

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Панова Наталія Миколаївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Формування навичок психічної саморегуляції негативних
емоційних станів у осіб що отримали травматичний досвід»**

Керівник:

Блінов Олег Анатолійович

доктор психологічних наук, професор
професор кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного
права НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Тетяна Іванівна Бєславіна,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри практичної психології та соціальних технологій
ПВНЗ «Європейський університет»

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Н.М. Панова

(підпис)

Робота допущена до захисту 12 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Панова Н.М. Формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб що отримали травматичний досвід. Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних аспектів формування навичок саморегуляції у осіб, які зазнали травматичного досвіду. Актуальність теми визначається сучасними реаліями, зокрема тривалим впливом стресових факторів, пов'язаних із війною в Україні, що підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу.

У роботі теоретично обґрунтовано важливість формування навичок саморегуляції для покращення емоційного стану осіб із травматичним досвідом. Запропонований комплексний підхід, що включає психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію та тілесно-орієнтовані практики, сприяє зниженню рівнів тривожності, депресії та стресу.

Емпіричне дослідження підтвердило ефективність запропонованої методики, направленої на формування стійких стратегій емоційної саморегуляції. Аналіз результатів втручання показав, що впровадження комплексного підходу до психотерапевтичної підтримки осіб, що мають травматичний досвід, значно покращує їх емоційний стан та якість життя та сприяє їхній соціальній адаптації.

Наукова новизна роботи полягає в інтеграції сучасних підходів до терапії травматичних станів, адаптованих до українських реалій. Практичне значення полягає у створенні рекомендацій для роботи психологів та психотерапевтів, а також у можливості інтеграції цих методик у програми психологічної реабілітації військовослужбовців, жертв насильства та інших осіб із травматичним досвідом.

Ключові слова: психологічна травма, саморегуляція, когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтовані практики, посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад.

SUMMARY

Panova N.M. Development of mental self-regulation skills in individuals with traumatic experience. The manuscript.

Qualification paper for an educational degree of Master on specialty 053 Psychology. Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The qualification paper is devoted to the psychological aspects of developing self-regulation skills in individuals with traumatic experiences. The relevance of the study is determined by current realities, particularly the prolonged impact of stress factors associated with the war in Ukraine, which increases the risk of developing post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder.

The study theoretically substantiates the importance of developing self-regulation skills to improve the emotional state of individuals with traumatic experiences. A comprehensive approach, including psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, and body-oriented practices, has been proposed to reduce levels of anxiety, depression, and stress.

Empirical research confirmed the effectiveness of the proposed methodology aimed at forming sustainable emotional self-regulation strategies. The analysis of intervention results demonstrated that implementing a comprehensive approach to psychotherapeutic support for individuals with traumatic experiences significantly improves their emotional state and quality of life while facilitating social adaptation.

The scientific novelty of the study lies in the integration of modern approaches to trauma therapy adapted to Ukrainian realities. The practical significance includes the development of recommendations for psychologists and psychotherapists and the potential for integrating these methodologies into psychological rehabilitation programs for military personnel, victims of violence, and other individuals with traumatic experiences.

Keywords: psychological trauma, self-regulation, cognitive-behavioral therapy, body-oriented practices, post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД РОЗВИТКУ ТЕОРЕТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО РОЗУМІННЯ ТРАВМИ (ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ)	10
1.1. Історичний огляд підходів до визначення та розуміння травматичного досвіду (травми)	10
1.2. Від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР): дослідження та взаємозв'язок	17
1.3. Сучасні підходи та напрямки роботи з травматичним досвідом (травмою) та місце і роль саморегуляції у цій роботі	24
1.3.1. Нейробіологічні механізми посттравматичного стресового розладу	24
1.3.2. Сучасні підходи до лікування посттравматичного стресового розладу	26
1.3.3. Саморегуляція та безпека як основа психотерапевтичної роботи з травмою та роль терапевта на цьому етапі	34
1.3.4. Основні напрямки відновлення саморегуляції осіб, що мають травматичний досвід (травму)	37
1.3.4.1. Важливість психоедукації (психоосвіти)	37
1.3.4.2. Навичка залишатися «тут і зараз»	40
1.3.4.3. Когнітивно-поведінкові техніки саморегуляції	42
1.3.4.4. Тілесно-орієнтовані техніки саморегуляції	43
1.3.4.5. Техніки заземлення та центрування	44
1.3.5. Виклики у роботі по відновленню саморегуляції	46
1.4. Висновки до першого розділу	48
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ОБГРУНТУВАННЯ	50
2.1. Обґрунтування вибору напрямку дослідження	50
2.2. Гіпотеза дослідження	52
2.3. Методики і обсяг досліджень	53
2.4. Організація та основні етапи дослідження	56
2.5. Висновки до другого розділу	66
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ОДЕРЖАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ, ЇХ ОБГРУНТУВАННЯ	68
3.1. Оцінка наявності у респондентів травматичного досвіду з використанням ITQ	68

3.2.	Оцінка депресії та тривоги у осіб що мають травматичний досвід до психотерапевтичного втручання	72
3.3.	Комплексне втручання для формування навичок саморегуляції	79
3.4.	Оцінка депресії та тривоги у осіб що мають травматичний досвід після психотерапевтичного втручання	82
3.5.	Аналіз результатів до та після втручання	88
3.6.	Висновки до третього розділу	91
ВИСНОВКИ		93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		96
ДОДАТКИ		105

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема психічної саморегуляції в наш час набуває ще більшого значення через те, що українське суспільство переживає вже третій рік повномасштабного вторгнення. Війна, згідно визначення травми, приведеного в МКХ-11, одна з можливих причин психологічної травми і тому, в цій роботі ми зосередимось на темі саморегуляції так як саме навички саморегуляції – основа для того, щоб впоратися з наслідками, які викликає травма (WHO, 2021). Спочатку ми дослідимо теоретичні основи теми психологічної травми та проаналізуємо наявну літературу на тему травматичного досвіду та травми.

Особливістю того травматичного досвіду, який переживає зараз населення України є те, що це не разова травматизація, а постійний на протязі трьох років фоновий вплив стресового фактору (війни), адже присутня майже щоденна загроза життю.

З огляду на вищесказане, можна сказати, що існує дуже високий ризик розвитку виникнення не тільки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але й так званого комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР).

Особливістю КПТСР є те, що особи, що зазнали травми, часто стикаються з негативними емоційними станами (зокрема з тривогою та депресією), які можуть значно погіршувати якість життя. І саме розуміння того, як впоратися з цими станами за допомогою навичок саморегуляції надає можливість покращити емоційний та фізичний стан людей, що мають травматичний досвід зокрема і для того, щоб створити міцну і стабільну основу для подальшого опрацювання в психотерапії травми, якщо буде така потреба.

Згідно зробленого нами в цій роботі огляду сучасних джерел, що розкривають тему травми та саморегуляції, ми прийшли до висновку, що використання в комплексі сучасних підходів до саморегуляції, що включають психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики дозволяє створити безпечну основу для покращення стану осіб, що мають травматичний досвід.

Наше дослідження є важливим кроком у вдосконаленні підходу до роботи з травмою війни, зокрема надаючи методику і практичні рекомендації для роботи в клінічній практиці.

Мета цього дослідження — вивчити ефективність комплексного підходу, який включає психоедукацію, КПТ та тілесно-орієнтовані практики, у формуванні навичок саморегуляції для зниження негативних емоційних станів у осіб з травматичним досвідом.

Об'єктом нашого дослідження є негативні емоційні стани у осіб що отримали травматичний досвід.

Предметом нашого дослідження є формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб що отримали травматичний досвід

Для досягнення мети дослідження поставлено такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичне підґрунтя та історичний розвиток підходів до визначення і розуміння травматичного досвіду (травми).
2. Провести психотерапевтичну роботу, направлену на формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб що отримали травматичний досвід за створеною методикою, що включає комплексне використання психоедукації, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики та оцінити ефективність цієї роботи через аналіз змін в негативних емоційних станах (рівні тривоги та депресії) до і після втручання.

Гіпотеза дослідження. Цілеспрямоване формування навичок саморегуляції у осіб із травматичним досвідом призведе до зниження рівня тривоги та депресії, а також сприятиме покращенню емоційної стабільності та якості життя.

Наукова новизна даного дослідження полягає в розробці та обґрунтуванні змістовної системи формування навичок саморегуляції у осіб із травматичним досвідом. В експериментальному дослідженні використані сучасні підходи до використання психотерапевтичних методик для подолання негативних емоційних станів. Особливу увагу приділено впливу таких методик на посттравматичний стресовий розлад та комплексний посттравматичний стресовий розділ.

Теоретичною основою даного дослідження є триетапна модель відновлення після травми, запропонована Джудіт Герман в 1992 році. Ця модель є основою в роботі з психологічною травмою і передбачає три послідовні етапи, перший з яких «встановлення безпеки» визначає успіх психотерапевтичного втручання та базується зокрема на відновленні саморегуляції емоційних станів, клієнта, що має травматичний досвід. Також ми використовуємо положення когнітивно-поведінкової терапії, яка передбачає взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, та концепції емоційної регуляції. Методологічний підхід базується на поєднанні емпіричних та експериментальних методів психологічного дослідження, спрямованих на виявлення ефективності різних психотерапевтичних технік у подоланні негативних емоційних станів.

Теоретичне значення полягає в поглибленні наукових уявлень про механізми психічної саморегуляції емоційних станів та розвиток теоретичних підходів по роботі з особами, що мають травматичний досвід. Воно дозволяє краще зрозуміти, яким чином негативні емоційні стани, що

виникають у результаті травматичного досвіду, можуть бути ефективно кориговані через саморегуляційні методики.

Практичне значення полягає в розробці та впровадженні психотерапевтичних методик, які можуть бути використані в роботі психологів, психотерапевтів, соціальних працівників для допомоги особам, які пережили травматичний досвід. Ці методики можуть бути інтегровані в програми психологічної реабілітації військовослужбовців, жертв насильства, катастроф, а також для осіб, які перебували в умовах бойових дій або зазнали інших екстремальних ситуацій.

Основні результати дослідження були апробовані на Всеукраїнській науково-практичній конференції з питань психосоціальної допомоги "Соціальне забезпечення та соціальна робота в умовах сучасних викликів", яка відбулась 15 листопада 2024 року у м.Хмельницькому, що дозволило отримати зворотній зв'язок і доопрацювати застосовані методики [17].

Структура роботи. Магістерська робота складається з вступу, трьох основних розділів дослідження із відповідними підрозділами, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД РОЗВИТКУ ТЕОРЕТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО РОЗУМІННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ (ТРАВМИ) ТА РОЛЬ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ПОДОЛАННЯ ЙОГО НАСЛІДКІВ

1.1.Історичний огляд підходів до визначення та розуміння травматичного досвіду (травми)

Проблема травматичного досвіду у воєнний час стає дедалі актуальнішою через те, що ми зіштовхуємося з загрозою життю та безпеці майже щодня. Травма - це складне питання що пронизує досвід багатьох поколінь і навіть краще розуміння травми та засвоєні генетично навички справлятися не убезпечують нас від нових зустрічей з травматичним досвідом.

Травму складно визначити, оскільки цей термін часто використовувався для опису майже будь-якого стресу, який відчуває людина. В наш час стрес став буденним, тим, що є в повсякденному житті. Він може мати складні психофізіологічні наслідки. Тривалий стрес може бути біологічно та емоційно шкідливим. І в цьому випадку людині може знадобитися щось робити, щоб впоратися зі стресом та провести певну його профілактику, яка б дозволила зменшити тиск і напругу.

Треба зазначити, що будь-яка криза чи катастрофа є зазвичай періодом підвищеного стресу чи небезпеки. Говорячи про кризу зазначимо, що це подія або ситуація, в якій людина сприймає загрозу як більшу і значимішу, ніж її здатність впоратися з обставинами або перепрацювати їх. Катастрофа - це зазвичай раптова аварія природного характеру чи така, що спричинена людиною. Вона може сприйматися або не сприйматися людиною як криза чи травма.

Не кожен стрес є кризою чи катастрофою, і не кожна криза чи катастрофа є травматичною. Однак, травматична подія зазвичай включає в себе сильний стрес і певний елемент кризи. Травматична подія зазвичай настільки приголомшлива, що постраждала людина відчуває сильний жах або безпорадність [56].

Поняття “психологічна травма” не має чіткого визначення в сучасній вітчизняній психології та й досі викликає дискусії серед фахівців із психічного здоров’я. Але важко посперечатися з тим, що травма — це глибоко болісний і пригнічуючий досвід, який впливає на добробут, психічне та фізичне здоров’я людини, погіршує якість її життя. Травма тісно пов’язана з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та комплексним посттравматичним стресовим розладом (КПТСР), оскільки ці розлади безпосередньо пов’язані з переживанням травматичних подій і їх психологічними та емоційними наслідками для людей.

Травматична подія має тривалий несприятливий вплив на психічне, фізичне, соціальне та духовне благополуччя людини у той час як кризи є відносно короткочасними подіями. Реакція на травму є більш екстремальною, довготривалою та передбачає специфічні психологічні та фізіологічні реакції. Вплив травми корелює з підвищеним ризиком медичних і психічних проблем, таких як посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривога, зловживання психоактивними речовинами, спроби самогубства тощо [25].

Раніше слово «травма» використовували переважно психологи та психотерапевти. В наш час, зокрема і через досвід проживання війни воно поступово входить в повсякденний словник українців. Значення цієї трансформації підкреслює важливість розуміння впливу минулих травматичних подій на наше повсякденне життя. Незалежно від того, чи є травма наслідком однієї руйнівної події, чи тривалого впливу важких

обставин, вона може змінювати наше сприйняття себе, інших і світу навколо нас.

Травматичний досвід особистості є складним і багатогранним феноменом, що вимагає уважного розгляду в контексті історичного розвитку поглядів на причини його виникнення та впливи на людину. Далі буде проведено систематизацію психологічних знань і ідей щодо психотравматизації, що допоможе краще зрозуміти та пояснити природу травми, механізми її виникнення та наслідки для індивіда.

Травма, як термін, виник в медицині і спочатку означав тілесні рани. Дослідження травматичного походження емоційних розладів розпочалося наприкінці XIX століття. Зокрема, Е. Крепелін ввів термін «невроз страху», описуючи симптоми, що виникають через емоційні потрясіння, які можуть перерости у тривожність і хронічні розлади [26].

Жан Мартен Шарко у 1887 році вперше припустив, що симптоми пацієнтів із так званою «істеричною» хворобою мають своє походження в історії травм. У своїх перших чотирьох книгах Шарко описав 591 пацієнта, з яких 257 мали травматичне походження психопатології. Жане був першим, хто припустив, що під час травматичних подій люди переживають «сильні емоції». Через насиченість емоціями травматичні спогади не можуть бути інтегровані в досвід постраждалих і тому відокремлюються (дисоціюються). Травматичний досвід не стає частиною довгострокової пам'яті в вигляді спогаду, появу якого можна контролювати і тому несвідомо пригадується сам, зіштовхуючи травмовану людину з контекстом травми та ретравматизуючи [14].

Жане писав, що травматичні спогади повертаються не у формі історії про те, що сталося і проявляються у вигляді сильних емоційних реакцій, агресивної поведінки, фізичного болю та тілесних станів, які є частинами травматичного досвіду, який повертається та проживається тут і зараз. Саме

він вперше зрозумів, що люди, які пережили травму, реагують на нагадування про неї реакціями, які були притаманні самій травматизації, але зараз вже не мають жодної адаптивної цінності. Через нагадування травма повторно активується у вигляді образів, почуттів і фізичних відчуттів, пов'язаних із травмою. Він припустив, що якщо людина не інтегрувала травматичний досвід, вона зіштовхується із труднощами в асиміляції нового досвіду. І якщо дисоційовані елементи травми не інтегрувати у свідомість, то ймовірно клієнт зазнає поступового погіршення якості життя [91].

З. Фройд визначав психічну травму як емоційне потрясіння, що викликає неперероблені афекти, такі як страх та стрес. Історично вважалося, що сильні емоційні реакції у жінок можуть призвести до істерії, а сама істерія була пов'язана з травматичними переживаннями. Проте, як і Жане, Фройд був зачарований тим, що клієнти з травмою мали нав'язливу потребу постійно повторювати свої травматичні переживання. Фройд припустив, що ця нав'язлива потреба є функцією пригнічення. Так як спогад був пригнічений, пацієнт змушений повторювати його тут і зараз замість того, щоб згадувати його як щось, що відбулось в минулому. З. Фройд у своїх працях вказував на травматичний невроз, пояснюючи, що його причини можуть бути не лише в фізичних травмах, а й у емоційних переживаннях. Він відзначав, що переживання можуть бути дисоційовані від свідомості, викликаючи захисний механізм витіснення [12].

І саме в цей період, як зазначає О. Блінов, з'являються різні назви психологічної травми, як спроба пояснити її природу, а саме: «швейцарська хвороба», «травматичний невроз», «військовий невроз», «емоційний шок» [2].

В історичному контексті причин виникнення психологічної травми чітко простежується їх залежність від соціальних подій. Починаючи з ХХ століття, травма, пов'язана з насильницькими подіями, визначалась трьома

основними аспектами: 1) війнами XX століття і викликами, які вони поставили; 2) включенням посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в психіатричну нозологію; 3) визнанням наслідків жорстокого поводження в дитинстві [52].

Соціальний вплив війни особливо відчутний у випадках світових конфліктів і геноцидів. Історія включає численні війни, які призвели до значних травм і втрат, такі як Перша і Друга світові війни, війни у В'єтнамі, Афганістані, війна в Україні. Кожна війна не лише залишає ветеранів з травмами, але й спричиняє появу нових видів психічних проявів її наслідків, таких як «снарядний шок», «бойовий невроз», «афганський синдром» [12].

А. Кардінер зазначав, що хронічний військовий невроз викликаний стресом і містить вегетативні та психологічні симптоми, які пов'язані зі зниженням внутрішніх ресурсів організму [49].

У контексті дослідження колективних травм В. Волкан підкреслює важливість трансгенераційної передачі травматичного досвіду, що перетворює його на історичні травми. П. Горностай також аналізує травми жертви та агресора в міжгрупових конфліктах, вказуючи, що всі учасники конфлікту зазнають травм [12].

Травматична пам'ять може впливати на формування психіки та передаватися через покоління. Трансгенераційна передача травматичного досвіду з кожним роком набуває все більшого визнання. Травма може мати тривалі наслідки, які передаються з покоління в покоління, особливо в сім'ях, що зазнали колективної травми. Зокрема, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може передаватися як вторинна травматизація, виражена в підвищеній тривожності [28].

Таким чином, сучасні дослідження вказують на значний вплив травматичного досвіду на індивідуальне та колективне життя, а також підкреслюють важливість соціального контексту. Реалії сьогодення в Україні

підтверджують ці аспекти, показуючи, як травма може впливати на суспільство в цілому.

Отже, підсумовуючи, можна сказати, що хоча всі травми спричинені кризою, не всі кризи призводять до травми. Кризи та травматичні події — це дуже суб'єктивний досвід, на основі якого люди будують власне значення та знаходять власні способи адаптації.

В цьому дослідженні ми будемо опиратися на міжнародно визнані визначення травми в посібниках DSM-5 (APA, 2013) та МКХ-11 [95].

Згідно DSM-5 по критерію А травма визначена так: «Фактична смерть або загроза смерті, серйозні травми або сексуальне насильство одним (чи кількома) із наведених нижче способів:

- Безпосереднє переживання травматичної події.
- Особиста присутність під час травматичної події, яка трапилася з іншими людьми (травма свідка).
- Дізнатися, що травматичні подія (події) сталися з близьким членом родини або близьким другом. У випадках фактичної смерті або загрози смерті члена сім'ї чи друга подія (події) має бути насильницькою або випадковою.
- Переживання повторного або екстремального впливу болісних деталей травматичної(их) події(й) (наприклад, працівники швидкого реагування збирають людські останки; поліцейські неодноразово стикаються з деталями жорстокого поводження з дітьми)» [1].

У МКХ-11 травматичні події, що можуть призводити до розвитку ПТСР або КПТСР, описані як: "...події чи серії подій виняткової загрозливості чи жахливого характеру, що мають високий потенціал для спричинення значного дистресу і виходять за межі звичайного людського досвіду." Цей опис охоплює події, які можуть викликати глибоке емоційне потрясіння, зокрема воєнні дії, тяжкі аварії, насильницькі напади,

сексуальне насильство, тортури або інші форми насильства, де існує реальна чи уявна загроза життю або безпеці [95].

Завершуючи аналіз історії травматичного досвіду, слід зазначити, що погляди дослідників на природу психологічної травми змінювалися під впливом соціальних подій. У прикладних дослідженнях увага акцентується на впливі різних травматичних ситуацій, які мають негативний ефект на психіку, що вимагає від індивіда значних зусиль для їх подолання. Психологічна травма розглядається як життєва подія, що викликає тривалі переживання, які формують світосприйняття та стосунки з оточуючими.

1.2. Від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР): дослідження та взаємозв'язок

Люди давно визнали глибокий психологічний вплив, який травма може мати на психологічне благополуччя тих, хто з нею зіштовхнувся. Але важливий поворотний момент стався в 1980 році, коли категорія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) була включена до третього видання "Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів" (DSM-3), а також визначені його основні діагностичні критерії. Надалі критерії ПТСР зазнавали змін.

Треба зазначити, що у світовій практиці існує дві визнані системи діагностичних критеріїв для проблем психічного здоров'я:

1. Міжнародна класифікація хвороб – 11-те видання (МКХ-11), створена Всесвітньою організацією охорони здоров'я [95].
2. Діагностичний і статистичний посібник – 5-те видання (DSM-5), розроблений Американською психіатричною асоціацією [1].

Наразі згідно з DSM-5, для діагнозу ПТСР людина повинна пережити або бути свідком травматичної події, яка включала «реальну чи загрозливу смерть, серйозну травму або сексуальне насильство» [1]. У той час як у МКХ-11 травматична подія повинна бути «надзвичайно загрозливою або жахливою» [95].

Варто зазначити, що існують події, які можуть не відповідати цим критеріям, але все одно бути травматичними для людини і призводити до симптомів ПТСР або інших психічних розладів [36].

