić-Begić2 Heterogeneity of Posttraumatic Stress Disorder Symptomsin Croatian War Veterans: Retrospective Study//Croat Med Journal v.48(2); 2007 Apr Retviewedfrom: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080523/

6. Horishna, Nadia (2017). Сучасні тенденції розвитку соціальної роботи та підготовки соціальних працівників, Social Work and Education, Vol. 4, No. 2., pp. 8-22.

7. How ptsd became a problem far beyond the battlefield Retviewed from: https://www.vanityfair.com/news/2015/05/ptsd-war-home-sebastian-junger

8. Hundt, Barrera, Robinson (2014) A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans// MILITARY MEDICINE, 179, 9:942 Retviewed from: http://militarymedicine.amsus.org/doi/pdf/10.7205/MILMED-D-14-00128

9. Ivkovic M., Pantovic-Stefanovic M., Dunjic-Kostic B. et al. Neutrophil-to-lymphocye ratio predicting suicide risk in euthymic patients with bipolar

disorder: Moderating effect of family history. Compr Psychiatry. 2016; 66: 87-95.

10. Ivkovic M., Pantovic-Stefanovic M., Dunjic-Kostic B. et al.Neutrophil-to-lymphocye ratio predicting suicide risk in euthymic patients withbipolar disorder: Moderating effect of family history. Compr Psychiatry. 2016; 66:87-95.

11. Jim Rose Combat stress and PTSD. Retviewed from: http://dhhs.ne.gov/behavioral_health/Documents/Rose-PTSD.pdf

12. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(7):617-626. doi:10.1001/archpsyc.56.7.617/

13. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus.–New York : McGraw-Hill, 1966. – 466 p.

14. Lisa K. Richardson, B. Christopher Frueh, Ronald Acierno (2010) Prevalence Estimates of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: Critical Review// Australian & New Zealand Journal ofPsychiatry vol44, is. 1 http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3109/00048670903393597

15. National Center for PTSD. Transcript for: Prolonged Exposure Therapy Retviewed from: https://www.ptsd.va.gov/professional/continuing_ed/transcript-pdf/prolonged_exposure.pdf

16. O'Donovan A., Rush G., Hoatam G. et al. Suicidal ideation is associated with elevated in flammation in patients with major depressive disorder. Depression and Anxiety. 2013; 30 (4): 307-14.

17. Paula Domenici (2016) Military Patients: Recommendations for Treating Service Members // Thenational register report. Retviewed from https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-for-treating-service-members/

18. Prolonged Exposure Therapy PE- The Basics https://www.mfri.purdue.edu/resources/public/presentations/Knock_Battlemind_2014.pdf

19. Returning Home from Iraq and Afghanistan: Assessment of Readjustment Needs of Veterans, Service Members, and Their Families (2013).

Retviewed from: https://www.nap.edu/read/13499/chapter/6#49

20. Smyth, J.M.,HockemeyerJ. R., Tulloch H.Expressive writing andpost- traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. British Journal of Health Psychology. 2008. № 13. Vol. 1. P. 85-93.

21. Terri L. Barrera, Jeffrey A. Cully, Amber B. Amspoker (2017) Cognitive-behavioral Therapy for Late-life Anxiety: Similarities and Differences between Veteran and Community Participants // J. Anxiety Disorders https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479977/

22. Thompson J, Van Til L. Mental health of Canadian Armed Forces Veterans: review of populationstudies// Journal of Military, Veteran and Family Health, Vol. 2, No. 1 http://jmvfh.utpjournals.press/doi/full/10.3138/jmvfh.3258

23. VA/DOD clinical practice guideline for management of major depressive disorder (mdd). Retviewed from: https://www.healthquality.va.gov/mdd/mdd_full09_c.pdf, 2014

24. Voracek M., Tran U.S. Dietary tryptophan and suicide rate in industrial nations. J Affect Disord. 2007; 98 (3): 259-62.

25. Why Civilian PTSD, MST, And Warfighter PTSD Are Each Uniquely Different. Retviewed from: http://havokjournal.com/nation/why-civilian-ptsd-mst-and-warfighter-ptsd-are-each-uniquely-different/

26. Why Civilian PTSD, MST, And Warfighter PTSD Are Each Uniquely Different. Retviewed from:http://havokjournal.com/nation/why-civilian-ptsd-mst-and-warfighter-ptsd-are-each-uniquely-different/

27. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.

28. Алещенко В.І., Організація забезпечення збереження психічного 103 здоров'я військовослужбовців:. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗСУ. / Алещенко В. І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. – К.:, 2017. — 134 с.

