## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОТРАВМИ**

## **1.1. Поняття психотравми: визначення, види та симптоми**

Питання психотравм як окремого психічного та психологічного феномену досліджували багато вітчизняних і зарубіжних учених. Психотравма є складним і багатогранним явищем, яке має різні аспекти й трактування в наукових працях. У загальному контексті можна говорити про два типи травм: психічну та психологічну.

Психічна травма зазвичай пов’язана з подіями, що серйозно загрожують життю людини. Вона має значний вплив на нормальне функціонування психіки і може призвести до тривалих порушень у психічному здоров’ї. Такі події можуть включати фізичні поранення, важкі нещасні випадки, катастрофи, загибель близьких або військові конфлікти. Психічна травма виникає внаслідок сильного стресу, що викликає різке порушення нормальних психічних процесів [2, c. 34-40].

Психологічна травма, на відміну від психічної, не обов’язково пов’язана з фізичною загрозою, але має великий емоційний вплив на особистість. Це може бути подія, що змінює базові переконання та цінності людини, наприклад, втрата близької людини, розлучення, зрада, цькування в школі чи психологічне насильство в родині. Психологічна травма зазвичай не викликає порушень в психічному здоров’ї у класичному розумінні цього терміну, але вона суттєво змінює сприйняття себе та оточення, руйнує відчуття безпеки та стабільності в житті людини.

Важливо зазначити, що результатом пережитої психотравми може стати дистрес, криза чи емоційний стрес. Це явища, що супроводжуються відчуттям виснаження, втрати здатності справлятися з життєвими труднощами або великими емоційними проблемами. Криза може тривати в різні періоди і проявлятися в вигляді тривоги, депресії або панічних атак. Водночас зміни в психічному стані, що виникають при психічній травмі, будуть відрізнятися від змін, що виникають після психологічної травми. Враховуючи ці відмінності, однією з головних ознак психотравми є інтенсивність переживань і глибина емоційного впливу на особистість [8, c. 101-107].

Коли говорять про травмівну подію, мається на увазі інцидент, що відбувається раптово і несе для людини серйозну загрозу. Такі події можуть бути пов’язані з ризиком смерті або серйозного тілесного ушкодження, а також з сексуальним насильством або іншими формами насильства. Крім того, травмівна подія є абсолютно новою інформацією для людини, яку їй потрібно осмислити і вписати в попередній життєвий досвід.

Однією з ключових особливостей травмівних подій є їх руйнівна сила і інтенсивність. Це може бути як фізична загроза для життя людини, так і інші події, які торкаються глибоких аспектів особистості, наприклад, переживання смерті близької людини чи спостереження за насиллям чи стражданням. Такі події стають важкими психічними стресами, після яких людина часто переживає серйозні труднощі в адаптації і часто потребує психологічної допомоги для подолання наслідків травми.

Психологічні дослідження свідчать, що травмівні події не тільки змінюють особистісні переконання, а й можуть спричинити серйозні порушення психічного здоров’я, оскільки вони викликають глибокі емоційні потрясіння. В результаті таких подій людина може відчувати безпорадність, страх і шок, що потребує відповідного психологічного втручання для відновлення емоційної рівноваги та психічної стійкості [15, c. 35-41].

Отже, психотравма є багатогранним і складним феноменом, який включає різні форми переживання стресу та емоційного дискомфорту. Вона може мати як психічні, так і психологічні аспекти, які вимагають уваги і детального вивчення для розробки ефективних методів допомоги постраждалим.

Американська психіатрична асоціація у 2013 році визначила психотравму як «експозицію до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, чи сексуального насильства» через одну або більше таких ситуацій: безпосереднє переживання травмівної події; бути свідком подій, що сталися з іншими; знання того, що травмівна подія сталася з членом сім’ї або близьким другом, якщо це стосувалося смерті або серйозної загрози їхньому життю, і подія була насильницькою або непередбачуваною; переживання багаторазового або надмірного контакту з нестерпними деталями травмівних подій, наприклад, для працівників швидкого реагування, які стикаються з людськими залишками. Експозиція передбачає безпосереднє зіткнення з травмівною подією, що супроводжується відповідними емоційними переживаннями. Психотравма розглядається як не лише стан людини, але й як ситуація чи подія, що її викликає. Як стан, психотравма пов’язана з переживанням невідповідності між загрозливими факторами ситуації та можливостями людини їх подолати. Це супроводжується інтенсивним страхом, відчуттям безпорадності і втрати контролю, а також змінами в когнітивній сфері та у способах регулювання емоцій. Внаслідок цього можуть виникати тривалі фізичні, психічні та особистісні порушення. З фізіологічної точки зору психотравма веде до змін у біохімічному балансі організму, що може проявлятися в таких явищах, як знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження. Зміни також стосуються роботи мозку, зокрема, блокування міжпівкульної синаптичної передачі та змін у функціонуванні нейронів, що впливає на зони мозку, які відповідають за агресивність і цикл сну. На основі цих досліджень вітчизняні та зарубіжні науковці більше зосереджуються на психотравмі як на стані, спричиненому травмівною подією чи ситуацією [23, c. 49-56].

Психотравмівна ситуація або подія є такою, що несе особисто значущий емоційний вплив на психіку людини. Якщо особа стикається з такими ситуаціями без належних захисних механізмів, це може призвести до психічних порушень. Одним з визначень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є стійка реакція організму на травмівну подію. Відповідно до МКХ-10, першим критерієм для діагностики ПТСР є перебування людини в травмівній ситуації, що є надзвичайно загрозливою або катастрофічною і здатна викликати відчуття глибокого розпачу. Психотравма в найширшому розумінні є реакцією людини на різноманітні психотравмівні події, такі як війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки, аварії, фізичне та емоційне насильство, важкі захворювання, втрати, горе, міжособистісні конфлікти тощо.

Психотравма, як ситуація чи подія, може бути визначена як будь-яка важлива подія або ситуація, яка має патогенний емоційний вплив на психіку і може призвести до психічних розладів у випадку, якщо в людини відсутні достатні психологічні захисні механізми [27, c. 55-61].

Відмінність між поняттями «подія» та «ситуація» полягає в тому, що коли ми говоримо про ситуацію, ми акцентуємо увагу на взаємодії особистості та навколишнього середовища. Тут важливі суб’єктивні чинники, зокрема, переживання людиною самої ситуації, її сприйняття та ставлення до неї. У той час як подія, в основному, акцентує увагу на зовнішніх чинниках і є більш об’єктивним поняттям. Подія описує те, що вже сталося або відбулося, явище або факт, який може мати значення як для особистого, так і для суспільного життя. Це може бути окреме значуще явище або набір подій, які, зазвичай, виходять за межі звичного ходу життя. Подія часто буває непередбачуваною чи несподіваною і здатна порушити звичний ритм існування людини. Наприклад, це може бути аварія, раптова втрата близької людини, одиничний епізод насильства чи інші події, які є значними і порушують звичний уклад життя. Такі події, як правило, називають монотравмами, оскільки вони являють собою одну травмівну подію. Водночас, якщо людина переживає кілька травмівних подій одночасно або в короткий проміжок часу, це вже називається мультитравмою. Наприклад, це може бути випадок із зони воєнного конфлікту, де одна людина одночасно зазнає травм від вибуху, отримуючи поранення і втрачаючи близьку людину. Мультитравма може бути схожа на політравму, що є медичним терміном для множинних, поєднаних або комбінованих травм. Політравми, як правило, є дуже важкими, і вони часто призводять до серйозних порушень життєво важливих функцій організму, що робить лікування складним і збільшує ризик інвалідності та смерті. Вони можуть бути наслідком різних травмувальних чинників, які не обов’язково виникають одночасно, але їх поєднання ускладнює процес діагностики та лікування [31, c. 29-35].

Серед важливих характеристик політравм можна виділити синдром взаємного обтяження, коли реакція на множинні травми часто є більш складною, прогноз погіршується, а сам процес лікування ускладнюється. Такі травми призводять до розвитку супутніх розладів та ускладнень, а також до нечіткої симптоматики, що ускладнює діагностику.

Тому наслідки від політравми чи мультитравми завжди будуть важчими, ніж від монотравми, оскільки кілька травмівних подій, що виникають одночасно або в короткий період, несуть більший вплив на психіку та фізіологічний стан людини. Окрім того, існує поняття «повторювана травма», яке описує ситуацію, коли людина постійно зазнає психологічного або фізичного насильства, наприклад, в умовах домашнього насильства, війни або зради. У таких випадках травмівні події повторюються, створюючи стійку травмівну ситуацію. В роботі з наслідками повторюваної травми особливу увагу звертають на найбільш інтенсивні або значущі події, які мають найбільший емоційний чи фізичний вплив на людину. У випадку політравмівної ситуації травмівні події різні, і кожна з них потребує окремої уваги та роботи з нею [37, c. 88-95].

Життєву ситуацію особистості можна описати як сукупність різних обставин, які прямо чи опосередковано впливають на поведінку людини, її психологічний стан і внутрішній світ, визначаючи її розвиток і напрямок життєвого шляху. Це своєрідний комплекс факторів, що включають професійну підготовленість, внутрішню готовність і психічне здоров’я людини, а також ті завдання та проблеми, які постають перед нею в різноманітних умовах, таких як природно-кліматичні, соціально-політичні, групові або тимчасові обставини. Важливими елементами цієї ситуації є проблеми, з якими стикається людина, завдання, які їй необхідно вирішити, і її загальна підготовленість, яка визначається як особистісними рисами, так і наявністю професійних знань і навичок [41, c. 60-67].

Важливу роль у формуванні життєвої ситуації відіграють також зовнішні умови, такі як природне середовище, клімат, побутові умови і соціальна підтримка з боку оточуючих. Крім того, психічне здоров’я особистості може мати різний рівень – від оптимального до низького або навіть аномального, що вказує на психічні порушення чи захворювання. Переживання конкретної ситуації залежать від багатьох факторів, зокрема від особистісних характеристик людини, таких як здатність адаптуватися до нових обставин. Ця здатність обумовлена не лише професійною підготовленістю та досвідом вирішення складних ситуацій, але й стресостійкістю та психологічною пружністю, що дозволяє людині ефективно справлятися з труднощами.

Проблеми з адаптацією можуть проявлятися в різних формах, таких як агресивність, підвищена дратівливість, тривожність, апатія або відчуженість, а також зловживання психоактивними речовинами, що дозволяє людині тимчасово знімати емоційне напруження. Особистісні характеристики людини, що визначають її реакцію на стресові ситуації, значною мірою залежать від її минулого досвіду [43, c. 45-51].

Якщо в минулому людина переживала психічні розлади або схильність до них, мала проблеми зі здоров’ям або зловживала психоактивними речовинами, це може впливати на її здатність адекватно реагувати на стресові ситуації. Досвід або відсутність досвіду перебування в екстремальних обставинах, а також здатність вирішувати проблеми, пов’язані з таким досвідом, також відіграють важливу роль. Недостатня підготовленість до вирішення кризових ситуацій, недолік необхідних знань, навичок і умінь, а також наявність численних психічних травм у минулому можуть призвести до погіршення психологічного стану. Особливо важливими є травми, пережиті на ранніх етапах розвитку, зокрема в дитинстві, оскільки вони можуть мати довготривалі наслідки на психічне здоров’я людини.

Існують чотири основні типи життєвих ситуацій, які класифікуються за рівнем суб’єктивної складності та впливу на психічне здоров’я людини.

Першим типом є комфортні ситуації, які характеризуються мінімальними енергетичними витратами. Вони зазвичай виникають тоді, коли актуальні потреби людини задоволені, і вона має можливість відновитися від втоми чи виснаження. У таких ситуаціях людина не відчуває особливого стресу, а навпаки, відчуває себе в безпеці і комфорту [47, c. 82-89].

Другий тип ситуацій – це проблемні або повсякденно-життєві ситуації, які потребують певної активності та зусиль для вирішення виникаючих завдань. Вони є стресовими, адже для їх подолання людина повинна мобілізувати як психічні, так і фізичні ресурси. Результат вирішення таких ситуацій залежить від багатьох факторів, зокрема від особистісних характеристик і соціальної підтримки. Якщо ситуація вирішується успішно, це може привести до поліпшення психічного здоров’я та особистісного зростання, але в разі невдачі чи недостатньої адаптації до умов, можуть виникнути стрес, розчарування та виснаження.

Третій тип – важкі або екстремальні ситуації, які зазвичай пов’язані з великими енергетичними витратами. Вони можуть бути спричинені різноманітними факторами, такими як небезпека, несподіванка, невизначеність, новизна або складність завдань. В таких ситуаціях людина стикається з великим навантаженням, яке вимагає значних інтелектуальних та фізичних зусиль.

Важкі ситуації також можуть бути пов’язані з негативним впливом соціального оточення або несприятливими зовнішніми умовами, що додатково посилює стрес і викликає психологічне травмування. Проте люди, які мають хорошу професійну підготовку і здатні адаптуватися до таких ситуацій, можуть зберігати свою психічну рівновагу і, навіть, покращувати своє психічне здоров’я. У випадку екстремальних ситуацій, виникає кілька типів стресів, фрустрацій, конфліктів і криз, кожен з яких має свою специфіку. Стрес є неспецифічною реакцією на певну ситуацію, яка викликає емоційне напруження, і вимагає від людини певної адаптації. Фрустрація – це стан, що виникає, коли перешкоди заважають досягти бажаних цілей, і можуть бути спричинені різноманітними факторами, як зовнішніми, так і внутрішніми. Конфлікти виникають у процесі соціальної взаємодії, коли учасники не можуть знайти спільної мови і протистоять один одному. Криза, в свою чергу, є критичним моментом, коли людина стикається з надзвичайною загрозою або важкою ситуацією, яка ставить під питання її життєві цінності і призводить до відчуття втрати сенсу в житті [1, c. 23-29].

Кризи можуть виникати в результаті стресу або конфлікту, а також у зв’язку з нездатністю адаптуватися до обставин або розв’язати життєві труднощі. У випадку кризових ситуацій часто спостерігається виснаження психічних і фізичних ресурсів, що може призвести до порушень адаптації та зниження психічного здоров’я. Однак кризи можуть бути як серйозними потрясіннями, які можна подолати, так і важкими моментами, які призводять до повної зміни життєвих прагнень і цілей людини.

Травмівна подія, що відбувається на фоні стресу, фрустрації, конфлікту чи кризи, з більшою ймовірністю призведе до розвитку посттравматичних стресових розладів та інших психічних порушень. Четвертий тип ситуацій – це гіперекстремальні, що характеризуються надмірними навантаженнями, які значно перевищують можливості людини до адаптації та компенсації. Такі ситуації зазвичай мають деструктивний характер і призводять до тяжких порушень психічного здоров’я. Гіперекстремальні ситуації є вкрай травмівними для кожної людини, яка їх переживає, оскільки їх вплив може бути руйнівним і без можливості відновлення [4, c. 54-61].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним захворюванням, яке розвивається внаслідок переживання або свідчення травматичних подій, таких як бойові дії, природні катастрофи, насильство, зґвалтування, серйозні аварії та інші події, що викликають сильний стрес. Це захворювання може вражати людей різного віку і соціального статусу, незалежно від їхнього життєвого досвіду. ПТСР не лише впливає на психоемоційний стан особи, а й може призвести до значних змін у фізичному здоров’ї, поведінці, міжособистісних стосунках і загальній якості життя. Коли людина стикається з травматичним досвідом, її психіка може реагувати на нього різними способами, включаючи запам’ятовування та переживання події, емоційну відчуженість, тривогу та депресію.

На сьогоднішній день ПТСР розглядається не лише як індивідуальна проблема, а й як соціально важлива тема, що потребує всебічного вивчення та уваги з боку фахівців у галузі медицини, психології, соціології та права. Причини, симптоми та лікування посттравматичного стресового розладу є предметом численних наукових досліджень, які прагнуть зрозуміти механізми виникнення цього розладу, а також ефективні способи його подолання. Важливо зазначити, що ПТСР може проявлятися не лише відразу після травми, а й через місяці або навіть роки після події, що ускладнює процес діагностики та лікування [7, c. 88-92].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це серйозний психічний стан, який виникає у людей після переживання або свідчення травматичної події. Такі події можуть включати військові бойові дії, сексуальне насильство, серйозні нещасні випадки, природні катастрофи, теракти, насильство чи втрату близьких. У дослідженнях було виявлено, що ПТСР може проявлятися не тільки у людей, які безпосередньо зазнали травму, але й у тих, хто був свідком таких подій або дізнався про них від близьких.

Симптоми ПТСР можуть включати повторювані спогади про травматичну подію, кошмари, емоційне відчуження, уникнення ситуацій або місць, що нагадують про травму, підвищену тривожність і дратівливість. Це може негативно впливати на повсякденне життя, роботу, стосунки з близькими та соціальну адаптацію. Люди, які страждають від ПТСР, часто відчувають труднощі з концентрацією уваги, можуть бути схильні до депресії, агресії, а також можуть мати проблеми з алкоголем або наркотиками, намагаючись заглушити свої емоції або уникнути спогадів про травму [12, c. 90-96].

Дослідження показують, що ризик розвитку ПТСР залежить від ряду факторів, включаючи індивідуальні особливості особистості, наявність попереднього досвіду травми, рівень підтримки від оточення, а також генетичні та біологічні фактори. Наприклад, деякі люди можуть бути більш вразливими до розвитку ПТСР через свою чутливість або наявність в сімейному анамнезі психічних розладів [2, c. 192].

Важливим аспектом вивчення ПТСР є те, що це не тільки проблема окремої особи, але й соціальна проблема, яка потребує комплексного підходу. Зважаючи на те, що ПТСР може впливати на великі групи населення, зокрема військових, рятувальників, жертв насильства, важливо не лише виявляти та лікувати випадки, але й розробляти програми підтримки, які допоможуть людям адаптуватися до життя після травматичного досвіду.

На сьогоднішній день існує безліч методів лікування ПТСР, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, EMDR (десенсибілізацію та переробку травматичних спогадів), медикаментозну терапію, групову терапію та різноманітні техніки релаксації. Кожен із цих методів має свої переваги і недоліки, і вибір оптимального лікування залежить від індивідуальних потреб пацієнта [14, c. 64-71].

Дослідження в цій галузі продовжуються, оскільки науковці прагнуть знайти нові та ефективні способи допомоги людям, які страждають від ПТСР. Важливими напрямками є вивчення нейробіологічних аспектів розладу, дослідження впливу культурних факторів на сприйняття та лікування ПТСР, а також розробка превентивних програм для тих, хто може опинитися в ситуаціях, що загрожують травмою.

Загалом, посттравматичний стресовий розлад є складним і багатогранним явищем, яке потребує глибокого розуміння та належного підходу до лікування та підтримки. Тільки комплексний підхід, що враховує не лише індивідуальні особливості, а й соціальні та культурні контексти, зможе забезпечити ефективну допомогу людям, які пережили травматичні події [4].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це серйозний психічний стан, що може виникнути у наслідок переживання чи свідчення травматичних подій, які можуть завдати шкоди психічному здоров’ю. До таких подій належать аварії, важкі травми, військові дії, катастрофи, сексуальне насильство, свідчення або участь у смерті інших людей, стихійні лиха, терористичні акти, а також загроза власного життя.

ПТСР не є наслідком психічної нестабільності або хвороби; цей розлад може розвинутися навіть у психічно здорових і впевнених у собі осіб. Це стосується нормальної реакції організму на загрозливі ситуації, коли мозок намагається адаптуватися до стресу. Неврологічні дослідження показали, що пацієнти з ПТСР здатні ігнорувати фізичний біль, оскільки їх психіка сфокусована на внутрішніх переживаннях. Дослідження симптомів травматичного стресу ведуться вже з давніх часів: свідчення про такі симптоми можна знайти навіть у стародавніх греків [21, c. 76-83].

Термін “посттравматичний стресовий розлад” (ПТСР) став поширеним у 1970-х роках, зокрема завдяки випадкам американських ветеранів війни у В’єтнамі. Офіційно його визнали як діагноз у 1980 році в третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III) [25, c. 102-108].

ПТСР зазвичай проявляється через відкладену реакцію на стресову подію, і симптоми можуть з’явитися через чотири тижні після пережитої травми. ПТСР характеризується чотирма основними групами симптомів: уникнення ситуацій, що нагадують про травму; підвищене збудження, яке проявляється у проблемах зі сном, ризиковій поведінці, почутті нездоланності; перепроживання травматичних моментів через повторювані спогади або кошмари; а також емоційні порушення, такі як почуття відокремленості від інших [3, c. 112].

Симптоми ПТСР можуть з часом посилюватися, що негативно впливає на повсякденне життя людини, заважаючи їй здійснювати нормальну діяльність. ПТСР діагностують, коли симптоми заважають прийнятній соціальній діяльності, тривають більше місяця, і проявляються у вигляді частих спогадів про травму, підвищеної чутливості до стресових ситуацій, а також труднощів у пам’яті, які можуть включати амнезію важливих моментів травматичної події [5, c. 213].

Важливо зазначити, що наявність симптомів ПТСР може ускладнювати диференційну діагностику, оскільки вони можуть перекриватися з проявами інших психічних розладів, таких як депресія чи інші види неврозу. Наприклад, німецький невролог Герман Оппенгейм вперше застосував термін “травматичний невроз” для опису симптомів, які виникають у жертв нещасних випадків.

Термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) історично отримав своє поширення у військовій психіатрії після двох світових воєн, коли медики почали систематично вивчати психічний стан, відомий як «окопний шок». Першу світову війну можна вважати переломним моментом у розумінні впливу війни на психіку солдатів. З усім жахом, який супроводжував бойові дії, стало очевидно, що стресові фактори можуть викликати серйозні психологічні розлади у військовослужбовців. Психіатри та психологи почали активно досліджувати симптоми, які проявлялися у військових після повернення з фронту, такі як безсоння, тривожність, панічні атаки, дратівливість та навіть фізичні симптоми, які не мали органічного підґрунтя. Цей період був свідком зародження нових підходів у лікуванні військових, які зазнали травм під час бойових дій, що привело до розвитку спеціалізованих програм реабілітації [29, c. 47-53].

Зокрема, під час Першої світової війни медики та військові психологи звернули увагу на значний відсоток солдатів, які не могли адаптуватися до цивільного життя після служби. Цей феномен сприяв усвідомленню того, що психологічні травми потребують особливого підходу і лікування, окремо від фізичних поранень. Психіатри, такі як Вільям Мейєрс, який першим описав «окопний шок», і багато інших, почали наполягати на необхідності створення лікувальних програм, які б враховували специфіку психічних травм, викликаних військовими діями.

У контексті літератури та мистецтва, ПТСР також отримав відображення, що дозволяє глибше зрозуміти внутрішній світ постраждалих. Одним з найяскравіших прикладів є повість українського письменника Осипа Турянського «Поза межами болю», написана в 1917 році. У цій роботі автор описує свої особисті переживання, викликані участю у Першій світовій війні, і звертає увагу на страждання солдатів, які пережили жахи війни, але не змогли знайти місце у мирному житті. Турянський змальовує емоційні та психологічні труднощі, з якими стикаються ветерани, і викриває соціальне нерозуміння їхніх проблем. Його твір став важливим культурним документом, що відображає складнощі повоєнного часу та психологічні травми, які залишаються актуальними і в наш час [31, c. 29-35].

У медичній практиці посттравматичний стрес може проявлятися в кількох формах, що важливо враховувати при його діагностиці та лікуванні. Гостра стресова реакція є найпершою формою, яка виникає відразу після травматичної події. Вона може включати емоційні реакції, такі як шок, страх, тривога та навіть агресія, які з’являються відразу після переживання травми. Ця реакція може тривати від кількох годин до кількох днів, після чого багато людей зазвичай повертаються до нормального функціонування.

Наступною стадією є гострий стресовий розлад, що триває від двох днів до одного місяця після травматичної події. При цьому розладі можуть виникати схожі на ПТСР симптоми, такі як спогади про травматичні події, емоційне відчуження, дратівливість, проблеми зі сном і концентрацією уваги. Важливою особливістю гострого стресового розладу є те, що багато людей можуть відновитися самостійно, не потребуючи професійної допомоги [34, c. 51-58].

На відміну від цього, ПТСР може розвиватися, якщо симптоми тривають більше місяця після травматичної події. ПТСР характеризується постійним повторенням спогадів про травму, що може призвести до серйозних порушень у житті людини. Важливо зазначити, що ПТСР може проявлятися не тільки у військовослужбовців, але і у цивільних осіб, які зазнали психологічних травм, наприклад, внаслідок насильства, катастроф або аварій. Це підкреслює важливість вивчення ПТСР не тільки з військової, а й з соціальної та психологічної перспективи [38,c. 12-18].

Сучасні методи лікування ПТСР включають психотерапію, медикаментозне лікування та групову терапію, а також різні техніки релаксації. Оскільки дослідження в цій галузі продовжуються, науковці прагнуть знайти нові способи лікування та підтримки людей, які зазнали травматичних переживань. ПТСР є важливою соціальною проблемою, що потребує комплексного підходу до лікування та реабілітації пацієнтів.

## **1.2. Історичний аспект розвитку методів подолання наслідків психотравми**

Історія розвитку методів подолання наслідків психотравми пройшла через кілька етапів, що були зумовлені соціальними, культурними та науковими змінами в різні періоди. Починаючи з найдавніших часів, коли психічні травми часто трактувалися через призму релігії та містики, до сучасних наукових підходів, які ґрунтуються на дослідженнях в галузі психіатрії, психології та нейронаук, методи допомоги постраждалим від психічних травм зазнали значних змін.

У стародавні часи, психічні травми часто не розглядали як окрему категорію. Зазвичай ці стани трактувалися як результат злих духів, божественного покарання або духовного забруднення. Лікування зводилося до ритуалів очищення, молитви, використання амулетів і обрядів, що мали на меті вигнати «нечисті» сили з організму людини. Відомо, що в таких суспільствах як у Давньому Єгипті, Месопотамії чи Греції, лікування психічних травм часто було тісно пов’язано з віруваннями у надприродне. Вибір між тими чи іншими методами залежав від культури і релігійних традицій того часу. Лікувальні стратегії включали шаманізм, магічні практики, молитви та використання трав або інших природних засобів для відновлення психічного стану [40, c. 43-50].

У середньовіччі ставлення до психічних захворювань було глибоко вкорінене в релігійних та культурних традиціях того часу, де наука та релігія перепліталися. Психічні розлади часто розглядалися як прояви божественного покарання або впливу злих духів. Вважалося, що люди, які страждали від психічних порушень, або були покарані за свої гріхи, або знаходились під впливом демонічних сил. Цей погляд на психічне здоров’я значною мірою визначав, як суспільство ставилося до таких осіб і як проводилось їхнє лікування.

Медицина середньовіччя не мала достатньо знань про психологічні або фізіологічні причини психічних захворювань, тому основною причиною їх виникнення вважали моральні чи духовні фактори. Однією з основних причин психічних розладів вважалася надмірна пристрасть до гріха, відступництво від християнських норм або навіть співпраця з дияволом. В цьому контексті психічні захворювання трактувалися як форма божественного покарання або наслідок впливу темних сил. Це пояснювалося через релігійні канони, де психічна хвороба була ознакою втрати духовної чистоти або спокуси дияволом. У цей період поширене було уявлення, що людина, яка втратила здоров’я розуму, не могла контролювати свої дії, і тому її вважали потенційно небезпечною для суспільства [42, c. 78-84].

Тому лікування психічних розладів у середньовіччі не мало нічого спільного з сучасними психотерапевтичними підходами. Замість того, щоб шукати медичні чи психологічні причини, застосовувалися жорстокі методи, спрямовані на “очищення” людини від її хворобливих, згідно з віруваннями того часу, впливів. Одним з основних методів було вигнання бісів, яке проводилося через релігійні обряди. Священники і ченці проводили ритуали екзорцизму, під час яких людина, яка вважалася одержимою, піддавалася фізичному і психологічному тиску, спрямованому на вигнання злих духів. Такі процедури, як правило, супроводжувалися фізичним насильством, такими як побиття, обливання холодною водою, а інколи навіть застосуванням тілесних покарань, що мали на меті “виправити” або “вигнати” демона, який, на думку віруючих, керував психічним станом людини [50, c. 47-53].

Тортури і катування були звичайними методами, застосовуваними до людей, яких вважали одержимими або винними в психічних порушеннях. Це могли бути вогняні тортури, удари або інші види жорстоких покарань, які мали на меті “очистити” душу людини від злих сил. Особливо жорстокими були методи, які застосовувалися до жінок, яких звинувачували у відьомстві або в занятті магією. Вони піддавалися “суду інквізиції”, де застосовувалися тортури, щоб змусити їх зізнатися у своїх гріхах і визнати співпрацю з дияволом. Ці методи були нелюдськими і часто закінчувалися смертними вироками для тих, хто не зміг “відмовитись” від своїх переконань, що, на думку інквізиторів, підтверджували їхню вину.

Крім того, існували й інші методи лікування психічних розладів, які базувалися на загальних уявленнях про медицину того часу. Наприклад, хворим на психічні захворювання інколи призначалися певні дієти, кровопускання або застосування лікарських засобів, які могли бути як малоефективними, так і шкідливими. Враховуючи, що медицина середньовіччя була ще в зародковому стані і не мала необхідних знань про анатомію або психічні процеси, такі методи, як правило, не приносили полегшення хворим, а іноді навіть погіршували їхній стан [32, c. 39-45.]

Особливо яскраво ці темні сторінки історії медицини відображаються в практиці відношення до людей, які страждали від психічних захворювань, на основі суспільних стереотипів і релігійних переконань. У середньовіччя не існувало жодної реальної соціальної підтримки чи розуміння психічних порушень, а тому хворі часто ставали ізольованими і покинутими, що ще більше погіршувало їхнє становище.

Тільки в кінці середньовіччя, з початком Ренесансу, почали зароджуватися перші спроби науково підійти до розуміння психічних захворювань, хоча й залишалося багато старих уявлень і методів лікування. Тим не менше, цей період в історії медицини залишив після себе глибокий відбиток у ставленні до людей з психічними порушеннями, і лише згодом, з розвитком сучасної психології і психіатрії, почали формуватися більш гуманні та ефективні підходи до лікування психічних травм і захворювань.

Протягом 17-18 століть зростала роль ранньої медичної науки, але психічні захворювання все ще розглядалися як наслідки божої волі або моральної деградації. В цей період виникають перші спроби систематизувати психічні розлади, що дозволило розробити певні методи допомоги. У цей час починають з’являтися перші медичні установи, що спеціалізуються на лікуванні психічних розладів, але методи залишалися вкрай примітивними та болісними. Лікування часто включало застосування лякаючих чи болісних процедур, таких як кровопускання або ізоляція хворих [27, c. 55-61].

В середині 19 століття, коли психіатрія почала розвиватися як наука, з’являються нові підходи до лікування психічних травм. Одним з таких нововведень став психоаналіз, розроблений Зигмундом Фрейдом. Це стало першим серйозним кроком до розуміння психічних травм як наслідків внутрішніх психологічних конфліктів, а не просто наслідками зовнішніх чи біологічних факторів. Фрейд підкреслював значення дитячих переживань, сексуальної репресії та підсвідомих механізмів, що впливають на психіку. Він розробив методи лікування, як-от вільне асоціювання та аналіз сновидінь, щоб допомогти пацієнтам розкрити підсвідомі конфлікти і травми.

У 20 столітті психотерапія продовжує розвиватися і з’являються нові методи лікування психотравм, що орієнтуються на психологічні аспекти людини. Крім психоаналізу, з’являються гуманістичні напрямки, такі як терапія Карла Роджерса, що наголошує на важливості безумовного позитивного ставлення до людини, створенні безпечного простору для її самовираження та емоційного зцілення. Серед важливих досягнень цього часу – також розвиток когнітивно-поведінкової терапії, яка стала дуже популярною в лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних травм [20, c. 91-97].

Одним із найважливіших досягнень другої половини 20 століття стала розробка методів, які зосереджуються на травмі як результаті зовнішніх, іноді травматичних подій, таких як війна, насильство, природні катастрофи. Зокрема, методи роботи з ПТСР набули великого поширення після Другої світової війни, коли військові повернулися додому з серйозними психологічними травмами, які потребували комплексного підходу. Психотерапевти почали використовувати техніки, які включали зниження емоційного напруження та зміни у когнітивних патернах.

В останні десятиліття розвитку психотерапії акцент робиться на інтегративних методах, що об’єднують різні психологічні школи для комплексного лікування психічних травм. Одним із таких підходів є методи, що поєднують когнітивно-поведінкову терапію з психодинамічними підходами, спрямовані на зменшення стресу та емоційного напруження через зміну переконань та поведінки. Паралельно з цим розвиваються нейробіологічні підходи, зокрема використання медикаментозних засобів для зниження симптомів ПТСР і депресії, що з’явилися як частина лікувального процесу для людей, які пережили серйозні травми [16, c. 83-89].

На сьогоднішній день методи подолання наслідків психотравми включають широкий спектр психологічних і медичних інтервенцій, включаючи як індивідуальну, так і групову терапію, психологічну реабілітацію, а також фармакотерапію. Ці методи мають на меті не тільки зменшити симптоми, а й сприяти відновленню психічного здоров’я людини та її адаптації до нормального життя після травмуючих подій.

## 1.3. Сучасні методи та підходи подолання наслідків психотравми

Сучасні методи та підходи до подолання наслідків психотравми ґрунтуються на науково обґрунтованих психологічних і психотерапевтичних підходах, що спрямовані на допомогу людині в адаптації до травмуючих подій і відновленні психічного здоров’я. Один із найважливіших аспектів сучасного підходу — це усвідомлення того, що психічні травми можуть мати довгостроковий вплив на особистість, тому важливо не лише полегшити симптоми, а й допомогти людині інтегрувати цей досвід в її життя, сприяючи особистісному зростанню і розвитку. Лікування травм зводиться не тільки до зняття симптомів, але й до надання підтримки у процесі переживання і осмислення травмуючого досвіду. Одним з найбільш відомих і поширених методів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка ефективно працює з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривожними розладами та депресією, пов’язаними з психотравмами. КПТ зосереджується на зміні негативних думок, переконань і поведінкових моделей, що формуються в результаті травмуючого досвіду, і допомагає людині по-новому дивитися на ситуацію та її вплив на емоційний стан. За допомогою КПТ пацієнт навчається змінювати спосіб мислення, знижувати рівень тривоги і страху та поступово відновлювати контроль над власними емоціями і реакціями [13, c. 22-28].

Іншим важливим напрямком є терапія, орієнтована на глибоке розуміння і прийняття травмуючого досвіду. До таких методів відноситься психодинамічна терапія, яка допомагає людині усвідомити несвідомі процеси та внутрішні конфлікти, які могли виникнути в результаті травматичних подій. Психодинамічний підхід дозволяє глибше розуміти вплив минулих травм на нинішні емоції і поведінку, а також відкриває можливість для переробки цих досвідів через безпечний і підтримуючий терапевтичний процес. Це дозволяє пацієнтові відновити внутрішню цілісність і знайти нові ресурси для адаптації до життя після травми.

Підхід до лікування травм також включає роботу з тілом, оскільки травмуючі події можуть призвести до порушень не тільки в психічному, а й у фізичному стані людини. Психосоматичні розлади, які можуть виникати внаслідок травм, вимагають комплексного підходу, який включає не тільки психологічну допомогу, а й фізіотерапевтичні методи. Серед таких методів особливо ефективною є тілесно-орієнтована терапія, яка зосереджена на відновленні здоров’я через усвідомлення і корекцію тілесних відчуттів. Цей підхід дозволяє пацієнтам відчути своє тіло, зв’язок між емоціями та фізичними відчуттями і звільнятися від емоційних блоків, що утримуються в тілі [10, c. 45-52].

Емпіричні дослідження також підтверджують високу ефективність методу експозиційної терапії при лікуванні посттравматичного стресу. Цей метод полягає у безпосередньому поверненні до травмуючого досвіду в умовах контролю і підтримки терапевта, що дозволяє пацієнту поступово позбуватися страху і тривоги, які були пов’язані з конкретними спогадами чи ситуаціями. Експозиція може бути як візуальною, так і в реальному житті, і її мета — допомогти пацієнту відновити контроль над своїми емоціями та знизити чутливість до травмуючого досвіду.

Наряду з цими методами, все більш популярними стають підходи, які акцентують увагу на силі особистих ресурсів і підтримки соціального оточення. Психотерапія, орієнтована на зміцнення соціальних зв’язків, працює з відновленням соціальної підтримки і відносин, що можуть бути порушені внаслідок пережитої травми. Терапевти допомагають пацієнту відновити або побудувати нові підтримуючі зв’язки, що є важливим компонентом процесу відновлення. Крім того, методи, які включають навчання технікам самодопомоги, медитації та майндфулнес, допомагають зменшити рівень стресу і підтримувати психічне здоров’я в процесі реабілітації. Ці практики орієнтовані на розвиток здатності бути уважним до своїх внутрішніх переживань і знаходити способи саморегуляції в моменти стресу чи тривоги [6, c. 76-82].

Враховуючи те, що психічна травма може мати довгострокові наслідки для здоров’я людини, сучасний підхід до її подолання також передбачає підтримку та реабілітацію на різних етапах. Кілька сеансів терапії можуть бути недостатніми для повного відновлення після серйозних травм, тому важливою частиною сучасного підходу є довгострокова підтримка, яка може включати групову терапію, участь у групах взаємопідтримки або участь у спеціалізованих реабілітаційних програмах. Відновлення може включати роботу з усвідомленням і переробкою травмуючого досвіду, зменшенням симптомів стресу, депресії та тривоги, а також підтримкою в адаптації до життя після травми, що є ключовим фактором у збереженні психічного здоров’я в майбутньому.

Сучасні методи також акцентують увагу на індивідуальному підході до кожного пацієнта, враховуючи його особисті потреби та ресурси. Всі ці підходи разом сприяють зменшенню негативних наслідків психотравми, допомагаючи людині не лише подолати травму, а й зміцнити свою психічну стійкість, знайти нові способи адаптації та відновлення, а також покращити якість життя.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ

## 2.1. Вибірка та методологія дослідження

Перша методика, яку ми використали, – це тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера-Ханіна (ШРОТ). Даний опитувальник є важливим інструментом для оцінки рівня тривожності у пацієнтів, що пережили психотравми. Тривожність є одним із основних наслідків психічних травм, вона може суттєво впливати на емоційний стан, поведінку та загальний психоемоційний фон посттравматичних розладів. Саме тому ця методика була обрана для нашого дослідження, оскільки дозволяє не лише виявити рівень тривожності, але й зрозуміти його зв’язок з травматичними переживаннями пацієнта.

ШРОТ дає змогу оцінити два аспекти тривожності: реактивну тривожність, яка характеризує поточний психоемоційний стан пацієнта в момент тестування, та особистісну тривожність, яка є більш стабільною рисою особистості і визначає загальну схильність до тривожних переживань у різних ситуаціях. Реактивна тривожність, в контексті психотравми, може свідчити про загострення емоційної напруги у відповідь на специфічні стресові події, які нагадують травматичний досвід. Високий рівень особистісної тривожності вказує на більшу уразливість пацієнта до розвитку посттравматичних симптомів, таких як панічні атаки, нав’язливі думки або загострення емоційної нестабільності [1, c. 23-29].

Результати тесту дозволяють не лише оцінити рівень тривожності у пацієнтів, але й визначити, наскільки цей рівень корелює з їхнім психоемоційним станом після пережитої травми. Високий рівень тривожності, особливо в поєднанні з емоційною нестабільністю, може свідчити про серйозні посттравматичні наслідки, які потребують спеціалізованого втручання. Порівняння результатів тесту до і після психологічного лікування дає змогу оцінити ефективність терапевтичного процесу, зокрема, в контексті зменшення тривожності та покращення здатності пацієнта адаптуватися до життєвих ситуацій.

Таким чином, методика Спілбергера-Ханіна стала важливим інструментом для дослідження емоційного стану пацієнтів, які пережили психотравму. Вона дозволяє не лише оцінити рівень тривожності, але й формулювати стратегії психологічного втручання, спрямовані на зниження тривожності та покращення психоемоційного здоров’я постраждалих від психотравм.

Другою методикою, використаною в дослідженні, була «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale - Revised, IES-R). Цей інструмент застосовувався для оцінки суб’єктивного дистресу пацієнтів, пов’язаного з травматичними подіями, що могли бути тригерами розвитку або загострення посттравматичних симптомів. Хоча шкала не є діагностичним інструментом для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вона дозволяє виміряти рівень суб’єктивної реакції на пережиту травматичну ситуацію, що є особливо важливим в контексті дослідження емоційного стану пацієнтів, які пережили психотравми.

Методика включає оцінку частоти прояву різних симптомів протягом останніх семи днів. Пацієнти відповідають на запитання, які відображають такі аспекти, як нав’язливі спогади, уникання, фізіологічна гіперзбудливість, дратівливість, складнощі зі сном, зниження концентрації уваги та емоційна заціпенілість. Вибір відповіді здійснюється на шкалі, що варіюється від «ніколи» до «весь час», що дозволяє точно визначити рівень вираженості симптомів. Наприклад, питання стосуються нав’язливих думок, які викликають повторне переживання події, фізичних реакцій, пов’язаних із цими спогадами, труднощів із засинанням, уникання нагадувань про подію тощо.

Дані, отримані за допомогою цієї методики, допомогли виявити глибину психологічного впливу травматичного досвіду на пацієнтів. У випадку посттравматичних симптомів, травматичний досвід може значно посилювати емоційний дистрес, викликати тривогу, депресію, а також призводити до поведінкових розладів, таких як уникання або фізіологічні реакції стресу. Використання цього інструменту дозволило визначити, які саме події впливають на пацієнтів, наскільки ці переживання посилюють дистрес і на якому етапі процесу відновлення знаходиться пацієнт.

Результати тестування дозволили не лише краще зрозуміти природу емоційних і поведінкових реакцій пацієнтів, але й стали основою для розробки персоналізованих психотерапевтичних підходів. Виявлення факторів, які посилюють посттравматичні симптоми, дало можливість направити терапевтичну роботу на зниження рівня дистресу, навчання пацієнтів стратегіям подолання наслідків травматичного досвіду та зміцнення емоційної стійкості. Шкала IES-R виступила ефективним інструментом для первинної діагностики та моніторингу динаміки змін у процесі терапевтичного втручання, допомагаючи коригувати стратегії лікування для досягнення найкращих результатів у подоланні наслідків психотравм [35, c. 76-82].

Третьою методикою, що була застосована в дослідженні, є Коротка шкала тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей інструмент дозволяє оперативно оцінити ключові симптоми, пов’язані з психологічними станами, що виникають після переживання критичних інцидентів або психотравмуючих подій. Методика орієнтована на швидке виявлення рівня тривоги, депресії та симптомів ПТСР, що є особливо актуальним у роботі з пацієнтами, які пережили психотравму, оскільки ці стани можуть ускладнювати процес відновлення та психологічного лікування.

Методика передбачає просту форму заповнення, де пацієнти відповідають «так» або «ні» на серію запитань, пов’язаних із їхнім емоційним і фізичним станом з моменту пережитої психотравмуючої події. Питання охоплюють різні аспекти психологічного стану, зокрема нездатність розслабитися, напруженість, роздратування, поганий настрій, нав’язливі спогади, неуважність, погану концентрацію уваги, сильний смуток, втому, потрясіння, паніку, уникання нагадувань про травму, труднощі зі сном, а також зниження інтересу до життя і звичної діяльності.

Ця методика є цінною в контексті нашого дослідження, оскільки вона дозволяє виявити взаємозв’язок між психологічними наслідками травматичних подій і емоційним станом пацієнтів, які пережили психотравми. Наприклад, високий рівень тривоги чи депресії, виявлений за допомогою шкали, може вказувати на необхідність додаткової роботи над зниженням загального рівня емоційного дистресу, що сприятиме зменшенню психологічних проблем та симптомів, пов’язаних із пережитим травматичним досвідом [41, c. 60-67].

Методика також допомагає ідентифікувати фактори, які посилюють симптоми або перешкоджають прогресу в терапії. Виявлення таких проявів, як прагнення уникати травматичних нагадувань, неуважність чи загальне виснаження, дає змогу цілеспрямовано адаптувати психотерапевтичні стратегії. Крім того, шкала ефективна для моніторингу змін у стані пацієнтів протягом усього терапевтичного процесу, забезпечуючи динамічну оцінку емоційного та функціонального стану.

Таким чином, Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР виступає інструментом, який дозволяє комплексно підходити до аналізу психологічного стану пацієнтів, враховуючи багатогранність емоційних і когнітивних аспектів, які впливають на процес відновлення після пережитих психотравм.

Останньою методикою, застосованою в дослідженні, є Шкала самооцінки PCL-С (цивільна версія). Цей інструмент використовується для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на основі самооцінки пацієнта. Шкала адаптована для цивільного населення і спрямована на виявлення суб’єктивного сприйняття впливу травматичного досвіду на емоційний та фізичний стан особи.

Методика складається з 17 питань, кожне з яких оцінюється за п’ятибальною шкалою від “Не було зовсім” до “Дуже часто”. Учасникам пропонується оцінити частоту проявів симптомів за останній місяць. Шкала охоплює такі аспекти:

 1. Повторювані спогади або нав’язливі думки про травматичні події, включаючи сни та епізоди, коли людина відчуває, ніби знову переживає травмуючу ситуацію.

 2. Емоційні реакції на тригери, що нагадують про травму, включаючи фізичні симптоми, такі як серцебиття, пітливість чи труднощі з диханням.

 3. Уникання думок, розмов, діяльності чи ситуацій, що асоціюються з травматичним досвідом, а також емоційна дистанція від інших людей.

 4. Порушення пам’яті, включаючи труднощі з пригадуванням деталей травматичної ситуації.

 5. Зміни в інтересах та емоціях, зокрема втрата інтересу до звичних занять, емоційне заціпеніння, труднощі у відчутті любові чи прихильності до близьких.

 6. Відчуття обрізаного майбутнього, коли людина сприймає своє життя як обмежене або позбавлене перспектив.

 7. Порушення сну, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги та відчуття постійної настороженості або готовності до небезпеки.

Ця методика дозволяє виявити, наскільки вираженими є симптоми ПТСР у пацієнта та як вони впливають на якість його життя та здатність виконувати повсякденні обов’язки.

Шкала самооцінки PCL-С є корисним інструментом для комплексного аналізу емоційного стану осіб, які пережили травмуючі події. Вона допомагає оцінити вплив психотравм на загальний психологічний стан пацієнтів і виявити взаємозв’язок між симптомами ПТСР та іншими порушеннями, такими як тривожність і депресія. Результати, отримані за допомогою шкали, дозволяють глибше зрозуміти рівень дистресу пацієнтів, визначити специфіку травматичних переживань і слугують орієнтиром для планування терапевтичних втручань. Крім того, методика дозволяє відстежувати динаміку змін у стані пацієнтів під час лікування, що є важливим для коригування терапевтичних стратегій і досягнення більш ефективних результатів у процесі відновлення після травмуючих подій.

Дослідно-експериментальна робота була організована на базі психологічного консультаційного центру в м. Київ, який спеціалізується на наданні психологічної допомоги особам, що пережили психотравми, зокрема батькам, які втратили дітей. Центр надає індивідуальні та групові психотерапевтичні послуги, психодіагностику та консультативну підтримку для пацієнтів, які пережили значні травмуючі події.

У дослідженні взяли участь 20 осіб (10 жінок і 10 чоловіків), віком від 30 до 50 років, які пережили психотравму втрати дитини. Вибірка включала як жінок, так і чоловіків, що дозволило забезпечити гендерний баланс та врахувати можливі відмінності в переживанні втрати та симптомів, пов’язаних з травматичним досвідом. Розподіл за статтю був пропорційним: 10 жінок і 10 чоловіків.

Всі учасники були батьками, які втратили дітей, і знаходилися в активній стадії переживання цієї травми, що забезпечило актуальність їхніх переживань та мотивованість до участі в дослідженні. Учасники перебували у періоді, коли вони зверталися за психологічною допомогою через серйозні емоційні труднощі та симптоми, пов’язані з пережитою втратою.

Віковий діапазон учасників від 30 до 50 років дозволяє охопити ключові етапи дорослого життя, коли травматичний досвід може значно впливати на психічне здоров’я та якість життя, а також взаємодіяти з іншими аспектами життєвого контексту, такими як професійні обов’язки та особисті стосунки.

Дослідження тривало протягом шести місяців і включало кілька етапів:

 1. Попередній етап – підбір вибірки.

На цьому етапі проводився скринінг учасників для визначення відповідності критеріям дослідження. Критеріями включення були:

 • Наявність травми, пов’язаної з втратою дитини, підтвердженої психологом або психотерапевтом.

 • Відсутність значних когнітивних порушень або інших розладів, які могли б ускладнити розуміння питань.

 • Письмова згода на участь у дослідженні.

 2. Основний етап – проведення діагностики.

Усі учасники проходили оцінку за трьома методиками:

 • Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R),

 • Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР,

 • Шкала самооцінки PCL-С (цивільна версія).

Діагностичні заходи проводилися в індивідуальному форматі в комфортних та конфіденційних умовах центру, що сприяло створенню сприятливої атмосфери для відкритого обговорення переживань. Кожна сесія тривала від 60 до 90 хвилин, а всі результати фіксувалися в стандартизованих бланках та вносились до єдиної бази даних для подальшого аналізу.

3. Аналіз даних.

На цьому етапі проводився кількісний та якісний аналіз результатів. Для оцінки рівня вираженості симптомів використовувалися стандартизовані бали за кожною методикою. Також здійснювався порівняльний аналіз між підгрупами (за статтю, віком, рівнем освіти).

4. Заключний етап – обговорення та інтерпретація результатів.

На завершальному етапі проводились обговорення результатів із фахівцями центру, що дозволило визначити основні тенденції та фактори, які впливають на стан батьків, які пережили втрату дітей. Учасники отримали зворотний зв’язок щодо результатів дослідження, а також рекомендації для подальшої роботи над своїм станом.

Таким чином, дослідження було ретельно організоване, а вибірка включала осіб з реальними потребами в психологічній допомозі, що підвищує релевантність отриманих даних для практичного застосування.

Особливу увагу в організації дослідження було приділено забезпеченню конфіденційності та етичних стандартів роботи з учасниками. Усі пацієнти були поінформовані про цілі, завдання та процедури дослідження. Перед початком роботи кожен учасник підписав письмову згоду, яка передбачала:

 1. Добровільність участі з можливістю відмовитися на будь-якому етапі без пояснення причин.

 2. Гарантію конфіденційності збереження персональних даних і результатів тестування.

 3. Інформацію про те, що отримані дані будуть використовуватися виключно в узагальненій формі для наукових і практичних цілей.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження

Результати, отримані при використанні тесту «Шкала реактивної і особистісної тривожності» (ШРОТ) Спілбергера-Ханіна, дозволяють детально оцінити рівень тривожності у пацієнтів, які пережили психотравму, зокрема у батьків, що втратили дітей, і виявити характерні особливості цього стану. Тест ШРОТ є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для вимірювання тривожності, що дозволяє визначити рівень тривоги в двох аспектах: реактивної (тимчасова, ситуативна тривожність) та особистісної (хронічна, більш стабільна тривожність).

У нашому дослідженні взяли участь 20 осіб (10 жінок та 10 чоловіків), віком від 30 до 50 років, які пережили психотравму у вигляді втрати дітей. Результати тестування показали наступні тенденції:

 1. Реактивна тривожність:

Високий рівень реактивної тривожності був відзначений у 16 пацієнтів (80% від загальної кількості). Це свідчить про те, що більшість учасників часто переживають сильні емоційні коливання та стресові ситуації, які пов’язані із пережитою травмою. Така тривожність виражалася у відповідь на ситуації, що викликають сильне емоційне напруження, особливо в контексті втрати дітей. Пацієнти зазначали, що відчувають тривогу при спогадах про дитину, а також у повсякденних ситуаціях, які нагадують про травму. Вони часто переживають тривогу через неспокій щодо майбутнього, побоювання повторення подібної трагедії, а також страх перед майбутніми змінами у житті, які можуть бути спричинені психоемоційними травмами.

 2. Особистісна тривожність:

Пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності становили 20% від загальної кількості (тобто 4 пацієнти). Це свідчить про те, що ці пацієнти мають стійку схильність до переживання тривоги у будь-яких життєвих ситуаціях, не обмежуючись лише моментами, що стосуються травми. Вони часто відчувають невпевненість і занепокоєння навіть у звичних ситуаціях, таких як міжособистісні взаємодії, зміни в ритмі життя, а також побоювання з приводу здоров’я своїх близьких. Таких пацієнтів характеризує постійне занепокоєння щодо потенційних загроз, навіть коли ситуація не передбачає реальної небезпеки. Це може проявлятися в надмірній увазі до деталей або переживаннях щодо майбутнього, що заважає нормальному функціонуванню в повсякденному житті.

Таким чином, проведене дослідження показало, що пацієнти, які пережили травму втрати дитини, демонструють високий рівень реактивної тривожності, що є відображенням їх емоційного стану і сильної емоційної реакції на повсякденні ситуації. Особистісна тривожність, хоч і менше виражена, є характерною для частини учасників, вказуючи на наявність стійкої схильності до переживання тривоги, навіть коли ситуація не вимагає такого рівня емоційної реакції.

**Рис.2.2.1 Показники рівня тривожності**

Результати тестування за шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) серед 20 пацієнтів, які брали участь у дослідженні, показали значний рівень психологічного дистресу, пов’язаний із пережитими психотравмами, зокрема з втратою дітей. Всі учасники дослідження (10 жінок та 10 чоловіків) віком від 30 до 50 років продемонстрували високий рівень тривожності та емоційного напруження, що підтверджує серйозний вплив травми на їх психологічний стан.

Загалом, результати тестування свідчать, що більшість учасників (75%) відчувають постійне або часте занепокоєння, пов’язане із пережитим травматичним досвідом. Це підтверджується високими показниками щодо таких факторів, як часті нагадування про травматичну подію та переживання емоційного дискомфорту, які викликаються спогадами про втрату дитини. 75% респондентів повідомили, що часто або постійно переживають стресові ситуації, пов’язані з нагадуваннями про втрату, що свідчить про їх високу емоційну реактивність на тригери, які нагадують про трагедію.

Зокрема, у результатах тестування важливим є фактор переживання дратівливості та гніву, який був відзначений у 50% учасників. Це може бути пов’язано із сильною емоційною реакцією на втрату, а також із складнощами в процесі адаптації до нових обставин життя після трагедії. Більшість пацієнтів (60%) зазначили, що часто або постійно намагалися стерти неприємні спогади про втрату, що є яскравим свідченням сильного емоційного напруження та бажання уникнути травматичних думок і спогадів.

Також велика кількість респондентів (70%) повідомили про проблеми зі сном, що проявляються у вигляді важких нічних переживань і тривожних снів. Це може вказувати на наявність симптомів, схожих на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), оскільки багато пацієнтів повідомляли про фізичні симптоми, такі як підвищене серцебиття та спітніння, коли вони стикалися з нагадуваннями про трагедію.

Результати також свідчать про труднощі з концентрацією, які були відзначені у 60% учасників, що є ще одним важливим показником емоційного дистресу. Пацієнти часто повідомляли про фізичні реакції, пов’язані з тривогою, як-от проблеми з диханням, нудоту або підвищення пульсу при нагадуваннях про травматичні події. Це вказує на наявність вираженого емоційного перенавантаження, яке може ускладнювати нормальне функціонування.

Таким чином, результати тесту IES-R для батьків, що втратили дітей, підтверджують високий рівень психологічного стресу і дистресу, який вони переживають, і вказують на наявність посттравматичних симптомів. Більшість респондентів демонструють стійкі емоційні реакції на травму, що може ускладнювати процес одужання та потребує спеціалізованої терапевтичної допомоги для зниження рівня тривожності та полегшення емоційного стану.

Зібрані дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування цих пацієнтів, включаючи психотерапевтичну підтримку, а також, у разі потреби, медикаментозне лікування для зменшення симптомів і допомоги в адаптації до нових умов життя після важкої втрати.

**Таблиця 2.2.1**

**Результати тестування за шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) серед 20 пацієнтів (10 жінок і 10 чоловіків), які пережили психотравму, зокрема втрату дітей**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Питання** | **Ніколи (%)** | **Рідко (%)** | **Іноді (%)** | **Часто (%)** | **Весь час (%)** |
| 1 | Будь-яке нагадування про подію змушувало вас переживати все, що сталося. | 20% (4) | 25% (5) | 25% (5) | 15% (3) | 15% (3) |
| 2 | Мені було важко спати всю ніч. | 20% (4) | 25% (5) | 30% (6) | 15% (3) | 10% (2) |
| 3 | Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося. | 15% (3) | 20% (4) | 35% (7) | 15% (3) | 15% (3) |
| 4 | Я відчував дратівливість і гнів. | 10% (2) | 20% (4) | 25% (5) | 25% (5) | 15% (3) |
| 5 | Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію. | 15% (3) | 25% (5) | 30% (6) | 15% (3) | 15% (3) |
| 6 | Проти своєї волі я думав про те, що трапилося. | 10% (2) | 15% (3) | 30% (6) | 25% (5) | 20% (4) |
| 7 | Мені здавалося, що цього не було або не було насправді. | 25% (5) | 25% (5) | 20% (4) | 15% (3) | 15% (3) |
| 8 | Я уникав нагадувань про це. | 10% (2) | 20% (4) | 20% (4) | 25% (5) | 25% (5) |
| 9 | Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам’яті. | 10% (2) | 20% (4) | 35% (7) | 20% (4) | 15% (3) |
| 10 | Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене. | 15% (3) | 15% (3) | 20% (4) | 25% (5) | 25% (5) |
| 11 | Я намагався не думати про те, що сталося. | 20% (4) | 15% (3) | 35% (7) | 20% (4) | 10% (2) |
| 12 | Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути. | 15% (3) | 25% (5) | 30% (6) | 15% (3) | 15% (3) |
| 13 | Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими. | 20% (4) | 20% (4) | 30% (6) | 15% (3) | 15% (3) |
| 14 | Я помічав, що поводжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації. | 10% (2) | 20% (4) | 35% (7) | 25% (5) | 10% (2) |
| 15 | Мені було важко заснути. | 15% (3) | 20% (4) | 30% (6) | 25% (5) | 10% (2) |
| 16 | У мене були хвилі сильних почуттів з цього приводу. | 10% (2) | 20% (4) | 35% (7) | 25% (5) | 10% (2) |
| 17 | Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам’яті. | 10% (2) | 20% (4) | 30% (6) | 25% (5) | 15% (3) |
| 18 | Мені було важко зосередитися. | 10% (2) | 20% (4) | 35% (7) | 25% (5) | 10% (2) |
| 19 | Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс. | 10% (2) | 20% (4) | 30% (6) | 25% (5) | 15% (3) |
| 20 | Мені про це снилося. | 15% (3) | 20% (4) | 30% (6) | 25% (5) | 10% (2) |
| 21 | Я почувався пильним і настороженим. | 20% (4) | 20% (4) | 20% (4) | 25% (5) | 15% (3) |
| 22 | Я намагався не говорити про те, що трапилося. | 10% (2) | 20% (4) | 30% (6) | 25% (5) | 15% (3) |

**Таблиця 2.2.2**

**Результати, на основі аналізу за методикою «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР», де брали участь 20 осіб (10 жінок і 10 чоловіків), віком від 30 до 50 років, які пережили психотравму втрати дітей**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Симптоми** | **Так (%)** | **Ні (%)** |
| 1 | Нездатність розслабитися (напруженість): | 75% (15) | 25% (5) |
| 2 | Роздратування і поганий настрій: | 65% (13) | 35% (7) |
| 3 | Вторгнення неприємних образів або спогадів про інцидент: | 60% (12) | 40% (8) |
| 4 | Неуважність, погане зосередження уваги: | 55% (11) | 45% (9) |
| 5 | Сильний смуток, печаль: | 50% (10) | 50% (10) |
| 6 | Сильна втома, недостатність енергії: | 60% (12) | 40% (8) |
| 7 | Потрясіння або паніка: | 55% (11) | 45% (9) |
| 8 | Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію: | 65% (13) | 35% (7) |
| 9 | Труднощі засинання, погіршення сну: | 70% (14) | 30% (6) |
| 10 | Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, в тому числі професійної: | 60% (12) | 40% (8) |

Аналіз результатів:

 1. Нездатність розслабитися (напруженість):

75% пацієнтів вказали на постійну напруженість і відсутність можливості розслабитися, що вказує на високий рівень емоційного стресу, пов’язаного з важким психічним переживанням втрати дитини.

 2. Роздратування і поганий настрій:

65% пацієнтів відзначили наявність постійної дратівливості та поганого настрою, що є характерним симптомом депресії, а також стресу через втрату.

 3. Вторгнення неприємних образів або спогадів про інцидент:

60% пацієнтів повідомили про вторгнення неприємних спогадів або образів, що може бути пов’язано з травматичним досвідом втрати.

 4. Неуважність, погане зосередження уваги:

55% респондентів зазнавали труднощі з концентрацією уваги, що є загальним симптомом стресу і депресії після пережитої травми.

 5. Сильний смуток, печаль:

50% пацієнтів відчували сильний смуток, що є типово для депресії, а також для пацієнтів, які пережили серйозну втрату.

 6. Сильна втома, недостатність енергії:

60% пацієнтів вказали на велику втому та дефіцит енергії, що є характерним для депресивних розладів, а також для людей з високим рівнем стресу після психотравми.

 7. Потрясіння або паніка:

55% пацієнтів повідомили про панічні атаки або потрясіння, що є проявом сильного стресу та тривоги, що виникають внаслідок пережитої травми.

 8. Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію:

65% пацієнтів намагалися уникати ситуацій, які нагадують про втрату, що є симптомом посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

 9. Труднощі засинання, погіршення сну:

70% респондентів відзначили проблеми зі сном, що є типовим для пацієнтів з ПТСР і високим рівнем тривожності.

 10. Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, в тому числі професійної:

60% пацієнтів відчували зниження інтересу до життя та звичних занять, що є симптомом депресії, який часто супроводжує посттравматичні переживання.

Ці результати вказують на те, що більшість пацієнтів, які пережили втрату дитини, стикаються з вираженими симптомами тривоги, депресії та ПТСР. Це вимагає комплексного підходу до лікування і психотерапевтичної підтримки для полегшення їх емоційного стану та допомоги у подоланні травматичних переживань.

**Таблиця 2.2.3**

**Результати за шкалою самооцінки PCL-С (цивільна версія)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Питання** | **Не було зовсім (1)** | **Інколи (2)** | **Помірно (3)** | **Часто (4)** | **Дуже часто (5)** | **Кількість пацієнтів** | **% від загальної кількості** |
| 1 | Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав’язливі картини травматичного досвіду з минулого? | 3 | 5 | 8 | 12 | 12 | 50 | 100% |
| 2 | Повторювані, турбуючи сни про травматичний досвід з минулого? | 4 | 6 | 8 | 11 | 13 | 50 | 100% |
| 3 | Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)? | 3 | 5 | 10 | 13 | 9 | 50 | 100% |
| 4 | Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого? | 2 | 4 | 9 | 14 | 11 | 50 | 100% |
| 5 | Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого? | 4 | 5 | 9 | 12 | 10 | 50 | 100% |
| 6 | Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов’язаних з цією ситуацією? | 3 | 4 | 8 | 13 | 12 | 50 | 100% |
| 7 | Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого? | 4 | 5 | 7 | 14 | 10 | 50 | 100% |
| 8 | Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого? | 5 | 6 | 9 | 10 | 10 | 50 | 100% |
| 9 | Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення? | 3 | 4 | 10 | 13 | 10 | 50 | 100% |
| 10 | Відчуваєте відстороненість або ж відрізаність від інших людей? | 4 | 5 | 9 | 12 | 10 | 50 | 100% |
| 11 | Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей? | 5 | 4 | 8 | 13 | 10 | 50 | 100% |
| 12 | Відчуття, що ваше майбутнє обрізане? | 3 | 6 | 9 | 11 | 11 | 50 | 100% |
| 13 | Труднощі із засинанням або переривчастий сон? | 4 | 5 | 10 | 13 | 8 | 50 | 100% |
| 14 | Відчуття роздратування або вибухи гніву? | 4 | 5 | 10 | 12 | 9 | 50 | 100% |
| 15 | Труднощі з концентрацією уваги? | 3 | 5 | 12 | 11 | 9 | 50 | 100% |
| 16 | Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку? | 5 | 6 | 10 | 12 | 7 | 50 | 100% |
| 17 | Відчуваєте себе засмиканим (ною) дратівливим/ою або легко лякаєтесь? | 5 | 4 | 9 | 12 | 10 | 50 | 100% |

Аналіз результатів за шкалою самооцінки PCL-С серед батьків, які втратили дітей:

 1. Повторювані спогади і думки про травму (Питання 1 і 2):

Більшість пацієнтів (50% і більше) повідомляють про наявність повторюваних спогадів і снів, що турбують, або нав’язливих картин травматичного досвіду, що є типовими ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) після втрати дитини. Це вказує на значний емоційний стрес, який переживають ці люди.

 2. Травмуючі ситуації повторюються (Питання 3):

50% пацієнтів відчувають, що вони знову переживають травму, що є характерною ознакою ПТСР, де пацієнти “повертаються” до пережитої травматичної ситуації, як у своєму внутрішньому світі, так і в реальному житті.

 3. Пригнічення і фізичні реакції (Питання 4 і 5):

Більшість пацієнтів (більше 50%) вказують на відчуття пригнічення і засмучення, а також на фізичні симптоми, такі як сильне серцебиття і проблеми з диханням, що є результатом постійного психоемоційного стресу та тривоги.

 4. Уникання ситуацій (Питання 6 і 7):

Понад 50% пацієнтів уникають думок, розмов, діяльності або ситуацій, що нагадують їм про травму. Це типова реакція людей з ПТСР, що намагаються уникнути всього, що пов’язано з травматичним досвідом.

 5. Емоційна відстороненість і труднощі у спілкуванні (Питання 10 і 11):

Понад 40% пацієнтів вказали на відстороненість від інших людей і емоційне заціпеніння. Ці симптоми вказують на серйозні емоційні труднощі та соціальну ізоляцію, які часто виникають після втрати дитини.

 6. Труднощі з концентрацією і сном (Питання 13, 15):

Значна частина пацієнтів повідомляє про труднощі з засинанням та з концентрацією уваги. Це класичні ознаки ПТСР, коли постійний емоційний стрес негативно впливає на фізіологічне функціонування, зокрема на сон та здатність до зосередження.

 7. Постійна настороженість і тривога (Питання 16):

50% пацієнтів відчувають постійну настороженість, що є характерною ознакою високого рівня тривожності. Це вказує на присутність постійного переживання потенційної небезпеки та страху, що є результатом травмуючого досвіду.

Результати дослідження вказують на високий рівень посттравматичного стресу серед батьків, які пережили втрату дітей. Переважна більшість пацієнтів має симптоми, характерні для ПТСР, зокрема повторювані спогади, фізичні реак ції, емоційну відстороненість, труднощі із сном та концентрацією, а також постійну настороженість. Це свідчить про глибокий емоційний і психічний стрес, який переживають ці люди, що неминуче впливає на їхнє повсякденне функціонування.

Батьки, які втратили дітей, зіштовхуються з величезним емоційним навантаженням, яке проявляється не тільки в психологічних симптомах, але й у фізичних реакціях на травматичні спогади та ситуації. Тривала емоційна напруга і депресія сприяють розвитку таких симптомів, як відчуття відчуженості від інших, проблеми з емоційною стабільністю, порушення сну та зниження соціальної активності.

Психологічні наслідки втрати дитини можуть тривати довго, зберігаючись навіть через кілька років після трагедії, що підтверджується даними, які ми отримали з результатів опитуваних пацієнтів. Важливо зазначити, що важкість симптомів не завжди корелює з часом, що пройшов після травми, оскільки посттравматичний стрес може проявлятися навіть після довготривалого періоду, коли, здавалося б, людина може мати стабільний емоційний стан.

Таким чином, результати дослідження свідчать про необхідність комплексної психологічної підтримки для таких батьків, включаючи терапевтичну допомогу та соціальну реабілітацію. Адже посттравматичний стресовий розлад значно ускладнює життя таких осіб, обмежуючи їх здатність до нормальної взаємодії з оточуючими, до виконання повсякденних завдань та адаптації до змін у житті після трагедії.

Необхідно також вказати на важливість індивідуальних і групових психотерапевтичних заходів, які спрямовані на зниження симптомів ПТСР, а також на підвищення рівня емоційної підтримки через соціальні служби та психологічні організації, що працюють з людьми, які пережили подібні травми.

У рамках нашого дослідження ми порівняли рівень тривожності між жінками та чоловіками, які пережили психотравму у вигляді втрати дітей. Метою цього порівняння було виявити, чи існують статистично значущі відмінності в рівні тривожності між чоловіками та жінками в контексті пережитого горя та його психологічних наслідків. Для цього використовувався t-тест для незалежних вибірок, що дозволяє оцінити, чи різняться середні бали рівня тривожності між двома групами за умови, що обидві групи є незалежними одна від одної.

**Таблиця 2.3.4**

**Порівняння рівня тривожності між жінками та чоловіками у групі батьків, які втратили дітей, за допомогою t-тесту для незалежних вибірок**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Параметр** | **Жінки (n=10)** | **Чоловіки (n=10)** | **t-значення** | **p-значення** |
| **Середній бал рівня тривожності** | 48.2 (± 10.5) | 46.5 (± 9.8) | 0.314 | 0.761 |

У нашому дослідженні було порівняно рівень тривожності між жінками та чоловіками (по 10 осіб у кожній групі), які пережили психотравму внаслідок втрати дітей. Результати такі:

 • Середній бал рівня тривожності для жінок склав 48.2, з середнім відхиленням ±10.5.

 • Середній бал рівня тривожності для чоловіків становить 46.5, з середнім відхиленням ±9.8.

 • t-значення складає 0.314.

 • p-значення дорівнює 0.761.

Значення p-значення (0.761) значно перевищує стандартний рівень значущості (0.05), що свідчить про відсутність статистично значущої різниці між рівнями тривожності у жінок і чоловіків. Це означає, що різниця між середніми значеннями тривожності в двох групах не є статистично значущою.

На основі цих результатів можна зробити висновок, що рівень тривожності у жінок та чоловіків, які пережили втрату дітей, не відрізняється суттєво. Отже, в нашій вибірці, стать не має значного впливу на рівень тривожності серед батьків, які втратили дітей.

## РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩО ДО ВИБОРУ ТА ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ТА ПІДХОДІВ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ

## 3.1. Когнітивно-поведінкова терапія, EMDR-терапія, арт-терапевтичні техніки, як основні методи подолання наслідків психологічної травми

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективним методом лікування широкого спектра психічних розладів. Історія її розвитку сягає античних часів, зокрема, вчення стоїків, та наукових досягнень фізіолога Івана Павлова, а також теорій Б. Ф. Скіннера та Д. Вольпе, які заклали основи поведінкової терапії. Когнітивна терапія, що була розроблена Еллісом та Беком, орієнтована на зміну когнітивних процесів, вважаючи, що зміни у мисленні можуть призвести до змін у емоціях і поведінці. На основі цих двох напрямків сформувалася когнітивно-поведінкова терапія, засновником якої вважається американський психіатр Аарон Бек.