Існують три основні групи симптомів, спільні для критеріїв як МКХ-11, так і DSM-5. Їх часто вважають основними симптомами ПТСР:

1. Інтрузії або повторне переживання події (наприклад, нав'язливі спогади, повторювальна гра, нічні кошмари, флешбеки, тривога, спричинена нагадуваннями про подію).
2. Уникання (наприклад, уникання думок, почуттів чи спогадів про подію, а також уникання людей, місць або ситуацій, пов'язаних із подією).
3. Активація та реактивність (наприклад, дратівливість, підвищена пильність, проблеми з концентрацією та сном).
4. Для кращого розуміння порівняємо в таблиці основні відмінності між діагностичними критеріями ПТСР у двох системах — DSM-5 і МКХ-11.

Таблиця 1.2.1.

Порівняння критеріїв ПТСР за DSM-5 (2013) та МКХ-11 (2018) [88].

Критерії ПТСР (DSM-5, 2013)	Критерії ПТСР (МКХ-11, 2018)
А. Вплив реальної або загрозованої смерті, серйозної травми або сексуального насильства.	Вплив надзвичайно загрозованої або жахливої події чи серії подій.
В. Інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари). С. Уникання (уникання думок, почуттів або спогадів про подію, уникання ситуацій, людей, місць, пов'язаних із подією). Д. Зміни в когнітивних процесах і настрої. Е. Активація та реактивність.	Переживання травми знову Уникання Постійне відчуття підвищеної загрози.
Ф. Тривалість більше 1 місяця. Г. Клінічно значущий дистрес або порушення функціонування. Н. Симптоми спричинені подією, а не фізіологічними ефектами речовин або медичним станом.	Симптоми повинні тривати щонайменше кілька тижнів. Значне порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній або професійній сферах.

DSM-5 також включає додаткову групу симптомів, пов'язаних зі змінами в думках і почуттях, таких як:

- Перебільшені негативні переконання про себе, світ або інших;
- Викривлені думки про причини події та наслідки;
- Постійні негативні емоції;
- Втрата інтересу до важливих подій;
- Відчуження від інших і нездатність відчувати позитивні емоції.

Ширший набір симптомів у DSM-5 збільшує перетин з іншими психічними розладами, але дозволяє ширший спектр симптомів класифікувати як ПТСР [29].

Спочатку ПТСР описувався як стан, що виникає внаслідок однієї важкої травматичної події. Однак, тепер відомо, що ПТСР також може бути спровокований хронічними багаторазовими травмами [91].

Протягом останніх десятиліть численні дослідження показали, що діагноз посттравматичного стресового розладу є клінічно значущим для осіб, які пережили поодинокі травматичні події, такі як зґвалтування, фізичні напади, тортури або автомобільні аварії. Проте стало очевидним, що більшість пацієнтів, які звертаються за допомогою в клінічні заклади, зазнавали множинних травм упродовж життя і страждають від ряду психологічних проблем, лише деякі з яких відповідають критеріям ПТСР.

До таких проблем відносяться: емоційна нестабільність, агресія до себе та інших, амнезія, дисоціація, соматизація, депресія, недовіра, сором та самоненависть. Ці симптоми можна розглядати як супутні або як частину спектра проблем, пов'язаних із травмою, що залежать від віку під час травми, стосунків із агресором, отриманої підтримки та тривалості впливу травмуючого досвіду [91].

Далі ми розглянемо вторинні ефекти розвитку ПТСР. Адже після розвитку ПТСР повторне мимовільне переживання травми у вигляді

візуальних образів, емоційних станів або нічних кошмарів призводить до постійного повторного занурення в травматичні події.

На відміну від фактичної травми, яка мала початок, середину і кінець, симптоми ПТСР набувають позачасового характеру. Самі ці вторгнення є жахливими: вони заважають обробляти минуле, відволікаючи від можливості повноцінно взаємодіяти з теперішнім. Це непередбачуване повернення небажаних спогадів зазвичай призводить до різних (зазвичай непродуктивних) стратегій уникання — від уникання людей або дій, що нагадують про травму, до зловживання наркотиками й алкоголем, до емоційного відсторонення від друзів або діяльності, яка колись приносила радість та задоволення. Також можуть виникати складнощі з увагою та концентрацією, що не дає можливості бути натхненими та енергійними в проживання життя. Навіть прості дії, такі як читання книг, спілкування з близькими та друзями, перегляд фільмів, можуть вимагати додаткових зусиль. Ця втрата здатності зосереджуватися, в свою чергу, часто призводить до проблем з тим, щоб братися за якусь одну справу та доводити її до завершення, планувати своє життя для того, щоб покращувати його.

Дослідження показали, що не стільки поширеність класичних симптомів ПТСР, скільки додаткові психологічні проблеми, такі як депресія, тривога, агресія, саморуйнівна поведінка, почуття сорому та недовіра, проявлялися у тих людей, що зверталися за допомогою та мали в історії травматичний досвід. Варто також додати, що більшість цих людей зазнали багаторазових травматичних подій протягом життя. У вибірці таких пацієнтів виявлено, що 77% страждали від імпульсивної поведінки та емоційної нестабільності, 84% мали дисоціативні симптоми, зокрема деперсоналізацію, 75% переживали постійний сором і самозвинувачення, а 83% повідомляли про труднощі у встановленні здорових стосунків [44].

Ці супутні проблеми часто викликають додаткові ускладнення значніші, ніж ПТСР, і погіршують стан пацієнтів. Спираючись виключно на діагноз ПТСР або депресії, дисоціації та характерної патології, може бути недостатньо для належного оцінювання та лікування таких пацієнтів.

У рамках польового випробування DSM-4 члени робочої групи ПТСР окреслили синдром психологічних проблем, які часто асоціюються з історіями тривалого й тяжкого міжособистісного насильства. Вони назвали це «Комплексний ПТСР».

Комплексний ПТСР – досить новий термін. Професіонали наразі не дійшли згоди щодо того, чи є це він формою посттравматичного стресового розладу чи зовсім окремим станом і як його слід називати. Наприклад, аналізуючи літературу нам вдалось виявити, що деякі терапевти все ще використовують один із таких термінів:

- стійка зміна особистості після катастрофічного досвіду (EPCACE);
- розлади надзвичайного стресу, не визначені інакше (DESNOS) – цей термін більш поширений в Америці [68].

Зазначимо, що у DSM-5 (П'яте видання Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів) розглядається тільки класичний ПТСР. Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) поки що не включений у DSM-5, але визнаний в МКХ-11 [95]. Деякі клініцисти вважають, що КПТСР потребує окремого діагностичного критерію в DSM-5.

МКХ-11 містить окремий діагноз КПТСР, який включає ті самі основні симптоми, що й ПТСР, але з додатковими групами симптомів, зокрема проблемами в емоційній регуляції, негативними переконаннями про себе та труднощами у стосунках, відчуттям постійної небезпеки [79]. Цей розлад пов'язують із тривалим або повторюваним впливом травматичних подій, таких як емоційне насильство або травматичні дитячі переживання.

КПТСР включає такі ознаки, що перераховані в DSM як «асоційовані риси ПТСР»:

1. зміни в регуляції афективних імпульсів, включаючи труднощі з управлінням гнівом і схильністю до саморуйнівної поведінки;
2. зміни в увазі та свідомості, що призводять до амнезії, дисоціативних епізодів і деперсоналізації;
3. зміни у сприйнятті себе, такі як хронічне почуття провини й відповідальності, постійне відчуття сорому;
4. зміни у стосунках з іншими, наприклад, нездатність довіряти та відчувати близькість до людей;
5. соматизація — відчуття тілесних симптомів, які не мають медичного пояснення;
6. зміни в системах значень.

Як зазначає Національна служба охорони здоров'я Великобританії на офіційному сайті симптоми КПТСР схожі на симптоми ПТСР, але можуть також включати [71]:

- Відчуття нікчемності, сорому і провини;
- Проблеми з контролем своїх емоцій;
- Складнощі у відчутті зв'язку з іншими людьми;
- Проблеми у стосунках, такі як труднощі в підтримці дружби та романтичних стосунків.

Також на сайті NHS [71] вказано, що КПТСР може виникнути через повторювані або тривалі травматичні події як наприклад:

- Зловживання чи нехтування в дитинстві;
- Домашнє насильство;
- Сексуальне насильство;
- Тортури, сексуальна торгівля або рабство;
- Війна.

NHS [71] додає до вище сказаного, що вірогідність розвитку КПТСР підвищується якщо страждання було причинене кимось близьким, до кого була довіра та якщо не було змоги втекти від травми.

Треба також зазначити, що чим раніше виникає травма і чим довше вона триває, тим більша ймовірність того, що людина страждатиме від усіх симптомів, що становлять діагноз КПТСР. Дослідження показали, що міжособистісні травми, особливо дитяче насильство, передбачають високий ризик розвитку КПТСР. Такі клієнти є частими споживачами кризової психіатричної допомоги і зазвичай стійкі до традиційного лікування ПТСР та можуть негативно реагувати на стандартні методи лікування ПТСР. І, як зазначає у своїй книзі van der Kolk, ефективне лікування людей з КПТСР має зосереджуватися на покращенні саморегуляції, а не на «переробці травми» [91].

Отже точне визначення травми викликає дискусії серед фахівців із психічного здоров'я, але майже всі погоджуються, що травма — це глибоко болісний і пригнічуючий досвід, який впливає на добробут, психічне та фізичне здоров'я людини. Травма також може означати емоційну реакцію на значну негативну подію. Вона тісно пов'язана з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та комплексним посттравматичним стресовим розладом (КПТСР), оскільки ці розлади безпосередньо пов'язані з переживанням травматичних подій і їх психологічними та емоційними наслідками для людей.

1.3.Сучасні підходи та напрямки роботи з травматичним досвідом (травмою) та місце і роль саморегуляції у цій роботі.

1.3.1.Нейробіологічні механізми посттравматичного стресового розладу

Протягом останніх двадцяти років спостерігається суттєвий прогрес у дослідженні природи та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Найбільш значні досягнення були виявлені в нейробіологічних аспектах розладу, що вказує на те, що ПТСР є складним психічним розладом, пов'язаним із біологічними реакціями на стресові ситуації [54]. У цій роботі детально розглядаються нейробіологічні аспекти ПТСР, а також його наслідки для лікування та терапії

Розвиток досліджень у напрямку нейробіології ПТСР дозволив виявити, що цей розлад пов'язаний із постійними біологічними реакціями на стресові події [67]. Пол Маклін визначив мозок як систему, що забезпечує виявлення, аналіз і оцінку як внутрішніх, так і зовнішніх подразників [62]. Основні функції мозку включають підтримку внутрішнього гомеостазу та класифікацію інформації для прийняття складних рішень. Мозок складається з трьох основних підсистем: стовбура мозку та гіпоталамуса (відповідають за гомеостаз), лімбічної системи (регулює рівновагу між внутрішнім і зовнішнім світом) та неокортексу, який аналізує зовнішнє середовище [91].

У ході досліджень було встановлено, що мозок реагує на травматичні події залученням різних структур, таких як стовбур мозку, лімбічна система і неокортекс. Нейробіологічні реакції на травму відрізняються залежно від рівня стресу та інших чинників, зокрема тривалості травматичної події та рівня підтримки. Травматичні переживання можуть впливати на роботу

гіпокампа, мигдалеподібного тіла та регуляцію гормонів стресу, таких як кортизол [23].

Регуляторні системи мозку, включаючи гіпоталамус, стовбур мозку, лімбічну систему та неокортекс, тісно пов'язані між собою [90]. Ці структури спільно визначають, які події є значущими, а які — незначними, та формують відповідні дії на ці подразники. Мозок навчається на основі минулого досвіду та адаптується до нових обставин, що є ключовим фактором для виживання в умовах стресу.

Травматичні спогади часто залишаються яскравими та емоційно насиченими протягом усього життя. Вони можуть бути провоковані певними нагадуваннями та переживатися з тією ж інтенсивністю, що й у момент початкового травмування [89]. Ці спогади зберігаються переважно в сенсорному та емоційному режимах, а їх семантичне представлення може бути відсутнє або супроводжуватися флешбеками. Через це пацієнти з ПТСР часто залишаються в стані постійного стресу.

Нейробиологічні дослідження Smith, M.A підтвердили, що гіпокамп у пацієнтів із хронічним ПТСР має зменшений об'єм порівняно з контрольною групою. Це пояснюється впливом тривалого підвищеного рівня гормонів стресу, таких як кортизол, які можуть бути нейротоксичними для клітин гіпокампа. Низька активність гіпокампа також пов'язана з труднощами у створенні інтегрованої та послідовної пам'яті про травму [91].

Дослідження Rauch, Shin, & Phelps показали, що мигдалеподібне тіло відіграє центральну роль у формуванні емоційних спогадів, особливо страху. У клієнтів з ПТСР мигдалеподібне тіло демонструє підвищену активність у відповідь на подразники, пов'язані з травмою, що може призводити до гіперреактивності та надмірної тривожності [76].

В дослідженнях Yehuda було доведено, що у відповідь на стрес мозок запускає вивільнення кортизолу через гіпоталамо-гіпофізарно-

адренокортикальну вісь. Однак у клієнта з ПТСР рівень кортизолу часто знижений, що може призводити до порушень у реакції на стресові ситуації та проблем з відновленням після травматичного впливу [91].

Отже можна сказати, що розуміння нейробіологічних механізмів ПТСР, зокрема ролі гіпокампа, мигдалеподібного тіла та гормональних реакцій, значно просунулося за останні два десятиліття. Це дало змогу глибше усвідомити, як травма впливає на мозок і емоційні процеси.

1.3.2.Сучасні підходи до лікування посттравматичного стресового розладу

Терапія травми може бути емоційно напруженою роботою, тому вимагає сильної саморефлексивної орієнтації спеціаліста [56].

Розвиток травматерапії почався інакше, ніж розвиток інші психологічні методи лікування, оскільки він не базувався на теорії однієї людини, а скоріше він створювався крок за кроком протягом усієї історії психотерапії, так як виникала потреба адаптувати лікування до впливу значущих подій, що загрожують цілісності особистості. Травматерапія тісно взаємопов'язана з іншими підходами та методами психотерапії [93].

Поетапно орієнтовані підходи є популярним способом роботи з людьми, що мають травматичний досвід. Вперше вони були згадані П'єром Жане в 1889 році, а пізніше розроблені Джудіт Герман в 1992-1997 роках. Далі ми опишемо цей підхід і тут варто пам'ятати, що фази накладаються одна на одну та можуть бути нелінійними.

Триетапна модель відновлення після травми, запропонована Джудіт Герман в 1992 році, стала основою в роботі з психологічною травмою. Модель передбачає три послідовні етапи:

1. Встановлення безпеки та стабілізація.

2. Пригадування та оплакування.

3. Відновлення зв'язку з повсякденним життям.

Ця модель спирається на роботи П'єра Жане, який першим описав травматичний розлад та дисоціацію, і була адаптована Герман для роботи з довготривалими наслідками травми [46].

На першому етапі — встановлення безпеки та стабілізація — основним завданням є відновлення у клієнта почуття контролю над своїм оточенням і внутрішніми станами. Герман зазначає, що "відновлення розгортається у три етапи... перший етап – це встановлення безпеки" [44]. Цей етап може включати відновлення розпорядку дня, відновлення сну, повернення контролю над фізичними симптомами та побудову підтримуючого соціального оточення. Відчуття безпеки, за словами Герман, охоплює як фізичні, так і психологічні аспекти, і цей процес може зайняти час залежно від важкості травми та індивідуальних факторів [45]. Цей етап направлений на роботу з проявами травматичного досвіду тут і зараз через формування навичок саморегуляції, які було втрачено через травму.

Ця початкова стадія може тривати від кількох днів до тижнів у людей із гострою травмою або від місяців до років у тих, хто пережив хронічне насильство. Робота першого етапу відновлення ускладнюється пропорційно тяжкості, тривалості та ранньому початку насильства.

Ті, що вижили, відчуваються небезпечно у своїх тілах. Здається, що їхні емоції та мислення вийшли з-під контролю. Вони також відчувають небезпеку по відношенню до інших людей. Стратегії терапії повинні враховувати питання безпеки клієнта в усіх цих областях.

Встановлення безпеки починається з концентрації на контролі над тілом і поступово просувається назовні до контролю над середовищем. Адже відчуття втрати контролю над своїм тілом, своїми емоціями та мисленням є поширеними симптомами травми. Проблеми тілесної

недоторканості включають увага до основних потреб здоров'я, регуляція функцій організму, таких як сон, прийом їжі та фізичні вправи, управління посттравматичними симптомами та контроль саморуйнівної поведінки. Екологічні питання включають створення безпечної життєвої ситуації, фінансової безпеки, мобільності та плану самозахисту, який охоплює весь спектр повсякденного життя клієнта. Оскільки ніхто не може самотійно створити безпечне середовище, завдання розробки адекватного плану безпеки завжди включає компонент соціальної підтримки.

Другий етап — пригадування та оплакування — спрямований на опрацювання і переживання травматичних спогадів. На цьому етапі ми працюємо з клієнтом над реінтеграцією травматичного досвіду у його життєву історію [44]. За підтримки терапевта клієнти зустрічаються зі спогадами та емоціями, пов'язаними з травмою, виражають їх і намагаються знайти для них місце. Це дозволяє зменшити емоційну інтенсивність спогадів та змінити самосприйняття, усунувши шкідливі когнітивні патерни [45]. Як ми бачимо, цей етап направлений на роботу з минулим та пошуком його місця тут і зараз.

Останній етап, відновлення зв'язку з повсякденним життям, спрямований на повернення до нормального звичного життя, відновлення соціальних зв'язків та створення нових цілей, з одночасним розвитком навичок спілкування та побудови стосунків. Тут ми працюємо з клієнтом над побудовою майбутнього, яке відповідає їхнім цінностям та ідентичності після травми [45].

Можна сказати, що триетапна модель Герман стала ключовою у сучасній терапії травми, оскільки вона пропонує структуровану, але гнучку систему для допомоги людям у подоланні глибоких наслідків травми. Кожен етап моделі акцентує увагу на окремих терапевтичних цілях, необхідних для досягнення довготривалого відновлення. Як зазначає Герман, “травма

настільки руйнівна, тому що знищує значення,” і завдання трьох етапів моделі полягає у допомозі клієнтам відновити це значення [44]. Адже, як зазначає Джудіт Герман "Той, хто пережив травму, не несе відповідальності за заподіяну йому шкоду, але відповідальний за своє одужання." [46].

Стрункість та структурованість моделі нажаль не гарантує, що в кожному конкретному випадку клієнт буде рухатись послідовно за кожним етапом. Часом одужання буде не лінійним а скоріше спіральним процесом, у якому попередні проблеми постійно переглядаються на вищому рівні інтеграції. Однак у ході успішного одужання має бути можливим розпізнати поступовий перехід від непередбачуваної небезпеки до надійної безпеки, від дисоційованої травми до визнання пам'яті та від стигматизованої ізоляції до відновлення соціального зв'язку.

Оскільки травма впливає на кожен аспект функціонування людини, від біологічного до соціального, лікування має бути комплексним. Форма терапії, яка може бути корисною для клієнта на одній стадії, може бути малокорисною або навіть шкідливою для того самого клієнта на іншій стадії. Крім того, навіть своєчасне терапевтичне втручання може виявитися невдалим, якщо інші необхідні компоненти лікування, що відповідають кожній стадії, відсутні. На кожному етапі одужання комплексне лікування повинно бути спрямоване на характерні біологічні, психологічні та соціальні компоненти розладу. Адже не існує єдиного ефективного «чарівного засобу» для лікування травматичних синдромів.

Усі фази включають психоосвіту та використовують інтегративні методи роботи. Наприклад, використання творчих здібностей, уяви та використання технік, які допомагають емоційній регуляції, що сприяє кращим когнітивним функціям.

Van der Kolk у одній із своїх останніх публікацій зазначає, що сучасні терапевтичні методи лікування ПТСР включають як психологічні, так і

біологічні підходи. Він виділяє як найефективніші такі напрямки роботи з травмою:

- Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка демонструє високу ефективність у лікуванні симптомів ПТСР.
- Метод десенсибілізації і переробки за допомогою руху очей (EMDR), який допомагає клієнтам переробляти травматичні спогади.
- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) - одним із найпоширеніших фармпрепаратів, що застосовуються для лікування ПТСР. Вони допомагають знизити симптоми депресії, тривожності та нав'язливих спогадів.

Також він зазначає, що для досягнення кращих результатів лікування SSRI часто поєднується з психотерапією [91].

Загалом підсумовуючи зазначимо, що на сьогоднішній день визнано, що спогади про травму не є статичними копіями досвіду, а змінюються з часом. Цей контекст допомагає зрозуміти як працює психотерапія та як саме відбувається зцілення навіть після складних та глибоких психологічних травм.

Хоча менше досліджень присвячено лікуванню КПТСР, дослідження показують, що методи, які ефективні для ПТСР, можуть бути корисними і для КПТСР, хоча може знадобитися більше часу на терапію [64].

Трьохфазна модель травматерапії є однією з ключових концепцій сучасного підходу до лікування посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Ця модель ґрунтується на тому, що травматичний досвід не є лінійним, одномірним явищем, а впливає на різні рівні людської свідомості, тіла та емоцій. Вона включає роботу на трьох важливих рівнях: фізіологічному, емоційному та когнітивному. Застосування цієї моделі допомагає комплексно підходити до лікування травм, надаючи клієнтам

більш глибоке розуміння власних реакцій та сприяючи довготривалому зціленню.

1. Фізіологічний рівень травматерапії (тілесна реакція на травму)

Перший важливий аспект травматичного досвіду — це його фізіологічні наслідки. Після пережитої травми, організм людини нерідко залишається у стані хронічної тривоги або гіперзбудження, що є наслідком постійного викиду гормонів стресу, таких як адреналін і кортизол. Це пояснюється тим, що нервова система продовжує функціонувати так, ніби травма продовжується, навіть якщо небезпека вже минула. Така реакція називається “застряглий стрес-відгук” (з англійської “stuck stress response”).

Методи роботи на цьому рівні включають тілесно орієнтовану терапію, яку запропонував Пітер Левін у своєму підході, що має назву соматичне переживання (Somatic Experiencing). Цей підхід базується на розумінні, що травма застряє в тілі, а не тільки в свідомості, і що для повного зцілення необхідно “вивільнити” фізіологічні прояви травматичного стресу. Левін наголошує на важливості розслаблення м’язової напруги, регуляції дихання та відновлення природного ритму нервової системи через поступове “переживання” травми без перевантаження психіки [58].

Також широко використовуються методи біофідбеку та техніки релаксації, які допомагають клієнтам контролювати фізіологічні прояви тривожності, такі як серцебиття, потовиділення або м’язова напруга. Ці техніки вчать клієнта свідомо контролювати свої фізичні реакції на стрес, що зменшує ризик розвитку хронічних стресових розладів і покращує загальне самопочуття.

2. Емоційний рівень травматерапії (переживання емоційних наслідків)

Другий важливий компонент травматерапії — це робота з емоційними наслідками травматичного досвіду. Емоційний рівень є надзвичайно складним, оскільки травматичні події часто викликають глибокі почуття страху, болю, сорому, провини та навіть безпорадності. Тривала наявність цих емоцій без належного вираження або розуміння може призвести до депресії, тривожності, агресивних реакцій або емоційного оніміння.

Терапевти, які працюють з цим рівнем, часто використовують методики емоційно-фокусованої терапії (Emotionally Focused Therapy, EFT), які дозволяють клієнтам усвідомлювати та вивільняти придушені емоції. Цей підхід допомагає клієнтам ідентифікувати свої емоційні реакції, зрозуміти їх витоки та вчитися емоційно адаптуватися до травматичного досвіду.

Метод десенсибілізації та переробки травм за допомогою руху очей (EMDR) також має глибокий вплив на емоційний рівень. Ця техніка дозволяє переробляти емоційні спогади, які викликають сильні негативні реакції, такі як страх або гнів, і допомагає зменшити їх емоційний вплив.

3. Когнітивний рівень травматерапії (осмислення травматичного досвіду)

Третій важливий компонент трифазової моделі — когнітивний рівень, де акцент ставиться на зміні негативних переконань, пов'язаних із травмою. Травматичні події можуть суттєво змінити сприйняття людини стосовно себе, світу та майбутнього, часто викликаючи відчуття безпорадності або непоправності ситуації.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) на цьому рівні є однією з найбільш ефективних методик. Вона допомагає клієнтам виявляти й змінювати деструктивні думки та переконання, які закріпилися після травми. Зокрема, когнітивна реструктуризація є ключовим інструментом у роботі з травмованими клієнтами. Вона спрямована на те, щоб допомогти

людині виявити ірраціональні переконання, такі як “Я винен у тому, що сталося” або “Світ небезпечний і я не можу довіряти нікому”, та замінити їх на більш конструктивні й раціональні.

На когнітивному рівні також ефективною є метафорична терапія та техніки наративної терапії. Вони дозволяють людині переповісти свою історію, знайти сенс у пережитому та побачити себе не лише як жертву, а й як активного учасника власного життя. Це важливо для того, щоб людина змогла відновити почуття контролю та відновити самооцінку після травматичних подій.

Трифазова модель травматерапії підкреслює важливість одночасної роботи на всіх трьох рівнях: фізіологічному, емоційному та когнітивному. Вона визнає, що травма впливає на всі аспекти життя людини і для повного зцілення необхідно враховувати кожен з них.

Отже, наше дослідження буде зосереджено на першому етапі роботи з травматичним досвідом в рамках триетапної моделі Герман і направленим на повернення безпеки і контролю, стабілізацію клієнтів через формування навичок саморегуляції, які було зруйновано через вплив травми. Саме ця робота є основою комплексного підходу, який поєднує тілесну роботу, емоційну регуляцію та когнітивні зміни, що дозволяє людині повністю інтегрувати свій травматичний досвід і досягти глибокого емоційного та фізичного відновлення. Це також забезпечує більш стійкий ефект від терапії, адже працює не тільки з симптомами, а й з причинами травматичного стресу.

1.3.3. Саморегуляція та безпека як основа психотерапевтичної роботи з травмою та роль терапевта на цьому етапі

Отже, терапія травми має починатися з акценту на безпеці та саморегуляції. Тому в цьому підрозділі ми розглянемо як саме допомогти клієнту з травмою стабілізуватися.

Психічна саморегуляція — це складний психофізіологічний процес, що передбачає здатність людини свідомо контролювати свої емоційні реакції, думки та поведінку. Цей процес є вирішальним у підтримці емоційної рівноваги, особливо в умовах стресу або після травматичних подій. Як зазначає Gross, емоційна регуляція може бути адаптивною або неадаптивною, залежно від стратегії, яку застосовує людина. До адаптивних стратегій належать переоцінка та когнітивна реструктуризація, тоді як неадаптивні стратегії, такі як емоційне придушення, можуть призводити до довгострокових негативних наслідків [38].

Особливу увагу заслуговує дослідження саморегуляції у контексті травматичних подій. Herman та Van der Kolk вивчали вплив травми на здатність людини до емоційного контролю [44; 90]. Herman стверджує, що після переживання травми, особливо в дитинстві, емоційна саморегуляція може бути порушена, що призводить до проблем із регуляцією емоцій у дорослому віці. Наприклад, особи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) часто мають труднощі із контролем гніву, тривоги або депресії, що ускладнює їх соціальну адаптацію [42].

Van der Kolk (2014) підкреслює, що травма не тільки змінює психологічний стан людини, але й має фізіологічний вплив на мозок та тіло. Модель самоконтролю Baumeister, Vohs і Tice розглядає саморегуляцію як обмежений ресурс, що виснажується під час стресу або травматичного

досвіду. Після травми це виснаження проявляється як зниження здатності особи до емоційного контролю [20].

При роботі з травмою може статися так, що травмовані клієнти приносять багато складного матеріалу, який потребує уваги, наприклад: кризи, спроби самогубства, госпіталізації, рецидиви наркотичної чи алкогольної залежності чи саморуйнівна поведінка. Це може захопити терапевта і через це він може відчувати втрату контролю, доєднавшись до «емоційних гойдалок» клієнта, замість того, щоб допомогти йому з них зістрибнути.

Емпатичне слухання, заохочення клієнтів взяти на себе відповідальність, увага до почуттів та переживань клієнта насправді можуть бути контрпродуктивними на цьому етапі терапії травми адже це може несвідомо підтримувати переконання травмованого клієнта про те, що стресові щоденні події є поза його можливістю впоратися з ними і це може бути вирішено лише екстремальними заходами.

Називаючи симптомами травми самоненависть клієнта, його саморуйнівні імпульси, тривогу, гіпернастороженість і труднощі з саморегуляцією, ми від'єднуємо їх від клієнта формуючи таким чином розуміння того, що це не його характеристики, а особливості травматичного розладу.

Саморегуляція вимагає від терапевта активної ролі в лікуванні клієнтів із травмою. Це включає:

- Формування безпечного середовища: Клієнти з травматичним досвідом часто відчують недовіру та підвищену тривожність, тому терапевт повинен забезпечити простір, де клієнт відчуватиме безпеку та підтримку. Для цього важливо встановити чіткі межі та правила.
- Чітке визначення ролей: Терапевт має пояснити клієнту, що саморегуляція є важливим першим етапом лікування і що лікування

травми буде поетапним. Клієнт повинен зрозуміти, що першочергове завдання — навчитися контролювати симптоми і поступово зміцнювати емоційну стійкість.

- Введення терапевтичних технік: Серед найважливіших технік є ті, що сприяють саморегуляції. Це можуть бути когнітивно-поведінкові підходи, тілесно-орієнтовані практики, дихальні техніки, а також методи зниження тривожності через заземлення.

Робота зі саморегуляції починається з необхідності усвідомлення терапевтом того, що безпека і стабільність важливіші навіть за почуття клієнта. Адже відновлення після травматичного досвіду не може відбутися без достатньої стабільності, яка буде основою для того, щоб можна було згадати минуле, не будучи при цьому знову травмованим. Часто люди, які пережили травматичний досвід не можуть самостійно навчитися бути безпечними та стабільними, оскільки у них немає розуміння що означають слова «безпека» або «стабільність», бо вони не мали такого досвіду. Тому вони потребують того, хто дасть їм структуру, чітку інформацію та зворотний зв'язок.

Людина, що пережила травму, може мати значуще, продуктивне життя, навіть не згадуючи або не обробляючи травму, але вона не може мати такого життя без виконання роботи зі саморегуляції. Посил для клієнта простий: ніяке відновлення від травми не можливе без уваги до питань безпеки, турботи про себе, відновлювальних зв'язків з іншими людьми та нової віри у світ. Завдання терапевта — не просто бути свідком цього процесу, а навчити клієнта, як це зробити.

Отже на етапі саморегуляції завдання терапевта полягає в тому, щоб допомогти клієнту зрозуміти та змінити свої реакції на симптоми травми. Часто клієнти не розуміють, що травматичні реакції їхнього тіла (наприклад, флешбеки або дисоціація) є нормальними фізіологічними відповідями на

стрес. Замість того, щоб боротися з цими реакціями або панікувати через них, клієнт має навчитися ідентифікувати симптоми та використовувати техніки саморегуляції для їх пом'якшення.

Основні етапи саморегуляції включають:

1. Ідентифікація симптомів та їх розуміння. Терапевт повинен допомогти клієнту розпізнати травматичні симптоми як фізіологічні реакції, а не психічні порушення. Це дозволяє клієнту краще контролювати ситуацію. Важливу роль на цьому етапі має психоедукація.

1. Навчання технік саморегуляції. Це може включати дихальні вправи, методи заспокоєння тіла, та інші способи зменшення фізіологічного збудження. Наприклад, методика «усвідомленого дихання» є ефективним способом зниження рівня тривоги. А техніка заземлення допомагає клієнту зосередитись на відчуттях у тілі та усвідомлювати, що він перебуває в безпеці «тут і зараз», а не в моменті травматичної події.

2. Управління спогадами та флешбеками. Важливо, щоб клієнт навчився не уникати спогадів, а приймати їх як частину досвіду і поступово знижувати їхній вплив на поточний стан.

Надалі клієнти можуть навчитися розпізнавати свої реакції на стрес та використовувати певні техніки (дихальні вправи, фізичні вправи, техніки розслаблення) для їх контролю. Це зменшує інтенсивність травматичних спогадів або флешбеків.

1.3.4. Основні напрямки відновлення саморегуляції осіб, що мають травматичний досвід (травму)

1.3.4.1. Важливість психоедукації (психоосвіти)

Саморегуляція також включає психоедукацію, або навчання клієнта розумінню своїх симптомів і процесів, що відбуваються в його тілі та

психіці. Herman наголошує на тому, що клієнт має чітко розуміти природу своїх симптомів, щоб зменшити відчуття безпорадності [46]. Клієнти повинні знати, що їхні реакції є нормальною фізіологічною відповіддю на стрес, і що вони можуть навчитися контролювати їх за допомогою правильних технік.

Використання психоедукації на цьому етапі терапії має дві основні цілі:

1. Вона навчає клієнта розпізнавати симптоми: як їх ідентифікувати, як передбачати їхню появу, що вони означають і як ними керувати.
2. Вона знижує відчуття сорому, плутанини і "божевілля" у клієнта.

Зниження сорому на цьому етапі терапії дуже важливе, бо він створює руйнівний фон та повертає до травматизації тут і зараз.

Саморегуляції сприяє поступове зміщення ролі клієнта з ролі жертви до ролі того, хто вижив (впорався). В терапії ми прагнемо дати клієнту знання про травму та ПТСР таким чином, щоб підкреслити і відсвяткувати той факт, що, якщо йому вдалось вижити, незважаючи на весь цей жахливий досвід, то він має і всі необхідні ресурси, щоб відновитися від теперішніх симптомів травматичного досвіду. Ми хочемо донести до нього, що всі ці симптоми цілком логічні, як відповідь на травматичні події. Кожен із них представляє або глибоко закодовану пам'ять, або спробу вирішити проблему чи подолати небезпеку, з якою він зіткнулася переживаючи травму. Кожен із них був винахідливим рішенням в умовах непереборного середовища. Вони спрацювали, бо він зараз тут на терапії. Такий підхід не лише позбавляє клієнта, що вижив від сорому, але й надає сили, оскільки допомагає йому побачити ту частину досвіду, де він була креативним, розумним, ресурсним і більш контролюючим свою долю, ніж він сама це відчуває [32].

Кожен тривожний симптом можна переосмислити за допомогою відповідної психоедукації. Наприклад, суїцидальні імпульси можна

переосмислити як спробу впоратися з відчуттям безвиході, безпорадності та втрати контролю перед потужними емоціями або як «пам'ять почуттів» про бажання померти або страх знищення під час травматичної події. Самоушкоджувальна поведінка може бути переосмислена клієнтом завдяки психоедукації як така, що, можливо, мала на меті гарні наміри: адже вигляд крові або фізичний біль можуть викликати адреналінову реакцію, що створює заспокійливий та стимулюючий ефект. Хоча визнається, що ці короткострокові методи подолання мають довгострокові негативні наслідки, психоосвітній підхід зменшує сором і самозвинувачення та заохочує розвиток інших стратегій подолання для вирішення тієї ж симптоматичної проблеми.

Наприклад, гіперпильність стає «ви навчилися охороняти себе, оскільки ніхто не був поруч, щоб захистити вас»; сексуальна розбещеність стає «ви навчилися мати владу над чоловіками, як вони раніше мали владу над вами»; недовіра і параноя стають «ви навчилися, що безпечніше припускати найгірше в людях, ніж сподіватися на краще»; самоненависть стає «ви знайшли спосіб захистити свою сім'ю або відчуті, що маєте якийсь контроль, звинувачуючи себе» [32].

Ще один важливий напрямок психоедукаційної роботи зі саморегуляції щодо травми полягає в тому, щоб донести до людини, що вижила після травми те, що вона має симптоми замість спогадів. Клієнтам корисно зрозуміти, що багато їхніх симптомів є еквівалентами спогадів. Наприклад, симптоми тривоги та паніки майже завжди є «флешбеками відчуттів», що спричинені відносно нешкідливою подією в теперішньому часі, наприклад, перебуванням наодинці в кімнаті в сутінках. Якби клієнт міг пам'ятати травму так, як він пам'ятає нетравматичні події, він би міг помітити зв'язок між сутінками та тим, що саме в його травматичному досвіді лякало його в цей час доби. Але так як спогади про травму закодовані

сенсорно, а не мовно, клієнт переживає цей страх у вигляді незрозумілої генералізованої тривоги або навіть панічної атаки. Якщо клієнт навчиться тому, що ці симптоми і є спогадами, це допоможе йому відчувати більший контроль над ними і додати ще одну частину до її особистої історії.

Психоедукація щодо концепції психології розвитку яка каже про те, що діти інтерналізують отримане ними здорове заспокоєння, перетворюючи його на здатність до самозаспокоєння, може надати поштовх для впровадження клієнтами в щоденне життя технік самотурботи. Терапевт може допомогти клієнтам нормалізувати почуття, які вони сприймали як патологічні, наприклад, недовіру, або, навпаки, коректно визначити як "симптоми" ті почуття, які вони сприймали як "нормальні", наприклад, самоненависть.

Отже можна підсумувати, що під час фази саморегуляції корисна будь-яка психоедукаційна інформація, оскільки вона допомагає клієнтам зрозуміти їх надмірні почуття та поведінку.

Психоедукація допомагає клієнтам не лише зрозуміти свої симптоми, але й виявити нові способи адаптації та саморегуляції. Це дозволяє їм відчувати більше контролю над своїм психічним станом і почати бачити можливість відновлення.

1.3.4.2. Навичка залишатися «тут і зараз»

Це, мабуть, найкорисніша навичка для людини, яка пережила травму, протягом усього процесу відновлення. Це тому, що ПТСР, КПТСР і дисоціативні розлади є, по суті, розладами мислення, в яких минуле стає теперішнім, а теперішнє — минулим. Під час флешбеків або кошмарів, наприклад, нав'язливі сенсорні спогади перевантажують здатність людського розуму перевіряти реальність. Коли сенсорні аспекти цих

нав'язливих спогадів є тактильними, емоційними, кінестетичними або запаховими, більшість клієнтів вважають, що флешбек є частиною теперішньої реальності, і намагаються інтерпретувати його саме так.

З першої ж зустрічі з клієнтом ми повинні пояснювати йому про нав'язливі симптоми та їхнє значення. Коли клієнт скаржиться на відчуття страху в контексті, який зазвичай не викликає такого жаху, або відчуває надмірний сором у ситуаціях, які для більшості людей були б просто трохи незручними, він має знати, що це "флешбеки почуттів", а не життя в небезпечному чи принизливому світі. Багато клієнтів не розуміють, що "флешбеки" не є лише візуальними і рідко бувають повністю наративними. Більшість флешбеків є фрагментованими сенсорними переживаннями, що охоплюють емоції, зір, дотик, смак, запах, слух і моторні системи. Більшість нав'язливих симптомів є емоційними, а не візуальними. Навчання залишатися в теперішньому моменті починається з того, щоб правильно інтерпретувати сигнали розуму та тіла в контексті сучасної реальності, якщо людина пережила травму.

Наприклад, ключовою концепцією є те, що інтенсивні та переважні почуття можуть виникати в теперішньому часі лише у відповідь на негайну, очевидну небезпеку. Страх є доречним лише тоді, коли ви стоїте перед лавиною, автомобілем на великій швидкості, грабіжником або гірським левом. Лють у теперішньому часі виникає лише в контексті агресії, наприклад, якщо ви бачите, як когось фізично атакують, особливо когось близького. Якщо будь-які з цих інтенсивних почуттів виникають у повсякденному житті, вони є "почуттями з минулого". Це може здатися спрощеною моделлю, але для людей, що пережили травму, це усвідомлення стає визволенням, щойно вони зрозуміють цю основу.

На початкових етапах терапії варто навчати клієнтів цієї навички, допомагаючи ідентифікувати "флешбеки почуттів" (або емоційні нав'язливі

спогади) і "довгі, повільні флешбеки" (коли вони протягом кількох днів або годин перебуває в саморуйнівному стані або в стані дисоціації, що здається неконтрольованим).

З часом клієнти навчаться використовувати цей інструмент для кращого збереження перспективи, перш ніж реагувати на ситуацію або людину. Додатковим способом навчання розрізнення минулого і теперішнього є психоедукація, навчання клієнтів розпізнавати посттравматичні реакції та симптоми, коли вони виникають у її повсякденному житті.

1.3.4.2. Когнітивно-поведінкові техніки саморегуляції

Когнітивні підходи є надзвичайно важливими для роботи зі саморегуляції клієнтів, що пережили травматичний досвід. Одним з ключових елементів є зміна мислення і відношення до власних симптомів.

Клієнтам варто пояснити, що їхні травматичні реакції є нормальною відповіддю організму на надмірний стрес і що вони можуть навчитися контролювати ці реакції за допомогою правильних технік, наприклад таких:

1. Реалістична оцінка ситуації: Клієнти повинні вчитися розрізняти ситуації, які дійсно є небезпечними, від тих, що лише нагадують про травматичну подію. Цей процес допомагає зменшити рівень тривожності та підвищити здатність до раціональної оцінки подій.
2. Навички вирішення проблем: Важливо навчити клієнта ефективним способам подолання життєвих труднощів, які можуть викликати стрес. Клієнти повинні розуміти, що, хоча вони не можуть змінити своє минуле, вони можуть контролювати свої реакції на поточні ситуації та вирішувати проблеми, з якими стикаються.
3. Розвиток самоспостереження: Клієнти можуть навчитися фокусуватися на своїх думках, емоціях і тілесних реакціях, щоб краще

розуміти свої емоційні стани та вчасно використовувати методи саморегуляції. Це дозволяє краще контролювати свої реакції на стресові ситуації.

4. Зміна деструктивних думок: Думки впливають на емоційний стан людини. За допомогою когнітивної реструктуризації, клієнти навчаються ідентифікувати та змінювати автоматичні негативні думки, які викликають дисрегуляцію через підвищення тривоги або депресії. Клієнт вчиться змінювати ці деструктивні думки на більш реалістичні та позитивні. Це, у свою чергу, знижує інтенсивність негативних емоцій та покращує здатність до саморегуляції [21].

Оскільки імпульсивність і нав'язливі симптоми набагато важче контролювати, коли вони вже стали інтенсивними, найкраща можливість для клієнтів стабілізувати себе — це зробити це до, а не після їх виникнення. Коли клієнти шкодять собі або поведуться деструктивно, варто спонукати їх помітити, що передувало цьому, які були тригери (тобто які були нагадування про минулі травматичні переживання). Це може бути дуже виснажливим, але і дуже корисним.

Отже, варто в терапевтичній роботі спонукати травмованих клієнтів шукати варіанти, які вони могли б використати, щоб собі допомогти в складні моменти та покращити свій стан. Травма не дає клієнтам бачити ці можливості і наша задача, крок за кроком відновлювати їх та робити доступними для клієнтів.

1.3.4.3. Тілесно-орієнтовані техніки саморегуляції

На додаток до когнітивних та поведінкових методів, тілесно-орієнтовані практики є важливим інструментом саморегуляції клієнтів, які пережили травму. Bessel van der Kolk підкреслює, що травматичний досвід часто «записується» в тіло, тому традиційні когнітивні підходи можуть бути

недостатніми. Він наголошує на важливості відновлення зв'язку між розумом і тілом, що сприяє зменшенню фізіологічної реакції на стрес [90]. Rothschild в своїй книзі також підкреслює, що робота з тілом відіграє важливу роль у розвитку навичок саморегуляції [77].

Тілесно-орієнтовані практики включають йогу, дихальні вправи та інші техніки, що сприяють розслабленню м'язів і зниженню фізіологічного збудження. За словами van der Kolk, такі вправи можуть допомогти «заземлити» клієнта, відновити контроль над тілом та усунути фізичну напругу, що часто супроводжує емоційні спогади про травму [90].

Kabat-Zinn розробив програму зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR), яка полягає у розвитку здатності спостерігати за власними емоційними та тілесними реакціями, не намагаючись їх змінити або зупинити. Це дозволяє знизити рівень емоційного стресу та покращити здатність до саморегуляції, відновити контроль над емоціями через спостереження за фізичними реакціями на стрес [33].

Отже, тілесно-орієнтовані практики допомагають клієнтам, що мають травматичний досвід заспокоїти нервову систему, знижуючи активність симпатичної нервової системи, що часто є надмірно активною у людей з ПТСР та КПТСР.

1.3.4.4. Техніки заземлення та центрування

Техніки заземлення та центрування варто використовувати, коли клієнт відчуває будь-який рівень стресу, особливо якщо він перевантажений, дисоціює або відчуває зростання тривоги. «Заземлитися» означає не лише мати "ноги на землі", але й "розум на землі" [32].

Можна почати, попросивши клієнта зробити глибокий вдих або зітхнути. Потім пояснити, що ми не хочемо, щоб він була перевантажена тим, про що ми говоримо, тому ми зупинимося і спершу повернемо його до

стану заземлення. Ми можемо запропонувати йому змінити положення тіла і звернути увагу на відчуття своїх ніг на підлозі або стільця під нею, або ж подивитися навколо кімнати і побачити щось знайоме.

Хоча заземлення буквально передбачає фізичний контакт із землею, корисно також охопити кілька відчуттів, задавши наступні питання клієнту. Які тактильні або кінестетичні відчуття допомагають відчути більше заземлення? Які візуальні чи слухові стимули допомагають бути більш присутнім у своєму тілі? Більш зосередженим? Ми можемо використовувати один з предметів, що є в оточенні клієнта, якщо він сприяє заземленню. Важливо пояснити клієнту, що доторк до холодних предметів, таких як каміння або навіть кубики льоду, може сприяти заземленню. Запах є потужним заземлювачем якщо вдається знайти запахи, що чітко пов'язані з теперішнім моментом, такі як запах кави, чаю, спирту або парфумів.

Кінестетичний досвід ходьби, миття посуду або прасування також може заземлювати, так само як і дії, що вимагають концентрації, такі як складання пазлів або в'язання. Ігрові активності можуть бути заземлюючими, так само як і кулінарія чи садівництво. Усім нам потрібні заняття, які допомагають залишатися зосередженими, заземленими і присутніми у своєму тілі, але для тих, хто пережив травму, ці здібності допомагають боротися з посттравматичним циклом соматичних та емоційних гойдалок.

Часто клієнти з вираженими дисоціативними симптомами настільки звикли до досвіду бути відсутніми у своєму тілі, що їх треба навчити помічати ступінь того, наскільки вони більш-менш заземлені. Варто зразу ж зауважити, що мало ймовірно, щоб вони були повністю присутні чи повністю відсутні. Можна запитувати їй про те, наскільки вони відчують себе присутніми у своєму тілі прямо зараз, на який відсоток: 50%, 20%, 75%?

Заземлення та повернення травмованим клієнтам відчуття свого тіла, вміння зв'язуватися з реальністю через сенсори – важлива робота саморегуляції адже це впливає на ефективність терапії та знижує ризик виникнення несвідомої ретравматизації клієнта.

1.3.5. Виклики у роботі по відновленню саморегуляції

Як підкреслює Corrigan, процес саморегуляції може бути ускладненим через низку зовнішніх та внутрішніх факторів, таких як соціальна стигма та недостатній доступ до ресурсів психічного здоров'я. Люди, які пережили травматичні події, часто стикаються з упередженнями та соціальним тиском, що заважає їм звернутися за допомогою або дотримуватися стабілізаційного плану лікування. Це може відбуватися через страх осуду або нерозуміння з боку інших людей і особливо проявлятися у спільнотах, де розмови про психічне здоров'я «затабуйовані» а звернення за психологічною допомогою сприймається як прояв слабкості. Corrigan підкреслює, що стигма може погіршити стан клієнта, оскільки він починає ізолюватися, уникаючи соціальної підтримки та професійної допомоги [27].

Також продовжуючи тему стигми варто зазначити, що Vogt et al зазначають, що у багатьох людей з травматичним досвідом можуть виникати проблеми з доступом до спеціалізованої допомоги через фінансові, географічні або інші бар'єри. Наприклад, ветерани, які повертаються з війни, можуть мати обмежений доступ до психотерапії, що значно послаблює шанс відновити їх навички саморегуляції [92].

Більшість публікацій на цю тему зводяться до того, що завдяки терапевтичній роботі саморегуляція має стати навичкою людини, що має травматичний досвід і що відновлення саморегуляції — це лише перший етап довготривалої терапії травми.

Зокрема, як зазначає Linehan, навчання клієнтів навичкам саморегуляції є критично важливим для того, щоб вони могли підтримувати емоційну стабільність у майбутньому. Клієнти мають зрозуміти, що саморегуляція є постійним процесом, який може потребувати регулярних зусиль для підтримки самопочуття [61].

Згідно Herman, процес саморегуляції включає в себе не лише роботу над подоланням симптомів травматичного стресу, але й розвиток навичок саморегуляції, які будуть допомагати їм справлятися зі стресом у майбутньому [46]. Для клієнтів, які стикаються з повторюваними травматичними подіями або хронічним стресом це може бути особливо цінно. Адже включення навичок майндфулнес, КПТ та тілесно-орієнтованих практик в щоденне життя зможе забезпечити довготривалу емоційну стабільність і знизити рівень тривоги [87; 40].

Van der Kolk каже, що техніки майндфулнес можуть бути дуже ефективними для відновлення здатності до саморегуляції після травматичних подій. Вони допомагають клієнтам відновлювати зв'язок з тілесними відчуттями, що є критично важливим для саморегуляції емоцій.

Як відзначає Kabat-Zinn, практики майндфулнес, навчають клієнта залишатися в "тут і зараз" і тим самим допомагають знизити рівень емоційної напруги. Клієнти що регулярно практикують майндфулнес, можуть краще підтримувати внутрішню рівновагу і спокій та залишатися більш стійкими під час стресових ситуацій [48].

Важливість терапевтичної роботи на етапі саморегуляції обумовлена не тільки тим, що це дає можливість покращити якість життя клієнта, але й тим, що саморегуляція є основною для подальшого процесу лікування травми. Як зазначають Briere та Scott, саморегуляція повинна перейти до глибшого аналізу та інтеграції травматичного досвіду в загальний життєвий досвід клієнта. Адже коли клієнт стабілізується та буде здатний

контролювати свої симптоми, терапевт зможе почати працювати з глибшими аспектами травми — спогадами, емоціями та пов'язаними з ними когнітивними установками [24].

Foa і Rothbaum вважають, що терапевти мають заохочувати клієнтів до поступового занурення у травматичний досвід, допомагаючи їм розібратися з глибшими емоційними ранами. Це дозволяє не тільки зменшити інтенсивність симптомів, але й інтегрувати травматичний досвід у свідоме сприйняття, тим самим зменшуючи його негативний вплив на повсякденне життя [34].

Погоджується з вищесказаним і Linehan зазначаючи, що для підтримки саморегуляції клієнти можуть, наприклад, навчитися визначати ознаки емоційного або фізіологічного збудження і використовувати методи заспокоєння до того, як ситуація вийде з-під контролю [61].

Отже на першому етапі роботи з травмою терапевт має допомогти клієнту, що має травматичний досвід зміцнити навички саморегуляції та розробити план підтримки емоційної рівноваги на майбутнє. Він може включати індивідуально підібрані працюючі техніки та способи поведінки, які завдяки регулярній їх практиці поступово стають навичками та звичками, що покращують якість життя людини, що має травматичний досвід.

1.4. Висновки до першого розділу

Підсумовуючи можна сказати, що травматичний досвід може суттєво ускладнити здатність до саморегуляції, що підкреслює важливість терапевтичної роботи для відновлення цієї здатності. Отже, саморегуляція є критично важливим етапом в терапії травми, без якого неможливе повноцінне відновлення. Правильно підібрані та засвоєні методи саморегуляції не лише допомагають знизити інтенсивність симптомів, але й створюють базу для подальшої глибокої роботи над травматичним досвідом

у майбутньому. За допомогою психоедукації, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих технік та майндфулнес клієнти навчаються ефективно регулювати свої емоції та відновлювати внутрішню рівновагу. Це робить саморегуляцію не просто етапом лікування, а важливою основою для подальшого психічного та емоційного зцілення.

Аналіз літератури підтверджує, що саморегуляція є центральним компонентом у процесі відновлення після травми. Поєднання психоедукації, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих практик та майндфулнес дає змогу значно покращити здатність людей, що мають травматичний досвід до контролю над емоціями, що знижує рівень тривоги та депресії.

Теоретичні положення та концепції, які згадано у першому розділі, були закладені в основу нашого емпіричного дослідження взаємозв'язку між навичками саморегуляції людей, що мають травматичний досвід та їх емоційним станом.

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Обґрунтування вибору напрямку дослідження

Обґрунтування вибору напрямку дослідження базується на необхідності ефективного реагування на проблеми, що виникають у осіб із травматичним досвідом, зокрема пов'язані з проявами тривожності, депресії та іншими негативними емоційними станами. З травмою можуть стикатися люди різного віку та соціального статусу, і її вплив на психічне здоров'я є надзвичайно глибоким. Сучасні дослідження підтверджують, що травматичні події можуть спричиняти посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та комплексний ПТСР, який характеризується тривалішими та складнішими наслідками, такими як порушення саморегуляції, глибокі емоційні та когнітивні зміни, а також проблеми в міжособистісних відносинах. Це підкреслює важливість розробки та впровадження ефективних методик, що спрямовані на полегшення таких станів і допомогу в адаптації людей, які мають травматичний досвід.

Однією з ключових причин, чому обраний напрямок дослідження є важливим, є нагальна потреба у вдосконаленні підходів до роботи з особами, що пережили травму, з метою підвищення їхньої здатності до психічної саморегуляції. Здатність людини розуміти власні емоції, особливо у ситуаціях, що викликають стрес або тривогу, має прямий вплив на її здатність до відновлення та нормалізації психоемоційного стану. Попередні дослідження в галузі психотерапії показали, що психоедукація, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики можуть бути надзвичайно ефективними для осіб з травматичним досвідом. Зокрема, ці методики сприяють формуванню стратегій саморегуляції, що дозволяють знизити рівень тривоги, депресії та інших негативних емоційних проявів.

Психоедукація є важливим елементом психотерапевтичної роботи, оскільки вона допомагає клієнтам зрозуміти природу своїх переживань, навчає основних навичок для управління ними та сприяє усвідомленню, що вони не самотні у своїх проблемах. Дослідження показують, що коли людина краще розуміє свій стан і його причини, її здатність до ефективної саморегуляції зростає.

Когнітивно-поведінкова терапія, у свою чергу, орієнтована на зміну деструктивних патернів мислення та поведінки, що дозволяє людині поступово знижувати інтенсивність травматичних спогадів та відчуттів, пов'язаних із ними.

Тілесно-орієнтовані практики займають особливе місце в контексті роботи з травматичними станами, оскільки дозволяють залучити до процесу реабілітації тіло, яке часто є носієм травматичного досвіду. Ці практики допомагають людині краще відчувати своє тіло, відновлювати зв'язок між фізичними та емоційними реакціями та зменшувати вплив стресу на організм.

Таким чином, об'єднання психоедукації, КПТ та тілесно-орієнтованих методик формує комплексний підхід, що максимально враховує особливості переживань осіб із травматичним досвідом.

Актуальність цього дослідження також підкріплюється його внеском у практичну психологію. Використання таких інструментів, як Міжнародна травматична анкета (ITQ), шкала депресії PHQ-9 та опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7, дозволяють не тільки кількісно оцінити стан клієнтів до та після психотерапевтичної роботи, але й обґрунтовано стверджувати про ефективність обраного підходу психотерапевтичного втручання та необхідність корекції обраних методик.

2.2. Гіпотеза дослідження

Гіпотеза дослідження: «Комплексне психотерапевтичне втручання сприяє формуванню навичок саморегуляції та покращує якість життя, зокрема знижуючи тривогу та депресію у осіб з травматичним досвідом».

Обґрунтування цієї гіпотези має кілька важливих аспектів, які розкривають, чому саме такий підхід до втручання є виправданим та ефективним.

Перш за все, комплексний підхід до терапії травматичних станів, який поєднує психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики, спирається на останні наукові дослідження у сфері психології та психотерапії. Такі втручання мають багатовимірний вплив на особистість, що пережила травму та дозволяють повернути контроль та відповідно відчуття безпеки та стабільності. Адже, як ми знаємо, саме стабілізація, направлена на повернення безпеки і контролю через формування навичок саморегуляції, які було зруйновано через вплив травми, є першим етапом роботи з травматичним досвідом в рамках триетапної моделі Герман.

Таким чином, гіпотеза, сформульована у дослідженні, підкріплюється доказами про позитивний вплив комплексного підходу на емоційний стан людей із травматичним досвідом. Її обґрунтованість заснована на даних попередніх досліджень, які показують ефективність психоедукації, КПТ та тілесно-орієнтованих практик у зниженні рівня тривожності та депресії. Зазначені методики не лише покращують психоемоційний стан клієнтів, але й підвищують їхню здатність до самостійного управління своїми емоціями, що сприяє більшій емоційній стабільності та загальному підвищенню якості життя, створює основу для необхідної подальшої роботи з травматичним досвідом на другому та третьому етапах по роботі з травмою.

Основні завдання дослідження, спрямовані на перевірку цієї гіпотези, включають аналіз та оцінку ефективності запропонованого психотерапевтичного втручання через вимірювання змін у рівні тривоги та депресії до та після терапії.

2.3. Методики і обсяг досліджень

У роботі було проведено дослідження змін у якості життя осіб, що мають травматичний досвід до та після психотерапевтичного втручання. Психотерапевтичне втручання було направлено на формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів. Під покращенням якості життя ми маємо на увазі покращення здатності осіб, що мають травматичний досвід регулювати складні емоційні стани, що супроводжують травму (КПТСР). Дослідження зміни емоційного стану учасників було проведено за методиками: Міжнародна травматична анкета - ITQ (Додаток А), Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії PHQ-9 (Додаток Б), Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7 (Додаток В).

Таблиця 2.3.1.

Методики і обсяг досліджень

№ п/п	Назва методики	Кількість досліджень з етапів роботи						Кількість показників у методиці
		I	II	III	IV	V	Всього	
1	Анкетування - Міжнародна	60					60	18

	травматична анкета (ITQ)							
2	Шкала депресії PHQ-9		60		60		120	9
3	Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7		60		60		120	7
	Загальна кількість досліджень	60	120		120		300	34

1. Анкетування, спрямоване на визначення травматичного досвіду (див. Додаток А).

2. Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії PHQ-9 (див. Додаток Б).

3. Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7 (див. Додаток В).

Далі розглянемо згадані вище методики більш детально. Міжнародну травматичну анкету (International Trauma Questionnaire, ITQ) Методику ми використали в нашому дослідженні для відбору учасників дослідження. ITQ є стандартизованим інструментом, розробленим для підтвердження діагнозу комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) відповідно до критеріїв МКХ-11. Цей тест дає змогу виявити наявність як стандартного ПТСР, так і його комплексної форми, яка включає додаткові симптоми, що стосуються порушень саморегуляції, таких як емоційна нестабільність, негативні зміни в самооцінці та труднощі у встановленні та підтримці міжособистісних відносин. Використання ITQ в цьому дослідженні обґрунтовується його високою надійністю та валідністю для діагностики

травматичних станів. Анкета дає можливість точно ідентифікувати наявність та інтенсивність симптомів КПТСР.

Так як наші втручання будуть направлені на полегшення симптомів депресії та тривоги, в цьому дослідженні ми будемо використовуватися дві стандартизовані методики для оцінки рівнів тривожності та депресії: опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) та шкала депресії (PHQ-9). GAD-7 є семибальною шкалою, що використовується для визначення рівня тривоги. Вона забезпечує швидко і точну діагностику тривожних станів, зокрема генералізованого тривожного розладу. Шкала дозволяє оцінити симптоми тривоги, такі як постійне занепокоєння, напруження та труднощі в концентрації уваги. Обґрунтування використання GAD-7 у цьому дослідженні полягає в її здатності не лише швидко виявляти рівень тривожності, але й дозволяти проводити повторні заміри для оцінки динаміки змін у стані клієнтів під впливом психотерапевтичного втручання.

Шкала депресії PHQ-9 є ще одним інструментом, обраним для цього дослідження. PHQ-9 є дев'ятибальним опитувальником, який широко використовується для діагностики депресивних станів. Цей тест заснований на критеріях діагностики депресії з DSM-5 і дозволяє визначити ступінь вираженості симптомів, включаючи пригніченість настрою, втрату інтересу до звичних занять, порушення сну, втому та інші ключові аспекти депресивного стану. Використання PHQ-9 обґрунтоване його валідністю та надійністю як інструменту, що забезпечує глибоке розуміння емоційного стану досліджуваних. Ця шкала також дозволяє порівнювати початкові та кінцеві результати для визначення ефективності психотерапевтичного втручання.

Обрані нами інструменти та методи емпіричного дослідження забезпечують комплексність та дозволяють отримати надійні результати, необхідні для підтвердження гіпотези.

2.4. Організація та основні етапи дослідження

Емпірична вибірка дослідження: 60 осіб, які пережили травматичний досвід і мають діагноз комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР). Усі учасники були віком від 21 до 52 років (середній вік – 29 років). Частка жінок становила 62%, частка чоловіків 38%. Всі учасники дослідження були українцями, що зустрілись з викликами по проживанню війни та знаходились на момент дослідження в різних куточках України та за кордоном. Частка учасників, що знаходились в Україні становила 56%, частка учасників, що знаходились за кордоном у вимушеній еміграції становила 44%. Всі учасники дослідження звернулись за психологічною допомогою до волонтерської організації в 2023-2024 роках для отримання безоплатної психологічної підтримки, а саме психотерапевтичних сесій онлайн.

Дослідження впливу формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб що отримали травматичний досвід на покращення якості життя проводилося в п'ять етапів:

Таблиця 2.4.1

Кількість осіб з травматичним досвідом, що приймали участь в дослідженні, та основні завдання етапів дослідження

№ п/п	Етапи та завдання дослідження	Кількість учасників емпіричного дослідження
I.	Аналіз теоретичних основ впливу травматичного досвіду на емоційний стан. Формування репрезентативної вибірки учасників дослідження.	60
II.	Проведення початкового збору даних про вимірювані стани (депресія, тривога).	60
III.	Проведення цілеспрямованого терапевтичного втручання (індивідуальна робота) направлено на формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів.	60
IV.	Проведення збору даних про вимірювані стани після терапевтичного втручання (депресія, тривога).	60
V.	Оцінка впливу втручання на вимірювані стани (депресія, тривога).	60
	Усього учасників:	60

Далі ми більш детально зупинимось на кожному з етапів нашого дослідження.

2.4.1. Етап 1 - Формування репрезентативної вибірки учасників дослідження

Отже на етапі формування вибірки відбувається відбір учасників дослідження серед осіб, що мають травматичний досвід, пов'язаний з впливом війни, та звернулись за допомогою в наданні безоплатної психотерапевтичної підтримки до волонтерської організації. Всі учасники дослідження протестовані та відповідають критеріям ПТСР згідно Міжнародна травматичної анкети (ІТQ). Також завдяки цій анкеті попередньо визначено їх емоційний стан та виявлено наявні проблеми.

Для реалізації дослідження було обрано вибірку, що складалася з 60 осіб, які мали діагноз комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) згідно опитувальника ІТQ. Вибірка була сформована з метою забезпечення репрезентативності дослідження та врахування ключових демографічних та клінічних характеристик, що відображають загальну популяцію осіб із КПТСР. Учасники були відібрані на основі критеріїв включення та виключення, що забезпечило гомогенність вибірки за основними показниками, такими як вік (учасники у віці від 21 до 52 років), стать, ступінь важкості симптоматики та досвід переживання травматичних подій. Серед учасників було рівномірно розподілено представників обох статей для забезпечення гендерної збалансованості.

Організація дослідження враховувала дотримання етичних норм, конфіденційність і добровільну участь. Учасникам надавалася детальна інформація про мету, процедури та можливі ризики дослідження, що дозволяло отримати їхню поінформовану згоду.

Репрезентативність вибірки була підтверджена на основі попередніх демографічних даних, що свідчать про аналогічні характеристики у загальної популяції осіб з КПТСР, виявленої у дослідженнях різних терапевтичних центрів та клінічних установ. Важливо зазначити, що в

обраній для дослідження вибірці були українці, що проживають війну та мають згідно ІТQ травматичний досвід. Цей травматичний досвід був як пов'язаний з військовими діями напряду (втрата домівки, втрата близьких, окупація, загроза життю, травма свідка, насильство, т. ін.) так і той, що був активований ними (зокрема, історія переживання тривалого емоційного та фізичного насильства та загрози життю), що забезпечило широту і повноту зібраних даних. Більш детально ознайомитись з методикою можна в Додатку А.

2.4.2. Етап 2 - Проведення початкового збору даних про вимірювані стани

Надалі на наступному етапі проводиться початкове обстеження учасників та оцінка рівня тривожності та депресії за допомогою стандартизованих методик: опитувальника генералізованої тривоги (GAD-7) та шкали депресії (PHQ-9). Це дозволило зафіксувати стартові показники симптоматики учасників, а саме рівня тривоги та депресії, які є частими супутниками КПТСР, і створити базу для подальших порівнянь. Більш детально ознайомитись з методиками можна в Додатках Б, В.

2.4.3. Етап 3 - Проведення цілеспрямованого терапевтичного втручання

Наступним кроком стало проведення психотерапевтичних втручань, розроблених на основі комплексного підходу. Втручання тривали протягом трьох тижнів і склалися з індивідуальних сесій раз на тиждень, що дозволило забезпечити поступове навчання навичок саморегуляції та їх закріплення у практичному застосуванні. Психотерапевтичні втручання, які

використовуються у цьому дослідженні, включають: психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики.

Психоедукація

Психоедукація є невід'ємною частиною терапевтичного процесу та передбачає ознайомлення учасників із природою травматичного досвіду, його впливом на психіку, а також базовими стратегіями саморегуляції. Завдяки психоедукації клієнти розвивають розуміння своїх симптомів і отримують базові знання для роботи з ними, що полегшує подальше залучення до активної психотерапії.