29. Андрєєва Г.М. Социальная психология: учебник. Москва: Аспект

Пресс, 2003. 229 с.

30. Анцупов В.Н. Бондаренко В.І. Буянов. Військова психологія і педагогіка: Навчальний посібник / За ред. В.Ф. Кулакова, 2008. 18 с.

31. Баклицький І.О. Психологія праці: підручник. 2-ге вид., перероб. та доп. Київ: Знання, 21.2008. 655 с.

32. Безпалько О. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.

33. Бергсон А. Опыт о непосредственных данных сознания // Собр.соч. в 4-х томах, Т.1, М., 1992. – с. 50-159.

34. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: Изд-во «ПЕР СЭ». 2006. 352 с.

35. Бурбан Н., Гузенко І. Особливості стресостійкості й адаптивних здібностей до стресу майбутніх військовослужбовців. *Педагогіка і психологія професійної освіти: Науково-методичний журнал*. 2019. № 1. С. 105-116.

36. Варій М.Й. Соціальна психіка нації: наукова монографія. Львів: СПОЛОМ, 2002. 184 с.

37. Выготский Л.С. История развития высших психических функцій // Собр.соч. Т.3., М., Педагогика, 1983. – 365 с.

38. Горбунова В.В., Карачевський А.Б, Климчук В. Нетлюх Г. Соціально-психологічна підтримкаадаптації ветеранів: посібник для ведучих груп. Retviewed from: https://drive.google.com/file/d/0B-PggjsiGlEgX3A5UGdCenlPekU/view

39. Дьяченко М.І. Історія вітчизняної військової психології: Підручник.2009. 38 с.

40. Еникеев М.І. Загальна та соціальна психологія / За ред. М.А. Велбі,2007. 99 с.

41. Зинчук М.С., Гехт А.Б., Гуляева Н.В., Аведисова А.С., Акжигитов Р.Г., Гришкина М.Н. Биологические основы суицидального поведения. Журнал неврологии и психиатрии, 8, 2016. С. 94-101. doi:

10.17116/jnevro20161168194- 101

42. Зубовський Д.С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : дис…. канд. психол. наук. Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ, 2019. 285 с.

43. Industrial nations. J Affect Disord. 2007; 98 (3): 259-62.

44. Калшед Д. Внутренний мир травмы. – М., 2007. – 360 с.

45. Кандибовіч Л.А. Військово-психологічний словник-довідник / За ред. Л.А. Кандибовіч, 2010. 12 с.

46. Караян А.Г. Введення в професію військового психолога. 2007. 98 с.

47. Караян А.Г. Прикладна військова психологія / За ред. А.Г. Караян. 2006. 101 с.

48. Караян А.Г. Психологія відхиляючої поведінки військовослужбовців в бойовій обстановці: Монографія / За ред. С.Л. Євенко, 2006. 18 с.

49. Караяном А.Г., Сулімова Ю.Г. Військова професіологія. 2005. 75 с.

50. Климов Е.А. Инженерная психология и эргономика: учебник. / за ред.: О. Г. Носкова, Г.Н. Солнцева. Москва: Юрайт, 2018. 178 с.

51. Конопкін О.А. Психологічні механізми регуляції діяльності: Монографія. М., 2010. 218 с.

52. Корольчук М. С. Психологічне забезпечення фізичного і психічного здоров’я. / Корольчук М.С. –К.: ІНКОС, 2002.-272 с.

53. Кохан В.Г., Потапчук Є. М. Виявлення та обґрунтування показників психічного здоров’я військовослужбовців // Збірник наукових праць №22. Ч. ІІ. – Хмельницький: Вид-во НАПВУ, 2015. – С. 178-186

54. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 432 с.

55. Кудренко О.В. Афанасенкр В.С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України. 2018.

№ 2(31). С. 137-144.

56. Кучеренко С.М, Хоменко Н.М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип.21. Харків: НУЦ-ЗУ, 2017. С. 66–74.

57. Лебедовская, И.И. Организация и проведение профессионального психологического отбора при комплектовании ВС государств – членов НАТО / И. И. Лебедовская // Зарубежное военное обозрение. – 2005. – № 7. – С. 14–20

58. Лєрш Ф. Розуміння особи у психології // Гуманістичні підходи в західній психології. 1 том. – К., Пульсари, 2001. – с. 93-111.

59. Литвинцев С.В. Бойова психічна травма.2005. 98 с.

60. Маклаков А. Г. Загальна психологія. СПб, 2007. 112 с.

61. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. *Психологический журнал*. 2001. Т. 22. № 1. С. 16-24.

62. Манойло А. Государственная информационная политика в особых условиях: монография. Москва: МИФИ, 2003. 388 с.

63. Наказ Міністерства Оборони України від 10.12.2014 р. № 833 “ Про затвердження інструкції з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України” (Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства оборони №25 від 16.01.2017 року). С. 1 - 4.

64. Неурова А.Б. Психологічні особливості емоційної стійкості рятувальників: дис. кандидата психол. наук: 19.00.09 / Неурова Алла Борисівна. – ПНУ. – Івано-Франківськ, 2016. — 403 с.

65. Психологія соціальної роботи : підручник / за ред. Ю.М. Швалба. – К. : «Основа», 2014. – 448 с.

66. Режим доступу: https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a577625.pdf Psychological and physiological selection of military special operations forces

personnel (TR-HFM-171).

67. Розанов В.А. Периферические биологические факторы и биомаркеры суицида. Том 9, № 1 (30), 2018 Суицидология (https://suicidology.ru/). С.3-22. Rozanov V.A. Peripheral biological factors and biomarkers of suicide. Suicidology. 2018; 9 (1): 3-22. (In Russ)

68. Смолова Л.В. Психологія взаємодії з навколишнім середовищем. Екологічна психологія. М., 2010. 712 с.

69. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. / Н.В. Тарабрина – СПб: Питер. – 2001. – 272 с.

70. Тарас А.Е. Сучасна військова психологія: хрестоматія. Харвест, 2013. 45 с.

71. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий роз лад. 2016. URL: ttp://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_Y KPMD_PTSR.pdf. (дата звернення 23.05.2022).

72. Феденко Н.Ф., Сергеюк П.І. Психологія особистості воїна–прикордонника: журнал, 2006. 143 с.

73. Філюк О.М. Військова психологічна підготовка та реабілітація, 2015. 496 с.

74. Хухлаева О.В., Зиков Е.В., Бубнова Г.В. Психологія розвитку та вікова психологія: навч.посіб. Москва, 2014. 368 с.

75. Шеляга В.В. Військова психологія, навч.посіб./за ред. .В. В. Шеляга,2009. 119 с.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник травматичного стресу

Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєньова

Призначений для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. *(повністю)* _____

Дата обстеження _____Вік_____ Стать

Посада *(підрозділ)* _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: "Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або поглядам у даний час.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, що означає Вашу відповідь:

5 = "абсолютно вірно";
4 = "скоріше вірно";
3 = "частково вірно, почасти невірно";
2 = "скоріше невірно";
1 = "абсолютно невірно".

Таблиця А.1 – Опитувальник травматичного стресу

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
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				
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 телевізор, 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				
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 покладаюсь 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 вимагалося.	5	4	3	2	1
66.	Я відчуваю інтерес і смак до життя.	5	4	3	2	1

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
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 трощити 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

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
97.	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший.	5	4	3	2	1
98.	Я ніколи не втрачав свідомість.	5	4	3	2	1
99.	Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.	5	4	3	2	1
100.	Я придбав у житті хороших друзів.	5	4	3	2	1
101.	Мене вважають урівноваженою людиною.	5	4	3	2	1
102.	Нервове напруження добре знімає сауна.	5	4	3	2	1
103.	Я відчуваю розгубленість.	5	4	3	2	1
104.	Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.	5	4	3	2	1
105.	Я працюю, не відчуваючи втоми.	5	4	3	2	1
106.	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.	5	4	3	2	1
107.	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.	5	4	3	2	1
108.	Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.	5	4	3	2	1
109.	Я почуваю себе цілком впевненим.	5	4	3	2	1
110.	Мені є за що дякувати долі.	5	4	3	2	1

Таблиця А.2. Інтерпретація за ключем

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)	ГСР (гострий стресовий розлад)
A (1): подія травми - 19, 39, 79	A (1): подія травми - 19, 39, 79
B: повторне переживання травми (“вторгнення”) -	b: дисоціативні симптоми -
B (1) - 33, 48	b (1) - 6, (109)
B (2) - 14, 35,52, (21)	b (2) - 4, 103
B (3) - 9	b (3) - 7, 34
B (4) - 49,90	b (4) – 44
B (5) - 5	b (5) - 43
C: симптоми “уникнення” -	c: повторне переживання травми (“вторгнення”) -
C (1) - 29, 79	c (1) - 33,48
C (2) - 17	c (2) - 14, 35, 52, (21)
C (3) - 43	c (3) - 9
C (4) - 26, (66,74)	c (4) - 49, 90

