

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНСТВА НАУКМА ЩОДО
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання

Спеціальності 054 Соціологія

Балдинюк Владлена Олександрівна

Наукова керівниця: Черниш Тетяна

Георгіївна, PhD, доцентка кафедри
соціології НАУКМА

Рецензентка: Дарієвська Сніжана,

магістр менеджменту в охороні здоров'я

Кваліфікаційна робота захищена з

оцінкою _____

Секретар ЕК: _____

«__» _____ 2023 р.

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Наукові дослідження поняття та розповсюдження посттравматичного стресового розладу.

1.2. Обґрунтування важливості ознайомлення студентів з симптомами та наслідками ПТСР.

1.3. Поширеність ПТСР серед студентства.

РОЗДІЛ 2. ОБІЗНАНІСТЬ СТУДЕНТІВ НАУКМА ПРО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ЙОГО ПЕРЕБІГ ТА ЛІКУВАННЯ

2.1. Методологія та організація дослідження.

2.2. Дослідження обізнаності студентів про ступені прояву та механізми перебігу ПТСР.

2.3. Обізнаність студентів про способи подолання наслідків ПТСР.

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ВСТУП

Симптоми психічних розладів, пов'язаних із травмою, були задокументовані ще в античні часи. Під час вивчення здоров'я учасників світових воєн було визначено, що прояви захворювання збільшилися, і воно називалося різними термінами, включаючи «травматичний невроз», «бойовий невроз», «снарядний шок», «афганський синдром», «бойова психічна травма» (Буряк, 2015).

Термін «посттравматичний стресовий розлад» почав використовуватись у 70-х роках XX століття значною мірою через діагноз ветеранів війни у В'єтнамі – "в'єтнамський синдром". Він був офіційно визнаний Американською психіатричною асоціацією в 1980 році в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це захворювання, яке розвивається після перенесеної тяжкої психічної травми. Це відстрочена зтяжна реакція на стресову подію чи ситуацію загрозливого, катастрофічного характеру. ПТСР може виникнути не лише у ветерана бойових дій, а й цілком звичайної людини, чия психіка не витримала навантаження (Кровіна, 2015).

Актуальність. Так, 10% пацієнтів із ПТСР є свідками надзвичайних подій; серед постраждалих його виявляють у 95% випадків. Вітчизняні фахівці вважають, що від 50 до 85% людей, які перенесли важкий стрес, схильні до ПТСР (Мельник, 2016).

До проблеми вивчення посттравматичного стресового розладу зверталися і зарубіжні, і українські вчені, зокрема, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус - щодо вивчення механізмів розвитку ПТСР, його симптоматики, фази та причин розвитку; В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, О.

Тімченко, С. Яковенко - стосовно технології діагностики подолання стресових розладів та ПТСР; І. Малкіна-Пих - про психологічну допомогу в кризових ситуаціях; Г. Сельє - щодо теоретичних основ поняття про ПТСР і загальний адаптаційний синдром; Ф. Шапіро – щодо психотерапії емоційних травм.

ПТСР має тенденцію до формування особистісних порушень, характеризується високою поширеністю поєднаної патології та тяжкими соціальними наслідками. Удосконалення діагностичних алгоритмів є важливою складовою допомоги, що надається пацієнтам з ПТСР з огляду на необхідність точної диференціації та верифікації розладів, а також розробки та вдосконалення персоналізованих методів терапії.

Точна причина виникнення посттравматичного стресового розладу невідома. ПТСР виникає під впливом події, що травмує. Ситуації, в яких людина відчуває сильний страх або безпорадність, вважаються травматичними.

Психічна травма – переживання, спричинені тяжкою подією, що травмує психіку. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист, він перетворюється на розряд травматичних (Растроста, 2018).

У типовому випадку індивід з ПТСР наполегливо уникає пов'язаних з травмою думок та емоцій, а також може навіть виявляти ознаки амнезії щодо цієї травматичної події. Проте подія зазвичай пожвавлюється через нав'язливі спогади і кошмари.

ПТСР виникає у людей, які пережили війну, фізичний напад; землетрус; пожежу; дорожньо-транспортну пригоду; напад тварин. Психотравмуючими також є ситуації навмисного обману, шахрайства, оскільки ведуть до втрати довіри загалом людей, світу (Акірева, 2022).

У цьому контексті цікаво розглянути фактори, що впливають на ступінь впливу на людину екстремальної стресової ситуації, тому що деякі з них теж

пов'язані з особистістю, її станом на момент отримання психотравми та ставленням до ситуації. Якщо суб'єкт сприймає те, що сталося з ним, проявом несправедливості, чимось таким, чого не могло і не мало статися, і якщо він не може або не хоче протистояти ситуації, можна стверджувати, що травматичний стрес, який отримує суб'єкт, посилюється.

Знання деяких аспектів загальної психології людини та психології розвитку дозволяє висунути припущення щодо цього цікавого моменту. Передбачається, що виникнення ПТСР обумовлено не лише фактом безпосереднього переживання травмуючої ситуації та її характером, а й іншими чинниками – наприклад, біологічними особливостями людини. У деяких дослідженнях ми можемо знайти фактори ризику розвитку ПТСР, знання яких необхідне психологам та соціальним працівникам для профілактичної роботи, наприклад, з особами, чия професійна діяльність пов'язана з екстремальними ситуаціями.

Крім того, з урахуванням факторів ризику, що впливають на конкретну особу, ми можемо скласти більш точний прогноз розвитку та перебігу посттравматичного розладу. Однак питання про те, наскільки сучасні студенти обізнані з цим явищем, досі залишається відкритим.

Отже, нині актуальним є питання про ознайомлення представників студентського середовища щодо впливу травматичних ситуацій, екстремальних умов життєдіяльності на розвиток та функціонування особистості, на психологічне благополуччя особистості, на її адаптаційний потенціал.

Така проблематика зумовила вибір теми «Рівень обізнаності студентства НаУКМА щодо посттравматичного стресового розладу». **Об'єктом** дослідження є студенти 1-4 курсів НаУКМА, **предметом** дослідження – обізнаність студентів НаУКМА про посттравматичний стресовий розлад.

Метою даного дослідження є встановити рівень обізнаності студентів НаУКМА щодо ПТСР.

Досягнення поставленої мети зумовило виконання наступних **завдань**:

- опрацювання наукових досліджень щодо поняття та розповсюдження посттравматичного стресового розладу;
- визначення важливості знайомства студентів з симптомами та наслідками ПТСР;
- обґрунтування необхідності ознайомлення студентів про терапію стресових розладів, спричинених травматичними подіями;
- виявлення аспектів, які студентство знає щодо ПТСР.

Методи дослідження – 10 напівструктурованих глибинних інтерв'ю зі студентами НаУКМА 1-4 курсів (бакалаври), спрямоване на з'ясування їхньої обізнаності щодо ПТСР, та інтерв'ю з експертом – з метою обговорення пошуку варіантів для покращення обізнаності молоді про ПТСР.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати, отримані в ході його виконання, можуть бути використані практикуючими психологами під час діагностики наслідків ПТСР, в тому числі серед студентів, педагогами закладів вищої освіти під час просвітницької роботи зі студентами, медичних працівників під час роботи з пацієнтами, які страждають на постстресові розлади.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТСТВА ПРО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

1.1. Наукові дослідження поняття та розповсюдження посттравматичного стресового розладу

Проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сучасному етапі розвитку медичної науки все більше привертає увагу дослідників як за кордоном, так і в нашій країні.

Посттравматичний стресовий розлад – це хронічний психічний розлад, який може виникнути після травмуючих життєвих подій, таких як: участь у бойових діях, техногенні чи природні катастрофи, сексуальне насильство чи втрата близьких. У світовій популяції, хоча б раз у житті, 70,4% людей зазнавали травмуючих подій і їх у 4 % розвинулося ПТСР (Романовська, Ілащук, 2014).

ПТСР може призводити до значного погіршення якості життя пацієнта. Варто зауважити, що спочатку, до проведення масштабних досліджень з цього питання, ПТСР розглядалося як специфічний військовий розлад (Кисельова, 1999). Так, з кінця ХІХ до другої половини ХХ століття синдром, подібний до того, який в даний час прийнято вважати за ПТСР, описувався у людей, які брали участь у бойових діях (Буряк, 2015).

Проблема стала знову актуальною у другій половині ХХ століття, коли у світі зросла кількість локальних військових конфліктів, а дисципліна та моральний дух солдатів не рятували їх від тяжких наслідків, які не зникали з часом.

На сьогоднішній день єдина думка дослідників з питання ПТСР та психологічної травми в цілому полягає в тому, що посттравматичний стресовий розлад – психогенне захворювання, яке запускається стресом, з

яким нашої психіці неможливо впоратися швидко та ефективно, використовуючи раніше відповідні для цього рішення.

Савчин і Василенко (2005) вважають, що ПТСР – це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатний викликати психічні порушення практично в будь-якої людини (такої як природні та техногенні катастрофи, бойові дії, тортури, зґвалтування тощо). На думку Мельник (2016), на психологічному рівні симптоми ПТСР представляють сукупність взаємопов'язаних психологічних характеристик (симптомокомплекс), що входить до семантичного поля поняття «посттравматичний стрес».

Грицевич (2014) розглядає ПТСР як комплекс психічних порушень, що виникають у зв'язку з екстремальними ситуаціями. Його клінічна картина є автором поєднанням психопатоподібних розладів поведінки (асоціальних, експлозивних, істеричних), що посилюються алкоголізацією, вживанням наркотиків і важкою невротоподібною симптоматикою. На думку військових психіатрів, ознаки ПТСР являють собою тривалі або відстрочені умовно-адаптивні психічні зміни та психічні розлади, що виникають внаслідок впливу факторів бойової обстановки. Зазначається, деякі з цих психічних змін на війні можуть мати пристосувальний характер, а в мирному житті ведуть, часом, до різних форм соціальної дезадаптації.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) описує психологічні симптоми, що виникають внаслідок надзвичайно серйозних життєвих ситуацій, які суттєво перешкоджають нормальному функціонуванню.