У рамках комплексного втручання ми використовували психоедукацію, щоб підвищити обізнаність учасників про симптоми ПТСР та КПТСР та механізми саморегуляції і їх роль в покращенні самопочуття та якості життя людей, що мають травматичний досвід.

Психоедукація допомагає формувати базові знання про природу емоційних та поведінкових реакцій на травму, пояснює механізми виникнення тривоги та депресії. Це підвищує обізнаність і допомагає клієнтам краще розуміти свій стан, що є першим кроком до його контролю.

Психоедукаційна складова втручання включала інформацію про механізми тривоги та важливість дихальних технік у зниженні фізіологічного стресу. Ми пояснювали учасникам, що емоції та думки не є абсолютними фактами, і навчали їх сприймати свої переживання без критики. Це допомагало розвивати гнучкість мислення і вміння реагувати на тривожні сигнали більш спокійно. Усвідомлення, яке практикували під час сесій, ставало корисним інструментом для підтримки емоційного балансу у повсякденному житті.

Психоедукаційні зустрічі сприяли підвищенню розуміння учасниками природи їхніх симптомів і механізмів, що лежать в основі емоційних

реакцій. Під час цих сесій ми пояснювали, як реакції на травму впливають на психіку та тіло, а також як техніки саморегуляції можуть допомогти контролювати ці прояви.

Когнітивно-поведінкова терапія

Когнітивно-поведінкова терапія є потужним інструментом у роботі з деструктивними думками та емоціями. Вона дозволяє змінювати неадаптивні переконання, що підсилюють тривогу та депресію, через навчання нових способів мислення і поведінки. Застосування КПТ у роботі з травматичним досвідом дозволяє знизити інтенсивність негативних емоцій, сприяючи розвитку стійких стратегій саморегуляції. За допомогою КПТ клієнти навчаються аналізувати свої реакції, знаходити тригери, що викликають тривожні чи депресивні стани, та модифікувати їх через позитивні або нейтральні стратегії реагування.

КПТ є методикою, яка має значну доказову базу як ефективний метод роботи з травматичними станами, включаючи КПТСР. Вона спрямована на зміну дисфункціональних переконань та моделей поведінки через поступове переосмислення ситуацій та навчання нових адаптивних реакцій. Застосування КПТ у межах дослідження дозволяє покращити емоційну стабільність учасників і зменшити частоту негативних реакцій, що виникають на тлі травматичних спогадів.

Зокрема, на сесіях КПТ учасники вчилися виявляти свої автоматичні думки та негативні переконання, що виникають під час спогадів про травму. Під керівництвом терапевтів вони працювали над тим, щоб зрозуміти зв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Основна увага приділялася розпізнаванню деструктивних установок і їхньому переформулюванню в більш адаптивні, з метою підтримки позитивного психічного стану.

Практичні вправи допомагали закріплювати ці навички та використовувати їх у повсякденних ситуаціях.

Тілесно-орієнтовані практики та практики усвідомленості

Тілесно-орієнтовані практики забезпечують інтеграцію емоційних та фізичних аспектів терапії. Оскільки травматичні спогади можуть бути «записані» на рівні тіла у вигляді фізичних симптомів, методи, які спрямовані на тілесну саморегуляцію, дозволяють звільнити тіло від напруги та знизити рівень стресу. Такі практики допомагають формувати зв'язок між тілесними відчуттями та емоціями, що сприяє усвідомленню власних станів та ефективному управлінню ними.

У рамках тілесно-орієнтованих практик ми включили різні техніки дихання та вправи для заземлення, спрямовані на зниження фізіологічної напруги. Учасники регулярно практикували дихальні техніки, зокрема коробкове дихання, яке складалося з вдиху, паузи, видиху та повторної паузи. Це допомагало їм навчитися контролювати дихання і заспокоювати нервову систему. Також проводилися вправи з контрольованого дихання, що фокусувалися на діафрагмальному диханні, яке дозволяло уникати надмірного дихання під час стресових ситуацій та повертати відчуття контролю над своїм тілом.

Дихальні техніки доповнювалися вправами на усвідомлення. Учасники навчалися розвивати спокійне та безоціночне спостереження за своїми думками та відчуттями. Це передбачало практику зосередження уваги на поточному моменті та безпосередніх переживаннях, що виникали під час сесій. Ми проводили вправи, які заохочували учасників досліджувати навколишні предмети, звертаючи увагу на їхню текстуру, колір і форму, щоб допомогти зосереджуватися на «тут і зараз».

Для подолання спогадів та тривожних думок використовувалася техніка заземлення, під час якої учасники мали при собі об'єкт, не пов'язаний із травмою, наприклад, камінчик або кільце. Цей об'єкт допомагав відчутти фізичний зв'язок із теперішнім моментом і створював відчуття безпеки. Використовувалися також вправи, які активували різні органи чуття, як-от слух, дотик і зір, для підвищення відчуття реальності і стабільності. Учасникам пропонувалося вибирати три об'єкти в оточенні й уважно їх розглядати, описуючи кольори, форми та відчуття, що допомагало відвертати увагу від тривожних думок.

Ми також включали ряд технік, які допомогли учасникам повернутися до “тут і зараз” та полегшити симптоми ПТСР та КПТСР. Зокрема можна виділити такі напрямки роботи щодо підвищення усвідомлення себе в теперішньому моменті.

Для повернення себе з минулого в теперішнє ми пропонували використовувати техніки заземлення. Учасники використовували об'єкт, який не пов'язаний із травмою, щоб відчутти зв'язок із теперішнім моментом. Цей об'єкт слугував нагадуванням про те, що вони знаходяться у безпечному місці, і дозволяв зосередитися на сенсорному досвіді. Наприклад, маленький камінчик може стати фізичним символом стабільності. Клієнт міг тримати його в руках, відчувати його текстуру, колір і вагу. Кожного разу, коли виникали спогади або тривожні думки, ми пропонували йому діставати цей предмет і нагадували собі: “Це було тоді, а це відбувається зараз”.

Також ми закликали учасників звертати увагу на свої сенсорні відчуття, пропонуючи прості вправи, що включали спостереження за кольорами, текстурами навколишніх предметів, прослуховування звуків, дотик до різних матеріалів та запахів, що допомагали зосередитися на моменті “тут і зараз”. Це включало також вправу “Три об'єкти”, в якій

учасники вибирали три речі в своєму оточенні та детально їх досліджували, звертаючи увагу на деталі та текстуру.

Дихальні техніки чудово працюють з депресивними та тривожними симптомами адже за їх допомогою можна як активізувати там і заспокоїти нервову систему. Зокрема ми практикували наведені нижче дихальні вправи.

Техніка «Коробкове дихання» полягала в чергуванні вдихів і видихів з паузами, що дозволяло учасникам заспокоїти своє тіло і повернути увагу до дихання. За допомогою ритмічного дихання учасники вчилися зменшувати тривогу та стрес, що часто виникають при спогадах про травму.

Техніка «Контрольоване дихання» допомагала учасникам уникнути надмірного дихання, яке часто супроводжує стресові ситуації. Зосередження на діафрагмальному диханні дозволило їм стабілізувати фізичні симптоми тривоги та повернути контроль над своїм тілом.

Техніка «Усвідомлене дихання» допомагала учасникам розвивати спокійне і безоціночне усвідомлення. Вона дозволяла спостерігати за думками та почуттями, не втручаючись у них, що допомагало учасникам сидіти з емоціями та переживаннями, які виникали в процесі терапії.

Отже, психоедукація допомагала учасникам краще розуміти свої симптоми та їхні причини, КПТ сприяла переосмисленню негативних переконань і формуванню адаптивних способів мислення.

Тілесно-орієнтовані практики доповнюють роботу психоедукації та КПТ, поліпшити зв'язок між тілом і емоціями, допомагають знизити фізичні прояви стресу. Такі методи, як дихальні вправи та прогресивна м'язова релаксація, допомагають знизити фізичні прояви стресу та сприяють загальному відновленню психологічного стану. Важливість застосування тілесно-орієнтованих практик підтверджується даними досліджень, що вказують на їх ефективність у зниженні рівня тривоги та депресії.

Комбінування цих технік створило цілісний підхід, який допоміг учасникам зосередитися на теперішньому моменті, зменшити симптоми тривоги та сформувати навички саморегуляції. Завдяки регулярним індивідуальним сесіям учасники отримали можливість глибоко освоїти ці навички та підібрати ті з них, що найкраще їм підходять, що стало важливим кроком у їхньому одужанні.

2.4.4. Етап 4 - Проведення збору даних про вимірювані стани після терапевтичного втручання

Завершальним етапом дослідження було повторне тестування учасників із застосуванням тих самих методик, що використовувалися для оцінки початкових рівнів тривожності та депресії (GAD-7, PHQ-9). Повторне тестування проводилося через тиждень після завершення психотерапевтичних втручань для оцінки стійкості отриманих результатів. Це дало можливість проаналізувати зміни у рівнях тривоги та депресії, визначити ефективність методів втручання та підтвердити чи спростувати гіпотезу про те, що комплексна терапія сприяє зниженню симптоматики у осіб із травматичним досвідом. Це дало змогу проаналізувати короткострокові ефекти терапії.

2.4.5. Етап 5 - Оцінка впливу втручання на вимірювані стани

У дослідженні, що присвячене формуванню навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб із травматичним досвідом, важливим етапом є аналіз даних, отриманих із тестів GAD-7 та PHQ-9, які оцінюють рівень тривожності та депресії відповідно. Для проведення аналізу даних буде використано статистичний метод, який

дозволить об'єктивно оцінити ефективність психотерапевтичних втручань і перевірити сформульовану гіпотезу.

Нами буде здійснено порівняння середніх значень показників тривожності та депресії до та після втручання. Для цього буде використано t-тест для залежних вибірок, який дозволяє визначити, чи є статистично значуща різниця між середніми значеннями двох груп (у нашому випадку — до і після терапії). Цей метод є особливо доречним, оскільки дані отримані від тих самих учасників, що забезпечує контроль за індивідуальними варіаціями.

Для аналізу даних буде використано статистичне програмне забезпечення, що забезпечить високу точність та надійність результатів. Важливо також зазначити, що всі статистичні тести будуть проводитися з урахуванням значущості $p < 0,05$, що є стандартом у психологічних дослідженнях.

2.5. Висновки до другого розділу

Отже, підсумовуючи можна сказати, що вибір опитувальників GAD-7 та PHQ-9 для оцінки проявів симптоматики травматичного досвіду у осіб, що мають травматичний досвід до і після проведення комплексних психотерапевтичних втручань, що включають психоедукацію, КПТ і тілесні практики, обґрунтовується їхньою валідністю та ефективністю. Кожен із цих методів і втручань сприяє досягненню мети дослідження — зниженню рівня негативних емоційних станів та підвищенню якості життя осіб з травматичним досвідом.

Застосування статистичних методів для обробки отриманих результатів дослідження дозволить об'єктивно оцінити ефективність психотерапевтичних втручань, виявити статистично значущі зміни в рівнях

тривожності та депресії, а також зрозуміти, як ці зміни пов'язані між собою. Це забезпечить глибше розуміння процесів саморегуляції у осіб з травматичним досвідом і дозволить підтвердити чи спростувати гіпотезу про позитивний вплив комплексного психотерапевтичного втручання на їх емоційний стан і якість життя.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІТИКО-ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1.Оцінка наявності у респондентів травматичного досвіду з використанням ITQ

В наше дослідження було залучено 60 респондентів, що мають травматичний досвід. Всі учасники дослідження мають комплексний посттравматичний стресовий розлад. Його наявність було підтверджено завдяки використанню ITQ тесту. Учасники дослідження були запрошені описати травматичний досвід, який їх найбільше турбує, і вказати, коли цей досвід відбувся. Більшість учасників (75%) вказали на події, що сталися 1-5 років тому, що свідчить про тривалість переживань і їхній довготривалий вплив на психічний стан.

Анкета мала дві частини. Перша частина була направлена на виявлення симптоматики, що відповідає ПТСР. Друга частина направлена на симптоматику, відповідну для КПТСР. Зазначено, що опитувальники ITQ розроблені відповідно до організаційних принципів МКХ-11, встановлених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

У відповідях на питання, що стосуються симптомів ПТСР, учасники могли оцінити, наскільки їх турбували вказані в анкеті проблеми протягом останнього місяця (повну анкету наведено в Додатку А). Зокрема, дані за першим кластером симптомів (повторне переживання) показали, що більшість учасників відчували неприємні сни (P1) та яскраві спогади (P2), які турбували їх на значному рівні, що вказує на присутність симптомів повторного переживання. Згідно з отриманими оцінками, середня оцінка за

P1 становила 2,0 а за P2 — 1,7, що свідчить про значні прояви цих симптомів.

Учасники також зазначали, що намагалися уникати як внутрішніх (P3), так і зовнішніх (P4) нагадувань про травматичний досвід, з середніми оцінками 1,9 і 1,7 відповідно. Це вказує на дискомфорт та бажання уникнути згадок про травму. Середній показник за P5 і P6, що стосується стану «надмірної настороженості» і легкого ляку, становив 2,0 та 1,7, підтверджуючи наявність значного рівня тривожності серед учасників.

Також згідно цього тесту ми отримали інформацію про те, що травматичний досвід суттєво впливає на соціальні взаємини (P7), роботу (P8) та інші важливі аспекти життя (P9). Наприклад, 32% учасників відзначили, що симптоми негативно вплинули на їхні стосунки (помірно і більше), середня оцінка по вибірці за P7 становила 1,7. Вплив на роботу та інші аспекти життя був не таким помітним з середньою оцінкою 1,3 по P8 та 1,1 по P9. У % відношенні частка учасників, що мала ці симптоми помірно і частіше склала по P8 23% та по P9 10%.

Всі учасники дослідження відповідали критеріям ПТСР згідно логіки ITQ та мали підтвердження симптому або функціонального порушення, а саме оцінку більше ≥ 2 , що відповідає помірно вираженому переживанню симптому на протязі останнього місяця хоча б по одному з двох симптомів із кластерів симптомів: (1) повторне переживання в теперішньому часі (питання P1 та P2) ; (2) уникання (питання P3 та P4); (3) відчуття поточної загрози (питання P5 та P6) та хоча б одному з трьох функціональних порушень, пов'язаних із цими симптомами (питання P7, P8, P9).

Відобразимо отримані дані на рис.3.1.1

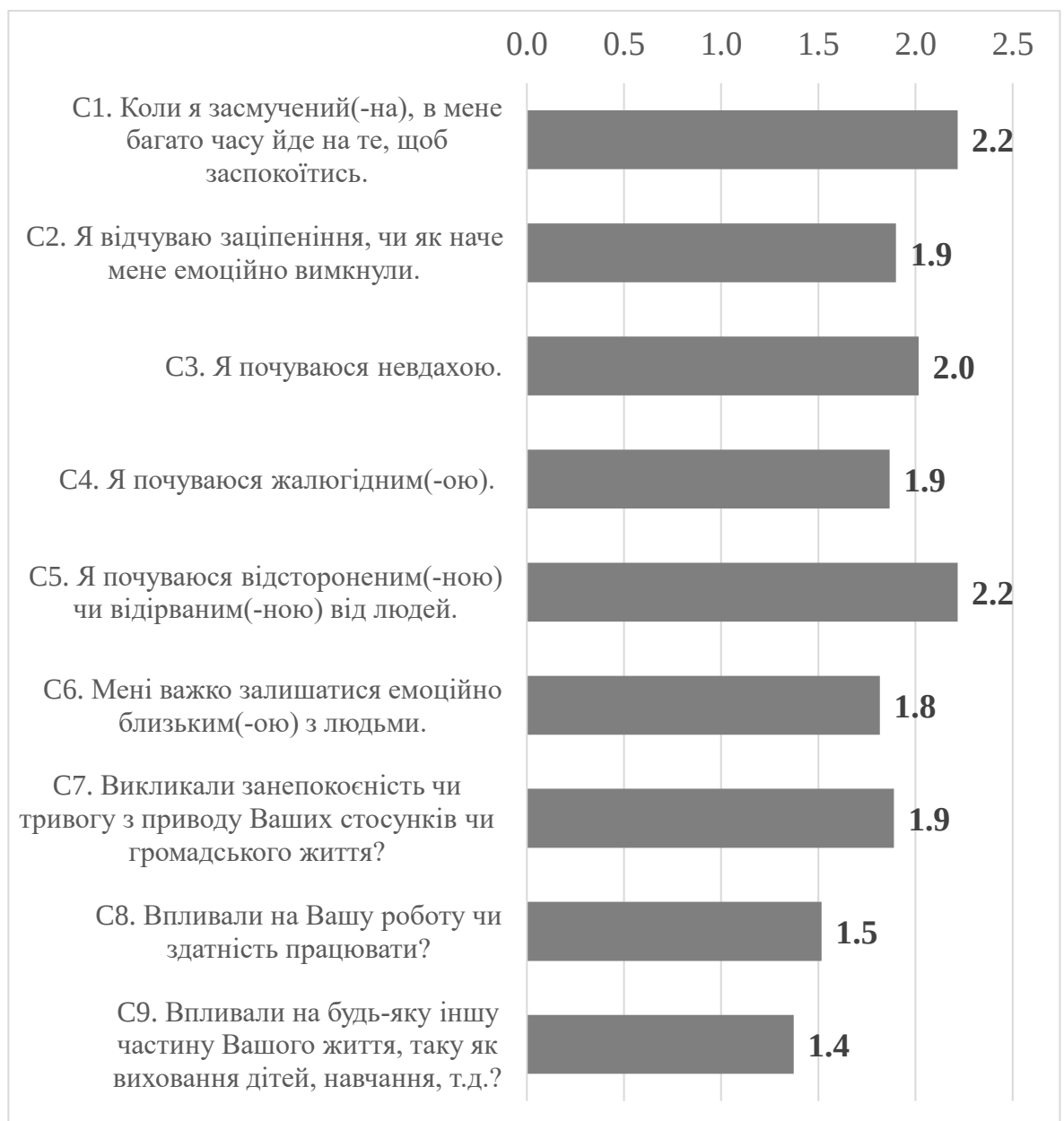
Рис. 3.1.1 Симптоми травматичного досвіду ПТСР (ITQ)

Також всі учасники відповідали наявності КПТСР. А саме, крім підтвердження по критерію ПТСР, мали підтвердження, а саме оцінку більше ≥ 2 , також одного з двох симптомів із кожного з трьох кластерів порушень саморегуляції: (1) емоційна дисрегуляція (питання С1 та С2), (2) негативна самооцінка (питання С3 та С4), (3) порушення у стосунках (питання С5 та С6) та хоча б одному з трьох функціональних порушень, пов'язаних із цими симптомами (питання С7, С8, С9).

Питання С1-С9 методики ІТQ направлені на виявлення порушень емоційної саморегуляції, яка характерна для осіб, що мають комплексну травму. Саме порушення саморегуляції суттєво знижує якість життя та здатність до соціальної інтеграції.

Нижче на рис.3.1.2 відобразимо середні бали по вибірці по кожному з симптомів КПТСР, що використовуються в методиці ІТQ.

Рис. 3.1.2 Симптоми травматичного досвіду КПТСР (ІТQ)



Загалом результати ITQ вказують на високий рівень психологічного навантаження серед учасників, які пережили травматичний досвід. Суттєва частка учасників демонструє симптоми, які вимагають термінової психотерапевтичної підтримки. Вплив травматичного досвіду на настрій, самопочуття, здатність справлятися з щоденними обв'язками, отримувати задоволення від життя, підкреслює необхідність розробки програм для комплексного лікування, спрямованих на подолання як симптомів ПТСР, так і КПТСР, що може включати медикаментозну підтримку, психотерапію, соціальну підтримку та програми для розвитку навичок саморегуляції.

Аналіз даних, отриманих завдяки Міжнародному травматичному опитувальнику (ITQ), надає глибоке уявлення про вплив травматичних подій на психічний стан учасників та допомагає зрозуміти наскільки порушено саморегуляцію у таких людей. Опитувальник дозволяє виявити як симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), так і симптоми комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), що є критично важливим для розуміння потреб в терапії та психоемоційній підтримці.

3.2. Оцінка депресії та тривоги у осіб що мають травматичний досвід до психотерапевтичного втручання

Першою методикою, яку ми використали під час нашого емпіричного дослідження, була шкала депресії PHQ-9. Дана шкала була обрана для оцінки рівня депресивних симптомів у респондентів з діагнозом комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР). Всі 60 учасників заповнили опитувальник, що дозволило отримати детальну інформацію про їхній емоційний стан

Середній бал за шкалою PHQ-9 у досліджуваній групі склав **15,4** ($SD = 5,6$), що свідчить про відповідає високому ступеню депресії. Результати за кожним з пунктів шкали відобразимо в таблиці:

Таблиця 3.2.1.

Результати оцінки депресивних симптомів у осіб з КПТСР за шкалою PHQ-9 до втручання

Симптоми депресії	% учасників, що мали прояви більше половини часу
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення	53% (32)
2. Поганий настрій, пригніченість	58% (35)
3. Труднощі із засинанням	42% (25)
4. Почуття втоми або знесилення	68% (41)
5. Поганий апетит чи переїдання	37% (22)
6. Негативні думки про себе	62% (37)
7. Труднощі концентрації уваги	47% (28)
8. Зміни в русі чи мові	33% (20)
9. Думки про самогубство	18% (11)

1. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ: 53% учасників повідомили про низький рівень зацікавленості у повсякденних справах. Це може вказувати на серйозні емоційні проблеми, що виникли після травматичного досвіду.

2. Поганий настрій, пригніченість: 58% респондентів відзначили поганий настрій, що свідчить про значну психологічну травму. Це вказує на необхідність психотерапевтичного втручання.

3. Труднощі із засинанням: 42% учасників зафіксували труднощі із засинанням. Це може бути наслідком тривожних розладів, супутніх до КПТСР.

4. Почуття втоми або знесилення: 68% респондентів вказали на відчуття втоми. Високий відсоток таких відповідей підкреслює важливість корекції емоційного стану.

5. Поганий апетит чи переїдання: 37% учасників відзначили зміни в апетиті, що є додатковим показником емоційних порушень.

6. Негативні думки про себе: 62% респондентів повідомили про негативні думки про себе, що свідчить про проблеми самооцінки, які потребують лікування.

7. Труднощі концентрації уваги: 47% учасників зазначили труднощі в зосередженні, що заважає їхньому повсякденному життю.

8. Зміни в русі чи мові: 33% респондентів відзначили зміни у своїх рухах або мові, що може свідчити про психомоторні порушення.

9. Думки про самогубство: 18% учасників мали суїцидальні думки, що вимагає термінового втручання фахівців.

Результати дослідження свідчать про те, що більшість учасників, які пережили травматичний досвід, демонструють значні прояви депресивних симптомів, що має серйозні наслідки для їхнього психічного здоров'я та якості життя. Середній бал за шкалою PHQ-9, що становить **15,4** ($SD = 5,6$). Зокрема, 72% учасників отримали бали 10 і більше, що вказує на помірний, середній або високий рівень депресії.

Високі показники пригніченості (58%), втоми (68%) та негативних думок про себе (62%) підкреслюють нагальну потребу у психотерапевтичній підтримці, оскільки ці фактори суттєво впливають на повсякденне життя учасників.

Зокрема, симптоми, такі як труднощі із засинанням (42%) і проблеми з концентрацією уваги (47%), свідчать про те, що емоційний стан учасників суттєво заважає їхній здатності функціонувати в соціальному та професійному житті. Важливо зазначити, що ці симптоми можуть погіршуватися з часом, якщо не буде надана адекватна допомога, що може призвести до хронізації депресивних розладів.

Особливо тривожним є високий рівень суїцидальних думок (18%), що вимагає термінового медичного втручання та підкреслює критичність даних результатів у контексті дослідження. Наявність таких думок свідчить про глибоке емоційне виснаження і вимагає негайних дій з боку фахівців для запобігання можливим трагедіям.

Наявність значних проявів депресивних симптомів серед осіб з комплексним посттравматичним стресовим розладом вказує на те, що традиційні методи лікування можуть бути недостатніми. Необхідно впроваджувати інноваційні підходи, які враховують індивідуальні потреби учасників, їхній травматичний досвід та особливості психічного стану.

Такі програми повинні включати елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації, а також методи управління стресом, що дозволять учасникам більш ефективно справлятися з негативними емоціями та покращувати їхній загальний психоемоційний стан. Додатково важливим є використання системної підтримки та включення сімейної системи до процесу лікування, що може сприяти підтримці та розумінню з боку близьких.

Другою методикою, яку ми обрали, був опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7). Ця методика дозволила оцінити рівень тривожності учасників нашого дослідження, що складається з 60 осіб із діагнозом комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР). Під час аналізу ми звернули увагу на частоту переживання наступних

симптомів: почуття нервозності, неможливість контролювати хвилювання, надмірна стурбованість, проблеми з розслабленням, неспокій, роздратування, та страхи, пов'язані з можливими негативними подіями.

Результати опитування показали, що середній бал за GAD-7 становить **11,6** (SD = **5,2**), що відповідає помірному ступеню прояву тривожності в нашій вибірці. Зокрема, 55% учасників отримали бали 10 і більше, що вказує на помірний або високий рівень тривожності.

При аналізі окремих симптомів учасники зазначили, що найбільше їх турбували наступні проблеми:

1. Почуття нервозності, занепокоєння або напруженості: 52% респондентів відзначили, що вони відчували ці симптоми більше половини часу.
2. Нemoжливість зупинити чи контролювати хвилювання: 47% учасників вказали, що це турбувало їх майже щодня.
3. Надмірна стурбованість про різні речі: 63% учасників відзначили, що вони стурбовані цим більше половини днів.
4. Проблеми з розслабленням: 68% респондентів вказали, що мали труднощі з розслабленням більше половини часу.
5. Неспокій, що не дає всидіти на місці: 53% учасників відзначили цей симптом як таку, що турбує їх щоденно.
6. Роздратування або дратівливість: 62% респондентів повідомили про часті прояви дратівливості.
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе: 63% учасників вказали, що це відчуття турбує їх майже щодня.

Загалом, результати, отримані за допомогою GAD-7, вказують на те, що більшість учасників дослідження переживає значний рівень тривожності, що пов'язано з їхнім травматичним досвідом. Дослідження також показало, що жінки мають вищі середні бали за шкалою GAD-7 в

порівнянні з чоловіками, що може свідчити про відмінності в сприйнятті та переживанні тривоги між статями.

Таблиця 3.2.2

**Результати оцінки симптомів тривоги у осіб з КПТСР методикою
GAD-7 до втручання**

Симптоми тривоги	% учасників, що мали прояви більше половини часу
1. Почуття нервозності, занепокоєння або напруженості	52% (31)
2. Немоżliвість зупинити чи контролювати хвилювання	47% (28)
3. Надмірна стурбованість про різні речі	63% (38)
4. Проблеми з розслабленням	68% (41)
5. Неспокій, що не дає всидіти на місці	53% (32)
6. Роздратування або дратівливість	62% (37)
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе	63% (38)

Отже, результати, отримані за методикою GAD-7, підкреслюють необхідність розробки ефективних інтервенцій, які б допомогли особам, що мають травматичний досвід у формуванні навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів. Ці результати служать основою для подальшого аналізу та впровадження психотерапевтичних втручань у майбутньому.

Отримані дані вказують на те, що значна частина респондентів стикається з помірним або високим рівнем тривожності, що підтверджується середнім балом 11,6 за шкалою GAD-7.

Аналіз частоти симптомів показує, що найбільше учасників турбує проблема з розслабленням (68% респондентів відзначили цей симптом більше половини часу або майже щодня). Це може свідчити про постійне відчуття напруженості та труднощі зі знаходженням психічного спокою, що є типовими ознаками у людей із травматичним досвідом.

Далі, висока частота симптомів, таких як відчуття страху, ніби може статися щось жахливе (63% більше половини часу), та надмірна стурбованість про різні речі (63%), свідчить про те, що багато учасників знаходяться в стані постійної тривожної напруги. Цей стан може перешкоджати нормальному функціонуванню та значно впливати на якість життя, викликаючи відчуття безпорадності й страху перед майбутнім.

Також було відзначено, що 52% респондентів відчувають почуття нервозності та дратівливості часто або постійно, що вказує на загальний рівень емоційної нестабільності у вибірці. Це може бути пов'язано з порушенням регуляції емоцій, що є типовим для осіб із КПТСР. Важливо зауважити, що такі симптоми можуть сприяти розвитку інших проблем, зокрема соціальної ізоляції та конфліктів у міжособистісних стосунках.

Крім того, спостерігається значний рівень неспокою, що заважає сидіти на місці, у 53% респондентів. Це може вказувати на підвищену психомоторну активність або нервозність, що виникає через підвищений рівень стресу.

Загалом, дані таблиці демонструють, що більшість учасників переживають симптоми тривожності регулярно, а деякі з них страждають від проявів генералізованого тривожного розладу. Такий стан вимагає уваги спеціалістів і підтверджує необхідність психотерапевтичного втручання для

зменшення рівня тривожності та розвитку навичок психічної саморегуляції. Результати також вказують на відмінності між індивідуальними проявами симптомів, що допоможе в подальшому дослідженні диференційованих підходів до терапії, спрямованої на різні аспекти тривожності.

Таким чином, таблиця та проведений аналіз надають важливі докази щодо поширеності та інтенсивності тривожних симптомів серед осіб із КПТСР, підкреслюючи необхідність комплексного підходу до терапії, що враховує як загальні прояви, так і індивідуальні відмінності в симптоматиці.

Отже, завдяки методикам PHQ-9 та GAD-7 ми визначили початковий рівень негативних емоційних станів (депресія, тривога) та інтенсивність прояву окремих симптомів депресії та тривоги у осіб з травматичним досвідом (травмою) перед початком психотерапевтичної роботи. Це дозволить нам порівняти ці результатами з оцінками за цими самими шкалами, які ми зробимо після психотерапевтичної роботи для оцінки її ефективності.

3.3. Комплексне втручання для формування навичок саморегуляції

Описане вище тестування було початком психотерапевтичної роботи. Надалі ми провели короткострокову комплексну психотерапевтичну роботу згідно описаної в другому розділі методики. Втручання тривало три тижні з регулярними індивідуальними зустрічами раз на тиждень тривалістю п'ятдесят п'ять хвилин та включало комплексний підхід, що поєднував психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики.

На першій сесії основний акцент робився на адаптацію респондентів до терапевтичного процесу, встановленню довіри, визначення

індивідуальних цілей терапії. Важливою частиною роботи тут було також надання психоедукаційних знань про природу травми та її симптомів. Ми проводили індивідуальні сесії, де пояснювали механізми розвитку депресії та тривоги, їх фізіологічні прояви та вплив на психічний стан. Наші зустрічі дозволяли детальніше розглянути особисті переживання клієнтів та скоригувати терапевтичний процес згідно індивідуальних особливостей прояву негативних емоційних станів.

Також на першій сесії ми запроваджували дихальні техніки, такі як коробкове дихання та контрольоване дихання. Ці вправи допомагали респондентам навчитися регулювати своє дихання під час стресових ситуацій. Кожному учаснику також надавались посилення на відео з практичними демонстраціями вправ та друковані матеріали для закріплення навичок. На індивідуальній сесії ми спрямовували увагу на аналіз ефективності виконання цих технік та обговорення можливих складнощів під час їх використання, пошук найбільш робочої для кожного клієнта методики.

На другій сесії ми запроваджували техніки заземлення, що допомагали учасникам дослідження концентруватися на теперішньому моменті та зменшувати вплив тривожних думок. Вправи включали використання різних об'єктів, які не пов'язані з травмою, для фокусування на сенсорному досвіді. Це було важливо для створення відчуття безпеки та стабільності. На індивідуальних сесіях клієнти мали змогу обговорювати свої відчуття та адаптувати техніки до свого щоденного життя. Додаткові вправи на усвідомлене спостереження за собою підкріплювали засвоєні знання та дозволяли практикувати навички заземлення у реальному часі. Вправа "Три предмети" допомагала учасникам практикувати концентрацію на сенсорному досвіді для підтримання відчуття теперішнього моменту.

Психоедукація тривала протягом усього втручання з акцентом на взаємозв'язок між думками, емоціями, тілесними відчуттями та поведінкою. Учасники вчилися розпізнавати автоматичні думки та відокремлювати їх від об'єктивної реальності, що є ключовим елементом КПТ.

На третій зустрічі ми використовували техніки КПТ спрямовані на вивчення когнітивних викривлень, автоматичні думки, нав'язливі думки, а також на формування адаптивних реакцій. Індивідуальні заняття дозволяли глибше розглянути особисті переконання клієнтів та почати їх перебудовувати. Також на цьому етапі ми старалися інтегрувати всі опрацьовані техніки, які учасники вивчили протягом роботи. Зокрема, ми обговорили особисті результати і допомогли в адаптації навичок до конкретних ситуацій у житті клієнтів.

Також на завершальній третій сесії ми продовжили психоедукацію, підсумовуючи отримані знання та наголошуючи на важливості продовження використання технік після закінчення програми. Ми підсумували індивідуальні досягнення клієнта, досягнуті результати, розробили план для подальшої підтримки навичок саморегуляції.

Кожен етап втручання супроводжувався домашніми завданнями, які включали самостійне виконання технік і написання коротких звітів про власний досвід.

Отже на цьому етапі дослідження ми провели психотерапевтичну роботу за створеною методикою, використовуючи психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики для навчання саморегуляції.

3.4. Оцінка депресії та тривоги у осіб що мають травматичний досвід після психотерапевтичного втручання

Третім етапом нашого дослідження було повторне проведення оцінки депресії та тривоги у респондентів через тиждень після третьої зустрічі за двома методиками для оцінки ефективності комплексної короткострокової програми втручання. Першою методикою, яку ми використали для оцінки рівня депресивних симптомів у респондентів з діагнозом комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) була шкала депресії PHQ-9. Усі 60 учасників повторно заповнили опитувальник, що дозволило отримати нові дані про їхній емоційний стан після втручання.

Середній бал за шкалою PHQ-9 у досліджуваній групі знизився до 10,2 (SD = 4,3), що свідчить про зниження інтенсивності симптомів та відповідає помірному ступеню вираженості депресії. Результати за кожним з пунктів шкали відобразимо в таблиці:

Таблиця 3.4.1

Результати оцінки депресивних симптомів у осіб з КПТСР за шкалою PHQ-9 після втручання

Симптоми депресії	% учасників, що мали прояви більше половини часу
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення	27% (16)
2. Поганий настрій, пригніченість	38% (23)
3. Труднощі із засинання	23% (14)
4. Почуття втоми або знесилання	48% (29)

5. Поганий апетит чи переїдання	22% (13)
6. Негативні думки про себе	35% (21)
7. Труднощі концентрації уваги	27% (16)
8. Зміни в русі чи мові	20% (12)
9. Думки про самогубство	10% (6)

Після проведення короткострокової програми втручання результати показали суттєве поліпшення в емоційному стані учасників. Так, зокрема, 27% учасників повідомили про зниження зацікавленості у звичайних справах більше половини часу, що на 27 п.п.¹ менше, ніж до втручання. 38% респондентів відзначили поганий настрій, що також свідчить про зменшення тяжкості психологічної травми адже до втручання цей показник сягав 58% вибірки – зниження становило 20 п.п. Труднощі із засинанням зменшилися до 23% - зниження на 18 п.п., що є позитивним показником покращення якості сну.

Почуття втоми або знесилення знизилося на 20 п.п. з 68% до 48%. Що стосується змін в апетиті, то лише 22% учасників відзначили їх, що також вказує на позитивні зміни в емоційному стані. Зменшення негативних думок про себе до 35% свідчить про покращення самооцінки учасників, тоді як труднощі концентрації уваги знизилися до 27%.

Дослідження показало, що після впровадженого комплексного втручання спостерігається значне зменшення суїцидальних думок до 10% вибірки, що є важливим показником покращення психоемоційного стану.

Нижче наведемо аналіз результатів до і після втручання та їх порівняння у вигляді таблиці.

¹ Тут і далі під позначкою «п.п.» мається на увазі процентні пункти

Таблиця 3.4.2

**Результати дослідження за шкалою депресії PHQ-9 після
втручання, включаючи порівняння з початковими результатами²**

Показник	Результат	Зміни (порівняння з початковими результатами)
Середній бал за PHQ-9	10,2 (SD = 4,3)	Зниження з 15,4 до 10,2
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення	27% учасників	Зменшено з 53% до 27%
2. Поганий настрій, пригніченість	38% учасників	Зменшено з 58% до 38%
3. Труднощі із засинання	23% учасників	Зменшено з 42% до 23%
4. Почуття втоми або знесилення	48% учасників	Зменшено з 68% до 48%
5. Поганий апетит чи переїдання	22% учасників	Зменшено з 37% до 22%
6. Негативні думки про себе	35% учасників	Зменшено з 62% до 35%
7. Труднощі концентрації уваги	27% учасників	Зменшено з 47% до 27%
8. Зміни в русі чи мові	20% учасників	Зменшено з 33% до 20%
9. Думки про самогубство	10% учасників	Зменшено з 18% до 10%
Всього %	45% учасників	Зменшено з 72% до 45%

² Порівняння % учасників від загальної вибірки (60 респондентів) , що мали симптоми більше половини часу

Загалом, результати підтверджують ефективність комплексної програми втручання, що включала різні психотерапевтичні методи для підтримки учасників, які пережили травматичний досвід. Зменшення проявів депресивних симптомів свідчить про необхідність подальшого впровадження подібних програм, які враховують індивідуальні потреби учасників, а також їхній травматичний досвід та специфіку психічного стану.

У нашому дослідженні також використовувалася шкала тривоги GAD-7 для оцінки рівня тривожності у учасників. Результати, отримані за цією шкалою, показали, що середній бал до втручання становив **11,6** ($SD = 5,2$), що свідчить про помірну тривожність серед учасників. Однак після застосування терапевтичних заходів спостерігалось покращення психоемоційного стану, про що свідчать зміни в оцінках за шкалою GAD-7.

Зокрема, аналіз показав зниження балів у більшості учасників і середній бал після втручання склав **7,4** ($SD = 3,2$).

Пункти, що оцінюють рівень нервозності та стурбованості (пункти 1 і 3), показали значне покращення, зменшившись з 2,2 до 1,4 і з 2,1 до 1,2 відповідно. Пункт, що оцінює проблеми з розслабленням (пункт 4), також покращився, знизившись з 2,0 до 1,2, що свідчить про зменшення рівня напруження і поліпшення здатності до розслаблення.

Після проведення короткострокової програми втручання результати показали суттєве поліпшення в емоційному стані учасників. Так, зокрема, 37% учасників повідомили про почуття нервозності, занепокоєння або напруженості більше половини часу, що на -15 п.п.³ менше, ніж до втручання. 32% респондентів відзначили неможливість зупинити чи контролювати хвилювання, що також свідчить про зменшення прояву

³ Тут і далі під позначкою «п.п.» маються на увазі процентні пункти

тривоги адже до втручання цей показник сягав 47% вибірки – зниження становило -15 п.п. Частка респондентів, що мали надмірну стурбованість про різні речі більше половини часу зменшилися до 35% - зниження на -28 п.п., що є позитивним показником покращення якості життя.

Таблиця 3.4.3

Результати оцінки депресивних симптомів у осіб з КПТСР за шкалою GAD-7 після втручання

Симптоми тривоги	% учасників, що мали прояви більше половини часу
1. Почуття нервозності, занепокоєння або напруженості	37% (22)
2. Немоżliвість зупинити чи контролювати хвилювання	32% (19)
3. Надмірна стурбованість про різні речі	35% (21)
4. Проблеми з розслабленням	47% (28)
5. Неспокій, що не дає всидіти на місці	27% (16)
6. Роздратування або дратівливість	25% (15)
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе	43% (26)

Частка респондентів, що повідомила про проблеми з розслабленням більше половини часу залишилась високою, але мала позитивну тенденцію – знизилась на -22 п.п. 68% до 47%. Що стосується гіперактивації нервової

системи, що виражалась як неспокій, що не дає всидіти на місці, то лише 27% учасників відзначили, що мали це більше половини часу, що також вказує на позитивні зміни в емоційному стані адже до втручання частка таких учасників складала 53%. Зменшення частки респондентів, що мали роздратування або дратівливість склало аж -37п.п. з 62% до 25% учасників, що свідчить про покращення саморегуляції учасників. Частка респондентів, що мали відчуття страху більше половини часу хоч і знизилось з 63 до 43% вибірки але все ще залишалось досить високою.

Нижче наведемо аналіз результатів до і після втручання та їх порівняння у вигляді таблиці.

Таблиця 3.4.4

**Результати дослідження за шкалою GAD-7 після втручання,
включаючи порівняння з початковими результатами**

Показник	Результат	Зміни (порівняння з початковими результатами)
Середній бал за GAD-7	7,4 (SD = 3,2)	Зниження з 11,6 до 7,4
1. Почуття нервозності, занепокоєння або напруженості	37% учасників	Зменшено з 52% до 37%
2. Нemoжливість зупинити чи контролювати хвилювання	32% респондентів	Зменшено з 47% до 32%

3. Надмірна стурбованість про різні речі	35% учасників	Зменшено з 63% до 35%
4. Проблеми з розслабленням	47% учасників	Зменшено з 68% до 47%
5. Неспокій, що не дає всидіти на місці	27% учасників	Зменшено з 53% до 27%
6. Роздратування або дратівливість	25% учасників	Зменшено з 62% до 25%
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе	43% учасників	Зменшено з 63% до 43%
Всього %	25% учасників	Зменшено з 55% до 25%

Таким чином, результати за шкалою GAD-7 після втручання показали значне зменшення тривожних симптомів серед учасників, що підтверджує ефективність комплексної терапевтичної програми, спрямованої на покращення психоемоційного стану та зниження рівня тривожності. Це свідчить про позитивний вплив втручання на учасників і підкреслює важливість подальших терапевтичних заходів направлених на формування навичок саморегуляції для підтримки їхнього психічного здоров'я.

3.5. Аналіз результатів до та після втручання

Також нами було проведено аналіз даних, отриманих з тестів GAD-7 та PHQ-9, до та після втручання.

Таблиця 3.5.1

Результати аналізу даних за шкалами GAD-7 та PHQ-9 до та після втручання

Параметр	PHQ-9 (до втручан ня)	PHQ-9 (після втручан ня)	GAD-7 (до втручан ня)	GAD-7 (після втручан ня)	t- статист ика	p- значен ня
Середнє значення	15,4 (SD = 5,6)	10,2 (SD = 4,3)	11,6 (SD = 5,2)	7,4 (SD = 3,2)	5,29	< 0,001
Мінімаль не значення	7	5	4	4		
Максима льне значення	27	20	24	18		
Кількість учасників	60	60	60	60		
Коефіцієн т варіації (%)	36,6%	42,2%	44,5%	43,2%		
Середнє значення зменшенн я	-	-5,2	-	-5,2		

Середній бал за шкалою GAD-7 зменшився з 11,6 (що свідчить про наявність помірної тривожності) до 7,4 після втручання, що вказує на значне покращення стану учасників. Подібним чином, середній бал за шкалою PHQ-9 знизився з 15,4 (означаючи середній і важкий рівні депресії) до 10,2, що свідчить про поліпшення емоційного стану учасників.

t-статистика, що становить 5,29, а також p-значення менше 0,001, вказують на високу статистичну значущість змін. Це підтверджує, що зміни в рівнях тривожності та депресії є результатом проведеного втручання, а не випадковими коливаннями.

Показники варіації для обох методик вказують на ступінь розкиду значень у вибірках. У таблиці видно, що коефіцієнт варіації за шкалою GAD-7 зріс з 44,5% до 43,2%, що може свідчити про різноманітність у змінах серед учасників, тоді як для шкали PHQ-9 варіація залишилась порівняно стабільною (36,6% до 42,2%). Також цей коефіцієнт показує, що наша вибірка не однорідна.

Середнє значення зменшення за шкалою GAD-7 становить -5,2, а за шкалою PHQ-9 — також -5,2, що підкреслює ефективність втручання у зниження рівня тривожності та депресії у учасників.