C (5) - 31,42	d: симптоми “уникнення” -
C (6) - 81	d (1) - 29,79
ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)	ГСР (гострий стресовий розлад)
C (7) - (53,78)	d (2) - 17
D: симптоми гіперактивації -	e: симптоми гіперактивації -
B (1) - 41, (20,51)	e (1) - 41, (20,51)
B (2) - 16,27,32,96	e (2) - 16,27,32,96
O (3) - 85,108, (13)	e (3) - 85, 108, (13)
B (4) - 8,104	e (4) - 8, 104
B (5) - 12,107	e (5) - 12, 107
	e (6) - 105, (46)
F: дистрес і дезадаптація -	f: дистрес і дезадаптація -
3, 36, 57,91 (11,68)	3, 36, 57, 70, 91
L (“неправда”) - 71, (30,54,84,89); Ag (“аггравація”) - 25,28, (93); Di (“дисимуляція”) - 50,93,(28); Depres (“депресія”) - (1), 6, 15, 24, 26, 36, 42, (46), 57, (66), (67), (78), 81, 90, (109).	

Примітка: “прямі” твердження позначені номерами без дужок, номери “зворотних” тверджень подані в дужках.

Обробка результатів

Простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГСР:

L (неправда), Ag (аггравація), Di (дисимуляція), depres (депресія);

ПТСР: A (1) (подія травми), B (повторне переживання травми - “вторгнення”), C (симптоми “уникнення”), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація);

ГСР: A (1) (подія травми), Ь (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми - “вторгнення”), d (симптоми “уникнення”), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація).

Підраховується сума відповідей на твердження за кожною із шкал (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента - 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді - 5, 4, 3, 2, 1).

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті підсумовування значень основних субшкал:

ПТСР = A (1) + B + C + D + F;

ГСР = A (1) + Ь + c + d + e + £

Отримані “сирі” значення переводяться в Т-бали за запропонованими нижче таблицями окремо для чоловіків і жінок.

Таблиця А.3. Інтерпретація за ключем для чоловіків

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал
98	30														98
96	29														96
94	28	15													94
92	28				44	48									92
90	27	14			43	47		26			40			23	90
88	26				42	46	58	26		28	39		64	23	88
86	25	13			41	45	57	25		28	38	15	62	22	86
84	25	13			39	44	55	24		27	36		61	21	84
82	24				38	43	54	24		26	35	14	59	21	82
80	23	12			37	42	52	23		25	34	14	58	20	80
78	23				36	41	51	22		25	33		56	20	78
76	22	11			35	39	49	22		24	32	13	55	19	76
74	21	11			34	38	48	21	15	23	31		53	18	74
72	21	10		15	33	37	46	20	15	22	30	12	52	18	72
70	20	10	16	14	32	36	45	20	14	21	29	12	50	17	70
68	19		15	13	31	35	43	19	13	21	28	11	49	17	68
66	19	9	15	13	30	34	42	18	13	20	27	11	48	16	66
64	18		14	12	28	33	40	17	12	19	26		46	15	64
62	17	8	14	11	27	32	39	17	11	18	25	10	45	15	62
60	17	8	13	11	26	30	38	16	11	18	24		43	14	60
58	16		13	10	25	29	36	15	10	17	23	9	42	14	58
56	15	7	13	10	24	28	35	15	10	16	22	9	40	13	56
54	14		12	9	23	27	33	14	9	15	21	8	39	12	54
52	14	6	12	8	22	26	32	13	8	15	20	8	37	12	52
50	13	6	11	8	21	25	30	13	8	14	19	7	36	11	50
48	12	5	11	7	20	24	29	12	7	13	18	7	34	11	48
46	12	5		7	19	23	27	11	7	12	17		33	10	46
44	11		10	6	17	22	26	10	6	12	16	6	31	9	44
42	10	4		5	16	20	24	10	5	11	15	6	30	9	42
40	10		9	5	15	19	23	9	5	10	14	5	28	8	40
38	9	3	9	4	14	18	22	8	4	9	13	5	27	7	38
36	8	3	8	3	13	17	20	8	3	8	12		25	7	36
34	8		8	3	12	16	19	7	3	8	11	4	24	6	34
32	7		7		11	15	17	6			10		23	6	32
30	6		7		10	14	16				9	3	21	5	30
28	6					13	14						20		28
26	5		6			11							18		26
24													17		24
22			5										15		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал

Т-бал	ПТСР	ГСР	depres
98			
96			
94		178	
92	181	175	
90	177	171	
88	173	167	60
86	169	163	59
84	165	159	57
82	161	156	55
80	157	152	54
78	152	148	52
76	148	144	51
74	144	140	49
72	140	137	48
70	136	133	46
68	132	129	45
66	128	125	43
64	124	121	42
62	120	118	40
60	116	114	38
58	112	110	37
56	108	106	35
54	104	103	34
52	100	99	32
50	96	95	31
48	92	91	29
46	88	87	28
44	84	84	26
42	80	80	25
40	76	76	23
38	72	72	21
36	68	68	20
34	64	65	18
32	60	61	17
30	56	57	15
28	52	53	
26		49	
24			
22			
Т-бал	ПТСР	ГСР	depres

Таблиця А.4. Інтерпретація за ключем для жінок

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал
98															98
96	28														96
94	27														94
92	26														92
90	26														90
88	25				44						40				88
86	24	15			43					30	39			24	86
84	24				42	48		26		29	38			23	84
82	23	14			41	47	58	25		29	37			23	82
80	22				39	46	56	24		28	36	15	63	22	80
78	22	13			38	44	55	24		27	35		61	21	78
76	21	13			37	43	53	23		26	34	14	59	21	76
74	20	12		15	36	42	52	22	15	25	33	14	58	20	74
72	19	12		14	35	41	50	22	14	24	32	13	56	19	72
70	19	11	15	14	34	40	49	21	14	24	31	13	55	19	70
68	18	11		13	32	38	47	20	13	23	30	12	53	18	68
66	17		14	12	31	37	45	19	12	22	29	12	51	17	66
64	17	10	14	12	30	36	44	19	12	21	28	11	50	17	64
62	16		13	11	29	35	42	18	11	20	27	11	48	16	62
60	15	9	13	11	28	34	41	17	11	20	26	10	47	15	60
58	15	9	12	10	27	32	39	17	10	19	24	10	45	15	58
56	14	8	12	9	26	31	38	16	9	18	23		43	14	56
54	13	8	11	9	24	30	36	15	9	17	22	9	42	13	54
52	13	7	11	8	23	29	35	14	8	16	21		40	13	52
50	12	7	10	7	22	27	33	14	7	15	20	8	39	12	50
48	11		10	7	21	26	32	13	7	15	19	8	37	11	48
46	11	6		6	20	25	30	12	6	14	18	7	35	11	46
44	10		9	6	19	24	29	12	6	13	17	7	34	10	44
42	9	5		5	17	23	27	11	5	12	16	6	32	9	42
40	9	5	8	4	16	21	25	10	4	11	15	6	31	9	40
38	8	4	8	4	15	20	24	9	4	10	14	5	29	8	38
36	7	4	7	3	14	19	22	9	3	10	13	5	28	7	36
34	7	3	7		13	18	21	8		9	12	4	26	7	34
32	6		6		12	17	19	7		8	11	4	24	6	32
30	5		6		10	15	18	7			9		23		30
28			5			14	16	6				3	21	5	28
26			5			13	15						20		26
24						12							18		24
22			4										16		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал

Т-бал	ПТСР	ГСР	depres
98			
96			
94			
92			
90			
88		180	
86	180	176	
84	176	172	60
82	172	168	59
80	168	164	57
78	163	160	56
76	159	156	54
74	155	151	53
72	151	147	51
70	146	143	49
68	142	139	48
66	138	135	46
64	134	131	45
62	129	127	43
60	125	122	42
58	121	118	40
56	117	114	38
54	112	110	37
52	108	106	35
50	104	102	34
48	100	98	32
46	95	93	31
44	91	89	29
42	87	85	27
40	83	81	26
38	78	77	24
36	74	73	23
34	70	69	21
32	66	64	20
30	61	60	18
28	57	56	16
26	53	52	15
24	49	48	
22			
Т-бал	ПТСР	ГСР	depres

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів.

При значеннях шкал *нижче 50 Т-балів* симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні *від 50 до 65 Т-балів* можуть проявлятися окремі симптоми постстрессових станів, причому незначно виражені. *65-70 Т-балів* ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу "часткового" ПТСР або ГСР. При значеннях *вище 70 Т-балів* імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня *80 Т-балів* необхідне уточнення клінічного діагнозу "повного" ПТСР або ГСР.

Наведені "критичні" значення в Т-балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів досить добре "працюють" в якості операціональних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів.