

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра психології та соціальної роботи

БЕРЧИШИН Інна Ігорівна

**Психопатологічні механізми в основі
комплексного ПТСР / Psychopathological
mechanisms underlying complex PTSD**

спеціальність: 053 – Психологія
освітньо-наукова програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка
групи ПСЗ-41
І. І. Берчишин

підпис

науковий керівник:
к.м.н., В. І. Пришляк

Підпис

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту
«__» _____ 2024 р.
Завідувач кафедри

А. Н. Гірняк

підпис

Тернопіль – 2025

АНОТАЦІЯ

Берчишин Інна Ігорівна. Психопатологічні механізми в основі комплексного ПТСР.– Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійна програма «Психологія». – Західноукраїнський національний університет. Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій. Тернопіль. 2025.

У роботі здійснено аналіз соціально-психологічних чинників формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР. Проведено комплексну психодіагностику психопатологічних проявів при комплексному ПТСР та запропоновано і апробовано програму корекції названих проявів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, психопатологічні механізми, реабілітація, стрес, дистрес, недовіра, травма, тривога, реабілітація, корекція.

ANNOTATION

Berchyshyn Inna Ihorivna. Psychopathological mechanisms underlying complex PTSD. - Manuscript.

Research for obtaining a bachelor's degree in specialty 053 "Psychology", educational and professional program "Psychology." - Western Ukrainian National University. Educational and Research Institute of New Educational Technologies. Ternopil. 2025.

The work analyzes the socio-psychological factors of the formation of psychopathological mechanisms in the basis of complex PTSD. A comprehensive psychodiagnostics of psychopathological manifestations in complex PTSD was carried out and a program for the correction of these manifestations was proposed and tested.

Keywords: posttraumatic stress disorder, psychopathological mechanisms, rehabilitation, stress, distress, distrust, trauma, anxiety, rehabilitation, correction.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	7
1.1. Основні наукові підходи до трактування комплексного ПТСР у зарубіжній і вітчизняній психологічній літературі	7
1.2. Загальна характеристика психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР.....	14
1.3. Соціально-психологічні чинники формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР.....	19
Висновок до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ В ОСНОВІ КОМПЛЕКСНОГО ПТСР	25
2.1. Методика організації емпіричного дослідження психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР	25
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР	29
Висновок до розділу 2.....	39
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ПТСР.....	40
3.1. Обґрунтування програми корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР та її експериментальне апробування	40
3.2. Психологічні рекомендації щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР	45
Висновок до розділу 3.....	49
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54
ДОДАТКИ.....	58

ВСТУП

Актуальність дослідження психопатологічних механізмів в основі комплексного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) стає очевидною в сучасному світі, де соціально-політичні та економічні кризи, а також природні катастрофи та війни створюють сприятливе середовище для розвитку психічних розладів особистості. Посттравматичний стресовий розлад – серйозне психічне захворювання, яке виникає внаслідок перенесення травматичних подій і характеризується різноманітними симптомами, що включають нав'язливі спогади, уникання травматичних ситуацій, підвищену настороженість і порушення емоційної регуляції. У багатьох випадках зустрічається так звана комплексна форма розладу, яка включає набагато складніші психопатологічні механізми і вимагає специфічного підходу до діагностики та терапії.

Зазначимо, що особливо актуальним це питання є в умовах зростання чисельності людей, які пережили різноманітні травми, включаючи жертв насильства, біженців, ветеранів бойових дій, свідків природних катастроф тощо. Комплексний ПТСР відрізняється від стандартної форми тим, що включає не тільки класичні симптоми ПТСР, але й додаткові порушення, такі як складні проблеми з самоідентифікацією, міжособистісними стосунками, розвиток різноманітних депресивних і тривожних розладів. Такі стани супроводжуються затяжними процесами відновлення, що потребують відповідного підходу до терапії. Тому важливим є розуміння глибинних психопатологічних механізмів, які лежать в основі комплексного ПТСР, адже це дозволяє розробити ефективні методи корекції, терапії і реабілітації постраждалих осіб.

Дослідження психопатологічних механізмів, які лежать в основі комплексного ПТСР, є важливим не лише з медичного, а й з соціального аспекту. Люди з таким розладом часто стикаються з соціальною ізоляцією, труднощами в адаптації до повсякденного життя та виконанні професійних

обов'язків. Тому вивчення таких механізмів може допомогти створити системи соціальної підтримки, що зменшать рівень стресу і дадуть можливість постраждалим людям інтегруватися у суспільство. Крім того, важливим є розуміння, як травматичний досвід впливає на міжособистісні стосунки, що дозволить розробити методи психологічної підтримки не лише для постраждалих осіб, але й для їх родин.

Аналіз наукової літератури (А. Агаєв, В. Алещенко, О. Байєр, М. Білова, О. Блінов, О. Венгер, А. Гайдабрус, М. Денисенко, О. Кокун, О. Колесніченко, М. Корольчук, В. Крайнюк, О. Макаревич, Б. Михайлов, Л. Мороз, А. Мустафаєв, Л. Наугольник, О. Охременко, О. Платинюк, Д. Романовська, А. Романишин,

Т. Селюкова, О. Скрипкін, В. Стасюк, І. Сулятицький, В. Осьодло, К. Ульянов, А. Фоменко, О. Хайрулін, О. Чабан, В. Ягупов, С. Яковенко та ін.) показує, що проблема психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР досліджена недостатньо. Хоча сьогодні існує значний інтерес до вивчення специфіки впливу багатофакторних травм на психічне здоров'я людини, проте комплексний ПТСР виявляється набагато складнішим, оскільки включає в себе численні психопатологічні аспекти, такі як порушення когнітивних процесів, емоційну нестабільність, хронічне почуття сорому або вини, а також схильність до самопошкодження. Це робить необхідним розвиток інноваційних підходів до лікування, включаючи як традиційні психотерапевтичні методи, так і нові методи, що враховують біологічні, когнітивні та соціальні чинники.

Незважаючи на існуючі наукові досягнення у розумінні та лікуванні ПТСР, комплексний ПТСР залишається малодослідженим, що підвищує важливість наукових розробок в аналізованій сфері. Зокрема, це стосується вивчення механізмів, які лежать в основі цього розладу, а також психосоціальних аспектів, які мають прямий вплив на розвиток і підтримку симптомів ПТСР. Дослідження цих механізмів допоможе розробити більш точні методи діагностики, що дозволить на ранніх етапах виявляти осіб, які знаходяться в групі ризику, і забезпечити їм своєчасну психотерапевтичну допомогу. Не менш важливим є вивчення різних культурних, соціальних

механізмів розвитку та перебігу ПТСР, зокрема комплексного. У цьому контексті важливе значення має розробка нових підходів до корекції і подолання комплексного ПТСР, що враховують індивідуальні потреби кожного клієнта, серед яких можуть бути, зокрема, інноваційні методи когнітивно-поведінкової терапії, інтеграція психоедукації та підтримуючих соціальних програм, а також використання нових технологій для надання психологічної допомоги в умовах обмежених ресурсів.

Відтак, констатуємо: недостатня теоретична й практична дослідженість психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР, а також значуща необхідність розробки відповідних корекційних засобів, зумовили актуальність проблеми та вибір теми кваліфікаційної роботи: **«Психопатологічні механізми в основі комплексного ПТСР»**.

Мета дослідження – теоретичне й експериментальне обґрунтування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати основні наукові підходи до трактування комплексного ПТСР у зарубіжній і вітчизняній психологічній літературі.

2. Охарактеризувати сутнісний зміст психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР.

3. Визначити соціально-психологічні чинники формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР.

4. Емпірично дослідити значущі психопатологічні механізми в основі комплексного ПТСР.

5. Обґрунтувати й апробувати програму корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР, а також розробити відповідні психологічні рекомендації.

Об'єкт дослідження – комплексний посттравматичний стресовий розлад психологічна проблема.

Предмет дослідження – психопатологічні механізми в основі комплексного ПТСР.

Методи дослідження:

- *теоретичні* – аналіз науково-психологічної літератури, систематизація і узагальнення теоретичних та емпіричних даних, що дало змогу визначити основні наукові підходи до трактування комплексного ПТСР у психологічній літературі, охарактеризувати сутнісний зміст психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР, визначити соціально-психологічні чинники формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР;

- *емпіричні* – методи психологічної діагностики (використано такі діагностичні методики, як: методика оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Раге; методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана; Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник (FPI), що дало змогу дослідити психопатологічні механізми комплексного ПТСР;

- *статистичні* – методи описової статистики для кількісної і якісної обробки здобутих емпіричних даних.

Теоретичне значення дослідження полягає в комплексному науково-практичному обґрунтуванні психопатологічних механізмів, які лежать в основі комплексного ПТСР. Зокрема, проаналізовано основні наукові підходи до трактування комплексного ПТСР у психологічній літературі, охарактеризовано сутнісний зміст психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР, визначено соціально-психологічні чинники формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР, а також запропоновано дієві форми, методи, засоби корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР.

Практичне значення результатів дослідження полягає в обґрунтуванні програми корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР, а також в розробці психологічних рекомендацій щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР. Здобуті в результаті дослідження теоретичні й практичні дані можуть використовувати психологи для підвищення ефективності корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР, а також викладачі психологічних дисциплін закладів

вищої освіти – для вдосконалення процесу освітньо-професійної підготовки майбутніх фахівців спеціальності 053 Психологія.

Структура та обсяг дослідження. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, а також списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 61 сторінку, основний зміст включає 53 сторінки. Список використаної літератури складає 46 джерел. Кількість додатків – 1.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Основні наукові підходи до трактування комплексного ПТСР у зарубіжній і вітчизняній психологічній літературі

Необхідність виокремлення основних наукових підходів до трактування комплексного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у зарубіжній та вітчизняній психологічній літературі обумовлена складністю і різноманіттям симптомів, що супроводжують цей розлад. Вивчення комплексного ПТСР, що включає не лише традиційні ознаки ПТСР, але й додаткові психопатологічні стани, такі як порушення ідентичності, хронічні емоційні проблеми і соціальна ізоляція, вимагає мультидисциплінарного підходу.

О. Венгер пропонує «зважати на те, що різні наукові традиції, що склалися в зарубіжній і вітчизняній психотерапевтичній практиці, пропонують різні моделі та концепції цього розладу, що відображає специфіку культурних, соціальних і клінічних аспектів, які впливають на прояви і лікування комплексного ПТСР» [7, с. 32]. Тому порівняння цих підходів є важливим для розробки методів діагностики та ефективних терапевтичних стратегій.

Як стверджує А. Мустафаєв, комплексний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний розлад, який виникає у результаті тривалого або повторюваного переживання травматичних подій, що значно впливають на

психічне здоров'я людини. На відміну від стандартного ПТСР, який зазвичай виникає після одноразових або короткочасних травм, комплексний ПТСР розвивається внаслідок тривалого чи багатократного переживання травматичних ситуацій, таких як насильство, війна, дитяче знування або тривала емоційна ізоляція. Люди з таким розладом часто стикаються з глибокими проблемами в самоідентифікації, емоційній регуляції та міжособистісних стосунках. Симптоми можуть бути набагато складнішими і більш різноманітними, що вимагає спеціалізованих підходів до лікування. Тому комплексний ПТСР потребує більш гнучких і інтегрованих методів психотерапевтичного втручання, які враховують унікальність кожного випадку [21].

Комплексний ПТСР Т. Селюкова визначає як результат довготривалого впливу серйозних стресових подій, які порушують здатність людини адаптуватися до навколишнього світу. Цей розлад не лише включає класичні симптоми ПТСР, такі як флешбеки, уникання і гіпернастороженість, але й характеризується глибокими змінами в когнітивних і емоційних процесах особистості. Слід враховувати, що пацієнти з комплексним ПТСР можуть мати проблеми з самооцінкою, відчувати почуття безпорадності та сорому, а також відчуження від інших людей. Однією з головних особливостей комплексного ПТСР є порушення здатності до емоційної регуляції, що може призводити до різноманітних психічних розладів, таких як депресія чи тривожні стани. Це вимагає застосування комплексного підходу в лікуванні, що включає як психотерапевтичні методи, так і соціальну реабілітацію [31].

На думку З. Кісарчука, комплексний ПТСР зазвичай розвивається у людей, які пережили не одну, а серію травматичних подій, що впливають на їхнє психічне та фізичне здоров'я протягом тривалого часу. Зокрема, це стосується осіб, які пережили багаторазове насильство, жорстокі умови війни чи інші форми серйозного стресу протягом років. Відмінність комплексного ПТСР від стандартного полягає в тому, що симптоми цього розладу більш стійкі й широкі за спектром, часто вражають не тільки психіку, а й фізіологічні функції людини. Пацієнти можуть страждати від хронічних болів, порушень

сну та інших фізичних симптомів, що ускладнюють їх лікування. Такі симптоми потребують комплексного підходу, який поєднує методи лікування, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, діалектичну поведінкову терапію та інші техніки [32].

Комплексний ПТСР дослідниця Л. Наугольник пропонує розглядати як психопатологічну реакцію на багаторазові тривалі травматичні події, що супроводжуються глибокими порушеннями особистісної цілісності та психічної стабільності. Від класичного ПТСР він відрізняється більш вираженими емоційними порушеннями, такими як тривала депресія, постійне почуття безнадійності, ізоляції, утруднення в побудові здорових міжособистісних стосунків. Особливістю комплексного ПТСР є те, що пацієнт часто не тільки не може ефективно реагувати на стрес, але й втрачає здатність розпізнавати свої емоції, що ускладнює процес лікування. Це може призвести до розвитку серйозних психічних захворювань, таких як розлади особистості, що потребують спеціалізованого лікування [22]. Тому важливою є розробка спеціалізованих терапевтичних програм, які б враховували багатогранність цього розладу.

За словами А. Гайдабруса, комплексний ПТСР вважається розладом, який виникає після тривалого або інтенсивного психологічного чи фізичного насильства, що змінює всю структуру особистості людини. Це захворювання проявляється не тільки у вигляді класичних симптомів ПТСР, таких як нічні кошмари або розлади сну, але й глибших порушень, таких як втрати пам'яті, проблеми з самооцінкою, порушення ідентичності та складнощі у соціальній взаємодії. Під час розвитку комплексного ПТСР людина може відчувати постійну тривогу, депресію, агресію або самопошкодження, а також відчуження від реальності, що створює серйозні перешкоди в повсякденному житті, змушуючи пацієнта шукати допомогу у фахівців. Лікування комплексного ПТСР часто потребує індивідуального підходу, що включає психотерапію, медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію [8].

Що стосується наукових підходів до трактування комплексного ПТСР у зарубіжній і вітчизняній психологічній літературі, то, наприклад, когнітивно-

біхевіоральний підхід акцентує увагу на тому, як травматичний досвід змінює когнітивні процеси, такі як сприйняття себе, інших людей та світу. Цей підхід базується на припущенні, що травмовані особи переживають спотворене сприйняття подій, що призводить до негативних переконань та дезадаптивних поведінкових реакцій. Оскільки травма часто викликає у людини відчуття безпорадності, провини, сорому, такі переконання можуть постійно посилювати її страждання і ускладнювати нормальну адаптацію до життя. Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) орієнтована на корекцію цих спотворених переконань, щоб змінити емоційні і поведінкові реакції на травматичні спогади. Однією з основних терапевтичних технік у цьому підході є когнітивна реструктуризація, яка передбачає виявлення і заміну негативних автоматичних думок на більш реалістичні та адаптивні. Крім того, застосовуються методи експозиційної терапії, при яких пацієнти поступово піддаються ситуаціям, які викликають страх або тривогу, з метою зменшення емоційного впливу травматичних спогадів. Важливою складовою є навчання пацієнтів ефективним стратегіям регулювання емоцій і поведінки, щоб знизити вплив травми на їх повсякденне життя. У зарубіжній практиці цей підхід є одним із найбільш поширених і ефективних у лікуванні комплексного ПТСР, оскільки він дає можливість пацієнту активно працювати з власними переконаннями та поведінкою. Водночас, він дозволяє задіяти не лише психотерапевтичні техніки, але й навички самодопомоги, що покращує результати лікування. Застосування КБТ дає можливість людині відновити контроль над своїм життям і поступово позбутися негативних наслідків травматичного досвіду [15].