Загальний висновок нашого емпіричного дослідження підтверджує ефективність комплексної програми втручання, спрямованої на покращення психоемоційного стану учасників, які пережили травматичний досвід. Протягом трьох місяців ми реалізували серію терапевтичних методик, які включали когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації, методи управління стресом, а також підтримку з боку сімейної системи

Аналіз даних, отриманих за допомогою шкал GAD-7 і PHQ-9, свідчить про значне зниження рівнів тривожності та депресії у учасників. Середні показники за обома шкалами зменшилися до 7,4 за GAD-7 та 10,2 за PHQ-9 відповідно, що вказує на значне поліпшення емоційного стану учасників

після психотерапевтичного втручання. Ці результати підтверджують важливість психотерапевтичного втручання в процесі реабілітації осіб, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР).

Висока статистична значущість отриманих змін (t -статистика 5,29, $p < 0,001$) свідчить про те, що результати не є випадковими і що програма втручання була результативною. Це вказує на необхідність впровадження інноваційних підходів у терапію для даної категорії клієнтів, оскільки традиційні методи лікування можуть бути недостатніми для досягнення стійких результатів.

У нашому дослідженні також було виявлено різноманіття в змінах стану учасників, що може свідчити про індивідуальні особливості їх реакцій на терапію. Коефіцієнт варіації, який показує ступінь розкиду значень у вибірці, відображає цей аспект. Важливо зазначити, що запровадження комплексних терапевтичних підходів може значно підвищити ефективність лікування, враховуючи унікальні потреби кожного учасника.

3.6. Висновки до третього розділу

Загалом, результати нашого дослідження відкривають нові горизонти для подальших досліджень у сфері психічного здоров'я, підкреслюючи важливість індивідуалізації підходів у лікуванні клієнтів з травматичним досвідом. Реалізація комплексних програм психотерапевтичної підтримки є ключовою для покращення якості життя осіб, які страждають від наслідків травматичних подій, та їх соціальної інтеграції.

Таким чином, проведений аналіз з використанням методик (ITQ, GAD-7, PHQ-9) підтверджує, що програма втручання виявилася ефективною у зменшенні симптомів КПТСР, а також в покращенні загального

психоемоційного стану учасників. Результати свідчать про необхідність подальшого впровадження подібних програм, які враховують індивідуальні потреби учасників, їхній травматичний досвід та особливості психічного стану.

Аналіз результатів дослідження показав, що комплексна психотерапевтична робота за створеною методикою, використовуючи психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики знизилася рівень депресії та тривоги за допомогою формування навичок саморегуляції у людей, що мають травматичний досвід.

ВИСНОВКИ

Наше емпіричне дослідження стало важливим кроком у розумінні та лікуванні осіб, які пережили травматичний досвід, і було структуровано в три основні розділи, кожен з яких вніс суттєвий внесок у загальну картину проблеми.

У першому розділі ми здійснили огляд розвитку теоретичних підходів до розуміння травми, що включало історичний контекст та сучасні дослідження. Цей огляд дав змогу зрозуміти, як еволюціонували уявлення про травматичний досвід, від простих дефініцій до складних моделей, які враховують біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Ми проаналізували різницю між посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та комплексним посттравматичним стресовим розладом (КПТСР), що демонструє важливість адекватної діагностики та розуміння цих станів. Встановлено, що КПТСР має більш складні симптоми та довготривалі наслідки, що підкреслює необхідність цілеспрямованих терапевтичних втручань. Сучасні підходи до лікування травми, такі як психоедукація, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та тілесно-орієнтовані практики, були детально розглянуті як ефективні методи для полегшення симптомів та відновлення психоемоційного балансу.

Другий розділ зосереджений на теоретичних обґрунтуваннях нашого дослідження. Ми акцентували увагу на потребі вдосконалення методів роботи з особами, які пережили травму, та на необхідності формування навичок саморегуляції. Важливо зазначити, що травма може впливати на людей різного віку та соціального статусу, і її наслідки на психічне здоров'я є глибокими. Це дослідження підкреслює важливість розробки ефективних методик, здатних підтримувати клієнтів у процесі їх відновлення. Обраний напрямок дослідження виправданий, адже інтеграція психоедукації, КПТ і

тілесно-орієнтованих практик є ключем до формування стійких стратегій саморегуляції. У цьому контексті психоедукація забезпечує усвідомлення клієнтами власного стану, а КПТ сприяє зміні деструктивних моделей мислення та поведінки. Тілесно-орієнтовані методи, у свою чергу, забезпечують відновлення зв'язку між фізичними відчуттями та емоціями, що є критично важливим для відновлення після травми.

Третій розділ нашої роботи фокусується на емпіричному аналізі, проведеному з використанням методик GAD-7 та PHQ-9. Результати нашого дослідження показали, що комплексна програма втручання призвела до статистично значущого зниження рівнів тривожності та депресії серед учасників. Середні бали за шкалами знизилися, що свідчить про покращення емоційного стану учасників. Важливими є й результати аналізу, які показали, що після втручання частка учасників, що мала прояви помірної та тяжкої депресії та тривоги знизилась. Результати аналізу показали, що частка учасників з проявами помірної та тяжкої депресії знизилась з 72% до 45%, частка респондентів з проявами помірної та тяжкої тривоги знизилась з 55% до 25% відповідно. Це свідчить про ефективність впроваджених терапевтичних методів направлених на формування навичок саморегуляції у роботі з особами, що пережили травму.

Загалом, наше дослідження підкреслює важливість комплексного підходу до терапії травматичних станів, який включає психоедукацію, КПТ та тілесно-орієнтовані практики. Такі методи не тільки знижують рівень тривожності та депресії, але й підвищують здатність клієнтів до самостійного управління своїми емоціями. Емпіричні дані, отримані в ході дослідження, підтверджують гіпотезу про те, що комплексне психотерапевтичне втручання позитивно впливає на якість життя осіб із травматичним досвідом.

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать про необхідність подальшого вивчення та розробки нових терапевтичних підходів для осіб, які пережили травму, з метою покращення їхньої психоемоційної стабільності та якості життя. Це дослідження не тільки розширює теоретичні основи у цій сфері, але й має практичне значення для психологічної допомоги, підкреслюючи важливість індивідуалізації терапевтичних методів для досягнення максимального ефекту в процесі реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів: 5-е видання. Американська психіатрична асоціація. – Арлінгтон, Вірджинія : American Psychiatric Association, 2013. 991 с.
2. Блінов О. Бойова психічна травма. Київ : Талком, 2019.
3. Блінов О. А. Іноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу: навчально-методичний посібник. Київ : Талком, 2020. 130 с.
4. Блінов О. А. Лікування панічних атак за допомогою емоційно-образної терапії. Забезпечення психологічної допомоги в секторі безпеки та оборони України: зб. тез доп. II Всеукр. міжвід. психол. форуму (м. Київ, 30 травня 2023 р.). Київ : ДНДІ МВС України, 2023. С. 24–25.
5. Блінов О. А. Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: зб. наук. пр. Київського Національного університету ім. Тараса Шевченка. Київ, 2015. Вип. 4 (29). С. 6–11.
6. Блінов О. А. Нормалізація сну за допомогою прийомів самонавіювання. Український бальнеологічний журнал. Науково–практичний журнал. 2009. № 3–4. С. 19–21.
7. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ) : наук.-метод. Видання. Київ : Талком, 2019. 36 с.
8. Блінов О. А., Максименко С. Д., Черненко І. О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР) : наук.-метод. Видання. Київ : Талком, 2019. 23 с.

9. Блінов О. А. Особливості проведення психокорекції та психологічної психотерапії в умовах військової лікувальної установи // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2017. Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 15. С. 30–36.
10. Блінов О. А. Саморегуляція несприятливих емоційних станів людини у напружених умовах діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології : зб. наук. пр. Харків : НУЦЗУ, 2013. Вип. 14. Ч. II. С. 21–29.
11. Блінов О. А. Функції та специфіка роботи практичного психолога : навч. посібник. Київ: КиМУ, 2009. 462 с.
12. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація // Психологічні перспективи. 2023. № 41. С. 55–73.
13. Козлов, О. Панічні атаки: симптоми, причини, лікування. Київ: Грані-Т, 2018.
14. Колядко С., Каленская Г. Жан Мартен Шарко: велика особистість, лікар, вчений, учитель. Український вісник психоневрології. 2015. № 23(1). С. 151-156.
15. Литвиненко, І. Психологічні чинники виникнення панічних атак. Львів: Психея, 2018.
16. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: Гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, порушення адаптації. – Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2024.
17. Панова Н.М. Формування навичок психічної саморегуляції негативних емоційних станів у осіб з травматичним досвідом. Збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції "Соціальне забезпечення та соціальна робота в умовах сучасних викликів" (15

- листопада 2024 року). Хмельницький: Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, 2024.
- 18.Романчук, О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. Львів: cbt-depression.pdf. 2017. Отримано з <https://i-cbt.org.ua>
 - 19.Семенова, І. Когнітивно-поведінковий підхід до лікування панічних розладів. Київ: Книга плюс, 2016.
 - 20.Baumeister R., Vohs K., Tice D. The strength model of self-control. Self-control and self-regulation. Academic Press, 1998.
 - 21.Beck J., Haigh E. Cognitive therapy: Basics and beyond – 2-е видання. New York: Guilford Press, 2014.
 - 22.Boon S., Steele K., van der Hart O. Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists. New York: W.W. Norton & Company, 2011.
 - 23.Bremner J. Traumatic stress: Effects on the brain. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2006. № 8(4). С. 445-461.
 - 24.Briere J., Scott C. Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment. – 2-е видання, DSM-5 оновлення. – Sage Publications, Inc., 2015.
 - 25.Cohen J., Mannarino A. Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2015. № 24(3). С. 557-570.
 - 26.Conti N. Emil Kraepelin: the consolidation of mental diseases. Vertex. 2010. № 21(91). С. 314-316.
 - 27.Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. American Psychologist. 2004. № 59(7). С. 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>.
 - 28.Danieli Y. International handbook of multigenerational legacies of trauma. New York : Plenum Press, 1998.

29. Danzi B., La Greca A. DSM-IV, DSM-5, and ICD-11: Identifying children with posttraumatic stress disorder after disasters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016. № 12. C. 1444-1452.
30. Davidson J. Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder: Treatment options, long-term follow-up, and predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001. № 62(17). C. 5-9.
31. Emerson D., Hopper E. Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body. Berkeley: North Atlantic Books, 2012.
32. Fisher J. The work of stabilization in trauma. The Trauma Center Lecture Series, 1999.
33. Fletcher J. Anxiety: Panicking about Panic: A powerful, self-help guide for those suffering from an Anxiety or Panic Disorder. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2014.
34. Foa E., Rothbaum B. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press, 1998.
35. Foa E., Keane T., Friedman M., Cohen J. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, 2009.
36. Friedman M. Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*. 2013. № 26(5). C. 548-556.
37. Gilbert, P. Overcoming depression: a guide to recovery with a complete self-help programme. 3rd edition. London: Constable and Robinson, 2009. 336 p.
38. Gross, J. Emotion regulation: Conceptual and practical issues. New York: Guilford Press, 2015. 450 p.
39. Guilding, M. What is Complex Trauma? Perspectives on Trauma. *The Journal of the Complex Trauma Institute*. 2020. Vol. 1, № 1. 3–18p.
40. Haines, S. Trauma is really strange. London: Singing Dragon, 2015. 32 p.

41. Hans-Hermann, B. Техніка простукування травми (Trauma Tapping Technique – TTT). Berlin: EFT-Institut. <https://www.peacefulheart.se>.
42. Heard, D., Lake, B., McCluskey, U. Attachment Therapy with Adolescents and Adults. London: Karnac, 2009. 288 p.
43. Herbert, C. Understanding your reactions to trauma: A guide for survivors of trauma and their families. 2nd revised edition. Blue Stallion, 2002. 120 p.
44. Herman, J. Trauma and recovery. New York: BasicBooks, 1992. 276p.
45. Herman, J. Recovery from psychological trauma. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1998. Vol. 52. P. 98–103. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S145.x>.
46. Herman, J. Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. 2nd edition. New York: Basic Books, 2022. 384 p.
47. Hogan B. An introduction to coping with anxiety. 2nd edition. London: Robinson, 2018.
48. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003. № 10(2). 144–156. doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>.
49. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War in Psychosomatic Medicine. New York: Heber, 1941.
50. Kennerley H. Overcoming anxiety: a self-help book using cognitive behavioural techniques. 2nd edition. London: Robinson, 2014.
51. Kinchin D. Post-traumatic stress disorder: The invisible injury / D. Kinchin. – New York : Success Unlimited, 2004.
52. Kirmayer L., Lemelson R., Barad M. Integrating Biological, Psychological and Cultural Perspectives. New York: Cambridge University Press, 2007.

53. Kolacz J., Porges S. Chronic Diffuse Pain and Functional Gastrointestinal Disorders after Traumatic Stress: Pathophysiology through a Polyvagal Perspective. *Frontiers in Medicine*. – 2018. № 5(145).
54. Kolb B. Brain plasticity and behavior. *Annual Review of Psychology*. 2005. № 49(1). 43-64.
55. Le Doux J. The Emotional Brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Touchstone, 1998.
56. Levers L. Trauma counseling theories and interventions. New York: Springer Pub., 2012.
57. Levers L. L. Trauma Counseling. New York: Springer Pub., 2022.
58. Levine P. Waking the tiger: healing trauma : the innate capacity to transform overwhelming experiences. Berkeley, 1997.
59. Levine P. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. Berkeley: North Atlantic Books, 2010.
60. Lewis S., Danese A. Chapter 6 – Trauma-related psychopathology in children and adolescents: recent developments and future directions. *Shaping the Future of Child and Adolescent Mental Health*. London: Elsevier, 2023. –145-174.
61. Linehan M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
62. MacLean P. The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions. New York : Plenum Press, 1990.
63. Martin M., Seppa M., Lehtinen P., Toro T. Breathing as a Tool for Self Regulation and Self Reflection. London: Karnac, 2016.
64. Mavranouzouli I., Megnin-Viggars O., Daly C., Dias S., Stockton S., Meiser-Stedman R. Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a

- network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020. № 61(1). 18-29p.
65. McCluskey U. *To be Met as a Person: The dynamics of attachment in professional encounters*. London: Karnac, 2005.
66. McCluskey U. The Therapist as a fear free caregiver supporting change in the dynamic organisation of the self. *Association for University and College Counselling (AUCC) Journal*. 2011. May 2011. 12-17p.
67. McEwen B. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*. 2007. № 87(3). 873-904p.
68. Mind. Отримано з: <https://www.mind.org.uk> (дата звернення: 17.10.2024).
69. Mueller M. *Recovering from PTSD*. Oxford: Oxford Cognitive Therapy Centre, 2021.
70. Myhill S. *Diagnosis and Treatment of Chronic Fatigue Syndrome*. London: Hammersmith Health Books, 2014.
71. NHS. Отримано з: <https://www.nhs.uk> (дата звернення: 17.10.2024).
72. Padesky C., Greenberger D. *Mind over mood*. 2nd edition. New York: Guilford Press, 2015.
73. Porges S. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. S. Porges. New York: Norton, 2011.
74. Porges S. *The Transformative Power of Feeling Safe. The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*. New York: W.W. Norton & Co Inc., 2017. 53-56p.
75. Priest R. *Anxiety and depression: a practical guide to recovery*. New York: CRC Press, 2004.
76. Rauch S., Shin L., Phelps E. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research—Past, present, and future. *Biological Psychiatry*. 2003. № 52(10). 1027-1043p.

- 77.Rothschild B. The psychophysiology of trauma and trauma treatment. Journal of Trauma & Dissociation. 2000. № 1(1). 13-25p. doi: https://doi.org/10.1300/J229v01n01_03.
- 78.Rothschild B. 8 keys to safe trauma recovery: Take-charge strategies to empower your healing. New York: W.W. Norton, 2010.
- 79.Sachser C., Keller F., Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017. № 58(2). 160-168p.
- 80.Sapolsky R. Why Zebras don't get Ulcers. 3rd edition. New York: Holt Paperbacks, 2004.
- 81.Schauer M., Elbert T. Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. Zeitschrift für Psychologie. Journal of Psychology. 2010. №218(2). 109-127p. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>.
- 82.Schwartz A. The post-traumatic growth guidebook: Practical mind-body tools to heal trauma, foster resilience, and awaken your potential. London: Sheldon Press, 2021.
- 83.Schwartz, A. A practical guide to complex PTSD: compassionate strategies to begin healing from childhood trauma. Emeryville, California: Rockridge Press, 2020.
- 84.Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press, 2001.
- 85.Smith M. Glucocorticoid effects on hippocampal plasticity // Journal of Neuroscience. 2018. № 25(18). 4649-4659p.
- 86.Thompson R. Emotion regulation: A theme in search of definition // The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Chicago : University of Chicago Press, 1994.

87. Toon K., Ainscough C. *Breaking free: Help for survivors of childhood sexual abuse*, 4th edition. London: Sheldon Press, 2022.
88. UK Trauma Council. Отримано з : (дата звернення: 17.10.2024).
89. van der Kolk B. Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006. № 1071(1). 277-293p.
90. van der Kolk B. A. *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking, 2014.
91. van der Kolk B. A. State of the art: Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2022. № 2. 7–22p. doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>.
92. Vogt D., Proctor S., King D., King L., Vasterling J. Validation of scales from the Deployment Risk and Resilience Inventory in a sample of Operation Iraqi Freedom veterans. *Assessment*. 2008. № 15(4). 391-403p. – doi: <https://doi.org/10.1177/107>.
93. Walker L. E. Trauma practice: Historical overview / L. E. Walker // *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice*. Washington: American Psychological Association, 2017. 1–27p.
94. Weekes C. *Complete Self-help for your nerves*. London: HarperCollins, 2008.
95. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision*. World Health Organization. Женева: WHO, 2021. Отримано з: <https://icd.who.int> (дата звернення: 17.10.2024).
96. Williams C. *Overcoming depression and low mood: a five areas approach* 4th revised edition. London: Taylor and Francis, 2015.
97. Williams S. *At war with yourself: A comic about post-traumatic stress and the military*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2016.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Міжнародний травматичний опитувальник (ITQ) / International Trauma Questionnaire (ITQ)

Інструкції: Будь ласка, визначте досвід, який вас найбільше турбує, і дайте відповіді на запитання, пов'язані з цим досвідом.

Короткий опис досвіду _____

Коли стався досвід? (обведіть один)

- a. менше 6 місяців тому
- b. 6-12 місяців тому
- в. 1-5 років тому
- d. 5-10 років тому
- д. 10-20 років тому
- f. більше 20 років тому

Нижче наведено ряд проблем, про які люди іноді повідомляють як наслідок впливу травматичних або стресових життєвих подій. Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт, а потім обведіть одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки ця проблема вас турбувала протягом останнього місяця.

	Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичай- но сильно
P1. Неприємні сни, в яких знову відбувалась частина пережитого чи які були явно пов'язані з цим досвідом?	0	1	2	3	4
P2. Яскраві образи чи спогади, які іноді виринають із пам'яті, і Ви відчуваєте, що ці події відбуваються знову тут і зараз?	0	1	2	3	4
P3. Ви намагаєтесь уникати внутрішніх нагадувань про той досвід (наприклад, думок, почуттів чи фізичних відчуттів)?	0	1	2	3	4
P4. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
P5. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, напруженого очікування?	0	1	2	3	4

Р6. Нервово реагували, легко лякалися?	0	1	2	3	4
За останній місяць вищевказані симптоми:					
Р7. Впливали на Ваші стосунки чи громадське життя?	0	1	2	3	4
Р8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?	0	1	2	3	4
Р9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?	0	1	2	3	4

Нижче наведені проблеми чи симптоми, які іноді виникають у людей, котрі пережили стресові чи травмуючі події. Питання стосуються того, як Ви зазвичай відчуваєте, як Ви зазвичай думаєте про себе, і як Ви зазвичай ставитесь до інших. Дайте відповідь на наступні питання, думаючи про те, наскільки це описує Вас.

Наскільки це правдиво, по відношенню до Вас?

	Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
С1. Коли я засмучений(-на), в мене багато часу йде на те, щоб заспокоїтись.	0	1	2	3	4
С2. Я відчуваю заціпеніння, чи як наче мене емоційно вимкнули.	0	1	2	3	4
С3. Я почуваюся невдахою.	0	1	2	3	4
С4. Я почуваюся жалюгідним(-ою).	0	1	2	3	4
С5. Я почуваюся відстороненим(-ною) чи відірваним(-ною) від людей.	0	1	2	3	4
С6. Мені важко залишатися емоційно близьким(-ою) з людьми.	0	1	2	3	4
В минулому місяці згадані вище проблеми з емоціями, самовідчуттям та стосунками:					
С7. Викликали занепокоєність чи тривогу з приводу Ваших стосунків чи громадського життя?	0	1	2	3	4
С8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?	0	1	2	3	4

С9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Огляд:

Доданий інструмент є короткою, простою мірою, що зосереджена тільки на основних характеристиках ПТСР та КПТСР і використовує зрозумілі діагностичні правила. ІТQ був розроблений відповідно до організаційних принципів МКХ-11, встановлених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), які спрямовані на максимізацію клінічної користі та забезпечення міжнародної застосовності через фокус на основних симптомах певного розладу. ІТQ є загальнодоступним у вільному доступі для всіх зацікавлених сторін. Оцінка інструменту триває, особливо щодо визначення функціонального порушення для обох ПТСР і КПТСР і, можливо, змісту пунктів, які можуть бути передбачувальними для різних результатів лікування.

Діагностичні алгоритми:

ПТСР. Діагноз ПТСР вимагає підтвердження одного з двох симптомів із кластерів симптомів: (1) повторне переживання в теперішньому часі, (2) уникання, і (3) відчуття поточної загрози, а також підтвердження хоча б одного індикатора функціональних порушень, пов'язаних із цими симптомами. Симптом або функціональне порушення вважаються підтвердженими, якщо оцінка становить більше ≥ 2 .