ПТСР часто виникає внаслідок подій, таких як автомобільні аварії, стихійні лиха, акти насильства. Люди з травматичним анамнезом рідко переживають лише одну травматичну подію, найчастіше, зазнали кількох епізодів травматичної дії, що призводять до складної симптоматики (Алещенко, 2005). На сучасному етапі 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб включає два різні споріднені стани - посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (код 6B40) та комплексний ПТСР (КПТСР) (код

6B41), під загальною категорією «Специфічні розлади, пов'язані зі стресом». ПТСР складається з трьох груп симптомів, включаючи повторне переживання травми тут і зараз, уникнення травматичних спогадів та постійне почуття поточної загрози, яке проявляється перебільшеним переляком, підвищеною пильністю (Григоренко, Савельєва, 2017).

Більш важка форма посттравматичного стресового розладу – комплексний посттравматичний розлад (КПТСР), який відрізняється від відомого травматичного синдрому п'ятьма найбільш вираженими компонентами: флешбеками, токсичним почуттям провини, зневагою до своїх інтересів та потреб, внутрішньою критикою та соціальною тривожністю (Байдик та ін., 2006).

У МКХ-11 комплексний посттравматичний розлад включає три кластери ПТСР і три додаткові кластери, які відображають «порушення в самоорганізації» і впливають на дисрегуляцію, негативну я-концепцію і порушення в міжособистісних відносинах. Дослідники вважають, що це порушення, зазвичай, пов'язані зі стійкими, повторюваними чи множинними формами травматичного впливу, відбивають втрату емоційних, психологічних і соціальних ресурсів за умов тривалих негараздів (Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги, 2016). Ряд дослідників також розглядають як симптоматику КПТСР: труднощі у регуляції афективних імпульсів; млявість, повільність обробки інформації, проблеми з увагою та концентрацією; дисоціативні епізоди та деперсоналізацію; проблеми самосприйняття, хронічне почуття провини, які супроводжуються почуттям інтенсивного сорому; відзначаються складності у довірі та близькості, стійкі зміни до системи смислів (Керик, 2009).

Почуття самотності та непотрібності, різкі коливання настрою, надактивна реакція гострого стресу «бий чи біжи», підвищена чутливість до стресових ситуацій, суїцидальні думки. Локтева С.А. (2009) вважає, що КПТСР зачіпає всі структури особистості – образ самого себе, образи інших,

цінності та ідеали, і призводить до відчуття, що когерентність та безперервність особи зазнають нападу та систематично руйнуються. Комплексний ПТСР (Maercker et al., 2013) – це розлад, який виникає після контакту зі стресором, як правило, екстремального чи тривалого характеру і від якого тікати важко чи неможливо.

На сьогоднішній день все більша кількість досліджень проводить різницю між двома профілями симптоматики (понад 40 досліджень, проведених принаймні в 15 різних країнах, послідовно демонстрували різницю між ПТСР та КПТСР) (Савчин, Василенко, 2005).

Поширеність ПТСР варіюється залежно від частоти катастроф та травматичних ситуацій. Виявлено, що ПТСР трапляється у 2,6 % випадків від загальної кількості обстежуваного населення (Албул, Ніколаєв, Тьорло, Йосипів, 2018). Серед звичайного населення ПТСР відстежується від 1 до 12 % випадків і досягає 30 % серед населення, яке зазнало впливу травмуючої ситуації. Наводяться також дані, що після руйнівного нещастя в 50-80% випадках серед людей, що залишилися живими, може розвинути ПТСР (Керик, 2009).

Дані епідеміологічних досліджень показують, що кількість людей, у яких розвивається ПТСР, зростає в умовах локальних подій, у тому числі воєнних конфліктів, при подіях, що охоплюють масову кількість населення (Швець, 2010).

Виявлено залежність поширеності ПТСР від характеру травми, статі, віку, соціально-культуральних особливостей (Gianluca et al., 2018). Так, у чоловіків розлад відзначається у 0,5 % випадків, у жінок – 1,2 % (Корольчук, 2003). Число страждаючих ПТСР зростає у групах ризику (жителів областей у підвищених зонах ризику стихійних лих, катастроф, військових конфліктів) до 73-92%.

ПТСР спостерігається у людей різного віку, але найчастіше у молодих. Цей розлад може спостерігатися також і у дітей (Va/DoD Clinical Practice

Guideline Working Group, 2017). Так, є дані, що приблизно у 80 % дітей, які отримали опіки, через 1 – 2 роки після травми розвивається ПТСР, а дорослих – лише 30 % (Керик, 2009). Автори пояснюють це тим, що у маленьких дітей ще не розвинені механізми, що дозволяють впоратися з фізичними та емоційними ушкодженнями, які завдають травми. На думку цих авторів, те саме відбувається і з людьми похилого віку, коли механізми боротьби з психічною травмою стають слабшими, а так само з тим, що її вплив посилюється за наявності інших хвороб. Деякі автори стверджують, що дорослі жінки переживають психічно травмуючі ситуації більш болісно порівняно з чоловіками (Мельник, 2015). У той же час серед дітей, хлопчики більш чутливі до подібних стресорів, ніж дівчата.

Численними дослідженнями було показано, що ПТСР, викликане масовими лихами, значно збільшує поширеність розладу. Воно може розвинути не тільки у безпосередніх жертв подій, а й у людей, які стали очевидцями надзвичайної ситуації, рятувальників, родичів, медичного персоналу, пожежників (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Таким чином, серед тих осіб, у яких описують розвиток ПТСР можна виділити три категорії, тих, хто: 1) безпосередньо зазнав стресу; 2) надавав допомогу або був присутній під час подій; 3) пізніше дізнався про трагедію.

На сьогоднішній день складність діагностики ПТСР обумовлена відсутністю не тільки класифікації подій та факторів, що призводять до розвитку ПТСР, а й термінологічними проблемами психогенного фактора. У зв'язку з цим серед дослідників виникає полеміка про обґрунтованість постановки діагнозу ПТСР за етіологічною ознакою.

Спочатку ПТСР розглядалося як специфічний військовий розлад. Так, з кінця 19 аж до другої половини 20 століття синдром, подібний до того, який нині називають ПТСР, описувався у людей, що беруть участь у бойових діях (Schwartz, 2017). Перше, на що було звернуто увагу і описано у солдатів після

важкого бою під час Громадянської війни в Америці наприкінці 19 століття, це наявність серцевих хвороб у поєднанні з психічними проявами.

З цієї причини такий розлад називали «солдатське серце», «іритативне серце», «синдром зусилля», «психонейроз воєнного часу», «шок від снарядів», «військовий невроз», «фронтowa втома», «шок обстрілу», «втома битвою», синдром «тисячного погляду» (Phelps, Lethbridge, Brennan, Bryant, 2021). До них відносили випадки істерії та психастенії і вважали, що якби людина не потрапила у військові умови, вона могла б благополучно прожити, не зважаючи на хвору. До першої світової війни різні психологічні відхилення, пов'язані з травмою або військовою обстановкою, пояснювали з моральної точки зору як прояви боягузтва та слабкої військової дисципліни (Григоренко, Савельєва, 2017).

Подальші численні дослідження, які тривають досі, проводяться у напрямі впливу на розвиток розладу змісту події через причинний фактор стресу.

Подібну симптоматику, описану при бойовій психічній травмі, виявили під час Другої світової війни у в'язнів нацистських концентраційних таборів більш ніж у 75 % випадків (Foa, Chrestman, Gilboa-Schechtman, 2008). Вже в той період такі розлади відносили до кола невротичних і близьких до них. Надалі вже через 5 – 10 років після закінчення Другої світової війни, у частини воюючих, вперше виявлялися занепокоєння, сни з військовим змістом, агресивність, знижений настрій, складність у міжособистісних відносинах (Васильєв, 2016).

Перелік травматичних подій, під час яких виявлялися ознаки психічних розладів, схожі з ПТСР, розширювався. Виявилося, що подібні симптоми можуть бути спричинені психічними травмами не лише за участі у бойових діях, а й за інших подій. Описано аналогічну клінічну картину при подіях, що супроводжуються серйозною загрозою життю або фізичній інтеграції: бандитському нападі, зґвалтуванні, нападі терористів, при загрозі життю

близьких, природних та пов'язаних з діяльністю людини катастроф – при землетрусах, повенях, смерчах, ураганах, сході лавин, пожеж, транспортних аваріях (Foa, 1986).

Висловлюється думка, що для визначення поняття лиха потрібні такі обставини (Мельник, 2016): екстраординарна подія повинна викликати руйнування матеріальних речей, або веде до смерті, фізичних ушкоджень, людських страждань; подія повинна призводити до руйнування можливості соціальної групи до пристосування; спільнота має втратити адекватні соціальні форми реагування.

Автор вважає, що для визнання події лихом чи катастрофою необхідно не лише визначити його масштаб, інтенсивність, раптовість чи непередбаченість. Для цього важливо оцінити фактор загрози або безпосереднє руйнування структури чи згуртованості спільноти, можливість пристосуватися до цієї події або осмислити її відповідно до принципів переважної культури. Таким чином, автор надає великого значення соціальним характеристикам.

В даний час прийнято вважати, що ПТСР може викликати таку «подію», яка незвичайна для особистості, вона виходить за рамки звичайного людського переживання, має чітко стресовий характер для будь-якої людини і супроводжується страхом, жахом, відчуттям безпорадності (Gianluca, et al., 2018).