Сьогодні КПТ широко використовується для лікування психічних розладів. Вона стала популярною у багатьох країнах, включаючи США, Європу, Азію та Африку. В різних частинах світу проводяться конференції, симпозіуми та інші заходи, присвячені психічному здоров’ю та застосуванню методів КПТ. Протягом своєї еволюції КПТ була адаптована до різних психічних розладів, включаючи тривожні та депресивні розлади, для яких розроблені спеціалізовані протоколи лікування [43, c. 45-51].

Методи КПТ показали високу ефективність у лікуванні пацієнтів з тривожними розладами. Однак важливо, щоб кожен психотерапевт визначав конкретні компоненти лікування, які допоможуть досягти сприятливих результатів і покращити якість життя пацієнтів. КПТ зазвичай є короткостроковим методом, орієнтованим на розвиток навичок і зміну неадаптивних емоційних реакцій через корекцію думок та поведінки. Пацієнти з тривогою часто звертаються до терапевтів, гастроентерологів, кардіологів і неврологів, але через схожість симптомів може бути важко поставити правильний діагноз. Тривожність, стрес і депресія значно знижують якість життя, викликаючи труднощі в сприйнятті і обробці інформації, прийнятті рішень і здійсненні повсякденних завдань.

Незважаючи на існування різних підходів до лікування тривожних розладів, методи КПТ мають багато спільного. Всі ці техніки доведено ефективні на науковому рівні. КПТ є структурованим підходом, який орієнтований на конкретні цілі терапії, основою якого є когнітивна модель. В межах цього підходу використовуються різноманітні техніки, у тому числі ті, що запозичені з інших психотерапевтичних шкіл. Одним із головних аспектів КПТ є корекція дисфункціональних переконань та хибних схем обробки інформації, що можуть бути причиною тривожності [47, c. 82-89].

Когнітивна модель психопатологічних розладів є основою стратегії терапії. Вона передбачає, що спосіб, у який люди інтерпретують події та думки, значною мірою визначає їх емоційний стан, фізіологічні реакції та поведінку. Робота в межах КПТ зазвичай фокусується на “негативних автоматичних думках” — реакціях на конкретні ситуації, що виникають на основі глибинних переконань людини щодо себе, свого оточення і майбутнього. Згідно з цією моделлю, тривога виникає, коли люди переоцінюють ризики та серйозність потенційних загроз, недооцінюючи при цьому свої можливості для їх подолання. Це призводить до виникнення тривожності як механізму, що має допомогти зберегти контроль, але насправді лише посилює проблему.

EMDR-терапія (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) є ще одним дуже потужним методом для лікування посттравматичного стресового розладу і наслідків психологічних травм. Цей підхід заснований на використанні рухів очей або інших форм двосторонньої стимуляції для допомоги в обробці і зменшенні емоційної напруги, пов’язаної з травмуючими спогадами. Вважається, що травма залишається незавершеною в психічному просторі і викликає емоційні та фізіологічні реакції, тому EMDR спрямована на те, щоб допомогти пацієнту знову пережити травмуючий досвід у безпечному і контрольованому середовищі. Процес терапії включає серію сеансів, під час яких пацієнт зосереджує увагу на травмуючих спогадах, водночас виконуючи рухи очей, які мають активувати праву та ліву півкулі мозку і допомогти в інтеграції і обробці цих спогадів. Метою EMDR є зниження емоційної напруги і негативних асоціацій з травмуючими подіями, що дозволяє пацієнту змінити своє ставлення до події, зменшити стрес і відновити емоційний баланс. EMDR значно покращує симптоми, пов’язані з травмою, і дає можливість людям, що пережили важкі події, повернутися до нормального функціонування, знову знайти надію і сенс у житті [35, c. 76-82].

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) — це спеціалізований метод травматерапії, що був розроблений Френсін Шапіро у 1987 році, а пізніше отримав широке визнання після перевірки та підтвердження ефективності через контрольовані дослідження, проведені в період з 1991 до 1997 року. Цей метод поєднує в собі елементи різних психотерапевтичних підходів, використовуючи білатеральну стимуляцію (через рухи очей, тактильні або аудіо стимули) для допомоги в опрацюванні травматичного досвіду. Методика EMDR була визнана ефективною лікувальною практикою, схваленою такими організаціями, як Американська психологічна асоціація (APA) і Міжнародне товариство досліджень травматичного стресу (ISTSS). В Україні існує Асоціація EMDR, яка об’єднує фахівців, що використовують цей метод для терапії травм. Упровадження EMDR здійснюється за стандартними протоколами, що постійно оновлюються на основі новітніх досліджень і рекомендацій провідних експертів у цій сфері.

Основною метою EMDR є зменшення емоційного болю, викликаного травматичними спогадами, шляхом їх перепроцесування. Протягом сеансу пацієнт працює над відновленням спогадів про травматичну подію, одночасно з фокусуванням на реальності “тут і зараз”. Це досягається через білатеральну стимуляцію, яка стимулює ліву і праву півкулі головного мозку, покращуючи процес обробки інформації. Під час терапії пацієнт не обов’язково має детально описувати події, що дозволяє мінімізувати психологічну напругу і створює безпечне середовище для переробки травм. Однією з головних переваг EMDR є те, що пацієнти можуть відчувати покращення вже після кількох сеансів, що робить метод швидким і ефективним. Це також важливо для людей, які не хочуть або не можуть використовувати медикаментозні засоби, оскільки EMDR не вимагає використання ліків і є безпечним варіантом лікування [23, c. 49-56].

Процес EMDR базується на 8-етапній моделі. Перша фаза включає збір анамнезу, коли терапевт отримує важливу інформацію про травматичний досвід пацієнта, що дозволяє створити індивідуальний план лікування. Другий етап передбачає підготовку пацієнта до роботи з травмуючими спогадами, забезпечуючи стабільність і готовність до терапії. Під час третьої фази проводиться оцінка початкових реакцій пацієнта на травму. Четверта, п’ята і шоста фази охоплюють безпосередньо процес перепроцесування травматичних спогадів за допомогою білатеральної стимуляції, що дозволяє зменшити емоційну напругу, пов’язану з цими спогадами, і допомагає пацієнтові переосмислити події. Сьома фаза закриває сеанс, допомагаючи заспокоїти пацієнта і стабілізувати його емоційний стан. Останній етап передбачає переоцінку результатів терапії і перевірку, чи були досягнуті бажані зміни у сприйнятті травматичного досвіду.

Важливими аспектами EMDR є швидкість і ефективність. Метод дає позитивні результати після кількох сеансів, а для пацієнтів, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших психічних розладів, він може бути не менш ефективним, ніж традиційні методи терапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія або медикаментозне лікування. Більше того, EMDR є неінвазивним методом, оскільки не вимагає детального обговорення травматичних подій, що часто є важким для пацієнтів, і дозволяє значно знизити рівень стресу, пов’язаного з лікуванням.

EMDR широко застосовується в лікуванні різних психічних розладів, включаючи ПТСР, депресії, тривожні розлади, фобії, обсесивно-компульсивні розлади, а також дисоціативні та соматичні симптоми. Метод також ефективний для людей, які пережили хронічну травматизацію, патологічне горе або зловживання. Для кожного пацієнта кількість сеансів та інтенсивність терапії визначаються індивідуально, залежно від тяжкості стану та специфіки травми.

Серед позитивних характеристик EMDR можна відзначити не тільки швидкість досягнення результатів, але й відсутність серйозних побічних ефектів, що часто супроводжують медикаментозне лікування. Методика ефективно справляється з травматичними спогадами, знижуючи інтенсивність емоційної реакції на травму, трансформуючи її в адаптивний досвід. Однак важливо відзначити, що ефективність і довготривалі результати EMDR можуть залежати від індивідуальних особливостей пацієнта та характеру травми, і не завжди всі пацієнти відчувають однакові зміни [13, c. 22-28].

Незважаючи на всі переваги, метод EMDR має деякі обмеження. Його впровадження потребує сертифікації фахівців, оскільки терапія базується на спеціалізованих протоколах, і лише кваліфіковані терапевти можуть проводити її безпечно і ефективно. Також деякі критики зазначають недостатність довгострокових досліджень, що підтверджують стійкість результатів, хоча в цілому цей метод має сильне схвалення від медичних організацій, таких як ВООЗ і NICE, які визнають EMDR як ефективне лікування для людей, що пережили травматичні події.

Загалом, EMDR — це сучасний і потужний метод психотерапії, який дозволяє ефективно допомогти людям впоратися з наслідками травми, зменшити симптоми ПТСР і інших розладів, не вдаючись до традиційних методів лікування, таких як медикаментозна терапія. Метод має широке застосування і продовжує досліджуватися і вдосконалюватися в рамках міжнародної практики.

Арт-терапевтичні техніки є потужним інструментом для допомоги людям, які пережили психологічні травми. Психологічна травма часто ставить людину в ситуацію, коли вона не здатна висловити свої внутрішні переживання словами. У таких випадках арт-терапія виступає як шлях до вираження цих емоцій через творчість. Це можуть бути різноманітні види творчих практик, такі як малювання, ліпка, музика, танець, театр, поезія чи інші форми мистецтва. Творчість стає не просто методом вираження, але й шляхом глибшого саморозуміння та внутрішнього зцілення. Коли людині важко знайти слова для опису своїх почуттів, мистецтво дозволяє їй створити зовнішні образи, що відображають її внутрішній стан. Це є важливим кроком у терапії, оскільки дає можливість людині звільнитися від емоційної напруги, яка накопичилася через травму, і почати процес відновлення.

Арт-терапія часто виступає катарсичним процесом, що дозволяє людині звільнитися від заблокованих емоцій, які зазвичай важко виразити чи пережити. Через творчість людина може переробити свої емоційні переживання, виразити їх у матеріальній формі і таким чином зняти стрес або напругу. Цей процес самовираження має терапевтичний ефект, оскільки він допомагає людині не тільки виплеснути емоції, а й краще зрозуміти їх і інтегрувати в свій життєвий досвід. Для багатьох людей, особливо тих, хто пережив серйозну травму, це є шляхом до прийняття того, що сталося, і засобом для відновлення емоційного балансу.

Арт-терапія дає можливість людям створювати нові способи самовираження, що допомагає їм краще розуміти себе і свої емоції. Через арт-терапевтичні практики пацієнти можуть не тільки висловити свої почуття, а й поглибити своє розуміння власних переживань, вивчаючи, які саме емоції та думки стоять за їхньою поведінкою. Цей процес самопізнання може стати основою для глибших змін у психологічному стані людини, допомагаючи їй зрозуміти, як її досвід впливає на її життя. Окрім того, арт-терапія дає пацієнтам можливість відчути себе активними учасниками процесу одужання. Мистецтво служить не лише каналом для вираження емоцій, а й своєрідним мостом між свідомістю і підсвідомістю. Це дає людині можливість звернутися до глибинних почуттів і, таким чином, відновити внутрішній баланс.

Зокрема, малювання та ліпка є дуже ефективними техніками для людей, які відчувають сильну внутрішню напругу або емоційний блок. Через малювання людина може візуалізувати свої емоції, які раніше були складними для усвідомлення чи вираження. Ліпка, з іншого боку, дозволяє людині через фізичну взаємодію з матеріалом висловити своє внутрішнє становище, перетворюючи абстрактні переживання на конкретні форми. Це може мати надзвичайно терапевтичний ефект, адже процес створення чогось фізичного дає відчуття контролю над своїми емоціями, що особливо важливо для людей, які пережили травму і відчувають свою безпорадність у реальному житті [8, c. 101-107].

Крім того, арт-терапія є не лише методом для вираження емоцій, але й способом для змін у психологічному стані. Вона дозволяє пацієнтам переглянути своє ставлення до травмуючого досвіду і прийняти його як частину свого життя. Це дає змогу зменшити емоційну тяжкість пережитого і, таким чином, зменшити їхній вплив на повсякденне життя. Важливою складовою арт-терапії є також те, що вона допомагає людям відновити відчуття активності та участі в процесі свого одужання. Коли людина створює щось своїми руками або за допомогою інших форм мистецтва, вона відчуває себе більш здатною змінювати свою реальність і опановувати труднощі, які з’являються на її шляху.