КПТСР. Діагноз КПТСР вимагає підтвердження одного з двох симптомів із кожного з трьох кластерів симптомів ПТСР (повторне переживання в теперішньому часі, уникання і відчуття поточної загрози), а також одного з двох симптомів із кожного з трьох кластерів Порушень саморегуляції (PSR): (1) емоційна дисрегуляція, (2) негативна самооцінка, (3) порушення у стосунках. Функціональні порушення повинні бути підтверджені, якщо хоча б один індикатор функціональних порушень пов'язаний із симптомами ПТСР та один із симптомами PSR. Симптом або функціональне порушення вважаються підтвердженими, якщо оцінка перевищує ≥ 2 .

Людина може отримати діагноз ПТСР або КПТСР, але не обидва діагнози одночасно.

1 Діагностична оцінка ПТСР та КПТСР

ПТСР

- Якщо P1 або P2 > 2, виконуються критерії для повторного переживання тут і зараз (Re_dx).
- Якщо P3 або P4 > 2, виконуються критерії для уникання (Av_dx).
- Якщо P5 або P6 > 2, виконуються критерії для відчуття поточної загрози (Th_dx).
- І якщо принаймні один із P7, P8 або P9 > 2 відповідає критеріям функціонального порушення при ПТСР (PTSDFI).
- Якщо виконуються критерії «Re_dx», «Av_dx», «Th_dx» та «PTSDFI», критерії для ПТСР виконуються.

КПТСР

- Якщо C1 або C2 > 2, виконуються критерії афективної дисрегуляції (AD_dx).
- Якщо C3 або C4 > 2, виконуються критерії негативної самооцінки (NSC_dx).
- Якщо C5 або C6 > 2, виконуються критерії для порушень у стосунках (DR_dx).
- І якщо принаймні один із C7, C8 або C9 > 2 відповідає критеріям функціонального порушення при DSO (DSOFI).
- Якщо виконуються критерії для «AD_dx», «NSC_dx», «DR_dx» та «DSOFI», критерії для DSO виконуються.
- **ПТСР** діагностується, якщо виконуються критерії для ПТСР, але НЕ виконуються критерії для DSO.
- **КПТСР** діагностується, якщо виконуються як критерії для ПТСР, так і критерії для DSO.
- Якщо не виконуються критерії для ПТСР або виконуються тільки критерії для DSO, діагноз не встановлюється.

2. Розмірна оцінка ПТСР і КПТСР

Оцінки можна розрахувати для кожного кластера симптомів ПТСР та DSO, а потім підсумувати для отримання загальних оцінок ПТСР та DSO.

ПТСР

Сума балів Лайкерта для P1 і P2 = Повторне переживання тут і зараз (Re)

Сума балів Лайкерта для P3 і P4 = Оцінка уникнення (Av)

Сума балів Лайкерта для P5 і P6 = відчуття поточної загрози (Th)

Оцінка ПТСР = сума Re, Av і Th

DSO (порушення саморегуляції)

Сума балів Лайкерта для C1 і C2 = афективна дисрегуляція (AD)

Сума балів Лайкерта для C3 і C4 = негативна самооцінка (NSC)

Сума балів Лайкерта для C5 і C6 = Порушення у стосунках (DR)

Оцінка DSO = сума AD, NSC і DR

ДОДАТОК Б

**Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії (PHQ-9) / Patient
Health Questionnaire – Depression (PHQ-9)**

Як часто за останні 2 тижні Вас непокоять наступні прояви?

	Не турбувал и взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже щодня
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)				
2. Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності				
3. Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон				
4. Почуття втоми або знесилення (занепад сил)				
5. Поганий апетит чи навпаки — переїдання				
6. Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою чи розчаровані в собі, чи вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини				
7. Труднощі концентрації уваги (наприклад зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)				
8. Ваші рухи чи мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі чи збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай				
9. Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином				

Загальний огляд

Розробники тесту: Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., 2001

Опитувальник про стан здоров'я, що складається з дев'яти пунктів (PHQ-9) – це шкала депресивних симптомів та діагностичний інструмент, запроваджений у 2001 році для обстеження дорослих пацієнтів у закладах первинної медичної допомоги. Інструмент оцінює наявність та вираженість депресивних симптомів та можливий депресивний розлад. PHQ-9 є компонентом більшого опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ), тобто це окремий модуль депресії, який оцінює кожен з 9 критеріїв DSM-5 від "0" (зовсім немає) до "3" (майже кожен день).

Повна версія PHQ – це 3-сторінковий опитувальник на 59 пунктів, який пацієнт заповнює самостійно. Для зручності, швидкості, економії ресурсів фахівця та респондента автори повної версії опитувальника про стан здоров'я розробили окрему шкалу PHQ-9, яка використовується як окремий інструмент для оцінки депресивних симптомів.

PHQ-9 призначений для осіб віком від 18 років і старше. Його заповнення для респондента займає 3-5 хвилин та є дуже простим і ресурсно незатратним інструментом.

Даний опитувальник не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє попередньо запідозрити можливий депресивний розлад та визначити наявність депресивних симптомів у респондента. Може застосовуватися лікарями первинної ланки, а також психологом, психотерапевтом. При використанні PHQ-9 в якості скринінгового інструменту рекомендується подальша поглиблена діагностика, якщо оцінка становить 10 або більше балів (наприклад, рекомендоване структуроване інтерв'ю QuickSCID-5).

Розробниками PHQ-9 є Kurt Kroenke, MD (доктор медичних наук) – Інститут охорони здоров'я Регенштрайфа та Департамент медицини Університету Індіани, Індіанapolis, штат Індіана, США; Robert L. Spitzer, MD (доктор медичних наук) та Janet B. W. Williams, DSW –

психіатричний інститут штату Нью-Йорк та кафедра психіатрії Колумбійського університету, Нью-Йорк, США. Розробка шкали PHQ-9 була підтримана необмеженим освітнім грантом від компанії Pfizer Inc (Нью-Йорк, штат Нью-Йорк) у 1999 році.

Валідність та надійність

В оригінальному дослідженні автори зазначають, що опитувальник PHQ-9 заповнили 6 000 пацієнтів у 8 клініках первинної медико-санітарної допомоги та 7 акушерсько-гінекологічних клініках. Валідність конструкту оцінювали за допомогою 20-пунктового короткого опитувальника загального стану здоров'я, самозвітів про дні хвороби та відвідування клініки, а також труднощі, пов'язані з симптомами. Валідність критерію оцінювали за допомогою незалежного структурованого інтерв'ю з фахівцями з психічного здоров'я у вибірці з 580 пацієнтів.

Внутрішня надійність PHQ-9 була відмінною: α Кронбаха становив 0,89 у дослідженні PHQ первинної медичної допомоги та 0,86 у дослідженні PHQ акушерів-гінекологів. Надійність PHQ-9 при повторному тестуванні також була відмінною. Кореляція між опитувальником PHQ-9, заповненим пацієнтом у клініці, та опитувальником PHQ-9, заповненим по телефону впродовж 48 годин, становила 0,84, а середні бали були майже однаковими (5,08 проти 5,03).

Показник PHQ-9 ≥ 10 балів мав чутливість 88% і специфічність 88% для великої депресії. Показники 5, 10, 15 і 20 балів відповідають легкій, помірній, середнього ступеня тяжкості та важкій депресії відповідно. Результати були подібними у вибірках первинної медичної допомоги та акушерства і гінекології.

Формат проведення

Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений респондентом онлайн, або зачитаний йому особисто чи по телефону. Його можна заповнити приблизно за 3-5 хвилин. Важливо, щоб респондент самостійно відповідав на питання PHQ-9. Респонденти можуть виконати оцінку перед зустріччю з психологом або лікарем, на початку зустрічі, після закінчення зустрічі або вдома перед нею.

В опитувальнику PHQ-9 респондентам пропонується оцінити наявність та вираженість симптомів депресії протягом останніх двох тижнів. При цьому використовуються такі оцінки як «зовсім не турбували», «декілька днів», «більше половини всіх днів», «майже щоденно». При багаторазовому проведенні опитування на початку, в середині та наприкінці терапії відповіді можуть бути використані для відстеження прогресу.

Інтерпретація результатів Опис вираженості симптомів представлений на основі сирих балів:

Отримані бали:	Рівень депресії
0 – 4	Мінімальний
5 – 9	Легкий
10 – 14	Помірний
15 – 19	Середній ступінь тяжкості
20 – 27	Важкий

Вищий бал вказує на вищий рівень симптомів депресії. Якщо респондент отримує «граничний бал» в 10 або більше балів (помірний, середній або важкий рівень), то рекомендується подальша поглиблена діагностика (наприклад, рекомендоване структуроване інтерв'ю QuickSCID-5). Обов'язково фахівцеві необхідно звернути увагу, якщо респондент набрав 1, 2 або 3 бали за пунктом 9: «У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду». Це потребує негайного подальшого обстеження на наявність суїцидальних намірів.

Додатково спеціалістові варто звернути увагу на 10 контрольне питання, яке задається респондентові тоді, коли він відмічає декілька пунктів як наявні (≥ 3 балів). Воно сформульоване наступним чином: «Оцініть, наскільки важко вам було працювати, займатись домашніми справами або взаємодіяти з іншими людьми через ці проблеми». І градація відповідей респондента: «Зовсім не важко (0 балів)», «Дещо важко (1 бал)», «Дуже важко (2 бали)» та «Надзвичайно важко (3 бали)». Оцінка за це питання не враховується у загальний бал, але це важливо для додаткового аналізу, для розуміння наскільки симптоми депресії впливають на якість життя респондента.

PHQ-9 може бути особливо корисним для оцінки вираженості симптомів та моніторингу змін у часі. Щоб полегшити оцінку змін у вираженості симптомів депресії, PHQ-9 запитує про нещодавні симптоми (тобто за останні 2 тижні).

Детальніше про дослідження розробки опитувальника PHQ-9, оцінки його надійності та валідності: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.

ДОДАТОК В**Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) / General Anxiety Disorder (GAD-7)**

Протягом останніх двох тижнів, як часто вас турбували наступні проблеми?

	Ніколи	Декілька днів	Більше половини часу	Майже кожен день
1. Почуття нервозності, занепокоєння або напруженості.				
2. Неможливість зупинити чи контролювати хвилювання.				
3. Надмірна стурбованість про різні речі.				
4. Проблеми з розслабленням.				
5. Неспокій, що не дає всидіти на місці.				
6. Роздратування або дратівливість.				
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе.				

Загальний огляд

Розробники тесту: Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., & Löwe B., 200

Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) – це коротка оцінка симптомів тривоги, заснована на діагностичних критеріях генералізованого тривожного розладу, описаних в "Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів" (DSM).

Враховуючи просту мову, яка використовується в опитувальнику, GAD-7 можна проводити для осіб віком від 14 років і старше.

Даний опитувальник не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє попередньо запідозрити тривожний розлад та визначити рівень тривожності. Може застосовуватися лікарями первинної ланки, а також психологом, психотерапевтом. При використанні GAD-7 в якості скринінгового інструменту рекомендується подальша поглиблена діагностика, якщо оцінка становить 10 або більше балів (наприклад, рекомендоване структуроване інтерв'ю QuickSCID-5).

Розробником GAD-7 є Robert L. Spitzer, MD (доктор медичних наук), кафедра психіатрії, Психіатричний інститут штату Нью-Йорк. Розробка шкали GAD-7 була підтримана необмеженим освітнім грантом від компанії Pfizer Inc (Нью Йорк, штат Нью-Йорк) у 2006 році. Mark Davies, MS (магістр наук), допомагав у проведенні статистичного аналізу. Jeffrey G. Johnson, PhD (доктор філософії), допомагав у зборі даних і коментував ранні проєкти. Diane Engel, MSW (магістр соціального обслуговування), також допомагала у зборі даних.

Валідність та надійність

Критеріально-стандартне дослідження при створенні опитувальника було проведене в 15 клініках первинної медичної допомоги в США з листопада 2004 року по червень 2005 року. Із 2740 дорослих пацієнтів, які заповнили анкету, 965 пацієнтів пройшли телефонне інтерв'ю з фахівцем з психічного здоров'я протягом 1 тижня. Для перевірки валідності критеріїв і конструктів діагнозу за шкалою самозвіту GAD порівнювали з незалежними діагнозами, поставленими фахівцями в галузі психічного здоров'я; показниками функціонального стану, днями непрацездатності та зверненнями за медичною допомогою.

Шкала з 7 пунктів має хорошу надійність, а також критеріальну, конструктну, факторну та процедурну валідність; чутливість (89%) і специфічність (82%). Підвищення балів за шкалою було тісно пов'язане з кількома сферами функціональних порушень (усі 6 шкал короткої форми опитувальника загального стану здоров'я та дні непрацездатності). Хоча симптоми генералізованого тривожного розладу і депресії часто зустрічаються разом, факторний аналіз

підтвердив, що вони є окремими вимірами. Більше того, симптоми генералізованого тривожного розладу і депресії мали різний, але незалежний вплив на функціональні порушення.

У 2008 році Lowe et al. дослідили валідність і надійність GAD-7. Підтверджуючі факторні аналізи підтвердили 1-мірну структуру GAD-7. Внутрішня узгодженість була ідентичною у всіх підгрупах (Cronbach's alpha = 0,89). Інтеркореляція зі шкалою PHQ-2 та шкалою самооцінки Розенберга становила $r = 0,64$ ($p < 0,001$) та $r = -0,43$ ($p < 0,001$), відповідно. Жінки мали значно вищі середні (SD) показники тривожності за GAD-7 порівняно з чоловіками [3,2 (3,5) проти 2,7 (3,2); $p < 0,001$]. Приблизно 5% суб'єктів мали 10 балів за GAD-7 або більше, а 1% - 15 балів або більше за GAD-7.

Норми були розроблені Stocker та ін. (2021) на основі австралійської вибірки з 13 829 осіб (75,5% жінок). Ці норми були розбиті за віком:

18-29: Середнє значення = 7,8, SD = 5,9

30-49: Середнє значення = 6,6, SD = 5,4

50-69: Середнє = 4,6, SD = 4,9

70+: Середнє = 2,6, SD = 3,6

Формат проведення

Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений респондентом онлайн, або зачитаний йому особисто чи по телефону. Його можна заповнити приблизно за 5 хвилин. Важливо, щоб респондент самотійно відповідав на питання GAD-7. Респонденти можуть виконати оцінку перед зустріччю з психологом або лікарем, на початку зустрічі, після закінчення зустрічі або вдома перед нею.

В опитувальнику GAD-7 респондентам пропонується оцінити рівень симптомів тривоги протягом останніх двох тижнів. При цьому використовуються такі оцінки як «жодного разу», «декілька днів», «більше половини днів», «майже щоденно». При багаторазовому проведенні опитування на початку, в середині та наприкінці терапії відповіді можуть бути використані для відстеження прогресу.

Інтерпретація результатів

Опис вираженості симптомів представлений на основі сирих балів:

Отримані бали:	Рівень тривожності
0 – 4	Мінімальний
5 – 9	Слабкий
10 – 14	Помірний
15 – 21	Високий

Вищий бал вказує на вищий рівень симптомів тривоги. Якщо респондент отримує «граничний бал» в 10 або більше балів (помірний або високий рівень тривожності), то рекомендується подальша поглиблена діагностика (наприклад, рекомендоване структуроване інтерв'ю QuickSCID-5).

GAD-7 може бути особливо корисним для оцінки вираженості симптомів та моніторингу змін у часі. Щоб полегшити оцінку змін у вираженості симптомів тривоги, GAD-7 запитує про нещодавні симптоми (тобто за останні 2 тижні).

Оцінка 10 або більше балів за шкалою GAD-7 є обґрунтованим критерієм для виявлення випадків генералізованого тривожного розладу.

Детальніше про дослідження розробки опитувальника GAD-7, оцінки його надійності та валідності:

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.

Опитувальник про стан здоров'я: Шкала депресії (PHQ-9) / Patient Health Questionnaire – Depression (PHQ-9)

Як часто за останні 2 тижні Вас непокоять наступні прояви?

	Не турбувал и взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже щодня
--	--------------------------	-------------------------------	----------------------------------	----------------

1. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)				
2. Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності				
3. Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон				
4. Почуття втоми або знесилання (занепад сил)				
5. Поганий апетит чи навпаки — переїдання				
6. Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою чи розчаровані в собі, чи вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини				
7. Труднощі концентрації уваги (наприклад зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)				
8. Ваші рухи чи мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі чи збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай				
9. Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином				

Загальний огляд

Розробники тесту: Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., 2001

Опитувальник про стан здоров'я, що складається з дев'яти пунктів (PHQ-9) – це шкала депресивних симптомів та діагностичний

інструмент, запроваджений у 2001 році для обстеження дорослих пацієнтів у закладах первинної медичної допомоги. Інструмент оцінює наявність та вираженість депресивних симптомів та можливий депресивний розлад. PHQ-9 є компонентом більшого опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ), тобто це окремий модуль депресії, який оцінює кожен з 9 критеріїв DSM-5 від "0" (зовсім немає) до "3" (майже кожен день).

Повна версія PHQ – це 3-сторінковий опитувальник на 59 пунктів, який пацієнт заповнює самостійно. Для зручності, швидкості, економії ресурсів фахівця та респондента автори повної версії опитувальника про стан здоров'я розробили окрему шкалу PHQ-9, яка використовується як окремий інструмент для оцінки депресивних симптомів.

PHQ-9 призначений для осіб віком від 18 років і старше. Його заповнення для респондента займає 3-5 хвилин та є дуже простим і ресурсно незатратним інструментом.

Даний опитувальник не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє попередньо запідозрити можливий депресивний розлад та визначити наявність депресивних симптомів у респондента. Може застосовуватися лікарями первинної ланки, а також психологом, психотерапевтом. При використанні PHQ-9 в якості скринінгового інструменту рекомендується подальша поглиблена діагностика, якщо оцінка становить 10 або більше балів (наприклад, рекомендоване структуроване інтерв'ю QuickSCID-5).

Розробниками PHQ-9 є Kurt Kroenke, MD (доктор медичних наук) – Інститут охорони здоров'я Регенштрайфа та Департамент медицини Університету Індіани, Індіанapolis, штат Індіана, США; Robert L. Spitzer, MD (доктор медичних наук) та Janet B. W. Williams, DSW – психіатричний інститут штату Нью-Йорк та кафедра психіатрії Колумбійського університету, Нью-Йорк, США. Розробка шкали PHQ-9 була підтримана необмеженим освітнім грантом від компанії Pfizer Inc (Нью-Йорк, штат Нью-Йорк) у 1999 році.

Валідність та надійність

В оригінальному дослідженні автори зазначають, що опитувальник PHQ-9 заповнили 6 000 пацієнтів у 8 клініках первинної медико-санітарної допомоги та 7 акушерсько-гінекологічних клініках. Валідність конструкту оцінювали за допомогою 20-пунктового короткого опитувальника загального стану здоров'я, самозвітів про дні хвороби та відвідування клініки, а також труднощі, пов'язані з симптомами. Валідність критерію оцінювали за допомогою незалежного структурованого інтерв'ю з фахівцями з психічного здоров'я у вибірці з 580 пацієнтів.

Внутрішня надійність PHQ-9 була відмінною: α Кронбаха становив 0,89 у дослідженні PHQ первинної медичної допомоги та 0,86 у дослідженні PHQ акушерів-гінекологів. Надійність PHQ-9 при повторному тестуванні також була відмінною. Кореляція між опитувальником PHQ-9, заповненим пацієнтом у клініці, та опитувальником PHQ-9, заповненим по телефону впродовж 48 годин, становила 0,84, а середні бали були майже однаковими (5,08 проти 5,03).

Показник PHQ-9 ≥ 10 балів мав чутливість 88% і специфічність 88% для великої депресії. Показники 5, 10, 15 і 20 балів відповідають легкій, помірній, середнього ступеня тяжкості та важкій депресії відповідно. Результати були подібними у вибірках первинної медичної допомоги та акушерства і гінекології.

Формат проведення

Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений респондентом онлайн, або зачитаний йому особисто чи по телефону. Його можна заповнити приблизно за 3-5 хвилин. Важливо, щоб респондент самостійно відповідав на питання PHQ-9. Респонденти можуть виконати оцінку перед зустріччю з психологом або лікарем, на початку зустрічі, після закінчення зустрічі або вдома перед нею.

В опитувальнику PHQ-9 респондентам пропонується оцінити наявність та вираженість симптомів депресії протягом останніх двох тижнів. При цьому використовуються такі оцінки як «зовсім не турбували», «декілька днів», «більше половини всіх днів», «майже щоденно». При багаторазовому проведенні опитування на початку, в

середині та наприкінці терапії відповіді можуть бути використані для відстеження прогресу.

Інтерпретація результатів Опис вираженості симптомів представлений на основі сирих балів:

Отримані бали:	Рівень депресії
0 – 4	Мінімальний
5 – 9	Легкий
10 – 14	Помірний
15 – 19	Середній ступінь тяжкості
20 – 27	Важкий

Вищий бал вказує на вищий рівень симптомів депресії. Якщо респондент отримує «граничний бал» в 10 або більше балів (помірний, середній або важкий рівень), то рекомендується подальша поглиблена діагностика (наприклад, рекомендоване структуроване інтерв'ю QuickSCID-5). Обов'язково фахівцеві необхідно звернути увагу, якщо респондент набрав 1, 2 або 3 бали за пунктом 9: «У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду». Це потребує негайного подальшого обстеження на наявність суїцидальних намірів.

Додатково спеціалістові варто звернути увагу на 10 контрольне питання, яке задається респондентові тоді, коли він відмічає декілька пунктів як наявні (≥ 3 балів). Воно сформульоване наступним чином: «Оцініть, наскільки важко вам було працювати, займатись домашніми справами або взаємодіяти з іншими людьми через ці проблеми». І градація відповідей респондента: «Зовсім не важко (0 балів)», «Дещо важко (1 бал)», «Дуже важко (2 бали)» та «Надзвичайно важко (3 бали)». Оцінка за це питання не враховується у загальний бал, але це важливо для додаткового аналізу, для розуміння наскільки симптоми депресії впливають на якість життя респондента.

PHQ-9 може бути особливо корисним для оцінки вираженості симптомів та моніторингу змін у часі. Щоб полегшити оцінку змін у вираженості симптомів депресії, PHQ-9 запитує про нещодавні симптоми (тобто за останні 2 тижні).

Детальніше про дослідження розробки опитувальника PHQ-9, оцінки його надійності та валідності: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The

PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.