Сам стрес за ступенем прояву може бути гострим та хронічним. У перший місяць після психологічної травми спостерігається гостра реакція на стрес. Якщо ж прояв реакції стресу затягується на місяці і навіть роки, то таку реакцію прийнято відносити до хронічної.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад має у своїй основі травму та негативний досвід міжособистісної взаємодії, якого неможливо було уникнути. Наприклад, дитина перебуває під впливом безлічі стресових факторів, батько в даному випадку не допомагає дитині впоратися зі стресом,

а лише посилює ситуацію. Дослідження показують, що сексуальне насильство над дітьми пов'язане з травмою; висока схильність до стресу; нереалістичні, найчастіше негативні уявлення про себе; низький рівень соціальної активності підвищують ймовірність появи комплексної ПТСР, тісно пов'язаної з проявами тривожних та депресивних розладів та схильності до суїцидальних тенденцій (Крайнюк, 2007).

Комплексний посттравматичний стресовий розлад, як правило, бере свій початок у ранніх дитячих травмах. Звідси можна припустити, що воно пов'язане з глибинними переконаннями людини про себе, про мир і про людей. Психологічна травма тут виступає як фільтр, що пропускає інформацію, що створює когнітивні спотворення, якими людина користується все своє свідоме життя. Так, наприклад, люди з комплексним ПТСР мають вдвічі більше шансів стати володарями хронічного соматичного захворювання, ризик суїцидальної спроби підвищується більш ніж у 2 рази (Корольчук, Крайнюк, 2009).

На думку ряду авторів, клінічна картина ПТСР характеризується поліморфністю та полісиндромальністю. Так, Григоренко (2017) вважає, що ПТСР є складним полісиндромальним утворенням, що характеризується стійкими тривожно-депресивними, тривожно-фобічними, obsесивно-компульсивними розбудовами з формуванням у процесі хвороби унікає поведінки. При цьому різна психопатологічна структура депресії при ПТСР і співвідношення її з іншими симптомами дозволяють говорити автору про синдромоутворюючу роль домінуючого депресивного афекту при ПТСР і виділити ще на ранніх етапах розвитку психогенних порушень різні типи хронічного ПТСР: тривожний, дисфоричний, апатичний та соматоформний. На думку Бундало (2008), поліморфна картина ПТСР включає прояви невротичного рівня, психотизму, дисоціативних розладів, психологічних порушень і порушень особистісного рівня. У клінічній структурі ПТСР автором виділено облігатні (первинні) та факультативні (вторинні) синдроми.

До облігатних були віднесені obsесивно-компульсивний, тривожний та дереалізаційно-деперсоналізаційний синдроми, до факультативних – фобічний, депресивний, паранояльний та синдром соматизації.

Люди з ПТСР виглядають ворожими, замкнутими, грубими. З ними важко розмовляти, тому що не вдається досягти порозуміння, ніби розмовляєш з ними різними мовами. Часто здається, що хворий ставить тебе з презирством або навмисне поводить себе зухвало.

Зрозуміло, що у зв'язку з цим люди, які страждають на ПТСР, насилу влаштовуються і утримуються на роботі, особливо якщо врахувати, що звичайні вимоги до трудової дисципліни виявляються для них неприйнятними. Неприятливий «імідж» цих людей посилюється їхньою схильністю до спиртного та наркотиків. Все це сприяє їхньому соціальному відторгненню, в результаті вони можуть залучатися до кримінальних структур.

Невизначеність і різноманітність понять включають визначення причин розладу як «стрес», «катастрофа», «надзвичайні ситуації», «екстремальні ситуації» тощо. Деякі автори позначають психічну травму подією, інші вводять своє поняття стресу та визначають його як сукупність стереотипних, запрограмованих реакцій організму при впливі на нього екстремальних факторів (Корольчук, Крайнюк, 2009). Треті – події, що викликають стрес, позначають як надзвичайні ситуації, що значно розширює діапазон тих подій, у відповідь на які у людей можуть формуватись постстресові реакції (Кровіна, 2015).

Немає чіткості у визначенні понять «психічна травма» та «кризова ситуація». Так, Кисельова (1999) вважає, що про психічну травму можна говорити, коли відбувається певна подія, яка різко змінює поточний устрій життя, критерієм якого пропонується прийняти втрату зв'язку між минулим і майбутнім, а також суб'єктивне сприйняття як негативно забарвленого.

Деякі автори зазначають, що надзвичайна ситуація як із соціальної, так і з біологічної точок зору є порушенням стабільності, цілісності системи індивіда, а також макро- та мікросоціального середовища (Кровіна, 2015). Водночас, на їхню думку, чи стане подія надзвичайною та тяжкість її наслідків, визначається особистістю.

Класифікація подій, надзвичайних ситуацій, як і визначення того, яка подія «найстресовіша», що провокує ПТСР, ще довгий час буде предметом суперечок та досліджень у науковій спільноті. Дискусії точаться навіть у тому, яким терміном називати причину розладу: «стрес», «катастрофа», «надзвичайні ситуації», «екстремальні ситуації», «подія». Деякі дослідники йдуть ще далі і вводять свої критерії стресу, збираючи до купи частини різних психологічних, психофізіологічних та соціальних теорій. Інші автори схильні відносити до надзвичайних ситуацій практично всі події, що вибиваються зі звичного способу життя людини, тим самим розширюючи поняття стресу та постстресових реакцій (Керик, 2009). Ймовірно, такого роду суперечки будуть йти ще дуже довгий час, колись точно стане відомо, яку термінологію використовувати, що вважати початком розладу. На даний момент, взявши за відправну точку те, що ПТСР розвивається у відповідь на важкий стрес, важливо пам'ятати про згубні наслідки, до яких може спричинити стрес, про те, посередником яких психічних порушень він може бути (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Деякі автори схиляються до того, що участь людини у військовому конфлікті є нетиповим видом стресової ситуації. Сама обстановка військового конфлікту, якщо її розглядати як психотравмуючу ситуацію, як правило, пролонгована за часом. Учасник бойових дій стикається з дефіцитом часу після ухвалення рішення, його життя перебуває під загрозою. Сильний психоемоційний стрес, що зазнає при цьому, проходить в умовах, повних обмежень і неможливості миттєво вплинути на те, що відбувається. Враховуючи все перераховане вище, деякі автори закликають відносити стрес

військового конфлікту в окрему групу психопатології (Євгеній Тичковський, режим доступу: <http://1.psiholog.com.ua/node/1054>).

Маючи уявлення про природу комплексного ПТСР, у межах клінічних спостережень з'ясувалося, що міжособистісна травма є незалежним чинником ризику у розвиток комплексного посттравматичного стресового розладу (Корольчук, 2003). Травма стає однією з причин, що створює у дитини нереалістичні уявлення про себе, порушується можливість саморегуляції емоційних проявів, що пов'язано з порушенням нейробіологічних систем, що коригують емоції та реакції на стресові ситуації.

Ця обставина стає ще одним приводом замислитися над тим, як сильно посттравматичний стресовий розлад впливає на психічний стан людей, і чи не є він однією з причин, які провокують, а може й погіршують психічні захворювання.

Якщо масовий характер проявів ПТСР вивчався з прикладу військових дій, то індивідуальний характер таких проявів вивчений недостатньо. Теорія комплексного ПТСР може сприяти розумінню індивідуальних характеристик переживання травми з позиції порушення механізму міжособистісної взаємодії, яке можна розглядати як варіант хронічної психічної травми, з постійною психоемоційною напругою. Такі стреси, пов'язані з різними ситуаціями, можуть повторюватися роками чи десятиліттями. Деякі люди знаходяться в самому епіцентрі негативної ситуації, інші є її очевидцями, такі травми можна назвати соціально-психологічними.

У період пандемії та різноманітних техногенних катастроф, глобальної зміни клімату, важливо приділити увагу цим явищам, тому, як такі події переживаються, пояснюються, приймаються в соціумі, і простежити за тим, як засоби масової інформації можуть впливати на розвиток і поширення ПТСР у популяції. Багато людей схильні спотворювати інформацію, що отримується ззовні.

Дослідники звертають увагу на значимість прогностичної оцінки майбутніх подій після психічної травми. Збіг прогнозу навіть невтішного, з наявними у потерпілого уявленнями про наслідки, супроводжується почуттям впевненості. Розбіжність – породжує внутрішню невпевненість і страх перед майбутнім, порушення повсякденного перебігу життя, зміна ролі індивіда в навколишньому мікросоціальному середовищі (Крайнюк, 2007). Автори особливо підкреслюють першорядну роль як самої події, а й те, як особистість сприймає цю подію. При цьому наголошують, що на початковому етапі клінічна картина реагування на різні види стресу приблизно однакова, а на пізніх етапах характер реагування на стрес змінюється залежно від виду надзвичайної ситуації. Виявлено, що розвиток ПТСР залежить також від експозиції часу психічної травми. Чим довше її вплив, тим більша ймовірність розвитку ПТСР (VA/DoD Clinical Practice, 2017).

Таким чином, було встановлено, що розвиток ПТСР спричинений такими факторами: зміст події, що викликала психічну травму – війна, природна чи техногенна катастрофа, насильство та ін.; сила стресу – легка, помірна, важка, дуже важка, катастрофічна; експозиція часу впливу стресу – короткочасна, тривала; раптовість – гострий або хронічний вплив стресу; число жертв події – масове, індивідуальне; сприйняття події самою особистістю; соціально-психологічна ситуація у місці події, де виявилася психічно травмована особистість (зовнішні фактори, середовище); прогностична оцінка індивідумом наслідків події, що відбулася.

1.2. Обґрунтування важливості ознайомлення студентів з симптомами та наслідками ПТСР

Стрес, який зазнають студенти, може позначатися на навчанні (придбанні, застосуванні та переробці знань), що перешкоджає академічній

успішності. Проблеми з успішністю також створюють дискомфорт, в результаті чого загальний стрес посилюється.

Для сучасного студента, як і для будь-якої людини, стрес – це не надприродне явище, а, швидше, реакція на проблеми, що скупчилися, за безкінечний процес боротьби з повсякденними труднощами, на фактори, пов'язані з роботою і діяльністю організації або подіями в особистому житті.