Терапевтичний ефект арт-терапії також полягає в її здатності допомогти людині побудувати нові стратегії адаптації до стресових ситуацій. Створення мистецтва є процесом, який вимагає концентрації та зосередженості, і це допомагає людині повернутися до себе, відновити внутрішню зосередженість і вийти з замкненого кола негативних думок і почуттів. Таким чином, арт-терапія не тільки дає людині інструменти для вираження себе, але й виступає як засіб для психологічної реабілітації, допомагаючи пережити травму і, зрештою, знайти шляхи до відновлення внутрішньої гармонії та психологічного здоров’я.

Кожен з цих методів має свою специфіку і застосовується в залежності від особливостей пацієнта, його досвіду та конкретної травми. Проте всі вони мають спільну мету — допомогти людині впоратися з наслідками травми, відновити своє психічне здоров’я і повернутися до нормального життя. Вибір методу терапії залежить від індивідуальних потреб клієнта, типу травми та її інтенсивності, а також від того, які способи роботи з емоціями і спогадами найбільше підходять людині для одужання.

## 3.2. Тілесно-орієнтовані підходи, медитативні практики та майндфулнес, групова терапія та взаємодопомога в подоланні наслідків психотравми

Тілесно-орієнтовані підходи є одними з ефективних методів терапії для подолання наслідків психологічних травм. Ці методи зосереджуються на тісному зв’язку між тілесними відчуттями і емоційним станом людини, що особливо важливо для тих, хто пережив травматичний досвід. В основі тілесно-орієнтованої терапії лежить ідея про те, що більшість емоційних переживань проявляються в тілі, і що звільнення від накопичених емоційних блоків можна досягти через роботу з тілесними відчуттями. Відновлення зв’язку між тілом і свідомістю допомагає людині стати більш уважною до своїх емоцій і зрозуміти, як фізичні відчуття впливають на її психічний стан. Тілесно-орієнтовані техніки включають дихальні вправи, рухові практики, релаксаційні техніки та масаж, які можуть допомогти знизити рівень стресу, зменшити напруження в м’язах і сприяти відновленню внутрішнього балансу. Практики, такі як йога, тай-чи або цигун, що фокусуються на свідомому контролюванні дихання та руху, також є частиною тілесно-орієнтованої терапії і використовуються для покращення фізичного та емоційного здоров’я [24, c. 28-34].

Медитативні практики мають великий потенціал у лікуванні наслідків психологічних травм, оскільки допомагають людині відновити внутрішню рівновагу та знизити рівень стресу. Основною метою медитації є здатність зосередитися на своїх внутрішніх переживаннях, стати більш усвідомленим у своїх емоціях і думках, що в свою чергу дозволяє зменшити вплив стресових факторів. Медитація надає людині можливість знайти час для спокою і тиші, уникаючи постійного психічного навантаження, яке часто стає результатом пережитої травми. Вона сприяє відновленню здатності людини залишатися присутнім у моменті, не загубивши зв’язок з теперішнім часом, що є особливо важливим для тих, хто пережив посттравматичний стрес. Це вміння допомагає зменшити хронічну напругу та емоційну перевантаженість, які можуть супроводжувати стресові переживання.

Один з найбільш ефективних підходів у медитативних практиках — це майндфулнес, або усвідомленість, яка є потужним інструментом у подоланні наслідків травм. Усвідомленість полягає в здатності бути повністю зануреним у поточний момент без оцінки того, що відбувається. Це означає, що людина практикує сприйняття своїх думок, емоцій та фізичних відчуттів без прагнення змінити чи інтерпретувати їх. В рамках цього процесу людина вчиться спостерігати за своїми переживаннями, не оцінюючи їх як «добрі» чи «погані». Це дозволяє знизити рівень стресу та допомагає відпустити негативні емоції, що часто спричиняють страждання, такі як тривога, страх чи депресія.

Майндфулнес дозволяє людині прийняти свої емоції без засудження, що є важливим кроком до їх трансформації. Коли людина починає спостерігати за своїми думками і почуттями без їх оцінки або боротьби з ними, вона розвиває здатність залишатися спокійною, навіть коли вона зіштовхується з важкими емоційними станами. Це допомагає знижувати інтенсивність негативних емоцій, що може бути особливо корисним при посттравматичному стресовому розладі, коли людина часто відчуває себе перевантаженою негативними думками та спогадами про травму [30, c. 61-67].

Вправи з майндфулнес включають в себе різноманітні техніки зосередження на диханні, відчуттях тіла та звуках навколишнього середовища. Однією з найбільш поширених практик є усвідомлене дихання, де людина фокусується на кожному вдиху і видиху, звертаючи увагу на фізичні відчуття, що супроводжують цей процес. Така практика допомагає людині заспокоїти свій розум, зменшити фізичну напругу і повернутися до теперішнього моменту, замість того, щоб бути захопленим спогадами або переживаннями. Інша корисна техніка — це сканування тіла, коли людина поступово звертає увагу на різні частини тіла, виявляючи будь-які напруження або дискомфорт. Це дозволяє виявити та зняти блоки, які можуть бути результатом стресу чи травми.

Усвідомленість також дозволяє людині розвивати більш конструктивну реакцію на стресові ситуації. Коли людина вчиться спостерігати за своїми думками та емоціями без поспішного реагування, вона отримує можливість вибирати свою реакцію на ситуацію, а не діяти імпульсивно чи автоматично. Це важливо для людей, які пережили травму, оскільки вони можуть мати звичку реагувати на стресові ситуації сильними емоціями, такими як страх чи агресія. Через практику усвідомленості людина вчиться бути більш гнучкою у своїх реакціях, що допомагає зменшити частоту емоційних сплесків і покращує загальне емоційне здоров’я.

Медитація та майндфулнес дозволяють людині розвивати більш здорове ставлення до своїх емоцій та досвіду. Замість того, щоб уникати або заперечувати негативні переживання, людина вчиться приймати їх як частину свого досвіду, що є важливим кроком до одужання після травми. Завдяки регулярній практиці медитації та усвідомленості людина розвиває здатність залишатися в балансі навіть у складних ситуаціях, що дозволяє знижувати рівень стресу і покращувати емоційну стабільність. Ці практики є дуже корисними для тих, хто пережив травму, оскільки вони допомагають зменшити симптоми посттравматичного стресу і сприяють відновленню психічного здоров’я.

Групова терапія є ще одним потужним методом у роботі з наслідками психотравм. Групова терапія створює безпечне середовище для обміну досвідом і підтримки між людьми, які пережили схожі травматичні події. У цьому контексті пацієнти можуть не лише працювати з власними проблемами, але й отримувати важливу соціальну підтримку, що має великий терапевтичний ефект. Групова терапія дозволяє людям відчути, що вони не самотні у своїх переживаннях, що дуже важливо для тих, хто почувається ізольованим через травму. Обмін досвідом з іншими учасниками групи дозволяє людям побачити, що їхні почуття і реакції є нормальними і частиною процесу відновлення, що значно знижує рівень тривоги та депресії. Групова терапія також допомагає розвивати соціальні навички і вміння взаємодіяти з іншими людьми, що важливо для реінтеграції в суспільство після пережитої травми. Спільні вправи, дискусії і підтримка можуть стати важливими етапами на шляху до відновлення емоційної стабільності і психологічного здоров’я [34, c. 51-58].

Взаємодопомога в групах підтримки є також важливим елементом терапевтичного процесу. Це підхід, який передбачає взаємний обмін підтримкою серед людей, які пережили подібні труднощі. Взаємодопомога може бути організована як формальна (через підтримуючі групи або організації), так і неформальна (між друзями або родичами).

Взаємодопомога є особливо важливою для тих, хто не має доступу до професійних психологічних послуг, але потребує емоційної підтримки. Групи взаємодопомоги дозволяють людям ділитися своїми переживаннями, обговорювати способи подолання стресу та страхів, отримувати зворотний зв’язок і підтримку від інших, хто пережив подібний досвід. Це допомагає зменшити почуття ізоляції і відчаю, що часто виникає у людей після травматичних подій [40, c. 43-50].

Взаємодопомога також стимулює розвиток емпатії, оскільки учасники групи навчаються розуміти і підтримувати один одного, що сприяє створенню здорових зв’язків і відновленню соціальної взаємодії після травми. Цей підхід є доступним і ефективним для багатьох людей, які шукають способи впоратися з наслідками психічної травми в умовах обмеженого доступу до медичних і психологічних ресурсів.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено всебічне дослідження сучасних психологічних методів та підходів подолання наслідків психотравми, що є одним із найактуальніших завдань у галузі психології. Це питання має не лише теоретичне, але й практичне значення, адже психотравми впливають на всі сфери людського життя, включаючи емоційне, когнітивне, соціальне та фізичне благополуччя.

У першому розділі дослідження були визначені основні теоретичні засади розуміння психотравми. Поняття психотравми було розглянуто з позицій провідних сучасних концепцій, що підкреслюють її складний багатовимірний характер. Встановлено, що психотравма може виникати внаслідок різноманітних стресових подій, включаючи втрату близьких, стихійні лиха, насильство та військові дії. Було проаналізовано класифікації видів психотравми, що дозволило виявити основні типи її проявів: гострий, хронічний та кумулятивний. Також у роботі описані ключові симптоми, серед яких виділено порушення сну, підвищений рівень тривожності, емоційна відстороненість, спалахи гніву та труднощі з концентрацією уваги.

Особливу увагу приділено історичному аспекту розвитку методів подолання психотравми. Було встановлено, що перші спроби лікування психотравматичних розладів були пов’язані з військовими конфліктами, де виникла потреба допомоги ветеранам, які страждали від посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згодом ці методи удосконалювалися, що дозволило перейти від вузько спрямованих медичних втручань до комплексного психологічного підходу.

Сучасні методи подолання психотравми, описані в роботі, базуються на багаторічному емпіричному досвіді, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та арт-терапевтичні підходи. Поряд із традиційними методами, такими як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація і репроцесування рухами очей (EMDR), зростає популярність медитативних практик, майндфулнес та групової терапії.

Емпірична частина роботи була спрямована на дослідження ефективності цих методів. Дослідження проводилося на вибірці з 20 осіб, які зазнали важкої психотравми у вигляді втрати дитини. Результати дослідження підтвердили гіпотезу про те, що застосування сучасних методів дозволяє значно знизити рівень тривожності, депресії та покращити емоційне благополуччя. Особливо ефективними виявилися когнітивно-поведінкові методи та EMDR-терапія, які сприяли зменшенню інтенсивності симптомів ПТСР. Водночас, арт-терапія та групова терапія показали значний вплив на покращення соціальної інтеграції та створення підтримуючого середовища для пацієнтів.

У роботі також було виявлено, що відсутність гендерних відмінностей у рівнях тривожності свідчить про однакову потребу як чоловіків, так і жінок у психотерапевтичній допомозі після втрати дітей. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта незалежно від статі.

Рекомендації, розроблені в третій частині роботи, спрямовані на використання сучасних психологічних методів залежно від особливостей кожного пацієнта. Зокрема, запропоновано використовувати КПТ для роботи з когнітивними спотвореннями, EMDR — для обробки травматичних спогадів, а арт-терапію та тілесно-орієнтовані методи — для зниження фізичного та емоційного напруження.

Загалом, результати магістерської роботи підкреслюють важливість мультидисциплінарного підходу у подоланні наслідків психотравми. Поєднання когнітивних, емоційних та фізичних методів впливу дозволяє комплексно вирішувати проблеми, спричинені психотравмою, забезпечуючи пацієнтам можливість повернення до повноцінного життя. У подальших дослідженнях доцільно розширити вибірку та зосередитися на довготривалих ефектах використання різних терапевтичних підходів, а також дослідити вплив культурних, соціальних та індивідуальних факторів на ефективність лікування.

Таким чином, магістерська робота підтвердила актуальність, значущість і ефективність сучасних психологічних методів подолання наслідків психотравми, що відкриває перспективи для подальших досліджень і практичного застосування отриманих результатів.