Психодинамічний підхід до розуміння комплексного ПТСР зосереджує увагу на внутрішніх конфліктах, які можуть бути наслідком невирішених травматичних переживань. Вважається, що травма порушує нормальні процеси і може залишити після себе глибокі рани, які зберігаються на несвідомому рівні. Ця теорія стверджує, що травмовані особи можуть не усвідомлювати основні джерела свого стресу, але відчують емоційне напруження, яке проявляється у вигляді симптомів ПТСР, таких як флешбеки, емоційні спалахи

чи труднощі у взаємодії з іншими людьми. Цей підхід наголошує на важливості вивчення глибинних особистісних конфліктів, що виникли внаслідок травматичних подій, а також на ролі механізмів захисту, які сприяють збереженню цих конфліктів. Психодинамічна терапія передбачає використання таких технік, як аналіз сновидінь, вивчення переносу і контрпереносу в терапевтичному процесі, щоб допомогти пацієнту усвідомити свої несвідомі переживання і розв'язати внутрішні конфлікти. Одним з ключових аспектів є підтримка пацієнта у розумінні та прийнятті своїх емоційних реакцій, що дозволяє йому поступово знижувати емоційну напругу, спричинену травмою. Вітчизняні психологи особливо підкреслюють значення цього підходу у роботі з комплексним ПТСР, оскільки він дозволяє розглянути особистісні та емоційні аспекти розладу, які не завжди можна вирішити лише через когнітивні техніки. Цей підхід відкриває можливості для роботи з травмованими особами, допомагаючи їм усвідомити зв'язок між минулими переживаннями та теперішніми симптомами [22].

Біопсихосоціальний підхід до комплексного ПТСР розглядає цей розлад як результат складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Згідно з цією теорією, на розвиток ПТСР впливають не лише індивідуальні психологічні реакції на травму, але й генетичні передумови, фізіологічні зміни в нервовій системі, а також соціальне оточення та підтримка. Біологічні аспекти включають зміни в роботі головного мозку, такі як зниження активності в області гіпокампа та надмірна активація амігдали, що відповідає за емоційні реакції на стрес. Це може пояснити, чому травмовані особи часто переживають сильні емоційні сплески та хронічні фізичні симптоми, такі як порушення сну чи болі в тілі. Психологічні фактори включають особистісні риси, стратегії копіngu, а також попередній досвід травм, що може змінити сприйняття людиною світу і її здатність до адаптації. Соціальні фактори, такі як підтримка з боку родини, друзів або соціальної мережі, можуть вплинути на швидкість і ефективність відновлення пацієнта. Зарубіжні дослідження активно використовують цей підхід для аналізу взаємодії генетичних факторів і соціальних умов, що визначають ризик розвитку ПТСР. Він дозволяє створити

більш комплексне уявлення про механізми розвитку розладу і дає можливість застосувати багатогранні терапевтичні методи, які враховують усі аспекти особистості та оточення пацієнта. Біопсихосоціальний підхід активно застосовується для розробки індивідуальних планів лікування, які включають психотерапевтичні методи, медикаментозну терапію та підтримку соціальної інтеграції [28].

Травматичний підхід до трактування комплексного ПТСР розглядає його як наслідок тривалих або багаторазових травматичних переживань, що значно впливають на психічне здоров'я та фізіологічну сферу особи. Цей підхід підкреслює, що на відміну від одноразових травм, які можуть призвести до класичного ПТСР, комплексний ПТСР виникає через повторювані або тривалі травматичні події, що можуть формувати у людини стійкі психічні і фізіологічні порушення. Відомий вчений Дж. Герман, одна з основних теоретиків цього підходу, акцентує увагу на тому, що такі повторювані травми часто мають значний вплив на самосвідомість людини, порушуючи її ідентичність і систему міжособистісних стосунків. Вона вказує, що пацієнти з комплексним ПТСР можуть відчувати глибоку втрату зв'язку з реальністю і відчувати постійну небезпеку, що впливає на їхню здатність адекватно реагувати на навколишній світ. Важливою частиною цього підходу є розуміння необхідності раннього втручання для відновлення нормальних соціальних і психологічних функцій пацієнта. Герман підкреслює, що відновлення контролю над власним життям і забезпечення безпеки є ключовими аспектами терапії, оскільки травмовані особи часто переживають значну ізоляцію та соціальну відчуженість. Травматичний підхід передбачає надання пацієнту підтримки в процесі відновлення зв'язку з іншими людьми, що є важливим для їх реабілітації. Це включає як індивідуальну терапію, так і створення можливостей для підтримки в групах, де люди можуть взаємодіяти і ділитися своїм досвідом. Відновлення здатності до нормальних міжособистісних стосунків є ключовим моментом в процесі лікування, оскільки багато пацієнтів із комплексним ПТСР мають серйозні труднощі в побудові здорових відносин після пережитої травми [5].

Нейробіологічний підхід до ПТСР зосереджується на вивченні змін у мозкових структурах і нервовій системі, які виникають після травматичних подій. Вчені, які підтримують цей підхід, акцентують увагу на тому, що травма може викликати фізіологічні зміни в мозку, які безпосередньо впливають на психічний стан людини. Одними з найбільш досліджуваних структур мозку є гіпокамп і амігдала. Гіпокамп відповідає за процеси пам'яті та емоційної регуляції, а амігдала – за обробку емоцій, особливо страху. У пацієнтів з ПТСР такі структури можуть функціонувати аномально, що може призводити до постійного відчуття тривоги та надмірної реакції на стресові ситуації. Згідно з нейробіологічними теоріями, в особах з комплексним ПТСР можуть спостерігатися значні порушення в емоційному регулюванні та збереженні інформації, що є ключовими ознаками цього розладу. Цей підхід дозволяє зрозуміти, чому симптоми ПТСР супроводжуються не лише емоційними, а й фізіологічними проявами, такими як хронічні болі, порушення сну і знижена здатність до концентрації. Це пов'язано з тим, що травма може змінювати баланс нейротрансмітерів та гормонів, що відповідають за стресову реакцію організму, зокрема кортизолу, який часто знижується у тих, хто пережив травму. Крім того, дослідження в рамках нейробіологічного підходу показують, що комплексний ПТСР може бути пов'язаний з довготривалими змінами в ЦНС, які підвищують чутливість до стресових ситуацій. Розуміння цих фізіологічних процесів є важливим для розробки більш ефективних методів лікування, які можуть включати не лише психотерапевтичні техніки, але й медикаментозні засоби, які сприяють нормалізації функціонування нервової системи [9].

Соціокультурний підхід до ПТСР підкреслює важливість культурних та соціальних чинників у розвитку та вираженні цього розладу. Згідно з цим підходом, на симптоми ПТСР значною мірою впливають соціальні умови, в яких людина перебуває, а також культурні норми і традиції, які визначають способи переживання травми. Вітчизняні та зарубіжні дослідники акцентують увагу на тому, що різні культурні групи можуть по-різному реагувати на травматичні події, що впливає на характер і інтенсивність симптомів ПТСР.

Наприклад, у деяких культурах може бути сильний соціальний тиск щодо вираження емоцій, що призводить до пригнічення травматичних переживань і, як наслідок, до більш глибоких психічних порушень. В інших культурах, навпаки, травматичні переживання можуть бути розглядатися як частина звичного життєвого досвіду, що сприяє більш швидкому відновленню. Соціокультурний підхід також враховує рівень підтримки, яку особа отримує від своєї громади чи родини, оскільки соціальна ізоляція може значно погіршити симптоми ПТСР. Тому важливими складовими лікування є не лише психотерапевтичні методи, а й створення умов для соціальної інтеграції та надання підтримки з боку близьких людей. Крім того, цей підхід наголошує на необхідності враховувати культурні особливості пацієнта в процесі терапії, що дозволяє адаптувати методи лікування до індивідуальних потреб і традиційних уявлень про психічне здоров'я. Таким чином, соціокультурний підхід дозволяє розглядати комплексний ПТСР не лише через призму індивідуальних переживань, але й в контексті більш широкого соціального середовища, в якому перебуває пацієнт [24].

Отже, у зарубіжній та вітчизняній психологічній літературі виділено когнітивно-біхевіоральний, психодинамічний, травматичний, нейробіологічний, біопсихосоціальний та соціокультурний підходи до трактування комплексного ПТСР. Вони дозволяють отримати глибше розуміння різних аспектів розвитку та проявів комплексного ПТСР, зокрема, взаємодії психічних, фізіологічних і соціальних факторів. Зарубіжні дослідження зосереджені на біопсихосоціальних моделях і нейробіологічних змінах, а вітчизняна література більше акцентує увагу на психотерапевтичних і соціокультурних аспектах. Спільно аналізовані підходи відкривають можливості для розвитку нових методів лікування, що можуть ефективно враховувати індивідуальні особливості пацієнтів.

1.2. Загальна характеристика психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР

Вивчення психопатологічних механізмів, які лежать в основі комплексного ПТСР, є необхідним етапом для розуміння його глибини та складності. Цей розлад характеризується не лише переживанням травматичних подій, а й їх багатограним впливом на психічне, емоційне та фізіологічне функціонування людини. Він часто виникає на основі тривалих або багаторазових травмуючих подій, що створюють стійкі порушення в особистісній ідентичності, емоційній регуляції та міжособистісних стосунках.

Д. Романовська зазначає, що «психопатологічні механізми, що лежать в основі такого розладу, є складними і багатфакторними, зокрема, вони включають порушення когнітивних процесів, механізмів захисту психіки, зміну нейробіологічних структур мозку та соціокультурні чинники» [28, с. 27]. Розуміння цих механізмів не лише поглиблює знання про природу ПТСР, але й відкриває нові можливості для створення ефективних терапевтичних стратегій.

Як доводить О. Скрипін, глибокий вплив на когнітивні процеси, що включають сприйняття себе, інших людей і навколишнього світу, може мати травматичний досвід. У людей з комплексним ПТСР часто спостерігаються спотворення в цих процесах, що призводить до формування негативних переконань. Вони можуть вірити, що світ є небезпечним місцем, люди не здатні на довіру, а вони самі є безпорадними або гідними покарання. Це спотворене сприйняття підсилює почуття тривоги, страху та безнадійності. Крім того, травматичний досвід може зумовити хронічне відчуття загрози, навіть у звичних ситуаціях, що впливає на здатність особи адекватно реагувати на реальні загрози. Зміна мислення також проявляється у формуванні автоматичних думок, таких як «я не вартий любові» або «мені ніколи не вибачать». Ці переконання можуть тримати людину в пастці постійного переживання травматичного досвіду, заважаючи процесу одужання. У цьому контексті лікування направлене на корекцію переконань через когнітивну терапію, що включає реструктуризацію спотворених думок і формування більш адаптивних моделей сприйняття [32].

Окрім того, пацієнти з комплексним ПТСР часто стикаються з серйозними порушеннями в емоційній регуляції. Травма може спричиняти як

надмірну емоційну реакцію, так і емоційну ізоляцію. Переживання гніву, страху, тривоги, суму можуть бути дуже інтенсивними, що ускладнює функціонування в повсякденному житті. Ці емоції часто здаються неконтрольованими і можуть виникати без конкретної причини або у відповідь на незначні стимули. У той же час, інші пацієнти можуть переживати глибоке відчуття емоційної порожнечі, відчуження від своїх почуттів або навіть нездатність переживати будь-які емоції. Така відсутність емоційної реакції може бути захисним механізмом, що дозволяє уникнути болісних спогадів про травму, але водночас це створює відчуття «мертвості» або відірваності від світу. Зміна емоційного стану, яка є характерною для комплексного ПТСР, створює складнощі у взаємодії з іншими людьми і в самовираженні, що робить необхідним введення психотерапевтичних методів, які допомагають пацієнтам зрозуміти і регулювати свої емоції [6].

Тривалі травматичні переживання можуть призвести до серйозних змін у самосвідомості та ідентичності. Людина, яка пережила численні травми, часто відчуває себе розбитою чи фрагментованою, що може порушити її здатність сприймати себе як цілу особистість. Це може виражатися в кризах ідентичності, коли пацієнт не має чіткого уявлення про те, хто він є, або відчуває себе чужим для себе. У разі комплексного ПТСР часто відбувається порушення стабільності особистості, коли відсутність розуміння своєї ролі в світі і власної цінності стає на заваді нормальному функціонуванню. Людина може сумніватися у своїх моральних переконаннях, бажаннях та цілях, що створює внутрішній конфлікт і напругу. Це відчуття невизначеності часто супроводжується почуттям ізоляції та відчуження від інших. Терапія в таких випадках повинна включати роботу над відновленням цілісності ідентичності, допомогу в тому, щоб пацієнт знову зміг знайти сенс і впевненість у своїй особистості [17].

Одна з основних проблем людей з комплексним ПТСР – значні труднощі у встановленні здорових міжособистісних стосунків. Травматичні переживання можуть призвести до втрати довіри до інших людей, що, в свою чергу, спричиняє соціальну ізоляцію. Людина може мати проблеми з довірою навіть

до найближчих людей, що стає бар'єром для формування підтримуючих і стабільних відносин. Пацієнти з комплексним ПТСР часто відчують себе покинутими, що посилює почуття ізоляції. Відчуття, що інші люди не можуть зрозуміти або підтримати їх, стає причиною, що вони замкнені в собі, уникають спілкування або будуть ставити стосунки на відстань. Це може включати як фізичну ізоляцію, так і емоційну, коли навіть у присутності інших людей пацієнт відчуває себе самотнім. Психотерапія для таких пацієнтів повинна включати роботу над відновленням здатності до довіри, розуміння власних емоцій і потреб у стосунках, навчання ефективним стратегіям спілкування [30].

Щоб захиститися від травматичних спогадів, люди з комплексним ПТСР можуть розвивати дисоціативні механізми, що включають розщеплення свідомості або втечу від реальності. Це може проявлятися у вигляді втрати пам'яті, порушень просторово-часової орієнтації, відчуття відірваності від світу. Людина може почуватися або зниклою з реальності, що дозволяє їй зменшити емоційний біль. Рисом дисоціації є те, що пацієнт може не усвідомлювати, що переживає цей стан, і вважати свою реакцію нормою. Однак дисоціативні стани можуть ускладнити лікування, оскільки пацієнт не завжди здатний контактувати з реальністю або з емоціями. Лікування симптомів вимагає комплексного підходу, включаючи терапію, що допомагає зменшити дисоціативні симптоми, підтримати емоційну стабільність і повернути до сприйняття реальності [2].

Тривала травматизація в результаті багатократних або хронічних травмованих подій має серйозний вплив на нейробіологічні механізми мозку. Структури мозку, такі як амігдала та гіпокамп, зазвичай відповідальні за емоційну регуляцію та пам'ять. Однак внаслідок постійного стресу ці структури можуть зазнавати змін, що порушує їх нормальне функціонування. Амігдала, яка відповідає за формування страху та емоційних реакцій, стає надмірно активною, посилюючи емоційну реакцію на навіть незначні подразники. Гіпокамп, що відповідає за пам'ять та формування нових спогадів, може зменшити свою активність і обсяг, що ускладнює здатність людини

ефективно обробляти і зберігати спогади. Такі зміни в нейробіології можуть викликати хронічні симптоми, такі як порушення сну, тривожність і депресивні стани. Порушення сну є результатом як надмірної активації амігдали, так і порушення процесів пам'яті через гіпокамп, що призводить до спогадів про травму навіть у стані сну. Більш того, цей хронічний стрес може проявлятися фізичними симптомами, такими як головні болі, м'язові болі та інші соматичні порушення, що значно ускладнює відновлення та лікування пацієнтів з комплексним ПТСР [15].