Для студента ЗВО проблеми та труднощі можуть викликати такі фактори: нестача сну; нездані вчасно роботи; невиконані чи виконані неправильно завдання; велика кількість пропусків занять; недостатньо повні знання з дисципліни; погана успішність з певної дисципліни; відсутність інтересу до дисципліни або запропонованої студенту роботи; збільшення навчального навантаження; конфліктні ситуації; погані фізичні умови; особистісні чинники (хвороба члена сім'ї, зміна кола друзів, конфлікти з одногрупниками та близькими людьми, переїзд, значні особисті досягнення, зміна фінансового стану, тип нервової системи та ін.) (Бандурка, Золотухина, Мамічева, 2015).

Внаслідок епідемії коронавірусу та початку повномасштабної війни, переживати симптоми ПТСР ризикує велика частина населення України, для яких ці події стали травмуючими. Молоді люди з комплексним посттравматичним стресом можуть потребувати додаткової уваги та адаптації в рамках навчання у закладах вищої освіти. З урахуванням цього, важливим є формування обізнаності студентства щодо ПТСР, оскільки зараз доволі високі ризики стати свідком або учасником травмуючої події. Це необхідно також з метою виробити толерантне ставлення до розладу та людей, що мають цей розлад, для зменшення стигматизації та покращення комунікації з постраждалими.

Одним із пріоритетних практичних завдань освітніх організацій стає створення такого освітнього середовища, яке виступає як розвиваючий та підтримуючий ресурс для особистісного потенціалу її суб'єктів.

Психологічний компонент освітнього середовища пов'язаний з його розвиваючим ефектом. Даний факт проявляється в існуючих класифікаціях освітнього середовища: орієнтована на студентів, розвиваюче освітнє середовище, що володіє названими властивостями, може по праву вважатися психологічно безпечним (Мельник, 2015).

Завдання навчальної програми у закладі вищої освіти щодо сутності стресових ситуацій та їх ролі у психологічному благополуччі молодого покоління має містити:

1. Ознайомлення з теоретичними засадами програми (теорії стресу, форми та динаміки прояви стресу, способи подолання, копінг стратегії у ситуації стресу).
2. Узагальнення та структурування знань студентів про особистісні властивості. Ознайомлення з інформацією про роль індивідуальних властивостей у переживанні та проявах стресу на іспиті.
3. Діагностичне дослідження властивостей особистості та темпераменту у студентів. Визначення параметрів стресостійкості, особистості та ситуативної тривожності, невротичних проявів.
4. Навчання прийомів самоорганізації та саморегуляції.
5. Надання допомоги у розробці індивідуальних планів підготовки до екзаменаційних випробувань.

Різними авторами підкреслюється, що немає універсального терапевтичного методу на лікування ПТСР (Алещенко, 2005), відновлення від ПТСР передусім є комплексним, що доводить, що обрані втручання мають проводитися не односторонньо, а торкатися різні сторони життєдіяльності клієнта. Це узгоджується з думкою Форд (Ford, 2021), у тому, що у процесі психотерапії необхідно зіставляти компоненти лікування та методи найкращого усунення конкретних симптомів ПТСР, представлених в людини.

При наданні психологічної підтримки особам, які отримали КПТСР, часто необхідно поєднувати різні підходи та методи терапії (Кісарчук, Омельченко, Біла, Лазос, 2015).

Таким чином, необхідно надавати не конкретну модель єдиної терапії, орієнтованої на психічну травму, а скоріше розроблений процес психотерапії з урахуванням індивідуального підходу.

Науковці висувають положення про те, що будь-яка терапія має бути спрямована не тільки на поточну симптоматику, а й на інші аспекти життя пацієнта (Brewin, 2017). Дослідники говорять про ефективність психологічних методів лікування, орієнтованих на травму, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація та переробка рухів очей (EMDR), а також соматична травма (тілесно-орієнтована терапія) на лікування КПТСР.

Тоді як інші методи лікування в цьому разі менш ефективні (гіпнотерапія, підтримуюча терапія та ін.), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає в заміні спотворених або дистресових думок більш точними та позитивними переконаннями. Для психотерапії часто застосовуються два методи когнітивно-поведінкової терапії: експозиційна терапія та когнітивно-процесуальна терапія.

Експозиційна терапія передбачає зниження чутливості до психічної травми шляхом багаторазового проговорення травматичних спогадів. Цей метод також використовує методи релаксації та дихальні вправи. Когнітивно-процесуальна терапія допомагає розвивати усвідомленість думок та почуттів; сприяє прийняттю нових, позитивніших переконань; заохочує практикувати нові навички, які призводять до інсайтів щодо своїх дій.

Форд (2021) та Фoa (2008) у своєму огляді описуючи методи лікування КПТСР, пише, що КПТ незначно ефективніша, ніж інші терапевтичні втручання, що заслуговують на довіру, і тільки щодо дисрегуляції відносин.

Як інший метод, що застосовується з позитивним результатом для пацієнтів з тяжкими травмами, може бути використана EMDR-терапія, вона дозволяє пацієнту справлятися з тривожним матеріалом і відкритися до подальших змін (Мельник, 2022). Таким чином, можна сказати, що робота з КПТСР має бути націлена на усунення психологічних захистів, щоб надалі трансформувати травматичні спогади на ті, які не призводитимуть до дискомфорту і таким чином підвищить сприйнятливність до подальших втручань.

Щодо ефективності застосування індивідуальної та групової терапії слід вказати на неоднозначність думок. Ряд дослідників згодні з тим, що індивідуальна терапія, орієнтована на травму, ефективніша, ніж групова терапія.

Так, ґрунтуючись на своїх спостереженнях, один із них говорить про те, що суб'єктам з посттравматичним стресовим розладом, що почалося в дитинстві, майже напевно потрібен більше індивідуальний підхід до лікування. В якості аргументації висувається думка про те, що різні типи травм викликають відмінності в тяжкості та складності перенесених симптомів і таким чином призводять до висновку про те, що терапія вимагає індивідуального підходу до кожного окремого випадку (Gianluca, et al., 2018).

І навпаки, Швець (2011) зазначає, що групова терапія пропонує переваги, які може забезпечити індивідуальну терапію. Наприклад, можливість прийняти своє минуле та знизити почуття соціальної ізоляції. Однак автор підкреслює, що іноді важливо пройти індивідуальну терапію до початку групової терапії, щоб бути спроможним прийняти свою вразливість у ситуації саморозкриття перед іншими людьми.

Поетапні втручання спочатку спрямовані на вирішення порушення в самоорганізації та пов'язаних з цими проблемами у повсякденному функціонуванні (наприклад, підвищення безпеки, регуляції емоцій та

соціальних навичок), а потім вводиться дослідження та конфронтація з психічною травмою (Ломакін, 2014).

Це робиться для того, щоб збільшити емоційні, психологічні та соціальні ресурси для покращення функціонування у повсякденному житті, а вже потім використовувати дані ресурси для підвищення ефективності роботи.

Brewin (2017) та інші дослідники наголошують на тому, що терапії травматичних спогадів має передувати фаза терапії (стабілізація, зменшення симптомів та розвиток навичок), на якій закладається основа для успішної та безпечної переробки психічної травми (Brewin, 2017).

Загалом молодь практично застосовує один продуктивний стиль, зорієнтований на вирішення проблем, що виникають, і стиль соціальний, спрямований на отримання допомоги з боку інших. Непродуктивний стиль молодь використовує насамперед у дуже складних для неї життєвих ситуаціях, які слабо контролюються і викликають почуття знесиленості, відчаю чи пасивності, нудьги (Титаренко, 2011).

1.3 Поширеність ПТСР серед студентства

Соціальна ситуація розвитку, яка характерна для студентського віку, дозволяє стверджувати, що цей віковий період описується як концептуальна соціалізація, що характеризується розвитком стабільних особистостей особистості, стабілізацією всіх психічних процесів, досягненням максимум творчих, інтелектуальних здібностей і працездатності (Локтева, 2009).

Слід підкреслити, що людина в молодому віці долає вікову кризу ідентичності, яка може бути позитивною (формування позитивного і адекватного сприйняття власного Я, переконань і пріоритетів) і негативною (розвиток недостатньої самооцінки, домінування тривоги, пасивності, страху, інтроверсії, відсутність чітких життєвих перспектив).

Вчені розрізняють ряд характеристик, що ілюструють насиченість цього періоду і його особливості. Таким чином, Підчасов (2011) зазначив, що в цей період молода людина робить вибір для своєї майбутньої професійної діяльності, освоюючи необхідні для цього знання і усвідомлюючи себе в інших сферах, захищає індивідуальність власних переконань. Цей віковий період має важливе значення для формування світогляду особистості і базується на отриманих знаннях, власному життєвому досвіді та їх узагальненні студентом.

У дослідженнях Сміт (2014) цей вік тісно пов'язаний з періодом дозрівання і характеризується як сукупність окремих процесів, пов'язаних з досвідом соматичних змін, необхідністю адаптації до них і соціальними реакціями на них. Вчений виділяє дві основні фази дозрівання: фазу втрати дитячого статусу і фазу реорганізації.

Всі перераховані вище фактори можуть бути причиною стресу для студентів.

Деякі студенти, які приїхали з окупованих територій, значно довше та складніше адаптуються до нових умов проживання та навчання. Загальновідомо, що студенти першого курсу мають певний адаптаційний період до навчання у ЗВО. Однак у частини студентів, які пережили психотравмуючі події, можуть бути адаптаційний внутрішньоособистісний конфлікт та складнощі в комунікації як наслідок психотравмуючих подій.

У молодих людей 18–20 років найчастіше фіксуються так звані поведінкові стратегії подолання. На другому місці пізнавальні копінг-стратегії, а на останньому – емоційні. У студентів домінує раціональна поведінка у складних життєвих ситуаціях, що не дуже відповідає типовим уявленням про юнацьку імпульсивність (Мельник, 2022).

У студентів-дівчат стратегії подолання кризи виразніші, сформованіші, ніж у хлопців. Дівчата сильніше переживають, “влловлюють” стрес і раніше навчаються справлятися з його наслідками, більше мобілізуються для його

подолання. До того, ж вони ще з молодшого віку краще усвідомлюють свої думки і почуття з приводу болючих життєвих проблем і відкритіші для їх обговорення з психологом чи батьками (Мельник, 2016).

У студентів-хлопців іноді популярними стають такі непродуктивні стратегії виходу із складних життєвих ситуацій, як утеча в себе, активний відпочинок, ігнорування проблеми. Вони відволікають себе від ситуацій, що потребують активних дій, ховаються від прийняття відповідальних рішень, відкладають на невизначений термін навіть думки і плани з приводу конфліктів.

Потрібно зазначити, що травматичний досвід впливає на психоемоційне самопочуття, яке спричиняє нестабільність і втрату контролю над ситуацією та власним життям.

Тематика травматичних подій у студентів із зони проведення АТО найчастіше пов'язане з війною, а у студентів з інших регіонів України – з особистими стосунками. Подальше піддавання стресовим подіям може збільшити ризик їхньої академічної неуспішності та виключення з медичної школи (Магдисюк, Мельник, 2021).

Отже, подальші дослідження мають орієнтуватися на вивчення психотерапії КПТСР та створення основи актуальних для сучасного суспільства методів щодо його терапії, щоб надалі забезпечити ефективну та оперативну допомогу людям із комплексним посттравматичним стресовим розладом.

РОЗДІЛ 2

ОБІЗНАНІСТЬ СТУДЕНТІВ НАУКМА ПРО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ЙОГО ПЕРЕБІГ ТА ЛІКУВАННЯ

2.1. Методологія та організація дослідження

Дослідження обізнаності студентства про ПТСР проведено методом напівструктурованого глибинного інтерв'ю. Такий метод дозволив більше дізнатися про думки та уявлення респондентів на сензитивну тему - серед респондентів є студенти, які переживали симптоми або мали діагностований ПТСР, а також більш детально проаналізувати їх погляди та глибинні переконання щодо ПТСР. Результати дослідження не є репрезентативними, вони мають на меті окреслити загальну картину обізнаності студентів на тему ПТСР, дізнатись про індивідуальний досвід та порівняти надану інформацію з експертною думкою.

Було проведено 10 інтерв'ю серед студентів НаУКМА, для вищої різноманітності обрано респондентів різної статі (6 хлопців та 4 дівчини), віку (від 18 до 22 років) та року навчання (1-4 рік навчання). Також було проведене експертне інтерв'ю зі спеціалістом в галузі психологічної допомоги з практичним досвідом роботи з пацієнтами з ПТСР з метою отримання глибоких знань з теми ПТСР та порівняння їх з обізнаністю студентів. Усі інтерв'ю проводились особисто, тривалістю від 40 до 80 хвилин.

Пошук респондентів для інтерв'ю проводився за принципом доступності та добровільності учасників. Критеріями включення до дослідження були наявність статусу студента НаУКМА та добровільність взяти участь в інтерв'ю на тему ПТСР. Недоліком цього принципу є відсутність репрезентативності результатів, проте він дозволяє пошук

спільностей та відмінностей у досвіді та переконаннях респондентів, а також формування загальних уявлень про їх обізнаність.

Усі учасники інтерв'ю були повідомлені про конфіденційність опитування. З цією ж метою імена респондентів, наведені в дослідженні для зручності аналізу, є зміненими.

Таблиця 2.1

Детальний опис респондентів, які брали участь в інтерв'ю

№ п/п	Ім'я респондента	Статус	Стать	Вік
1	Павло	студент НаУКМА, 3 р.н.	ч	20
2	Оксана	студентка НаУКМА, 1 р.н.	ж	19
3	Олена	студентка НаУКМА, 2 р.н.	ж	20
4	Тетяна	студентка НаУКМА, 1 р.н.	ж	18
5	Марк	студент НаУКМА, 2 р.н.	ч	19
6	Ніка	студентка НаУКМА, 4 р.н.	ж	22
7	Каріна	студентка НаУКМА, 3 р.н.	ж	21
8	Дмитро	студент НаУКМА, 4 р.н.	ч	19
9	Петро	студент НаУКМА, 4 р.н.	ч	22
10	Кирило	студент НаУКМА, 4 р.н.	ч	22

11	Філіп	Експерт-психолог	ч	37
----	-------	------------------	---	----

Для респондентів був розроблений гайд, який містив 10 запитань для опитування, основними питаннями якого були: «Чи знаєте ви, що таке ПТСР?», «Чи доводилось вам особисто чи вашим знайомим стикатися з такою проблемою?», «Що на вашу думку стрес і які його наслідки для психіки людини?», «Як, на вашу думку, можна подолати наслідки травмуючої події?». Для експертного інтерв'ю був розроблений окремий гайд для детальнішого заглиблення в тему ПТСР.

2.2 Дослідження обізнаності студентів про ступені прояву та механізми перебігу ПТСР

Стресові розлади, в тому числі й ПТСР, є реакцією організму людини на сильний стресор. Така реакція є індивідуальною в залежності від адаптивних здібностей психіки та суб'єктивної важливості травмуючого фактору. У випадку, де в одного постраждалого внаслідок певної події розвинувся посттравматичний стресовий розлад, для іншого постраждалого могло не бути помітного впливу на стан психічного здоров'я.

Психологічний стрес може впливати на стан свідомості, фізичного здоров'я та якість життя людини загалом. Інтенсивність порушень може варіюватися від незначної зміни настрою до більш серйозних захворювань, такі як виразка шлунку чи серцеві хвороби.

Описуючи ознаки стресових ситуацій, респонденти виокремлювали наявність емоційної напруги, прискорене серцебиття, почервоніння або поблідніння шкіри, пітливість.

Думки щодо впливу стресу на людину виявились неоднозначними. Деякі студенти виокремлюють «корисний» стрес – на їхню думку, незначний стрес швидко забувається, при цьому має позитивний вплив на особистість,

допомагає розвинути якості «сильної людини». Натомість інші респонденти переконані, що сприйняття людиною будь-яких стресових ситуацій є індивідуальним і може не відповідати загальним уявленням:

«В деяких людей позитивні події можуть викликати такий інтенсивний шквал емоцій, що не помітять своїх незрозумілих імпульсивних дій або навіть отримують інфаркт або інсульт. І тоді корисний стрес втрачає свої позитивні здібності» (Дмитро, 4 р.н.).

«Я думаю, що ставлення до невдач формується на основі переживання важких життєвих ситуацій, і одночасно формується у людини негативне ставлення до складнощів і невдач. Я думаю, це можуть бути конфліктні відносини з близькими, друзями, викладачами, навіть несподіваний провал на екзамені можуть вплинути на психіку людини, залишивши травму на все життя» (Павло, 3 р.н.)

Респонденти погоджуються зі шкідливістю хронічного стресу і описують такі можливі наслідки, як: постійний головний біль, сонливість, переїдання, втрата віри в себе, агресивність.

На запитання, що таке посттравматичний стресовий розлад, студенти інтерпретували термін по-різному, характеризуючи його як «неприємні спогади», «тривалі хвилюючі переживання» або «приступи агресивності».

Також були перелічені можливі причини виникнення ПТСР, а саме: травма в дитячому віці, психічні захворювання в сім'ї, нещодавні травмуючі події в особистому житті. Загалом склалось враження, що ПТСР респонденти пов'язують із поганими спогадами про неприємну подію.

Траплялись відповіді про симптоматику ПТСР як про нервові зриви, раптову зміну настрою, хвилювання, безсоння. Каріна, 3 р.н., описуючи прояви ПТСР, вказує на те, що *«Це приступи агресивності, які переживає людина, коли згадує неприємні події. Людина може їх переживати і тримати в собі, а може виплескувати у формі образ на людей, які знаходяться поруч».*

Студенти вважають причиною психічних розладів переважно не конкретну травматичну подію, локалізовану в часі, а тривале стресове переживання, що виходить за межі звичайного. При цьому змінюються соціальні зв'язки і життєві плани, виникає нестабільність і невизначеність майбутнього. Також респонденти вважають, що на емоційний стан може впливати велика кількість неконструктивної тривожної інформації в ЗМІ.

Деякі студенти до подій, які спричиняють ПТСР, відносять і поширення коронавірусу та оголошення карантину у 2020 році. Про тривалість ПТСР більша частина студентів вважають, що ця реакція триває протягом усього періоду існування загрози:

«Травматичні події, пов'язані з коронавірусом, спостерігалися з самого початку пандемії і вже зараз ідуть на спад, коли карантин вже майже скасовано. Моя знайома захворіла на коронавірус і дуже тяжко перенесла хворобу, на ноги встати не могла тоді. А після лікування у неї проявляється гостра реакція – аж до паніки та перебільшення проблеми. Я думаю, що це в неї і є ПТСР після важкого лікування». (Ніка, 4 р.н.)

Більшість студентів впевнені, що існує кілька варіантів реакції організму на стрес. Вони вказують на те, що у ситуації, що склалася, один тип людини реагує психологічним «блокуванням», звуженням свідомості, млявістю розуму, негативними прогнозами. Інший тип демонструє балакучу, збуджену, енергійну та надмірно активну поведінку. Зараз із покращенням ситуації пандемії більшість людей згадує про той період з гумором, проте для значної частини населення такі згадки досі викликають тривогу.

Також студенти зазначали, що люди, які перенесли важку стресову ситуацію та схильні до ПТСР, можуть страждати на спотворене сприйняття часу (здається, що один день триває вічність) і розлади сну (труднощі із засипанням, переривчастий сон, кошмари), відчувати зниження мотивації та відчуття безпорадності.