Соціальна депривація та ізоляція є одними з основних психопатологічних механізмів, що виникають внаслідок травматичних переживань і є важливими для розуміння комплексного ПТСР. Люди з цим розладом часто відчують втрату соціальної підтримки через розриви у стосунках з родиною, друзями або близькими людьми. Вони можуть мати труднощі в встановленні нових зв'язків або зберіганні існуючих, оскільки травматичний досвід може спричиняти відчуття недовіри або підозри до оточуючих. Це часто призводить до відчуження і соціальної ізоляції, що тільки посилює симптоми ПТСР. Ізоляція може бути як фізичною, так і емоційною, коли пацієнт не відчуває можливості поділитися своїми переживаннями або отримати підтримку. Така ізоляція створює замкнене коло, де відсутність соціальної підтримки ще більше підсилює почуття самотності та безнадії. Соціальна депривація ускладнює одужання, оскільки без нормальних соціальних зв'язків важко відновити довіру до себе й інших, а також побудувати здорові стосунки, які є важливими для психічного здоров'я [34].

Одним із найскладніших наслідків комплексного ПТСР є втрата здатності до довіри. Травматичні переживання, особливо багатократні або хронічні, можуть суттєво порушити здатність людини довіряти оточуючим. Це може бути результатом пережитого зрадництва, насильства або інших негативних досвідів, коли довіра була зруйнована. У людей з комплексним ПТСР спостерігається не тільки недовіра до інших людей, а й до самого себе, оскільки вони можуть сумніватися у своїй здатності приймати правильні рішення або забезпечити свою безпеку. Втрата довіри до інших може призвести до

соціальної ізоляції та відчуття, що ніхто не може допомогти. Втрата довіри до себе може ускладнити реабілітацію, оскільки пацієнт може сумніватися в тому, що він може змінитися або що лікування буде ефективним. Така втрата довіри є серйозною перешкодою на шляху до відновлення, і для лікування цього механізму необхідні методи психотерапії, які спрямовані на відновлення віри в себе та інших [35].

Переживання сорому та провини є ще одним важливим психопатологічним механізмом в основі комплексного ПТСР. Люди, які пережили травматичні події, можуть відчувати глибоке почуття сорому або вини, що може бути спричинене не тільки самими подіями, а й їхніми реакціями на них. Вони можуть відчувати, що не змогли захистити себе чи інших, або що їхні дії під час травми були неналежними. Це почуття вини або сорому може бути настільки сильним, що пацієнт відчувається гідним покарання або не має права на відновлення. Це може призвести до розвитку депресії, самопошкодження або самоізоляції. Відчуття сорому також може заважати пацієнту звернутися за допомогою, оскільки він може соромитися своїх переживань чи вважати їх занадто інтимними або «неправильними» для обговорення. Психотерапевтичне втручання в таких випадках включає роботу з почуттям сорому і вини, щоб допомогти пацієнту змінити негативне сприйняття себе і відновити почуття гідності [44].

Одним із характерних аспектів комплексного ПТСР є відчуття невизначеності майбутнього. Люди, що пережили травму, часто відчувають, що життя більше не має сенсу або перспективи. Вони можуть мати постійну тривогу щодо майбутнього і боятися нових травм або повторення болісних подій. Це створює відчуття безперспективності і неможливості планувати майбутнє. Замість того, щоб дивитися вперед з надією, пацієнти з комплексним ПТСР можуть бути постійно зосереджені на минулому, намагаючись уникнути нових травм або ж боючись повторних переживань. Така невизначеність може бути гальмом для будь-яких спроб створити нове життя або встановити позитивні цілі. Люди можуть уникати прийняття рішень, оскільки вони бояться, що спроби змінити своє життя призведуть до нових поразок або болю.

Лікування цього механізму вимагає допомоги пацієнту в відновленні спроможності планувати майбутнє, встановлювати цілі та знову знаходити сенс у житті [46].

Отже, психопатологічні механізми комплексного ПТСР складаються з взаємопов'язаних процесів, що серйозно впливають на психічне і фізичне здоров'я. Травматичний досвід порушує когнітивні процеси, формуючи негативні переконання та хронічне відчуття загрози. Пацієнти мають проблеми з емоційною регуляцією, що проявляється в надмірних реакціях чи емоційній ізоляції. Порушення ідентичності, самоусвідомлення призводять до недостатньої стабільності особистості і втрати зв'язку з реальністю. Міжособистісні труднощі та соціальна ізоляція виникають через втрату довіри, що посилює стан пацієнтів. Дисоціація стає захисним механізмом, ускладнюючи лікування. Нейробіологічні зміни через хронічний стрес сприяють тривожним симптомам, а соціальна депривація і почуття провини поглиблюють безнадійність.

1.3. Соціально-психологічні чинники формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР

Вивчення соціально-психологічних чинників, що сприяють формуванню психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР, є важливим етапом у розумінні та лікуванні цього захворювання. Травматичні переживання, зокрема багаторазові або тривалі, не лише безпосередньо впливають на психічне здоров'я, але й можуть змінювати соціальне середовище людини, посилюючи її емоційну реакцію та взаємодію з людьми. Соціальна підтримка, стосунки в родині, культурні норми, рівень соціальної інтеграції можуть як погіршувати, так і допомагати процесу відновлення пацієнтів з комплексним ПТСР.

Вважаємо, що розуміння ролі соціально-психологічних чинників у розвитку психопатологічних механізмів дозволяє створити ефективні підходи до реабілітації пацієнтів, враховуючи їхні специфічні потреби та труднощі.

Так, соціальна ізоляція є одним з основних чинників, які можуть значно погіршити стан пацієнта з комплексним ПТСР. Відсутність соціальної підтримки з боку родини, друзів або громади створює ситуацію, коли особа залишається наодинці зі своїми переживаннями, що не дозволяє їй нормально відновлюватися після травмуючих подій. Соціальна підтримка є важливим чинником у процесі реабілітації, адже вона надає емоційну стабільність, відчуття належності та взаєморозуміння, що сприяє кращому емоційному відновленню. У разі її відсутності людина може відчувати ще більше занурення в себе, посилення почуття безпорадності і безнадії, що лише підсилює симптоми ПТСР. Однак відсутність підтримки не обов'язково означає ізоляцію в фізичному сенсі. Людина може відчувати емоційну ізоляцію навіть у колі близьких людей, якщо вони не здатні або не бажають надати необхідну допомогу або розуміння [38].

Низький рівень соціальної інтеграції також є важливим фактором ризику розвитку ПТСР, оскільки люди, які відчують себе ізольованими, відірваними від суспільства, можуть мати значні труднощі з адаптацією до нормального життя після пережитого стресу. Втрата зв'язку з соціумом ускладнює процес відновлення, адже соціальні контакти є основою для формування почуття безпеки та стабільності. Тривала відсутність відчуття належності до групи може спричинити відчуття самотності, що підвищує вразливість до розвитку депресії, тривоги та інших симптомів ПТСР. Люди з низьким рівнем соціальної інтеграції мають менше можливостей для отримання підтримки від оточуючих і часто не мають доступу до ресурсів, які можуть допомогти їм пережити травму. Вони можуть бути обмежені в можливостях для самовираження [22].

Стресові життєві події, такі як втрата близьких, фінансові труднощі, безробіття або інші серйозні проблеми, можуть стати додатковими чинниками розвитку ПТСР. У разі, коли ці події супроводжуються тривалим стресом або психологічним тиском, вони здатні значно ускладнити процес відновлення. Багато людей, які пережили складні події, можуть мати труднощі в адаптації до нормального життя через постійний стрес і відчуття безнадійності. Втрата стабільності та відчуття безпеки можуть призвести до того, що людина починає

переживати травму ще раз, що підвищує ризик розвитку психічних розладів. Переживання таких подій може спонукати людину до замкненості, підвищення рівня тривожності та депресії, що є одними з характерних симптомів ПТСР [17].

Соціокультурні фактори, такі як стереотипи та соціальні норми, відіграють важливу роль у формуванні психопатологічних механізмів комплексного ПТСР. У багатьох культурах та суспільствах існують стереотипи, які обмежують вираження емоцій чи засуджують звернення за психологічною допомогою. Це створює в людини відчуття сорому чи вини за звернення до психотерапевта або за визнання свого страждання. В результаті таких соціальних обмежень люди часто приховують свої емоційні труднощі, що ускладнює їхній процес відновлення. Ті, хто не отримує необхідної допомоги, можуть відчувати себе ще більш самотніми, ізольованими та безнадійними, що підсилює симптоми ПТСР. Крім того, соціальні норми можуть нав'язувати стратегії копіngu (подолання), які, хоча й здаються нормальними, насправді можуть бути шкідливими, наприклад, ігнорування проблем або повне уникнення емоцій [34].

Сімейна динаміка та взаємини є одним з визначальних соціальних чинників, які можуть призвести до розвитку комплексного ПТСР. Деструктивні стосунки в сім'ї, такі як насильство, нехтування, емоційна ізоляція або відсутність емоційної підтримки, часто стають основними чинниками, що сприяють розвитку психічних розладів у результаті травматичних переживань. Тривале перебування в токсичних сімейних умовах може залишити емоційні шрами, посилюючи відчуття страху, тривоги і безпорадності. В таких умовах людина часто не має можливості для вираження своїх почуттів або звернення за допомогою, що лише посилює симптоми ПТСР. Крім того, вплив сімейних стосунків може бути надзвичайно глибоким: особа, яка пережила насильство або постійну емоційну ізоляцію, може втратити здатність довіряти іншим людям, що значно ускладнює її соціальну інтеграцію та відновлення після травми [41].

Неадекватна або відсутня соціальна підтримка є одним з найбільш значущих чинників, що можуть сприяти розвитку психопатологічних механізмів у пацієнтів з комплексним ПТСР. Коли людина переживає важку травму або серйозні стресові події, вона часто потребує підтримки з боку родини, друзів, соціальних служб чи фахівців. Однак відсутність належної допомоги або неадекватна підтримка з боку оточуючих може призвести до того, що людина залишатиметься ізольованою в своїх переживаннях. Це сприяє розвитку хронічного стресу та посилює симптоми ПТСР, оскільки без своєчасної підтримки та допомоги людині важко адаптуватися до нових обставин або знайти вихід зі стану глибокого емоційного та психологічного напруження. Недостатня допомога з боку соціальних служб або фахівців може сприяти затяжному перебігу ПТСР, що робить процес реабілітації більш складним та тривалим. Людина втрачає віру в можливість змінити своє життя, що лише підсилює депресивні настрої, безнадійність та соціальну ізоляцію [45].

Переживання стигматизації також є важливим соціально-психологічним чинником, який значно ускладнює процес відновлення після травми. Відчуття осуду або неприязні з боку суспільства через психологічні проблеми може створювати додаткове навантаження на людину, що сприяє поглибленню симптомів ПТСР. Коли людина відчуває, що її травматичний досвід не розуміють або засуджують, це може посилити її відчуття ізоляції та самотності. В результаті стигматизації пацієнти часто не звертаються за допомогою, побоюючись, що їх проблеми будуть сприйняті як слабкість або ненормальність. Це також посилює їхній страх бути неприязно сприйнятими іншими, що в свою чергу сприяє поглибленню соціальної ізоляції. Страх бути відкинутим може утримувати людей від пошуку необхідної допомоги, що збільшує ризик хронічних психічних розладів і ускладнює процес лікування [18].

Низький рівень психологічної підтримки є ще одним чинником, який може призвести до тривалих психопатологічних порушень у людей з комплексним ПТСР. Без належної підтримки в періоди стресу або травми, людина може бути змушена самотійно обробляти свої емоційні переживання,

що може призвести до глибоких психологічних наслідків. Недостатня психологічна допомога не дає людині змогу належно переробити травматичні переживання, а також розвивати стратегії адаптації до нових умов. Відсутність підтримки у критичні моменти життя, такі як стресові події або переживання травм, може посилити відчуття безпорадності та нездатності керувати своїми емоціями. Це може призвести до погіршення психічного стану, розвитку депресії, тривоги та інших симптомів ПТСР, а також ускладнити взаємодію з оточенням, що в свою чергу ще більше поглиблює ізоляцію та переживання безнадії [8].

Невизначеність соціального статусу може мати вплив на розвиток ПТСР, оскільки люди, які пережили соціальну або культурну маргіналізацію, часто відчують додатковий стрес через свою соціальну або культурну ізоляцію. Втрата ідентичності, що виникає через низький соціальний статус або культурну дискримінацію, може стати потужним джерелом стресу, який підвищує ризик розвитку психічних розладів. Особи, які відчують себе соціально викинутими або маргіналізованими, можуть мати проблеми з адаптацією до суспільства, що ще більше ускладнює їх відновлення після пережитої травми. Втрата почуття приналежності до соціуму може привести до почуття відчуженості та безпорадності, що є сприятливим середовищем для розвитку комплексного ПТСР. Указане створює відчуття неповноцінності та зниження самооцінки, що погіршує здатність людини справлятися з посттравматичним стресом [12].

Взаємодія з соціальними групами, в межах яких переживаються травми, може бути важливим чинником розвитку психопатологічних механізмів ПТСР. Для людей, які пережили травму в межах певної соціальної групи, як-от військові, жертви насильства або постраждалі від природних катастроф, досвід травми може значно посилити відчуття відокремленості від оточуючих. Ці групи можуть мати свої специфічні особливості і переживання, що створює у людей ще більший емоційний бар'єр для взаєморозуміння з іншими. Переживання травми в таких специфічних соціальних контекстах може також сприяти розвитку психологічних проблем, оскільки особи, що постраждали,

можуть відчувати себе частиною меншості або без підтримки з боку більш широкого суспільства. Це може призводити до подальшої ізоляції, труднощів у соціальній інтеграції і розвитку складних психопатологічних симптомів, характерних для ПТСР [2].

Отже, соціально-психологічні чинники відіграють важливу роль у формуванні психопатологічних механізмів, які лежать в основі комплексного ПТСР. Відсутність належної соціальної підтримки, ізоляція, низький рівень соціальної інтеграції та стресові життєві події можуть значно посилити травматичний досвід, перешкоджаючи процесу відновлення. Соціальні норми, що забороняють вираження емоцій і звернення за допомогою, погіршують ситуацію, підсилюючи відчуття ізоляції та безнадійності.

Висновок до розділу 1

1. Виділено когнітивно-біхевіоральний, психодинамічний, біопсихосоціальний, нейробіологічний, травматичний та соціокультурний підходи до трактування комплексного ПТСР. Їх поєднання уможливорює глибше розуміння різних аспектів розвитку та проявів комплексного ПТСР, зокрема, взаємодії психічних, фізіологічних і соціальних факторів. Аналізовані підходи у випадку їхньої інтеграції відкривають можливості для розвитку нових методів лікування, що можуть ефективно враховувати індивідуальні особливості пацієнтів із ПТСР.

2. Психопатологічні механізми комплексного ПТСР складаються з взаємопов'язаних процесів, що впливають на психічне здоров'я. Травматичний досвід порушує когнітивні процеси, формуючи негативні переконання та хронічне відчуття загрози. Пацієнти мають проблеми з емоційною регуляцією, що проявляється в надмірних реакціях чи емоційній ізоляції. Порушення самоусвідомлення й особистісної ідентичності призводять до недостатньої стабільності особистості і втрати зв'язку з реальністю. Міжособистісні труднощі та соціальна ізоляція виникають через втрату довіри, що посилює стан пацієнтів. Нейробіологічні зміни через хронічний стрес

сприяють тривожним симптомам, а соціальна депривація і почуття провини поглиблюють безнадійність.

3. Відсутність належної соціальної підтримки, ізоляція, низький рівень соціальної інтеграції та стресові події можуть посилити травматичний досвід, перешкоджаючи процесу відновлення; стереотипи та соціальні норми, що забороняють вираження емоцій і звернення за допомогою, погіршують ситуацію, підсилюючи відчуття ізоляції та безнадійності; деструктивні сімейні стосунки, переживання стигматизації, а також недостатня психологічна підтримка у періоди стресу можуть створювати додаткові бар'єри для реабілітації.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ В ОСНОВІ КОМПЛЕКСНОГО ПТСР

2.1. Методика організації емпіричного дослідження психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР

Необхідність емпіричного дослідження психопатологічних механізмів, що лежать в основі комплексного ПТСР, зумовлена кількома важливими аспектами. ПТСР є складним та багатоаспектним розладом, який охоплює не лише психічні, але й фізіологічні та соціальні аспекти, що вимагають глибокого та всебічного вивчення. Незважаючи на значний прогрес у розумінні природи комплексного ПТСР, багато питань залишаються невирішеними, зокрема щодо специфіки психопатологічних механізмів, які сприяють його розвитку та хронізації.

Вважаємо, що емпіричне дослідження дасть змогу не тільки розкрити низку психопатологічних механізмів, що лежать в основі комплексного ПТСР, зокрема на рівні когнітивних і емоційних процесів, а й оцінити вплив соціальних і психологічних чинників, що поглиблюють його прояви. Застосування сучасних методів емпіричного дослідження, таких як психологічне тестування, може забезпечити об'єктивну та детальну картину складних психічних процесів, що відбуваються в свідомості пацієнтів з

комплексним ПТСР. Вказане сприятиме розвитку ефективніших психотерапевтичних підходів, спрямованих на усунення не лише симптомів, але й глибинних причин комплексного ПТСР,.

Необхідний діагностичний інструментарій для емпіричного дослідження психопатологічних механізмів, що лежать в основі комплексного ПТСР у військовослужбовців, було розроблено з урахуванням специфіки професійної діяльності та можливостей вивчення психологічних особливостей адаптації до стресових ситуацій. Вибір діагностичних методик здійснювався відповідно до цілей дослідження та завдань, що стоять перед науковим вивченням, з акцентом на оцінку психічного стану та особливостей стресостійкості в умовах військової служби. Кожна з обраних діагностичних методик була підібрана з огляду на її валідність, надійність та здатність оцінити особливості психічних реакцій військовослужбовців на травматичні події.

Зокрема, для емпіричного дослідження психопатологічних механізмів, що лежать в основі комплексного ПТСР у військовослужбовців, було використано методику стресостійкості і соціальної адаптації, розроблену Т. Холмсом і Р. Раге [26]. Ця методика включає оцінку стресових подій, які мали місце в житті особи протягом останнього року, та класифікацію їх за рівнем ймовірності виникнення стресового розладу. Події оцінюються за спеціальною шкалою, де кожній події присвоюється певна кількість балів відповідно до рівня стресогенності. Оцінка стресостійкості дозволяє визначити здатність особистості справлятися з психофізичними навантаженнями без значних негативних наслідків для здоров'я та психіки, в той час як соціальна адаптація характеризує ступінь ефективності пристосування індивіда до умов соціального середовища.

Методика Т. Холмса і Р. Раге передбачає бланки, що містять перелік психотравмуючих подій, які сталися в житті людини протягом останнього року. Кожна з подій оцінюється за шкалою до 100 балів, з можливістю множити кількість балів за повторення ситуації. Це дозволяє більш точно визначити рівень стресового навантаження, яке переносить особистість. Інтерпретація результатів розподіляється за чотирма рівнями: високий рівень стресостійкості,

достатній рівень, порогова стресостійкість та низька опірність стресу. Якщо особа отримує менше 150 балів, це свідчить про високий рівень стресостійкості, що дозволяє ефективно працювати навіть у стресових ситуаціях. Рівень між 150 і 199 балами вказує на достатню стресостійкість, коли енергія та ресурси особистості не витрачаються на боротьбу з негативними психологічними станами. Якщо особа набирає від 200 до 299 балів, то це вказує на порогову стресостійкість, що може бути сигналом про зниження здатності до адаптації і зростаючий ризик розвитку психічних розладів. Поріг понад 300 балів свідчить про низьку опірність стресу, що є критичним показником для військовослужбовців, оскільки це може призвести до психосоматичних захворювань через нервові виснаження.

Важливо враховувати, що цей діагностичний інструментарій дозволяє всебічно оцінити стресостійкість та соціальну адаптацію військовослужбовців, що є необхідними факторами для вивчення розвитку комплексного ПТСР. Оскільки кожна з цих методик дозволяє зафіксувати зміни в психологічному стані особистості, вона є важливим інструментом не лише для діагностики, але й для подальшої корекції психічного стану постраждалих військовослужбовців, що допомагає оптимізувати реабілітаційні процеси та знижувати ризик розвитку посттравматичного стресового розладу.

Методика діагностики рівня невротизації, розроблена Л. Вассерманом [1], також є важливим інструментом емпіричного дослідження психопатологічних механізмів, що лежать в основі комплексного ПТСР у військовослужбовців. Цей психометричний інструмент дозволяє вивчити рівень їхньої невротизації, що відображає емоційну нестабільність, тривожність, занижену самооцінку та залежність від оточення. Невротизація є гомогенною особистісною рисою, яка схожа на нейротизм і відображає схильність особистості до переживання стресу, тривоги та негативних емоцій, таких як дратівливість і знижений рівень самооцінки. Високий рівень невротизації у військовослужбовців може свідчити про підвищену емоційну збудливість, що призводить до розвитку різних психопатологічних порушень, включаючи ПТСР, а також до труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальних взаємодіях.

Опитувальник Л. Вассермана, розроблений для визначення рівня невротизації, містить 40 запитань, що дозволяють оцінити емоційну стабільність респондентів. Орієнтовний час для проходження тесту складає 15-20 хвилин, що дозволяє отримати швидке й точне визначення рівня невротизації особистості. Учасникам тесту пропонується відповідати на запитання за допомогою двох варіантів: «так» або «ні», що сприяє простоті та доступності інтерпретації результатів. Під час обробки отриманих даних підраховується кількість позитивних відповідей, що дає змогу оцінити рівень невротизації респондента. Чим вищий рівень позитивних відповідей, тим вище ймовірність наявності емоційної нестабільності та схильності до психічних порушень.

Результати тесту Л. Вассермана інтерпретуються за такими критеріями: 0-9 балів – низький рівень невротизації, що свідчить про емоційну стійкість, оптимізм, позитивний фон хвилювань і здатність до ініціативи та легкості в соціальних взаємодіях. 10-19 балів – середній рівень невротизації, що вказує на помірковані емоційні труднощі, такі як тривожність і незначна дратівливість, але з можливістю самоконтролю та адаптації до стресових ситуацій. 20-40 балів – високий рівень невротизації, що є тривожним сигналом і свідчить про виражену емоційну збудливість, підвищену тривожність, негативні переживання, дратівливість та труднощі в спілкуванні. Такий рівень невротизації часто супроводжується іпохондричними симптомами, соматичними відчуттями, негативними емоціями та низьким рівнем самооцінки, що створює перешкоди для нормальної адаптації у соціумі та роботі.

Зазначимо, що методика Л. Вассермана є надзвичайно важливим для діагностики та моніторингу емоційного стану військовослужбовців, оскільки дозволяє оцінити не тільки рівень стресостійкості, а й глибину емоційних порушень, які можуть бути передумовою розвитку ПТСР. Оцінка рівня невротизації допомагає виявити ризики розвитку серйозних психопатологічних розладів у військовослужбовців, що дозволяє вчасно застосувати корекційні та реабілітаційні заходи для зниження цих ризиків. Крім того, результативне

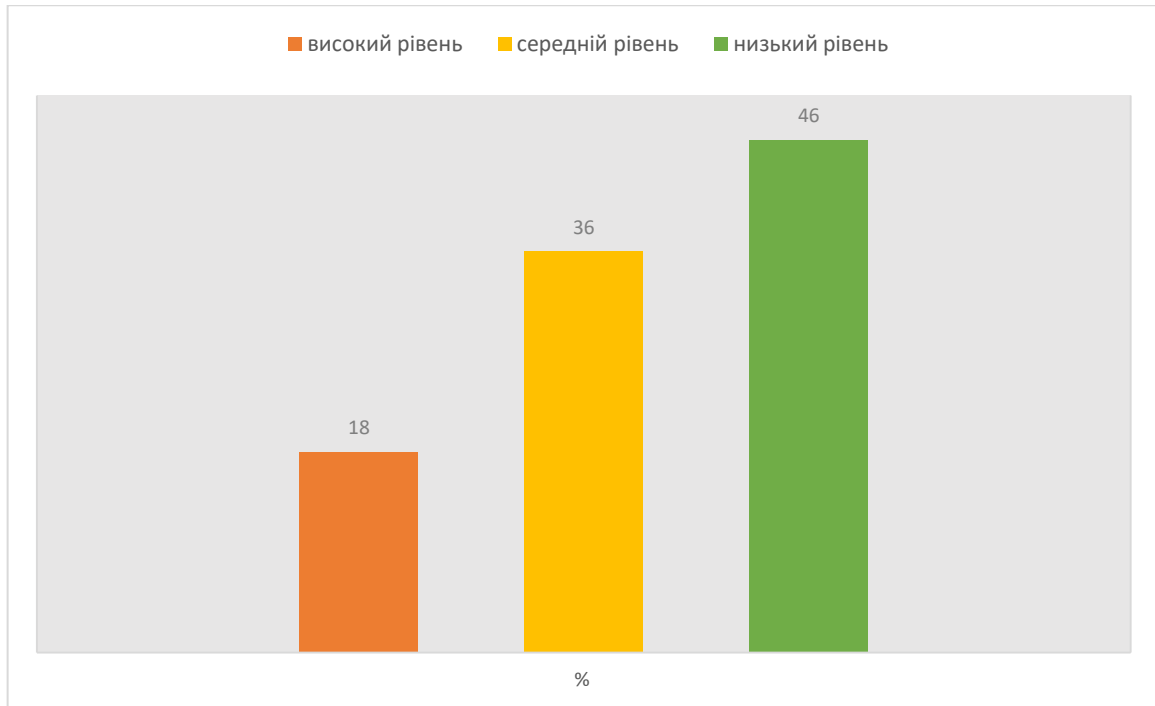
використання цього інструменту може слугувати основою для подальших досліджень у сфері психологічної допомоги, спрямованих на оптимізацію процесів реабілітації військових після травматичних подій, пов'язаних із бойовими діями або іншими стресогенними ситуаціями.

Отже, для емпіричного дослідження психопатологічних механізмів ПТСР у військовослужбовців обрано наступні діагностичні інструменти: 1) методика оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Праге; 2) методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, що дозволяє визначити схильність до розвитку стресових реакцій; 3) Фрайбурзький багатofакторний особистісний опитувальник (FPI), який дозволяє виявити особистісні риси, що можуть впливати на розвиток ПТСР. Всі перелічені методики забезпечують комплексне вивчення психологічних аспектів, що сприяють виникненню та хронізації посттравматичних розладів серед військовослужбовців.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР

В емпіричному дослідженні психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР взяли участь 50 військовослужбовців віком від 26 до 54 років. Учасники емпіричного дослідження мали різний військовий стаж та відрізнялися за тривалістю перебування в зонах бойових дій.

Здобуті результати за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Праге, відображені на рисунку 2.1, дають змогу детально оцінити рівень стресостійкості військовослужбовців, що є важливим для подальшого розуміння їхніх адаптаційних механізмів та здатності справлятися з травматичними ситуаціями.



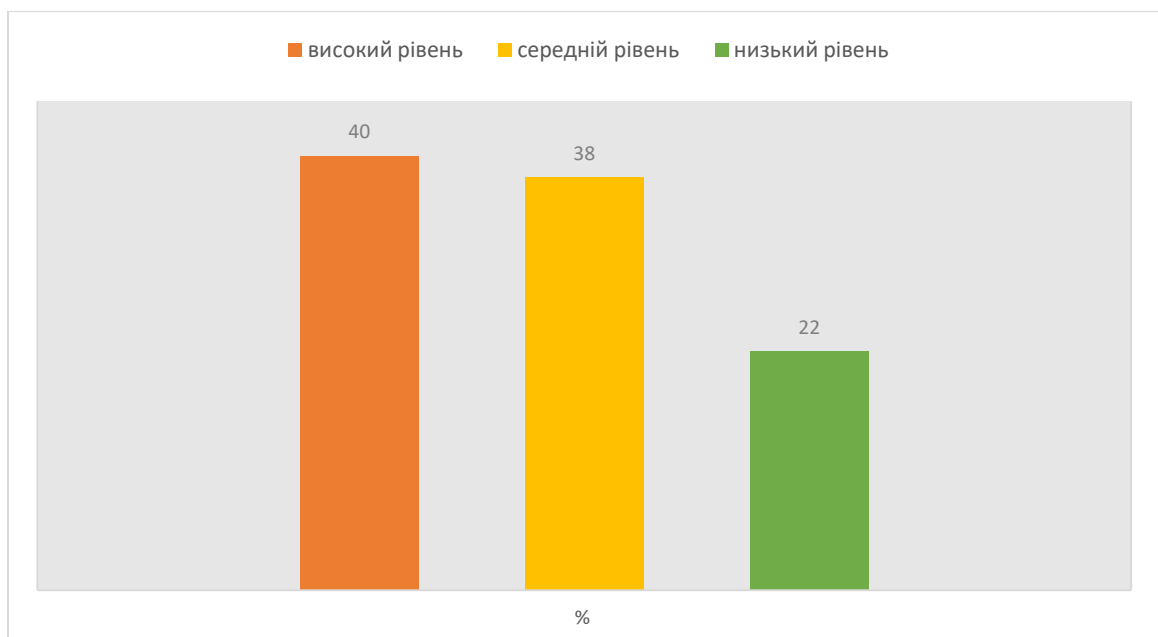
**Рис. 2.1. Рівні стресостійкості та соціальної адаптації
військовослужбовців (методика Т. Холмса та Р. Праге, %)**

Як показує аналіз, 18% респондентів продемонстрували високий рівень стресостійкості, що свідчить про їх здатність ефективно справлятися з різноманітними стресовими ситуаціями та зберігати емоційну рівновагу навіть під впливом значних навантажень. Військовослужбовці з високим рівнем стресостійкості відзначаються здатністю витримувати великі психофізичні навантаження, що безпосередньо впливає на ефективність та життєву активність. Більше половини досліджуваних (46%) мають низький рівень стресостійкості, що є тривожним сигналом для професійної діяльності, особливо в умовах високого стресу, характерного для військових ситуацій. Військовослужбовці з низьким рівнем стресостійкості можуть витрачати значну кількість енергії на подолання стресових станів, що призводить до емоційного та фізичного виснаження. Це може значно знижувати їх ефективність у роботі та сприйняття стресових ситуацій, що підвищує ризик розвитку психосоматичних захворювань і ускладнює адаптацію до нових умов. 36% респондентів показали середній рівень стресостійкості, що свідчить про їхню здатність справлятися з більшістю стресових ситуацій, хоча в умовах постійного або високого стресу їхня опірність знижується. Військовослужбовці

цієї групи виявляють певну гнучкість, однак для покращення стресостійкості можуть знадобитися додаткові коригувальні заходи або психологічна підтримка для підтримки внутрішньої рівноваги та запобігання розвитку психопатологічних механізмів.

Загалом результати дослідження за методикою Т. Холмса та Р. Раге показують, що значна частина військовослужбовців (особливо 46%) має низький рівень стресостійкості, що може бути важливим чинником у розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР. Вказане дані підкреслюють важливість застосування спеціалізованих реабілітаційних і підтримуючих заходів для підвищення рівня стресостійкості серед військовослужбовців, що дозволить знизити ризик розвитку психопатологічних механізмів та сприятиме більш ефективному протистоянню стресовим ситуаціям.

Результати, отримані за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, представлені на рис. 2.2, дають змогу оцінити ступінь емоційної нестабільності та схильності до невротичних проявів серед військовослужбовців, що є важливим аспектом для розуміння психопатологічних механізмів, які можуть лежати в основі розвитку комплексного ПТСР.



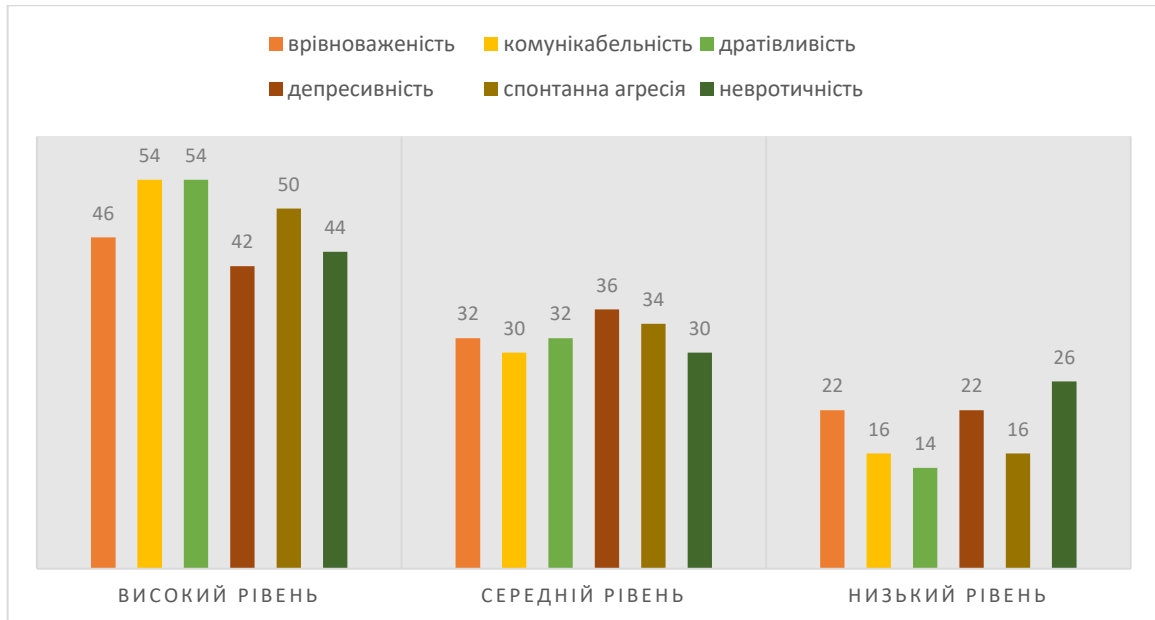
**Рис. 2.2. Рівні невротизації у військовослужбовців
(методика Л. Вассермана, %)**

За результатами дослідження, 40% військовослужбовців виявили високий рівень невротизації, 38% – середній, а 22% – низький. Зокрема, здобуті дані свідчать про те, що найбільша частина досліджуваних (40%) має високий рівень невротизації. Це вказує на наявність вираженої емоційної збудливості та схильності до негативних емоційних переживань, таких як тривожність, розгубленість, напруженість, роздратованість, занепокоєння та ін. Відомо, що військовослужбовці з високим рівнем невротизації часто переживають труднощі в управлінні своїми емоціями та почуттями, що може призводити до зниження їхньої здатності справлятися з стресовими ситуаціями, властивими військовій діяльності. Крім того, ці особи можуть проявляти безініціативність, що є результатом незадоволення своїх потреб, а також мати тенденцію до іпохондрії – фіксації на своїх особистих недоліках та соматичних відчуттях. Така поведінка може ускладнювати соціальну адаптацію та створювати перешкоди в ефективному спілкуванні з оточенням. Високий рівень невротизації є фактором, який значно підвищує ризик розвитку психопатологічних станів, таких як депресія чи тривожні розлади, що можуть бути тісно пов'язані з проявами ПТСР. 38% респондентів мали середній рівень невротизації. Для цієї групи характерні періодичні емоційні коливання, іноді тривожність та незначні проблеми у соціальній взаємодії. Хоча військовослужбовці можуть функціонувати в повсякденних умовах, їх здатність справлятися з емоційними навантаженнями знижується у складних або стресових ситуаціях. Середній рівень невротизації може свідчити про підвищену чутливість до стресу, але не настільки виражену, як у групи з високим рівнем, що, однак, все одно може вплинути на загальну адаптацію та стабільність психоемоційного стану військовослужбовців в умовах тривалого стресу. Низький рівень невротизації був характерний для 22% респондентів, що свідчить про їх емоційну стабільність та здатність легко адаптуватися до змін у навколишньому середовищі. Військовослужбовці з низьким рівнем

невротизації виявляють ініціативність, позитивний емоційний фон та сильне почуття власної незалежності і гідності. Вони здатні легко долати труднощі та підтримувати соціальну активність, демонструючи високий рівень соціальної сміливості та легкість у спілкуванні з іншими людьми. Така емоційна стійкість є важливою для сучасних військових, оскільки дозволяє їм краще справлятися зі стресовими ситуаціями, що виникають у рамках військової служби, а також знижує ймовірність розвитку психопатологічних механізмів, які можуть призвести до розвитку і формування ПТСР.

Загалом аналіз результатів за методикою Л. Вассермана показав, що значна частина військовослужбовців (40%) знаходиться на високому рівні невротизації, що може бути одним з факторів, що впливають на виникнення та розвиток психопатологічних механізмів, пов'язаних з комплексним ПТСР. Водночас, середній рівень невротизації виявлено у 38% військових, що також вказує на схильність до емоційних коливань та стресових реакцій. Лише 22% респондентів виявили низький рівень невротизації, що є позитивним фактором для їх адаптації в умовах стресу. Ці результати підкреслюють важливість психокорекційної роботи з військовослужбовцями, які мають високий рівень невротизації, для запобігання розвитку серйозних психопатологічних станів, таких як ПТСР.

Результати дослідження, проведеного за допомогою Фрайбурзького багатофакторного особистісного опитувальника (FPI), представлені на рисунках 2.3-2.4, дають важливу інформацію для аналізу психопатологічних механізмів, що лежать в основі комплексного ПТСР серед військовослужбовців.



**Рис. 2.4. Особливості особистісних рис військовослужбовців
(методика FPI, %)**

Згідно зі здобутими результатами, 44% військовослужбовців виявили високий рівень невротичності, 30% – середній рівень, а 26% – низький. Військові з високим рівнем невротичності часто мають відчуття страху, раптові зміни настрою, підвищену тривожність, фрустрацію та почуття самотності. Ці особи мають знижені здібності до подолання стресових ситуацій, схильні до перебільшення негативних наслідків подій і часто мають труднощі з контролем своїх емоцій. Висока невротичність є фактором ризику розвитку психічних розладів, таких як депресія, панічні атаки та фобії, які можуть сприяти розвитку ПТСР. Оскільки військовослужбовці з таким рівнем невротичності схильні до емоційної нестабільності, їх здатність адаптуватися до стресових умов є обмеженою, що підвищує ймовірність розвитку психопатологічних порушень.

У 50% військовослужбовців був виявлений високий рівень спонтанної агресії, 34% показали середній рівень, а 16% – низький. Високий рівень цієї агресії серед військових може вказувати на підвищену імпульсивність, схильність до прояву агресії без очевидних причин, а також на труднощі в управлінні емоціями. Вказане може включати бажання нашкодити іншим, роздратувати їх або вказати на їхні помилки, що часто пов'язано з підвищеною чутливістю до оточення та підсвідомим задоволенням від чужих труднощів.

Така агресія може бути серйозним фактором ризику для психічного благополуччя військовослужбовців, оскільки спонтанні агресивні прояви часто призводять до соціальних конфліктів, що в свою чергу може негативно впливати на командну взаємодію та адаптацію до військових умов.

Щодо рівнів депресивності, 42% військовослужбовців продемонстрували високий рівень, 36% – середній, а 22% – низький. Високий рівень депресивності, виявлений у значної частини респондентів, свідчить про наявність зниженого настрою, загальмованості інтелектуальної діяльності, рухової загальмованості. Для них також характерне зниження сексуальної активності, апетиту, зростання тенденцій до самозахисту та навіть суїцидальних думок і дій. Військові з високим рівнем депресії часто зосереджуються на своїх переживаннях, мають занижену самооцінку, схильні до самозвинувачень і самозневаги. Це створює великі труднощі у їхній адаптації до військових умов та підвищує ризик розвитку ПТСР, оскільки депресивні симптоми можуть сприяти загостренню стресових розладів і сприяти їх переростанню в хронічний стан.

Що стосується дратівливості, 54% військовослужбовців мали високий рівень, 32% – середній, а 14% – низький. Високий рівень дратівливості характеризується нестабільним емоційним станом, схильністю до афективних реакцій та проявами нервової збудливості. Військові з високим рівнем дратівливості демонструють негативні емоції, швидко реагують на стресові ситуації навіть без особливих причин. Це може призводити до неадекватних або неприязних реакцій у соціальних взаємодіях, що створює напруженість у колективі та може посилювати вплив стресу. Високий рівень дратівливості є ще одним фактором, який може впливати на психічне здоров'я військових, підвищуючи ризик розвитку ПТСР, особливо в контексті хронічного стресу.

Важливим параметром, вивченим у дослідженні, є комунікабельність, де 54% респондентів продемонстрували високий рівень, 30% – середній, а 16% – низький. Високий рівень комунікабельності свідчить про здатність до налагодження соціальних контактів, конструктивного спілкування та взаємодії з оточенням. Це є важливим ресурсом для військовослужбовців, оскільки вони

можуть легше справлятися з соціальними труднощами, що виникають в умовах колективу. Військові з високою комунікабельністю мають здатність до налагодження взаємодії, що сприяє зменшенню стресу та покращенню адаптації. Ці особи менш схильні до ізоляції та мають кращу підтримку з боку оточення, що позитивно впливає на їх психологічну стійкість у складних умовах.

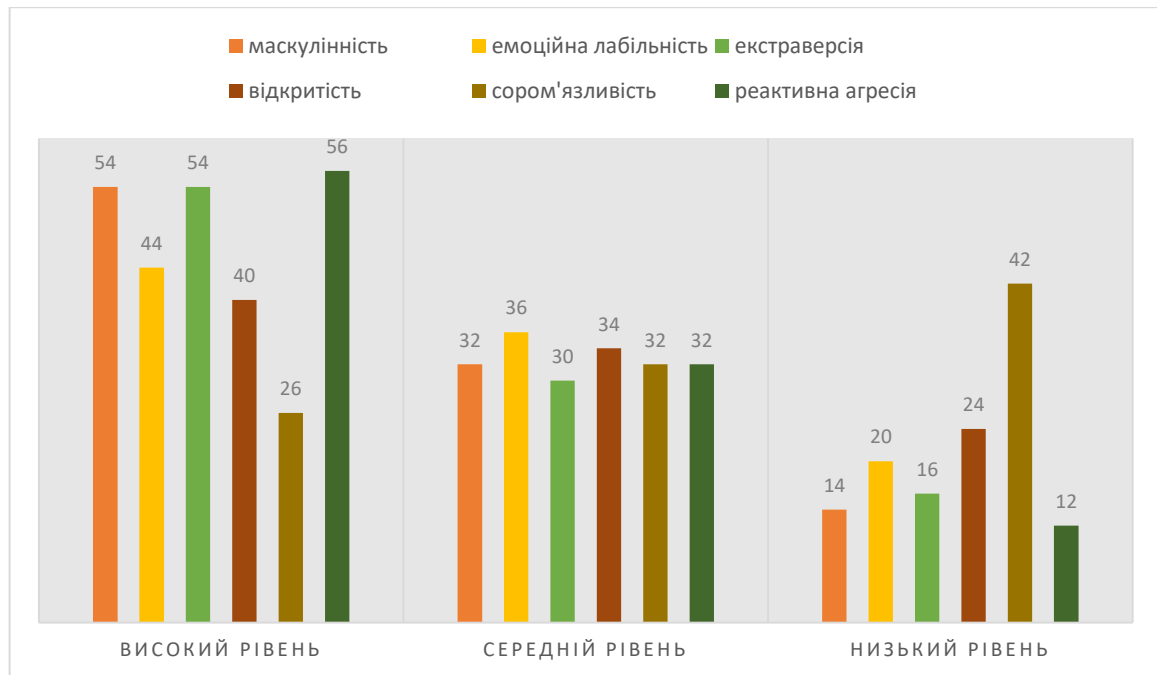


Рис. 2.5. Особливості особистісних рис військовослужбовців (методика FPI, %)

Щодо рівня врівноваженості, 46% військовослужбовців продемонстрували високий рівень, 32% – середній, а 22% – низький. Високий рівень врівноваженості характеризується здатністю до самоконтролю, умінням зберігати спокій і стійкість в умовах стресу та нестабільності. Такі військові здатні оцінювати ситуацію, враховувати свої можливості та використовувати ефективні механізми психологічного захисту, що дозволяє їм впоратися з зовнішніми негативними впливами. Вони здатні зберігати свою особисту позицію, навіть у складних умовах, що є важливим для забезпечення психічної стійкості та профілактики розвитку ПТСР.

Серед військовослужбовців 56% виявили високий рівень реактивної

агресії, 32% – середній, а 12% – низький. Високий рівень реактивної агресії свідчить про схильність до імпульсивних і агресивних реакцій на фрустрацію чи стресові ситуації. Це може бути важливим маркером підвищеної психічної напруги та неврегульованих емоційних реакцій, що значною мірою впливає на ризик розвитку психічних розладів, таких як ПТСР. Військовослужбовці з високим рівнем агресії можуть проявляти схильність до домінування, що часто виражається у агресивній поведінці під час спілкування або у взаємодії з іншими членами колективу, що створює додаткові соціальні та психологічні труднощі.

Щодо рівня сором'язливості, 26% військовослужбовців продемонстрували високий рівень, 32% – середній, а 42% – низький. Військові з високим рівнем сором'язливості часто мають такі риси, як боязкість, нерішучість, напруженість і невпевненість у собі. Вони часто відчують дискомфорт у соціальних взаємодіях і мають труднощі з налагодженням контактів. Така сором'язливість може стати перешкодою для ефективної соціальної адаптації, а також підвищує вразливість до розвитку психічних розладів, оскільки відсутність підтримки і соціальної взаємодії може сприяти ізоляції та посиленню стресових реакцій.

Що стосується відкритості, то 40% військових продемонстрували високий рівень, 34% – середній, а 24% – низький. Військові з високим рівнем відкритості проявляють схильність до змін та інновацій, готові до ризику та експериментів з новими методами та підходами. Вони мають здатність швидко адаптуватися до нових ситуацій і не бояться виходити за межі звичного, що може позитивно впливати на їхню здатність справлятися з новими та стресовими обставинами. Водночас, для військовослужбовців з низьким рівнем відкритості характерна більша закритість, що може обмежувати їх здатність до адаптації.

Щодо екстраверсії, 54% респондентів виявили високий рівень, 30% – середній, а 16% – низький. Військові з високим рівнем екстраверсії орієнтуються на зовнішній світ, мають потребу в соціальних контактах і активно шукають нові враження. Вони активно взаємодіють з оточуючими і

відчувають важливість публічного визнання та соціальної взаємодії. Це може бути важливим фактором, що дозволяє зменшити ризики розвитку ПТСР, оскільки екстравертні особи часто здатні до конструктивного спілкування та підтримки в колективі. Однак тривала ізоляція або дефіцит соціальних зв'язків можуть призводити до стресових реакцій, оскільки екстравертні особи часто потребують зовнішнього підтвердження своєї значущості та успіху.

Емоційна лабільність виявлена у 54% військовослужбовців на високому рівні, у 30% – на середньому рівні, а у 16% – на низькому. Висока емоційна лабільність виявляється у значних коливаннях настрою, швидких і різких переходах від позитивних емоцій до агресії або пригніченості. Це є серйозним фактором ризику для розвитку ПТСР, оскільки схильність до бурхливих реакцій може призвести до неадекватної поведінки, погіршення взаємин з іншими людьми та посилення стресових реакцій на зовнішні події. Військовослужбовці з високою емоційною лабільністю можуть мати труднощі в управлінні своїми емоціями, що збільшує їхню уразливість до розвитку психічних розладів.

Нарешті, 54% військовослужбовців продемонстрували високий рівень маскулінності, 32% – середній, а 14% – низький. Військові з високим рівнем маскулінності часто орієнтовані на підтримку ієрархії, агресивні поведінкові патерни, прояви влади та фізичної сили. Маскулінність також відображає стереотипні уявлення про ролі чоловіків у військовому середовищі, зокрема стосовно поведінки, зовнішнього вигляду та міжособистісних стосунків. Високий рівень маскулінності може сприяти розвитку стресових реакцій, особливо в умовах, коли ці уявлення не відповідають реальним вимогам або викликам, що ставляться перед військовослужбовцями.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою різних психодіагностичних методик, дозволяє виділити рівні сформованості психопатологічних механізмів, які можуть лежати в основі комплексного ПТСР військовослужбовців (рис. 2.6).

Зокрема, 36% військовослужбовців з високим рівнем психопатологічних механізмів, як правило, демонструють виражену схильність до розвитку посттравматичних реакцій. За результатами опитувальників, таких осіб можна

віднести до групи з високим рівнем невротизації (40%), високим рівнем депресивності (42%) та високим рівнем реактивної агресії (56%). Ці військові часто відчують постійну тривожність, страх, депресивні настрої, агресивні реакції та проблеми з емоційним самоконтролем. Вони проявляють високу емоційну лабільність (54%) та значну схильність до змін настроїв, що може призводити до неадекватних реакцій навіть на незначні подразники. У такій групі військовослужбовців часто відзначаються значні труднощі в соціальній адаптації через агресивність, сором'язливість або емоційну нестабільність, що може призвести до виникнення серйозних психічних розладів, таких як депресії, панічні атаки, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад.

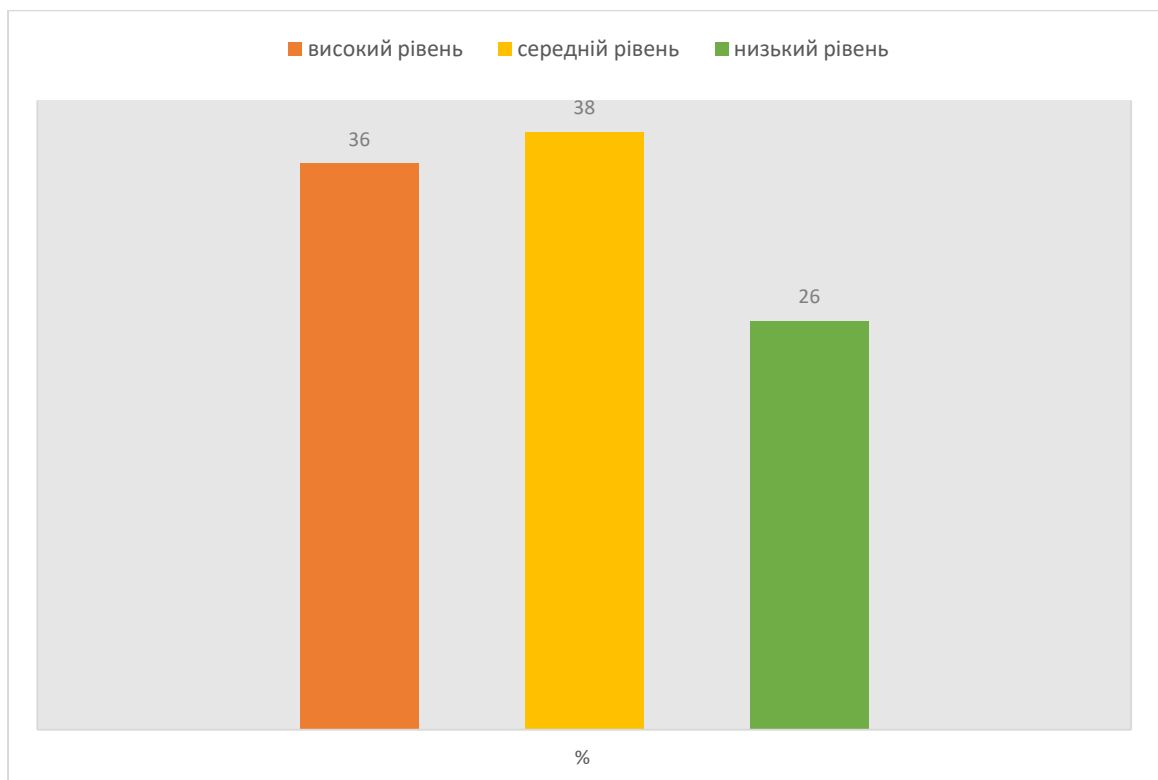


Рис. 2.6. Рівні сформованості психопатологічних механізмів комплексного ПТСР у військовослужбовців (%)

38% військовослужбовців з середнім рівнем психопатологічних механізмів мають ознаки стресової реакції, але їх здатність адаптуватися до складних умов дещо збережена. У цих осіб спостерігаються помірні прояви нервозності, депресії, агресії та емоційної лабільності. За результатами

дослідження, 36% військових продемонстрували середній рівень стресостійкості, 32% мали середній рівень дратівливості, а 36% – середній рівень невротизації. Такі військовослужбовці здатні адаптуватися до більшості стресових ситуацій, однак вони можуть виявляти певні труднощі у взаємодії з іншими, виявляти тривожність або реактивну агресію в періоди підвищеного стресу. Вони мають більш помірковану реакцію на травматичні події, однак ці реакції можуть часом переростати в симптоми ПТСР, якщо військовослужбовець не отримає відповідної психологічної підтримки.

26% військовослужбовців з низьким рівнем психопатологічних механізмів демонструють високу стійкість до стресу і здатність ефективно справлятися з травматичними подіями. Вони мають низький рівень невротизації (22%) і депресивності (22%), а також виявляють низький рівень реактивної агресії (12%). Такі особи характеризуються високою стресостійкістю, врівноваженістю, емоційною стабільністю та здоровими соціальними навичками, що дозволяє їм зберігати психологічну рівновагу навіть у складних ситуаціях. Вони менш схильні до розвитку ПТСР, оскільки здатні справлятися з емоціями, зберігати адекватну самооцінку і контролювати свої реакції. Це дозволяє їм зберігати високий рівень соціальної адаптації і ефективно взаємодіяти з іншими людьми.

Отже, сформованість у військових психопатологічних механізмів на основі комплексного ПТСР серед знаходиться на високому рівні, що свідчить про значну емоційну та психічну нестабільність. Такий рівень психопатологічних механізмів може призвести до розвитку глибших психічних розладів, таких як хронічний ПТСР, депресивні стани, фобії чи навіть суїцидальні тенденції.

Висновок до розділу 2

1. Дослідженозначущі психопатологічні механізми в основі комплексного ПТСР. Для цього використано методику оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Праге, методику діагностики невротизації Л. Вассермана, що дала змогу визначити схильність до розвитку стресових

реакцій, і Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник (FPI), який дав змогу виявити особистісні риси, що можуть впливати на розвиток ПТСР.

2. Аналіз результатів, отриманих за допомогою різних психодіагностичних методик, дав змогу виділити рівні сформованості психопатологічних механізмів, які можуть лежати в основі комплексного ПТСР військовослужбовців – високий (36%), середній (38%), низький (26%). Відтак констатовано, що сформованість у військових психопатологічних механізмів на основі комплексного ПТСР серед військових знаходиться на високому рівні, що свідчить про значну емоційну та психічну нестабільність.

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ПТСР

3.1. Обґрунтування програми корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР та її експериментальне апробування

Необхідність обґрунтування програми корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР військовослужбовців обумовлена високим рівнем їх психічної нестабільності. Враховуючи високу ймовірність хронічних психічних порушень, необхідно розробити та впровадити ефективну програму, яка б сприяла підвищенню стресостійкості військовослужбовців.

Мета програми корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР військовослужбовців полягає у стабілізації психічного стану, зниженні симптомів посттравматичного стресового розладу, покращенні емоційної адаптації та розвитку ефективних механізмів подолання стресу, що дозволить повернутися до повноцінного соціального та професійного функціонування.

Завдання програми:

1. Зниження рівня тривожності та депресії через використання терапевтичних методів, спрямованих на корекцію негативних емоційних станів.

2. Підвищення рівня стресостійкості за допомогою вправ, що сприяють розвитку адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій.

3. Корекція емоційної нестабільності та агресії шляхом навчання військових методам емоційного самоконтролю та управління гнівом.

4. Покращення комунікативних навичок за допомогою вправ, спрямованих на розвиток соціальних навичок та підвищення впевненості у спілкуванні.

5. Зміцнення психологічної адаптації через підтримку ефективних механізмів адаптації до змін у житті, пов'язаних із травматичним досвідом.

6. Профілактика розвитку вторинних психічних розладів через моніторинг психічного стану та запобігання виникненню хронічних розладів, таких як депресія чи суїцидальні думки.

Зміст програми корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР відображено у таблиці 3.1.

Таблиці 3.1

**Програма корекції психопатологічних проявів
при комплексному ПТСР**

Тема заняття	Мета заняття	Ігри та вправи
1. Як травма змінює наше життя?	Ознайомлення з суттю комплексного ПТСР, розуміння механізмів його розвитку та впливу на особу.	«Малювання внутрішнього світу»: учасники малюють, як вони бачать свій стан до та після травми. Обговорення змін.
2. Як перемогти стрес?	Розвиток навичок стресостійкості та адаптації до стресових ситуацій.	«Рольові ігри»: відпрацювання сценаріїв стресових ситуацій, пошук стратегій адаптації.
3. Емоції під контролем	Навчання методам контролю емоцій, зниження рівня гніву та тривожності.	«Скринька емоцій»: написання та обговорення емоційних реакцій на стресові ситуації, пошук позитивних альтернатив.
4. Перезавантаження розуму	Оволодіння когнітивними методами для роботи з негативними переконаннями та самокритикою.	«Картографія переконань»: розробка нових, позитивних переконань через групове обговорення.
5. Як заспокоїтись в моменти стресу?	Вивчення технік глибокого дихання та релаксації для зниження стресу.	«Дихальна практика»: серія вправ на глибоке дихання та м'язову релаксацію.
6. Як знайти своє місце серед людей?	Підвищення навичок соціальної взаємодії та побудови здорових стосунків.	«Соціальна мережа»: учасники створюють «мережу» своїх соціальних зв'язків та обговорюють шляхи їх відновлення.

7. Психологічна підтримка на передовій	Розвиток здатності залишатися психологічно стійким в умовах високого стресу та ризику.	«Тренування стійкості»: обговорення реальних ситуацій та розробка алгоритмів дій у кризових умовах.
8. Як залишити травму в минулому?	Робота з травматичними спогадами, їх усвідомлення та інтеграція в життєвий досвід.	«Письмо до себе»: написання листа до себе в минулому, в якому учасник дає поради собі після пережитої травми.
9. Як зберегти ментальне здоров'я?	Формування навичок підтримки ментального здоров'я на довгострокову перспективу.	«Щоденник стресових ситуацій»: ведення щоденника з фіксацією стресових ситуацій та методів подолання.
10. Стратегії подолання стресу	Розробка індивідуальних і групових стратегій для підтримки та подолання стресу.	«Стратегії підтримки»: обговорення та розробка індивідуальних стратегій підтримки в кризових ситуаціях.

Зазначимо, що програма корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР військовослужбовців була реалізована в рамках серії занять, що охоплювали широкий спектр вправ, спрямованих на відновлення психологічної стійкості, емоційної рівноваги та соціальної адаптації. Кожне заняття мало чітко визначену мету, яка полягала в розвитку конкретних навичок і стратегій для подолання наслідків посттравматичного стресового розладу та підвищення якості життя військовослужбовців.

Першим стало заняття, спрямоване на розуміння комплексного ПТСР. Учасники мали можливість ознайомитися з механізмами розвитку цього розладу, впливом травми на особистість, а також з потенційними шляхами лікування та адаптації. Особливо корисною виявилася вправа «Малювання внутрішнього світу», яка дозволила учасникам наочно побачити зміни, що відбулися в їхній психіці через травму, а також визначити напрямки для подальшої роботи.

Наступним етапом стала робота над розвитком стресостійкості. На занятті учасники навчалися долати труднощі за допомогою різних технік, зокрема рольових ігор, що дозволили відпрацювати практичні стратегії адаптації до стресових ситуацій. Вони мали змогу випробувати різні сценарії, в яких необхідно контролювати свої емоції та приймати зважені рішення, що дозволило значно підвищити їхню стійкість до зовнішніх і внутрішніх труднощів.

У рамках заняття, присвяченого керуванню емоціями, учасники навчалися контролювати гнів та тривогу. Особливу увагу приділили методам управління негативними емоціями через техніки самоусвідомлення і медитацію. Вправа «Скринька емоцій» виявилася надзвичайно ефективною, адже учасники мали змогу відобразити свої емоційні реакції на стресові ситуації та разом з психологом шукали більш здорові способи вираження і переробки цих емоцій.

Одним з ключових етапів стало заняття, присвячене когнітивним технікам зміни негативних переконань. Військовослужбовці мали можливість працювати над своєю самооцінкою та осягати техніки зміни деструктивних переконань, що значно полегшило процес психологічного відновлення. Практика «Картографія переконань» дозволила кожному учаснику визначити власні негативні переконання та замінити їх на більш конструктивні і підтримувальні.

Важливим елементом програми стало заняття з глибокого дихання та релаксації, яке допомогло учасникам знижувати рівень тривожності та стресу. За допомогою дихальних практик і вправ на релаксацію, таких як «Дихальна практика», військовослужбовці навчилися ефективно заспокоювати свої нерви в моменти сильного емоційного напруження, що стало ключовим фактором у подоланні симптомів комплексного ПТСР.

Паралельно з індивідуальними практиками на заняттях також активно використовувалися групові методи роботи. Одним з них була техніка «Соціальна мережа», на якій учасники створювали карту соціальних зв'язків і обговорювали, як відновити або зміцнити їх. Це допомогло відновити впевненість у своїй здатності встановлювати здорові взаємодії і відчувати підтримку з боку інших.

Важливим завданням стало тренування стійкості в умовах стресу та екстремальних ситуацій, що дозволило військовослужбовцям краще справлятися з психологічними навантаженнями на передовій. За допомогою вправ «Тренування стійкості» учасники практикували стратегії підтримки психічного здоров'я в умовах підвищеного ризику і стресу.

На занятті, яке було присвячене роботі з болючими спогадами, учасники мали можливість активно працювати з травматичним досвідом, допомагаючи собі і своїм колегам впоратися з минулими травмами через техніки рефлексії та інтеграції. Вправа «Письмо до себе» виявилася корисною для кожного учасника, оскільки дозволила поглянути на свою травму з іншої перспективи, надати їй значення в контексті власного відновлення.

Заняття, присвячене зміцненню ментального здоров'я на довгострокову перспективу, було спрямоване на закріплення отриманих навичок і формування стійких механізмів підтримки психічного здоров'я. Ведення «Щоденника стресових ситуацій» стало важливим інструментом для осмислення і контролю стресових факторів, що допомогло учасникам тримати емоційний стан під контролем навіть після завершення програми.

Завершальне заняття, присвячене створенню індивідуальних і групових стратегій підтримки, стало важливим етапом для закріплення отриманих навичок та розробки стратегій подолання стресу в майбутньому. Військові активно брали участь у створенні власних стратегій підтримки та обміні досвідом з іншими учасниками групи, що сприяло розвитку відчуття підтримки та спільності.

Програма корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР була апробована з групою військовослужбовців. Протягом реалізації програми активно використовувалися різноманітні методики, які сприяли покращенню емоційної стійкості, розвитку навичок самоконтролю та соціальної адаптації. Учасники займалися як індивідуально, так і в групах, що дозволило не лише опанувати корекційні техніки, а й обмінюватися досвідом і підтримувати один одного в процесі відновлення. Оцінка результатів показала значне зниження у військовослужбовців рівня тривожності, депресії та агресивних проявів, що підтверджує ефективність програми (рис. 3.1).

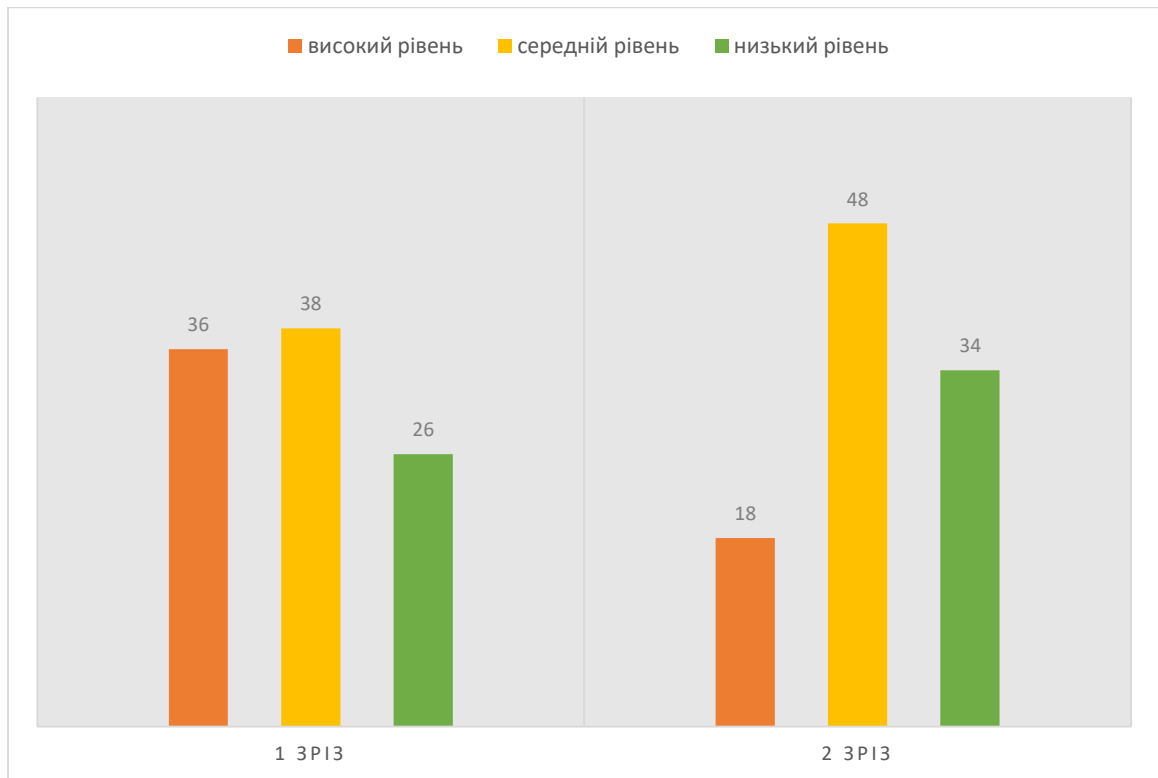


Рис. 3.1. Рівні сформованості психопатологічних механізмів комплексного ПТСР у військовослужбовців (%)

Як бачимо, після повторного дослідження виявлено 18% військових (було 36%) з високим рівнем психопатологічних механізмів, як правило, демонструють виражену схильність до розвитку посттравматичних реакцій. У такій групі військовослужбовців часто відзначаються значні труднощі в соціальній адаптації через агресивність, сором'язливість або емоційну нестабільність, що може призвести до виникнення серйозних психічних розладів, таких як депресії, панічні атаки, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад. Також виявлено 48% військових (було 38%) з середнім рівнем психопатологічних механізмів мають ознаки стресової реакції, але їх здатність адаптуватися до складних умов дещо збережена. У цих осіб спостерігаються помірні прояви нервозності, депресії, агресії та емоційної лабільності. Виявлено 34% військових (було 26%) з низьким рівнем психопатологічних механізмів, які демонструють високу стійкість до стресу і здатність ефективно справлятися з травматичними подіями. Результати засвідчили суттєве зменшення симптомів ПТСР після проходження програми. Військовослужбовці відзначили зростання здатності до контролю емоцій,

зниження рівня стресу і тривоги, а також поліпшення взаємодії в соціальних групах. Важливою перевагою програми стало те, що вона дозволила кожному учаснику усвідомити власні можливості для подолання труднощів і адаптації до нових умов, що значно полегшило процес реабілітації.

Отже, програма корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР військовослужбовців виявилася ефективним інструментом для розвитку у них стресостійкості, емоційного контролю, соціальної адаптації та відновлення психологічного здоров'я. Кожен з учасників зміг здобути нові знання, уміння і навички для подолання травм і стресових ситуацій, що значно покращило їхній психоемоційний стан і якість життя.

3.2. Психологічні рекомендації щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР

Розробка психологічних рекомендацій щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР є важливим кроком на шляху до забезпечення психічного здоров'я військовослужбовців, які пережили травматичні події. ПТСР у військових часто має хронічний характер і складні прояви, що негативно впливають на їхнє соціальне функціонування, емоційну стабільність та загальну якість життя.

1. Індивідуалізований підхід до корекції ПТСР.

Для підвищення ефективності корекційних програм слід застосовувати індивідуалізований підхід, який враховує специфіку пережитого досвіду військовослужбовця. Для кожного учасника повинні бути підібрані методи та техніки, що відповідають його психологічному стану та рівню розвитку ПТСР. Врахування індивідуальних рис (емоційний фон, схильність до тривожності або депресії), дозволить коректно вибудувати стратегію корекційної роботи. Для цього можна застосувати поєднання різних психотерапевтичних методик:

когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, методів релаксації, а також сімейної терапії, яка допоможе зміцнити соціальні зв'язки і підтримку.

2. Розвиток навичок емоційної регуляції та самоконтролю

Військовослужбовці з комплексним ПТСР часто стикаються з труднощами у контролі емоцій, що може призводити до агресії, тривожності та депресивних станів. Однією з ключових рекомендацій є розвиток навичок емоційної регуляції. Для цього важливо включати вправи, спрямовані на навчання пацієнтів розпізнавати свої емоційні реакції та застосовувати техніки самоконтролю. Це може бути досягнуто через навчання методам глибокого дихання, медитаціям, когнітивно-поведінковим технікам, що дозволяють змінювати автоматичні негативні думки, які призводять до посилення емоційної напруги. Окрім того, важливо ввести практики усвідомленості (майндфулнес), що допомагають військовим бути більш уважними до своїх внутрішніх переживань, без зайвого засудження чи боротьби з ними. Розвиток емоційної стійкості допомагає знижувати рівень стресу та посилює здатність до адаптації.

3. Соціальна підтримка та розвиток комунікативних навичок

Соціальна підтримка є важливим чинником на шляху до відновлення після травматичних подій. Доцільним є створення умов для розвитку комунікативних навичок у військовослужбовців, що дозволить зміцнити їхні соціальні зв'язки. У рамках корекції повинні проводитись тренінги та вправи, що сприяють розвитку вміння взаємодіяти з іншими людьми, зокрема навчання активному слуханню, вміння виражати свої емоції та переживання без агресії та провокацій. Соціальна підтримка від близьких та однодумців має важливе значення для реабілітації, тому необхідно створювати сприятливу атмосферу для відновлення контактів з родиною, друзями та колегами. Спільні заходи, групові тренінги і соціальні проекти можуть допомогти вийти з ізоляції і відчувати свою важливість і необхідність для оточуючих, що позитивно впливає на процес відновлення.

4. Робота з травматичними спогадами

Одним з основних аспектів лікування комплексного ПТСР є робота з болючими спогадами про пережиті травми. Психологічна допомога повинна бути спрямована на допомогу військовослужбовцям у осмисленні цих спогадів та їх інтеграції в контекст їхнього життя. Важливо використовувати техніки, які дозволяють безпечним способом відновлювати зв'язок із травматичними спогадами, поступово зменшуючи їхній емоційний вплив. Методи когнітивно-поведінкової терапії, зокрема експозиційна терапія, дають можливість військовим поступово стикатися з травмуючими спогадами у контролюваному середовищі, що дозволяє зменшити страх і тривогу, пов'язану з ними. Водночас застосування арт-терапії та інших творчих методів дозволяє виразити неусвідомлені переживання, що допомагає знизити рівень стресу та сприяє більш ефективному засвоєнню навичок саморегуляції.

5. Підвищення стресостійкості через розвиток фізичної активності

Психологічний тренінг мають бути доповнені фізичною активністю, яка є важливим елементом у підвищенні стресостійкості. Фізична активність, зокрема регулярні вправи, допомагають знижувати рівень стресу, покращують фізичний стан і зміцнюють психоемоційну стабільність. Програма корекції повинна включати заняття, що поєднують фізичні вправи з техніками релаксації та усвідомленості, такими як йога, тай-чи або пілатес. Такі заняття не тільки сприяють зниженню фізичної напруги, але й покращують когнітивні функції, зменшують рівень тривожності та депресії, а також підвищують впевненість у власних силах. Систематичні фізичні навантаження сприяють виробленню ендорфінів, що допомагають зменшити психоемоційну напругу та підвищити здатність до боротьби зі стресовими ситуаціями.

6. Формування навичок майндфулнес та релаксації

Розвиток навичок майндфулнес (усвідомленості) є важливою частиною психотерапевтичного процесу, що допомагає зменшити рівень стресу і тривоги у військовослужбовців з комплексним ПТСР. Рекомендується регулярно використовувати техніки майндфулнес, які допомагають зосередитись на теперішньому моменті, знижуючи вплив негативних спогадів і тривожних думок. Це можуть бути медитації, дихальні вправи, прогресивна м'язова

релаксація, які дозволяють відновити емоційну рівновагу. Важливо, щоб ці практики стали частиною повсякденного життя військових, оскільки вони сприяють зниженню напруги та сприяють збереженню психічної стабільності в складних ситуаціях. Учасники мають також навчитися використовувати такі методи, щоб справлятися з емоційними перевантаженнями в реальному житті.

7. Робота з когнітивними переконаннями та самооцінкою

Військовослужбовці з ПТСР часто мають негативні переконання про себе, навколишній світ і майбутнє, що сприяє розвитку депресії, тривоги та зневіри. Зміна переконань через когнітивно-поведінкову терапію є однією з ключових рекомендацій для корекції психопатологічних механізмів ПТСР. Важливо допомогти пацієнтам ідентифікувати автоматичні негативні думки, що виникають у стресових ситуаціях, і замінювати їх на більш адаптивні. Через зміну переконань про власну здатність справлятися з труднощами та збереження позитивного ставлення до майбутнього можна значно знизити симптоми депресії і тривожності. Робота над самооцінкою допоможе військовим усвідомити власну цінність і значущість, а також дозволить покращити їхні соціальні взаємодії.

8. Інтеграція сімейної підтримки в процес реабілітації

Враховуючи важливість соціальних зв'язків у процесі реабілітації, слід інтегрувати сімейну підтримку в програми корекції ПТСР. Родина може відігравати важливу роль у відновленні військовослужбовців, надаючи емоційну підтримку та створюючи безпечне середовище для адаптації після служби. Спільні заняття для військових і їх родичів допоможуть зняти напругу у взаєминах, навчать комунікативним навичкам, покращать взаєморозуміння. Семінари та тренінги, орієнтовані на родичів, можуть надати важливі знання про психічний стан близьких і стратегії надання підтримки в процесі відновлення.

9. Психотерапевтична підтримка в умовах посттравматичного стресу

Психотерапевтична підтримка є важливою складовою для військових з ПТСР. Корекційні програми повинні включати регулярні сеанси психотерапії, зокрема психоаналітичного і когнітивно-поведінкового напрямків.

Психологічна допомога повинна включати аналіз пережитих травм, а також пошук шляхів їхнього осмислення та інтеграції в життя пацієнта. Акцент на створення довірчих відносин між психотерапевтом і пацієнтом є важливим аспектом, адже військовослужбовці можуть бути скептично налаштовані до такого виду підтримки. Терапевтичні методи повинні сприяти глибокому розумінню внутрішніх процесів і сприяти зміні поглядів на світ та на себе.

10. Психосоціальна адаптація і повернення до нормального життя

Важливим є створення програм, які допоможуть військовим адаптуватися до мирного життя після служби. Це включає професійну підготовку, створення умов для соціальної інтеграції, допомогу в пошуку роботи та відновленні зв'язків з родиною та друзями. Програми повинні включати підтримку на рівні громади, сприяючи створенню безпечного середовища для повернення до цивільного життя. Психологічна підтримка та соціальна адаптація повинні забезпечити військовослужбовцям відновлення не психосоціального благополуччя.

Отже, психологічні рекомендації щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР повинні ґрунтуватися на комплексному підході, який враховує індивідуальні особливості кожного військовослужбовця та специфіку пережитого досвіду. В результаті реалізації таких рекомендацій можна значно підвищити ефективність корекційних програм і забезпечити стійке відновлення психологічного здоров'я військовослужбовців.

Висновок до розділу 3

1. Метою програм корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР військовослужбовців визначено стабілізацію психічного стану, зниження симптомів посттравматичного стресового розладу, покращення емоційної адаптації та розвиток ефективних механізмів подолання стресу, що дасть змогу повернутися до повноцінного функціонування. Після повторного діагностичного обстеження виявлено 18% військових (було 36%) з

високим, 48% (було 38%) з середнім, 34% (було 26%) з низьким рівнем розвитку психопатологічних механізмів ПТСР. Результати засвідчили суттєве зменшення симптомів ПТСР після проходження корекційної програми.

2. Розроблені для військових психологічні рекомендації щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР ґрунтуються на комплексному підході, який враховує індивідуальні особливості кожного учасника та специфіку пережитого досвіду. В результаті реалізації таких рекомендацій можна значно підвищити ефективність корекційних програм і забезпечити стійке відновлення психологічного здоров'я військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

Зреалізоване у кваліфікаційній роботі теоретичне й експериментальне обґрунтування психопатологічних механізмів і їх проявів, що перебувають в основі комплексного ПТСР, уможливило такі висновки.

1. Аналіз основних наукових підходів до трактування комплексного ПТСР у зарубіжній і вітчизняній психологічній літературі сприяв виокремленню когнітивно-біхевіорального, психодинамічного, біопсихосоціального, нейробіологічного, травматичного та соціокультурного підходів до трактування комплексного ПТСР. Їх поєднання уможливило глибше розуміння різних аспектів розвитку та проявів комплексного ПТСР, зокрема, взаємодії психічних, фізіологічних і соціальних факторів. Показано, що зарубіжні наукові дослідження переважно зосереджені на біопсихосоціальних моделях і нейробіологічних змінах, а вітчизняна наукова література більше акцентує увагу на психотерапевтичних і соціокультурних аспектах. Виявлено, що аналізовані підходи у випадку їхньої інтеграції відкривають можливості для розвитку нових методів лікування, що можуть ефективно враховувати індивідуальні особливості пацієнтів із ПТСР.

2. Схарактеризовано сутнісний зміст психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР. Показано, що психопатологічні механізми комплексного ПТСР складаються з взаємопов'язаних процесів, які серйозно впливають на психічне і фізичне здоров'я. Травматичний досвід порушує когнітивні процеси, формуючи негативні переконання та хронічне відчуття загрози. Пацієнти мають проблеми з емоційною регуляцією, що проявляється в надмірних реакціях чи емоційній ізоляції. Порушення самоусвідомлення й особистісної ідентичності призводять до недостатньої стабільності особистості і втрати зв'язку з реальністю. Міжособистісні труднощі та соціальна ізоляція виникають через втрату довіри, що посилює стан пацієнтів. Дисоціація стає захисним механізмом психіки, який значно ускладнює лікування. Нейробіологічні зміни через хронічний стрес (дистрес) сприяють тривожним симптомам, а соціальна депривація і почуття провини поглиблюють відчуття безнадійності.

3. Визначено соціально-психологічні чинники формування психопатологічних механізмів в основі комплексного ПТСР. Доведено, що відсутність належної соціальної підтримки, ізоляція, низький рівень соціальної інтеграції та стресові життєві події значно посилюють травматичний досвід, перешкоджаючи процесу відновлення; стереотипи та соціальні норми, що обмежують вираження емоцій і звернення за допомогою, погіршують ситуацію, підсилюючи відчуття ізоляції; деструктивні сімейні стосунки, переживання стигматизації, а також недостатня психологічна підтримка у періоди загострень проявів – створюють додаткові бар'єри для реабілітації; особи, що зазнають соціальної чи культурної маргіналізації, також піддаються більшому ризику розвитку ПТСР, відчуваючи посилений стрес і втрату ідентичності.

4. Емпірично досліджено значущі психопатологічні механізми в основі комплексного ПТСР. Для цього використано методику оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Раге, методику діагностики невротизації Л. Вассермана задля визначення схильності до розвитку стресових реакцій, і Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник (FPI), який уможливив вияв особистісних рис-якостей, що можуть впливати на розвиток ПТСР. Аналіз результатів, отриманих з допомогою комплексу психодіагностичних методик, уможливив виділення рівня сформованості психопатологічних механізмів, які складають основу комплексного ПТСР військовослужбовців – високий (36%), середній (38%), низький (26%). Відтак констатовано, що сформованість психопатологічних механізмів на основі комплексного ПТСР серед військових знаходиться на високому рівні, що свідчить про значну емоційну та психічну нестабільність. Такий рівень психопатологічних механізмів може спричинити розвиток глибших психічних розладів, таких як хронічний ПТСР, депресивні стани, фобії чи навіть суїцидальні тенденції.