Опитаний нами експерт стверджує: *«У людей з психічними захворюваннями в анамнезі ймовірні загострення. За відсутності режиму життя зростає відсоток вживання алкоголю, наркотиків, збільшуються випадки конфліктів та бійок. Вегетативні та психосоматичні прояви, такі як ті самі стресові виразки, наприклад, не є рідкістю.*

У значної кількості людей ця стадія призведе до мобілізації внутрішніх сил, яка супроводжується специфічними біологічними змінами в їх організмі, без будь-яких клінічних проявів»

Також експерт зазначає, як саме людина наближається до етапу прояву наслідків травмуючих подій: *«Це називається перехідний етап. Цей етап розпочнеться лише після зникнення реальної загрози і залежатиме від ступеня зміни динаміки життя, способу життя пацієнта та масштабу травматичного досвіду. Деякі люди переживають його гостро, з внутрішньою емоційною напругою, зміною харчових звичок і розладом сну. А у інших може розвинути депресія або той самий тривожний розлад. Наступний етап – це вже безпосередньо посттравматичний стресовий розлад.»*

Експерт перелічує такі особливості прояву ПТСР, як: дратівливість, депресія, апатія, підвищена психоемоційна напруга, соціальна дезорієнтація, відчуття втрати сенсу. Серед симптомів згадується і надмірна настороженість людини, особливо до всього, що видається загрозливим для здоров'я чи особистого простору.

Отже, студенти мають загальне уявлення про причини та симптоми посттравматичного стресового розладу, проте виявлена недостатня обізнаність щодо причин і розвитку розладу, а також відмінні погляди на інтерпретацію терміну ПТСР. Розлад характеризувався переважно його негативними проявами, такими як агресивність та неприємні спогади, проте респонденти вдало навели приклади можливих симптомів.

2.3. Обізнаність студентів про способи подолання наслідків ПТСР

Щодо особистого досвіду пережитого посттравматичного стресового розладу, на запитання «Чи доводилось вам переживати травмуючі події?» відповіді студентів розділились, половина сказали – так, а половина – ні. Такі відповіді треба розуміти в світлі того, що більшість студентів не дали правильного визначення ПТСР, а тому скоріше за все вони плутають поняття ПТСР зі звичайним стресом. Адже на запитання «Чи потребуєте Ви зараз або чи потребували раніше допомоги спеціаліста для усунення ПТСР?» ствердна відповідь була тільки у одного студента.

Респондент Кирило, 4 р.н., мав досвід пережитої травмуючої події, тривалий час відвідував спеціаліста та зміг окреслити основні наслідки, такі як: постійне проживання травмуючої події заново, раптові напади тривоги, уникання згадок про пережиту ситуацію. *«Це подія, яка вперше викликала сильні почуття, як правило це страх. Після такої події ти поводишся і відчуваєшся так, ніби вона постійно повторюється. Іноді ти раптово відчуваєш напад тривоги, яка здається безпричинною. І насправді я вже потім зрозумів, що причиною була якась подія, місце, дата, річ тощо, які чимось мені нагадували про пережиту травму»* (Кирило, 4 р.н.)

Щодо можливостей подолання ПТСР та його наслідків деякі зі студентів переконані – якщо хронічний стрес став результатом пережитої травми, наслідки якої з часом вдалося подолати, то людина все одно час від часу яскраво згадує пережите (наприклад, землетрус, зґвалтування, участь у бойових діях) і знову занурюється у страждання. Під час таких нападів, флешбеків (flash-back), інтенсивність негативних переживань може сягати майже первинного рівня. Саме тому без допомоги спеціалістів подолати хронічний стрес дуже важко. Його дія поширюється на інші сфери життя, впливає на здоров'я, працездатність, стосунки, і тому кваліфікована психологічна допомога при цьому конче потрібна.

Проте не всі респонденти визнають важливість психотерапії у подоланні симптомів ПТСР.

«Ефективний метод – випити ліки. зараз багато в аптеці всяких заспокійливих. Я думаю можна обійтись і без походу до психолога» (Каріна, 3 р.н.)

«У звичайних життєвих ситуаціях молоді люди вчаться долати перешкоди, аналізують своє ставлення до труднощів, виробляють якусь оптимальну тактику і стратегію поведінки. На мою думку, такі труднощі теж можна вирішити самотійно і не обов'язково звертатись до психолога, якщо не відчуваєш потреби» (Олена, 2 р.н.)

Однозначно більшість студентів впевнені, що лікування посттравматичного стресового розладу є складним і тривалим завданням.

Експерт зазначає, що: *«Дуже важливо вчасно розпочати терапію пацієнтів із гострим стресовим розладом, щоб запобігти розвитку хронічного ПТСР. У випадках пацієнтів з низьким ризиком можна рекомендувати нормалізацію сну, помірні фізичні навантаження, вживання вітамінів, це може допомогти. Антидепресанти, нейролептики і інші ліки можуть виписуватись для полегшення в основному гострих симптомів»*

Із суджень студентів можна зробити висновок, що важливо приділяти увагу профілактиці розвитку посттравматичного стресового розладу, адже наразі суспільство буде боротися з наслідками спочатку коронавірусу, потім повномасштабної війни, а психічне здоров'я є особливо вразливим.

Що стосується інформативності сучасної системи вищої освіти щодо можливостей боротьби із ПТСР, деякі студенти зазначили, що в стінах НаУКМА їм відомі заходи просвітницької та реабілітаційної роботи у боротьбі з ПТСР, які проводяться за ініціативи студентських організацій. Відомо, що в Академії проводився один із тренінгів з арт-терапії у 2017 році на тему подолання психотравми у дітей та підлітків, які стали жертвами війни в Україні (Режим доступу: <https://www.ukma.edu.ua/index.php/science/tsentri->

ta-laboratoriji/cmhpss/news/3269-treninh-z-art-terapii-v-ramkakh-proektu-podolannia-psykhotravmy-ta-profilaktyka-ptsr-u-ditei-ta-pidlitkiv-zarady-maibutnoho-ukrainy) .

Стосовно практичної роботи в ЗВО, зокрема НаУКМА, експерт зазначив: *«Так, і в університетах працюють сертифіковані тренери. Вони є висококваліфікованими фахівцями у галузях психології, соціальної роботи, мають досвід роботи з дітьми, ветеранами АТО, ВПО, взагалі всіма категоріями людей, що зазнали психологічної травми. Крім того, наскільки мені відомо, при Академії функціонує центр психосоціальної реабілітації»*

Загалом, більшість студентів вказують на те, що їм відомо про факти психологічної допомоги, але, на жаль, вони не мали змоги особисто брати участь у таких заходах, оскільки останні 2 роки (включно з тим, що весь минулий рік триває повномасштабна війна) такі заходи не проводились. Після повномасштабного вторгнення Росії на територію України приводів для посттравматичних розладів значно побільшало.

Сконструйований опитувальний інструментарій мав на меті вирішити такі дослідницькі завдання: визначити ключові страхи сучасного студента, виявити стратегії подолання дискомфорتنних ситуацій, пов'язаних з ПТСР, і позначити основні фактори, що зумовлюють стан тривоги (наприклад, джерела інформації про загрози).

Переважає більшість студентів відповіли, що не мають досвіду сильно травмуючих життєвих подій, тому вони не змогли дати правильної відповіді на запитання щодо визначення ПТСР.

Думки також розділились щодо симптомів ПТСР і загальної ролі стресу в житті людини, респонденти не були однозначні. Тільки один студент мав досвід лікування особисто ПТСР, перебуває в терапії і на момент проведення інтерв'ю.

ВИСНОВКИ

На сьогоднішній день існує велика кількість досліджень, що описують, доповнюють та уточнюють моделі та визначення посттравматичного стресового розладу. Різні фахівці весь період дослідження цього питання мають неоднозначні погляди на феномен психологічної травми та обставини, що до неї призводять.

Прояв та розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) залежить від багатьох різних обставин: локальні військові конфлікти, зміна соціального статусу, зниження рівня доходу, життя в умовах масових обмежень (пандемія), втрата близької людини тощо.

В науці ще немає чітких, однозначних критеріїв визначення психологічної травми. Ця тема є дуже перспективною для емпіричного вивчення. Нинішній стан справ все більше підштовхує дослідників шукати маркери психологічної травми, звертаючи увагу на генетичну схильність. У зв'язку з високою частотою виникнення різноманітних небезпечних для життя людини ситуацій, що сталися останнім часом, можна припустити, що ПТСР буде виявлено у великій кількості населення, що вимагатиме від фахівців надання актуальної робочої програми допомоги.

Відновлення та повернення до повсякденного спокійного існування після психотравмуючої події – це процес тривалий за часом, не позбавлений труднощів, що вимагає від фахівця професіоналізму, а від пацієнта – розуміння складності своєї проблеми та готовності до змін.

Залишається ще безліч проблем як з діагностикою, так і з лікуванням ПТСР. На думку деяких авторів психічні реакції, що виникають у людей при лихах і катастрофах, до сьогодні все ще не отримали тієї уваги, на яку вони заслуговують. У цій проблемі називаються кілька причин. Головною є живучість двох хибних уявлень про природу людини. Перше – думка, що

людина здатна винести будь-які нещастя; згідно з другим – людина стійка і не змінюється протягом життя, навіть після пережитих екстремальних ситуацій.

Дослідники говорять про відсутність єдиного, універсального методу, що застосовується до комплексного посттравматичного стресового розладу, акцентуючи увагу на тому, що лікування має бути різнобічним, що стосується різних сфер життєдіяльності, інакше в процесі роботи не будуть перероблені всі рівні травматизації.

У результаті дослідження багато респондентів виявили обізнаність щодо основних ознак, причин та наслідків ПТСР. Проте варто зазначити, що обізнаність серед студентів є неоднорідною – деякі мають глибоке розуміння і більш поінформовані щодо розладу, тоді як інші можуть не мати повної картини і опиратись більше на асоціації, аніж на свої знання. Це може вказувати на потребу у розширенні інформаційних ресурсів та залучення ЗВО для забезпечення ширшого розуміння ПТСР серед студентської спільноти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Албул С. В., Ніколаєв О. Т., Тьорло О. І., Йосипів Ю. Р. (2018) *Тактико-спеціальна підготовка працівників Національної поліції: навч. посібник*. Львів: ЛьвДУВС.

Алещенко В. І. (2005). *Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: Навчальний посібник*. Харків: ХУПС.

Балакірева В. А. (2022). Особливості роботи вчителя початкової школи з дітьми з посттравматичним стресовим розладом. *Сучасні методи та форми організації освітнього процесу у закладах вищої освіти: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-методичної конференції (15 червня 2022 року)*. Оргком. Н. М. Черненко, О. М. Соловейчук. Одеса: Університет Ушинського.

Бандурка О.М., Золотухина С.Т, Мамічева О.В (2015). *Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навчально-методичний посібник*. Київ: Агентство "Україна".

Бондарук, Ю. П. Гопкало, Т. Б. Гніда, І. О. Корнієнко, Н. В. Лунченко (2020). *Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження)*. Київ: Ніка-Центр.

Буряк О. О. (2015). *Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні*. О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша: Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил.

Васильєв С.П., Зубовський Д.С., (2016). Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал: збірник наукових праць Київського національного університету імені Тараса Шевченка*, 1, 6–16.

Волинець Л.С. (2015) *Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України* : посіб. для практиків соціальної сфери. Київ: ТОВ «Видавничий дім «Калита».

Григоренко І.О., Савельєва Н. М. (2017) *Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в сучасних умовах: навч. посіб.* [для студ. і магістр. спец-тей «Соц. робота» і «Соц. педагогіка»] / І.О. Григоренко, Н. М. Савельєва.

Грицевич Т. Л., Гузенко І. М., Капінус О. С. (2017) *Психологія боя*: посібник, за ред. А. М. Романишина. Львів: Видавництво «Астролябія».

Декларація про безпеку шкіл. Режим доступу: http://www.protectingeducation.org/sites/default/files/documents/safe_schools_declaration_ukrainian.pdf

Дучимінська Т. І. (2021) *Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб.* Луцьк: ВежаДрук.

Євгеній Тичковський. Лікування психотравми: (Психотравма в дітей та підлітків) Режим доступу: <http://1.psiholog.com.ua/node/1054>

Жертвами війни на сході України стали 1 мільйон 700 тисяч дітей. Режим доступу: http://ipress.ua/news/zhertvamy_viny_ny_na_shodi_ukrainy_staly_1_milyon_700_t_y_syach_ditey__mizhnarodna_organizatsiya_153491.html

Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях.*

Керик О. Є. (2009). *Взаємозв'язок емоційного компоненту самосвідомості із переживанням психотравмуючих ситуацій*: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. Київ.

Кисельова О. А. (1999). *Особливості психологічної проникливості у осіб з різною емоційною диспозицією*: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. Київ.

Кісарчук З.Г., Омельченко Я. М., Біла І.М., Лазос Г.П. (2015). *Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник*. Київ: Логос.

Корольчук М.С. (2003). *Психофізіологія діяльності: підручник для студентів вищ.навч.закладів*. К. : Ельга; Ніка-Центр.

Корольчук М.С., Крайнюк В.М. (2009). *Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Київ: Ніка-Центр.

Корольчук О. Л. (2016) Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал*. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр».

Крайнюк В. М. (2007). *Психологія стресостійкості особистості: монографія* / В. М. Крайнюк. –К. : Ніка-Центр.

Кровіна Л.Д. (2015). Випадок посттравматичного стресового розладу, коморбідного з несприятливою психічною патологією. *Актуальні питання нейронаук: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів*. Харків: Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет.

Локтева С.А. (2009) Розвиток особистості і адаптація в студентському середовищі. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 24, 78 – 82.

Ломакін Г.І. (2014) *Соціально-психологічні складові соціальної роботи з учасниками бойових дій: (методичний посібник)*. Харків : Оберіг.

Луценко Ю. А., Мороз Р. А., Ткачук І. І (2020); заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ : Ніка-Центр.

Магдисяк Л. І., Мельник А. П. (2021) *Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб.* Луцьк: Вежа-Друк.

Мельник А. П. (2021) *Психологія посттравматичного стресового розладу* : силабус вибіркової дисципліни циклу професійної підготовки бакалаврів спеціальності 053 Психологія освітньо-професійної програми Практична психологія / Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк.

Мельник А.П. (2016) Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. Вип. 28. Луцьк.

Мельник А.П. (2022) *Особливості реагування на посттравмуючу ситуацію у підлітків*. Фактори розвитку педагогіки і психології в ХХІ столітті. Харків: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-методичної конференції.

Мельник Л.А. (2015). Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посібник для практиків соціальної сфери, за ред. Волинець Л.С. Київ: ТОВ «Видавничий дім «Калита».

Мюллер М. (2014) *Якщо ви пережили психотравмуючу подію*: пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія “Сам собі психотерапевт”). Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо.

Пивоварова Г.С. (2014) Партнерські відносини в освіті як засіб подолання посттравматичного стресу студентів в умовах військового конфлікту. *Пост-травматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації війни : Міжнародне наук.-практич. видання* / Заг. ред.; І.Манюха, Г.Собчук. Київ: ПАН Гнозис.

Підлісецька Л. (2014) Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів

у дітей та підлітків (пер. з англ.; упор. та наук. ред. Л. Підлісецька). Львів : Видавництво Українського католицького університету.

Підчасов Є. В. (2011). Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. Проблеми екстремальної та кризової психології.

Посттравматичний стресовий розлад. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги : Наказ МОЗ України 23.02.2016 р. № 121. Режим доступу: <http://www.webmedfamily.org/index.php/normativnaya-baza/> mediko-tekhnologicheskaya-dokumentatsiya/834-unifikovaniy-klinichnij-protokol-medichnoji-dopomogiposttravmatichnij-stresovij-rozlad.

Растроста Г.Б. (2018) *Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації*. Методичний посібник. Суми: НВВ КЗ СОППО.

Романовська Д.Д., О.В. Ілащук (2014). *Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти*. Методичний посібник. Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці: Технодрук.

Савчин М.В., Василенко Л.П. (2005). *Вікова психологія: навчальний посібник*. К.: Академвидав.

Сміт П. (2014) *Діти та війна: навчання технік зцілення* / Сміт П., Дирегров Е., Юле У. Інститут психічного здоров'я УКУ.

Соловей О.А. (2016) Ознаки птср у дітей та особливості кризових інтервенцій дітей, що пережили психотравмуючі події // *Матеріали III Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції: Особистість і суспільство: методологія і практика сучасної психології*.

Швець В. (2010) Девіації в поведінці особистості та шляхи їх подолання. *Формування особистості в умовах сучасного суспільства: матеріали студентської науково-практичної конференції* (ред.кол.: О. В. Чепка, З. В. Яблонська, М. В. Дзисюк). Умань: ПП Жовтий.

Швець В. (2012) Вплив сімейного виховання на формування поведінкових реакцій дитини. Здобутки, проблеми та перспективи

педагогічної науки та практики в умовах інноваційної перебудови української національної освіти: *матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції* (ред.кол.: Дудник О. В. та інші). Умань: Видавничо-поліграфічний центр «Візаві».

A.J. Phelps, R. Lethbridge, S. Brennan, R.A. Bryant, P. Burns, J.A. Cooper, D Forbes, J. Gardiner, G. Gee, K. Jones, J. Kenardy, J. Kulkarni (2021) Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. PMID: 34448406.

American Psychological Association (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. Washington, DC: American Psychological Association.

Brewin. C. R. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD – Clinical Psychological Review.

Foa E.B. (1986) *Emotional processing of fear: exposure to corrective information*. Psychol Bull

Foa E.B., Chrestman K.R., Gilboa-Schechtman E. (2008) Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. Oxford University Press.

Ford J. (2021). Progress and Limitations in the Treatment of Complex PTSD and Developmental Trauma Disorder: Current Treatment Options in Psychiatry. 8

Gianluca L., Giuseppe M., Laura S., Veronica O., Carla D., Gabriele P., Salvatore G. (2018) The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. Front. Psychol.

Grant M. M. et al. (2011) Childhood trauma history differentiates amygdala response to sad faces within MDD // Journal of psychiatric research.

Karatzias T. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ): *Journal of Affective Disorders*.

Kessler R.C. (2017). *Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys*. Eur J Psychotraumatol.

Schwartz A. (2017). The Complex PTSD. Workbook A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole.

VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group (2017). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance.

ДОДАТОК А

Гайд глибинного інтерв'ю зі студентами

Сюжети (теми інтерв'ю), загальні питання та конкретні підпитання	Що треба з'ясувати?	Примітки
Блок 1: ПТСР в житті людини		
1. На Вашу думку, що таке ПТСР? 2. Скажіть, будь ласка, наскільки ПТСР негативно впливає на життя людей? 3. Як Ви вважаєте, в якій сфері суспільного життя найчастіше людина отримує травму з тяжкими наслідками?	<i>*Обізнаність інформантів про таке явище як ПТСР</i> <i>*негативний вплив</i> <i>*чи виділяють люди різні чи однакові наслідки ПТСР</i> <i>*особиста думка інформантів про сферу отримання психологічної травми</i>	

Блок 2: Причини виникнення ПТСР

1. Що таке травмуюча подія? 2. Які існують травмуючі події і від чого вони залежать? 3. Чи існують в житті студента травмуючі події, які можуть викликати ПТСР і пов'язані з навчанням у ВУЗі? 4. Як ви вважаєте, ПТСР це тривале захворювання чи короткочасне? <i>Підпитання</i> Яким є ставлення населення до людей з ПТСР ?	<i>*Обізнаність інформантів про травмуюче явище в суспільстві</i> <i>*Погляди інформантів на причини появи явища?</i> <i>* Чи виділяють люди різні особливості, чи навпаки, їхні думку співпадають?</i> <i>*Як студенти ставляться до людей з ПТСР?</i> <i>*Чи існує таке явище як стигматизація стосовно людей з ПТСР?</i> <i>Чи потрібно їх остерігатись?</i>	
--	---	--