5. Обґрунтовано апробовано програму корекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР. Метою програми визначено стабілізацію психічного стану, мінімізацію наслідків посттравматичного стресового розладу, покращення емоційної адаптації та розвиток ефективних

механізмів подолання стресу, що дасть змогу військовослужбовцям повернутися до повноцінного соціального та професійного функціонування. У процесі реалізації програми відбувалося зниження рівня тривожності та депресії через використання терапевтичних методів, спрямованих на корекцію негативних емоційних станів, підвищення рівня стресостійкості за допомогою вправ, що сприяють розвитку адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій, корекція емоційної нестабільності та агресії шляхом навчання методам емоційного самоконтролю та управління гнівом, підвищення соціально-психологічної адаптації, проводилася профілактика розвитку вторинних психічних розладів через запобігання виникненню хронічних розладів, таких як депресія чи суїцидальні думки.

Після повторного діагностичного обстеження виявлено 18% військових (було 36%) з високим, 48% (було 38%) з середнім, 34% (було 26%) з низьким рівнем розвитку психопатологічних проявів ПТСР – це засвідчує суттєве зменшення симптомів ПТСР після проходження корекційної програми. Військовослужбовці відзначили зростання здатності до контролю емоцій, зниження рівня стресу і тривоги, а також поліпшення взаємодії в соціальних групах. Важливою перевагою програми стало те, що вона дозволила кожному учаснику усвідомити власні можливості для подолання труднощів і адаптації до нових умов, що значно полегшило процес реабілітації. Розроблені для військових психологічні рекомендації щодо підвищення ефективності корекції психопатологічних механізмів при комплексному ПТСР ґрунтуються на комплексному підході, який враховує індивідуальні особливості кожного учасника та специфіку пережитого досвіду. В результаті реалізації таких рекомендацій можна значно підвищити ефективність корекційних програм і забезпечити стійке відновлення психологічного здоров'я військовослужбовців.

Перспективами подальшого дослідження вбачаємо підготовку психологів до виявлення механізмів в основі комплексного ПТСР військовослужбовців та корекції таких проявів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 234 с.
2. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
3. Байер О. О. Життєві кризи особистості : навч. посіб. Дніпро : ДНУ, 2020. 244 с.
4. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Одеса, 2007. 20 с.
5. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.
6. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія. Київ : НАОУ, 2020. 80 с.
7. Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.
8. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 19-24. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-0223>.
9. Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50-55.

10. Дикун В. Г., Мороз В. М., Стасюк В. В. *Методологія дослідження морально-психологічного стану особового складу військ (сил) : навч.-метод. посіб.* Київ : БЦ, 2023. 383 с.
11. Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. *Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб.* Київ : НДЦ ГП ЗСУ 2015. 170 с.
12. Коkun О. М., Клочков В. В., Мороз В. М. *Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб.* Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.
13. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. *Професійно-психологічний тренінг військовослужбовців Національної гвардії України.* Харків : НАНГУ, 2019. 194 с.
14. Корольчук М., Крайнюк В., Косенко А. *Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посіб.* Київ : Інкос, 2012. 272 с.
15. Крайнюк В. *Психологія стресостійкості особистості : монографія.* Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
16. Макаревич О. П. *Психологія регуляції поведінки особистості у складних ситуаціях : монографія.* Київ : Оріяни, 2011. 240 с.
17. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О. *Посттравматичні стресові розлади : навч. посіб.* Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.
18. Міщик Л. *Основи управління стресом : досвід та перспективи.* Запоріжжя, 1999. 248 с.
19. *Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України : підручник / за ред. В. В. Стасюка.* Київ : НУОУ, 2020. 464 с.
20. Мороз Л. І. *Професійно-психологічний тренінг : підруч.* Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2011. 252 с.
21. Мустафаєв А., Юсіфова Г., Казімі П. *Посттравматичні стресові розлади у військових умовах (інформативний аналіз проблеми).* *Грані.* 2023. № 26(2). С. 51-54. DOI: <https://doi.org/10.15421/172326>
22. Наугольник Л. Б. *Психологія стресу: підручник.* Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

23. Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів Сухопутних військ : навч.-метод. посіб. / за ред. Г. П. Воробйова. Львів : АСВ, 2012. 430 с.
24. Основи формування психічної стійкості військовослужбовців у бойових умовах : підручник / за ред. Л. В. Крimeць. Київ : НУОУ, 2022. 348 с.
25. Охременко О. Р., Мамченко С. В., Стасюк В. В., Хміляр О. Ф. Психологія суб'єкта бойових зіткнень : монографія. Київ : Хімджест, 2018. 222 с.
26. Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ... д-ра психол.наук. Харків, 2021. 254 с.
27. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки : методичний посібник / за ред. В.М. Мороза. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2020. 70 с.
28. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти : методичний посібник / упоряд. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
29. Психологія поведінки на війні : практичний poradник : навч. посіб. / за ред. В.І. Осьодла. Київ : НУОУ, 2014. 125 с.
30. Романишин А. М. Психологія бою : діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій : навч.-метод. посіб. Львів : НАСВ, 2015. 322 с.
31. Селюкова Т.В. Психологічна діагностика посттравматичних стресових розладів : курс лекцій. Харків : НУЦЗ України, 2016. 54 с.
32. Скрипкін О., Дейко А., Евeрт О. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України : метод. реком. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 110 с.
33. Стасюк В. В. Психологічне забезпечення діяльності військ (сил) : підручник. Київ : НУОУ, 2014. 504 с.
34. Сулятицький І. В. Психолого-корекційний практикум травм війни : навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 396 с.

35. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / за ред. В. Осьодла. Київ : НУОУ, 2019. 460 с.
36. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Слово, 2020. 178 с.
37. Ульянов К. Броньований розум : бойовий стрес та психологія екстремальних ситуацій. Київ : УкрСІЧ, 2020. 304 с.
38. Фоменко А. Г. Колєва Г.М., Сябренко Г.П. Тренінги для психологічної підготовки та адаптації військових до бойових дій. Кіровоград : Імекс, 2015. 108 с.
39. Хайрулін О.М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців: монографія. Тернопіль : ТНЕУ, 2015. 220 с.
40. Чабан О. ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування. URL: http://upma.online/wpcontent/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf (дата звернення: 10.03 2024)
41. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : Медкнига, 2023. 232 с.
42. Ягупов В. В. Військова психологія : підруч. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.
43. Яковенко С. Соціально-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях та критичних інцидентах. Київ, 2009. 224 с.
44. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vol. 15. No. 4. P. 697-704. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra000132>.
45. Harper K. L., Thompson-Hollands J., Keane T. M. Family-involved mental health care among OEF/ OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*. 2022. Vol. 53. № 5. P. 819-827. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.00624>.
46. Kline A. C., Cooper A. A., Rytwinks N. K., Feeny N. C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of

randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2018. Vol. 59. P. 30-40. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.00925>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Взірці занять програмикорекції психопатологічних проявів при комплексному ПТСР у військовослужбовців

Заняття 2

Тема. Як перемогти стрес?

Мета: розвивати в військовослужбовців позитивний образ «Я» та адекватну самосвідомість; формувати позитивну самооцінку та світоглядну позицію особистості; психологічна корекція негативних особистісних утворень; зниження ситуативної й особистісної тривожності.

Матеріали: папір, ручки, олівці, заготовлені картки з таблицями.

1. Вправа-привітання.

Мета: сприяти встановленню контакту між учасниками групи та налаштування на роботу в групі.

Інструкція: один з учасників говорить привітання або комплімент у такій формі: «Привіт усім, у кого в цей момент хороший настрій!» Ті, кого стосуються ці слова, хором відповідають: «Привіт!» А якщо був сказаний комплімент, то ті з учасників, які вважають, що це стосується їх, хором відповідають: «Дякую!» Вправа повторюється декілька разів.

2. Гра «Снігова куля».

Мета: розвиток у військовослужбовців уваги і пам'яті; налаштування на позитивний емоційний настрій.

Кожен учасник придумує собі нове прізвище та ім'я. Усі сідають в коло і по черзі відрекомендовуються. Перший називає тільки своє ім'я, другий – спочатку ім'я першого учасника, а потім своє, третій – двох попередніх, а потім своє і т. д. Замість імен можна називати іноземні слова, назви міст, автомобілів.

3. Інформаційне повідомлення «Стрес у нашому житті».

«Стрес... Цей науковий термін звучить тепер всюди – на роботі і вдома, в колі друзів, в книгах і телепередачах...»

Можливо, потрібно будь-якою ціною остерігатись негативних емоцій і тікати від стресу? Їхати по можливості із великих міст, менше приділяти уваги тривогам і клопотам, не ставити перед собою ніяких серйозних цілей? Це ж завжди пов'язано із пошуком невизначеності і ризиком, стало бути це є стресогенним. Можливо, потрібно просто тихо жити, оберігаючи здоров'я?

Однак автор вчення про стрес Ганс Сельє вважає, що стрес може бути і корисним, сприяючи підвищенню сил організму, і навіть називає його «гострою приправою до повсякденного життя».

Хотілося б виразити три ідеї.

Перша. Здоров'я пов'язане із світовідчуттям, «настроєністю» і способом життя. Те, як ми думаємо, відчуваємо і чинимо, до чого прагнемо, це визначає наше здоров'я не менше, чим здоров'я визначає наше життя.

Друга. Людина відповідальна за своє життя і своє здоров'я не менше, ніж за життя, здоров'я і благополуччя своїх близьких. Розуміння саме цієї відповідальності може змінити майже усе життя.

І, нарешті третє. Збереження або відновлення здоров'я неможливе без відповідності ваших можливостей і домагань. Як сказав Станіслав Єжи Лец, «піднімайся над собою, але не губи себе із виду».

В перекладі з англ. слово «стрес» – це тиск, зусилля, натягування, а також зовнішній вплив, який створює цей стан. І зазвичай воно вживалось в техніці. В літературу з медицини і психології слово «стрес» з'явилося більше пів століття тому. В 1936р в журналі «Nature», в розділі «*листи до редактора*», було надруковано коротеньке повідомлення канадського фізіолога Ганса Сельє (тоді ще не дуже відомого) під назвою «Синдром, який викликається різними пошкоджуючими агентами».

Ще будучи студентом, Сельє звернув увагу на той факт, що різноманітні інфекційні захворювання мають схожий початок: загальне недомагання, втрата апетиту, температура, озноб, ломота і біль в суглобах. І не тільки інфекції, але і інші шкідливі впливи (охолодження, опіки, поранення, отруєння) викликають комплекс однотипних біохімічних, фізіологічних і поведінкових реакцій. Цю реакцію він назвав стресом.

Г. Сельє виділив три стадії розвитку стресу.

Перша – *реакція тривоги*, яка виражається в мобілізації всіх ресурсів організму. За нею настає *стадія опору*, якщо організму вдається успішно справитися з шкідливим впливом. В цей період може спостерігатись підвищена стресостійкість. Якщо ж дію шкідливих факторів довго не вдається усунути і подолати, настає третя стадія – *виснаження*. В цей період він гірше протидіє новим «шкідливостям», збільшується небезпека захворювання. Потрапляючи в складну критичну ситуацію, індивід удається до тактики, властивої всім ссавцям: до втечі або агресії. В обох випадках фізіологічний настрій один: як утеча, так і акт агресії потребує значної фізичної активності та дає звільнення енергоресурсів. Ось уже сотні років старі фізіологічні механізми працюють вхолосту й адреналін ледь не виплескується з нас назовні.

Уявіть собі, що по сигналу тривоги автоматично включається вогнегасник, а пожежі і немає, і гасити нічого не треба! Він буде лише заливати підлогу і псувати меблі в приміщенні. Крім того, кожний раз потрібно перезарядити його, для цього потрібні зусилля. Якщо ж несправжні сигнали тривоги будуть систематичними то виникне ще й і така небезпека: що при реальній пожежі вогнегасник буде пустий.

5. Вправа «Не помиляється той, хто нічого не робить»

Інструкція: незважаючи на банальність цього вислову, слід визнати, що справді активні люди припускаються більшої кількості помилок, але вони частіше досягають успіху, ніж пасивні.

Слід усвідомлювати, що помилок і невдач не варто лякатися; над ними необхідно працювати, оскільки вони дуже корисні як матеріал для самовдосконалення й стимул до діяльності.

Дуже важливо позитивно ставитись до помилок підлеглих. Це підтримує мотивацію на належному рівні, спонукає їх працювати над своїми недоліками та слабостями. Деякі зарубіжні компанії матеріально заохочують своїх працівників за творчі ідеї, які не втілилися. Таке ставлення підтримує в людей високу мотивацію та прагнення експериментувати й нестандартно мислити.

Поміркуйте й запишіть свої висловлювання, які виражали б позитивне ставлення до невдач і помилок та висвітлювали перспективу їх подолання. Ці вислови ви можете застосувати для підтримання як своєї мотивації, так і мотивації інших людей.

Висловлювання:

- Ти помилився? Але не так вже погано, адже є над чим працювати.
- Ці помилки корисні для твого розвитку, адже ти тепер знаєш у якому напрямі слід іти, що необхідно вдосконалювати.
- Ця спроба не дуже вдала, але вона багато чого навчить. Скористайся в майбутньому досвідом своїх помилок, і я, впевнений, ти досягнеш успіху.
- Невдача та помилка – це чудова наука для того, хто хоче розвиватися.

Ретельно проаналізуйте невдачу, якої ви зазнали нещодавно (або якщо сь раніше). Поміркуйте над кожною помилкою, визначте які ваші навички та здібності є достатньо розвинутими, а які потребують вдосконалення. Поміркуйте над методами, до яких будете вдаватися, працюючи над розвитком певних навичок і здібностей.

Придумайте кілька девізів (для себе та інших), які допомогли б вам реагувати на власні невдачі і помилки. Наприклад, лікар написав: «Помилки – це чудово! Я тепер знаю, над чим працювати».

6. Інформаційне повідомлення «Стрес і негативне мислення».

Негативні думки посилюють стрес і його самопідтримку. Існує два типи цих думок. Думки першого типу викликають тривогу і страх. Вони посилюють стрес до рівня, якщо людина вже не в змозі раціонально мислити й адекватно діяти: «Я цього не зможу, не витримаю». «Все пропало. Мені кінець. Я все зруйнував». Вдаєшся до звинувачення і самоприпинення: «Він телепень», «Я дурень». Висуває категоричні або завищені вимоги: «Я повинен завжди бути першим», «Вони зобов'язані це зробити». Думки другого типу заперечують важливість стресора: «Ну то й що, кого це хвилює?» «Мені байдуже, як мене оцінять», «Якось воно буде». Вони хоч послаблюють вплив стресора на певний час, але не спонукають до дій, до розв'язання проблеми. Здебільшого це призводить до нових стресів.

Послухайте східну притчу.

«Всього лише відображення»

Король збудував величезний палац. В одній залі усі стіни було оздоблено дзеркалами.

Одного вечора, ще до того, як у палаці оселилися люди, туди пробрався пес. Він зайшов до дзеркальної зали і завмер, побачивши навпроти себе кількох собак. Озирнувшись довкола, збагнув, що вони оточили його з усіх боків.

Щоб налякати їх, він вишкірив зуби. Однак собаки не злякались, а теж вишкірилися. Тоді він загарчав, і вони тут же загарчали у відповідь. Пес почав сердито гавкати. Але собаки не відставали і гавкали не менш сердито. Що більше злився пес, то лютішими ставали його вороги.

Вранці у дзеркальній залі знайшли нещасного мертвого пса. Він був там один. Ніхто з ним не бився, ніхто йому не загрожував. Він злякався свого відображення і загинув у боротьбі з самим собою.

- Які думки можна порівняти з сердитими псами?
- Чи варто звертати на них увагу?
- Наведіть приклади негативних думок, що налаштовують на провал перед змаганнями, або у випадках, якщо хочеш з чимось познайомитися, чи штовхають на конфлікт з близькими людьми.

7. Підведення підсумків. Обговорення. «Мої враження від заняття».

8. Вправа «Посмішка по колу».

Учасники, передаючи посмішку по колу, висловлюють побажання один одному.