Тема 3: Специфіка діагностики ПТСР		
Питання: 1. Які ознаки ПТСР ви можете назвати? 2. В якій мірі можна сказати, що можна діагностувати ПТСР без допомоги спеціаліста-психолога ? <i>Підпитання</i> А) Українське суспільство характеризується як таке, в якому велика маса людей страждають або будуть в найближчому майбутньому страждати на ПТСР внаслідок воєнних дій? Б) У чому полягає специфіка травматичних подій? 2. Як можна охарактеризувати вік людей, які страждають на ПТСР ?	<i>*Обізнаність інформантів про ознаки та симптоми ПТСР</i> <i>*Погляди інформантів на причини появи явища</i> <i>* Чи виділяють люди різні особливості, чи навпаки, їхні думку співпадають?</i> <i>*думка інформанта про ефективність даного явища</i>	
Тема 4: Терапія ПТСР		

Питання: 1. Які методи та засоби подолання ПТСР вам знайомі? <i>Підпитання:</i> Що ви знаєте про когнітивно-поведінкову терапію? Групові чи індивідуальні заняття з психологом? В чому на Вашу думку полягатиме ефективність того чи іншого методу? 2. Які відомі соціальні проекти чи заходи вам відомі/або в яких проектах Ви були задіяні? Як пацієнт чи як професіонал з психологічної допомоги?	* З'ясувати обізнаність студентів та практикуючого експерта про існування різноманіття методів подолання ПТСР • З'ясувати про ефективність певного методу терапії *З'ясувати залученість експерта до практичної допомоги	
--	---	--

	особам з симптомами ПТСР * З'ясувати залученість студентів в якості пацієнтів З'ясувати які випадки спровокували ПТСР у студентів.	
--	---	--

Додаток Б

Інтерв'ю з експертом-психологом

І – Доброго дня! Дякую Вам, що приділили час для інтерв'ю.

Е – Доброго дня! Завжди радо відповім на всі запитання.

І – Отже, розпочнемо. Перше питання стосується того, який Ваш особистий погляд на проблему ПТСР у сучасному суспільстві?

Е – Можу з впевненістю сказати, враховуючи свій майже 20-річний досвід у сфері роботи з людьми з ПТСР – посттравматичний стресовий розлад несе великий суспільний тягар, як в економічному, так і в соціальному плані. Особливо зараз, коли така напружена ситуація кожного дня і ризик розвинути ПТСР є доволі високим.

І – З якими пацієнтами Вам доводилось стикатись у професійному подоланні наслідків ПТСР?

Е – Моя робота з пацієнтами ПТСР проходила в основному з ветеранами, які брали участь у різних збройних конфліктах. Але вони не єдині, хто звертається за подібною допомогою. Дуже часто до психолога із симптомами звертаються люди, які пережили автомобільні аварії, втрату близької людини, були жертвами насильства, пережили різні катаклізми. Як спеціаліст можу сказати – ПТСР має хронічний характер і може статися з кожним.

І – Які організації займаються допомогою людям з ПТСР? Чи в основному звертаються в особистому порядку до психолога?

Е – Зараз у світі різноманітні організації із психологічної допомоги здійснюють супровід близько дев'яти мільйонів ветеранів. І можу сказати, що мав змогу опрацювати результати роботи багатьох таких фондів, то за найскромнішими оцінками кількість осіб із посттравматичним стресовим розладом становить 25%, або більше двох мільйонів ветеранів.

Проте можна і звертатись особисто до практикуючого психолога. На

моєму досвіді результативність не залежить від того, в якому форматі працює людина, яка є спеціалістом із психологічної допомоги. Головне тут – зрозуміти проблему і звернутись за допомогою.

I – Які основні симптоми ПТСР? І як протікає розлад?

Е – Перехідний етап розпочнеться тільки після зникнення реальної загрози і залежатиме від ступеня динамічності життя, способу життя пацієнта і масштабу біологічних змін, що відбулися на першому етапі. Деякі люди переживають його гостро, з внутрішньою емоційною напругою, зміною харчових звичок і розладом сну, а у інших може розвинути депресія або тривожний розлад.

Наступний етап – це вже безпосередньо посттравматичний стресовий розлад. Цей етап розвиватиметься після того, як суспільство та окремі люди визнають реальність проблеми. Це сповільнена реакція на стрес, яка розвиватиметься до 6 місяців після закінчення травмуючої події. Хочу зауважити, що посттравматичний стресовий розлад може розвинути і у тих людей, у яких на перших двох стадіях не було ніяких скарг. На цьому етапі найбільш частими скаргами є розлади уваги, труднощі з запам'ятовуванням та утриманням тієї чи іншої інформації, труднощі її відтворення.

I – З чим це може бути пов'язано? При ПТСР погіршується пам'ять?

Е – Це не пов'язано безпосередньо з розладами пам'яті, а скоріше з тим, що увага пацієнтів буде прикута до свого минулого досвіду, вони не будуть приділяти достатньо уваги повсякденному життю і не зможуть переключитися. Пізніше це негативно позначиться на їх працездатності та повсякденній діяльності, а їх навіюваність зросте, що підвищить ризики стати жертвою знову.

Наприклад все, що нагадує про зараження коронавірусом, або ізоляцію, або суворі заходи дисципліни, збереже напругу найближчим часом. Прояви можуть бути більш серйозними у лікарів, які працюють з ковідом, людей, які

втратили рідних і друзів, місце роботи чи бізнес. Ця група з більшою ймовірністю сприйме ситуацію як особисту травму і через це має більший ризик розвитку повномасштабної такої клінічної картини посттравматичного стресового розладу. Що ще додати... М, так от, про симптоми: це можуть бути наслідуючі спогади про ту травмуючу подію, повторне переживання ситуації в голові, знову і знову... Може бути важко відрізнити спогади від реальності, але пацієнти можуть виявляти психічні відхилення, іноді проявляючи агресію. Люди з ПТСР часто згадують про нічні пробудження і ранні пробудження через тривожність, наплив тих самих неприємних спогадів. В деякого можуть, до речі, розвинути фобії, яких не було в них раніше. Ну і залишатися працездатним важко

І – Поділіться, будь ласка, як проявляється ПТСР?

Е – Я назву основні з симптомів, а потім поясню. Це може бути дратівливість, депресія, апатія до всього, зниження працездатності. Також у таких людей підвищена психоемоційна напруга і надмірна настороженість, особливо до всього, що здається загрозою для життя, здоров'я, особистого простору.

На цьому етапі у клієнтів я часто спостерігав знижений настрій, відсутній інтерес до будь-якої нової чи раніше важливої діяльності, погляд на майбутнє песимістичний; хворому важко побачити перспективи розвитку, через це він гнівається і дратується; а ще хворі схильні шукати винного або намагаються визначити ступінь власної провини, можуть почати звинувачувати себе.

На жаль, при ПТСР високий ризик зловживання алкоголем і канабіноїдами, вживання інших психоактивних речовин. Їм потрібно чимось заглушати той хаос, з яким вони живуть. В людини можуть змінюватись погляди на життя, вона переосмислить своє місце у світі, хоча рідко це буває в позитивну сторону. Ну і досить часто серед таких пацієнтів трапляються

схильні до суїцидальної поведінки. Знову ж таки, через інтенсивність переживання травмуючого досвіду.

І – Які методи лікування ПТСР існують?

Е – Дуже важливо вчасно розпочати терапію пацієнтів із гострим стресовим розладом, щоб запобігти розвитку хронічного, тому що хронічні лікуються довше і важче. А у випадках пацієнтів, у кого низький ризик, можна рекомендувати звичайну загальну профілактику і тримати здоровий спосіб життя.

І – Що ви маєте на увазі під профілактикою?

Е – Нормалізація графіка сну, якась помірна фізична навантаження, їжа повна вітамінів. Ще раз, це підійде для пацієнтів з незначними проявами. В іншому разі, медикаментозне лікування добре допоможе щоб зняти сильну тривогу, добре спати вночі, можна полегшити гострі симптоми.

Однак сама робота з психотерапевтом може тривати значно довше і вимагати призначення більш сильних ліків. Мета лікування – допомогти психіці пацієнта адаптуватися, справитись зі стресом, повернутись в соціум, працездатності, поліпшити розумову та фізичну якість життя. Лікування може тривати від 6 до 12 тижнів і більше. Деяким людям це займає набагато більше часу.

І – Скільком особам ви допомогли у подоланні ПТСР?

Е – Ну я не веду такі конкретні підрахунки. Але можу точно сказати – не залежно від пори року, роду занять та віку – контингент абсолютно різний. Зараз в умовах війни таких звернень, звичайно, побільшало.

І – Яких етичних правил дотримуетесь ви при здійсненні психологічної допомоги?

Е – Справжній спеціаліст – завжди гуманіст, він орієнтований на ставлення до інших людей «не як до засобу, а лише як до мети» і вчить цьому своїх підопічних, тому він суворий і демократичний одночасно. В нього має

бути самовладання в першу чергу, повага до клієнтів, справедливість в оцінюванні скарг пацієнта. Всі вже знають, що не варто заводити дружні або ще ближчі стосунки з пацієнтом, так? І дотримання конфіденційності на сто відсотків, це такі я б сказав базові вимоги до спеціаліста. Сьогодні кожен професіонал, хочеш ти чи не хочеш, стикається з питанням етики, тому ігнорувати їх було б неможливо.

І – Зараз студентство переживає нелегкі часи, стреси часто супроводжують навчальний процес. Які методи ознайомлення молодих людей з лікуванням ПТСР вам видаються найкращими?

Я вважаю когнітивно-поведінкову терапію для такого найефективнішою. Хто б що не казав, але одним медикаментозним лікуванням ПТСР не вилікуєш, просто притупляться відчуття. Тому терапія. Вона має бути спрямована на те, щоб допомогти прийняти травмуючу подію і її наслідки як неминучу реальність, щоб змогти переробити свою психологічну травму, розвиватись далі.