Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістр

на тему:

# Вплив тілесно орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМПс-21

напрямку підготовки 053 «Психологія»

**Хвойна Анастасія Сергіївна**

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук

Ширяєва Тетяна Михайлівна

Рецензент:

кандидат психологічних наук

Оксентюк Наталія Володимирівна

Допущено до захисту:
Завідувач кафедри: _____
Оксана Матласевич

Острог - 2024

# ЗМІСТ

**ВСТУП** ..... 3
**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТІЛЕСНО – ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ** ..... 5
1.1 Сутність методу тілесно - орієнтованої терапії в науковій літературі ..... 5
1.2 Аналіз підходів до роботи з тілом ..... 13
1.3 Вплив тілесно - орієнтованої терапії на психічний стан особистості ..... 17
**РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ПТСР** ..... 23
2.1 Поняття травми в науковій літературі ..... 23
2.2 Формування посттравматичного розладу ..... 28
2.3 Механізми адаптивної регуляції при ПТСР ..... 42
**РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТІЛЕСНО – ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЗМЕНШЕННЯ СИМПТОМІВ ПТСР** ..... 49
3.1 Опис вибірки та методів дослідження ..... 49
3.2 Аналіз результатів дослідження ..... 52
3.3 Рекомендації щодо зменшення симптомів ПТСР ..... 64
**ВИСНОВОК** ..... 71
**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** ..... 75
**ДОДАТКИ** ..... 79

# ВСТУП

**Актуальність.** Вивчення особливостей поведінки людини під впливом травмуючих подій є предметом зацікавлення багатьох науковців. Серед відомих дослідників можна виділити таких, як Ганс Сельє, Річард Лазарус, Карл Роджерс, Едвард Л. Декарт, Деніел Канеман.

Ці науковці провели численні емпіричні дослідження, спрямовані на вивчення різних аспектів стресу, складних життєвих ситуацій і стратегій подолання.

Однак, попри значний обсяг досліджень у цій галузі, багато питань залишаються недостатньо вивченими, особливо у контексті сучасної України. Це стосується і питань психодіагностики.

Сучасні підходи до діагностики та корекції травматичних подій, пов’язаних із війною, базуються на концепції відстрочених реакцій на травматичний стрес, які активно досліджуються лише останніми роками. Згідно з МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як відстрочена та/або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру. До таких подій можуть належати природні чи техногенні катастрофи, військові дії, нещасні випадки, насильницькі злочини, тортури, тероризм, зґвалтування тощо.

Наразі не існує чіткого розуміння особливостей застосування тілесно-орієнтованих технік при лікуванні ПТСР. Це призводить до розмиття меж цього напряму, що викликає суперечки щодо його еклектичного характеру. Дехто вважає, що цей підхід поєднує в собі різноманітні практики — від оздоровчих до трансперсональних, які більше пов’язані з духовним пошуком, аніж із традиційною психотерапією.

**Об’єкт дослідження:** методи тілесно-орієнтованої терапії. **Предмет дослідження:** особливості впливу тілесно-орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР.

**Мета дослідження:** теоретично та емпірично дослідити вплив тілесно-орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР.

**Завдання дослідження:**

1. Розглянути сутність методу тілесно-орієнтованої терапії в науковій літературі.
2. Проаналізувати вплив тілесно-орієнтованої терапії на психічний стан особистості.
3. Емпірично дослідити вплив тілесно-орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР.
4. Розробити рекомендації щодо зменшення симптомів ПТСР.

**Методи дослідження:**

Теоретичні: аналіз наукової та методологічної літератури, узагальнення.

Психодіагностичні: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант). Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейна. Шкала самооцінки проявів ПТСР.Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна.

**Вибірка дослідження:** особи юнацького віку (студенти) віком 18–23 роки.

**Структура роботи:** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, переліку використаної літератури та додатків.

# РОЗДІЛ 1.
# ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТІЛЕСНО – ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

## 1.1 Сутність методу тілесно - орієнтованої терапії в науковій літературі

**Важливість концептуалізації категорії «тілесність» у сучасному світі** зумовлена тим, що людське тіло інтегрується в численні соціальні, культурні та наукові процеси. Його природа, форми репрезентації, способи осмислення та уявлення про тілесність активно обговорюються в академічних колах, відображені в наукових статтях, міждисциплінарних збірниках і серійних виданнях.

У філософії, соціології, культурології та психології феномен фізичності займає центральне місце. Цей феномен є багатовимірним, що ускладнює його вивчення та пояснення. В англомовній традиції термін «тілесність» зазвичай акцентує увагу на чуттєво-матеріальній природі людського буття, тоді як «тіло» слугує універсальним позначенням фізичного аспекту людини.

У античній філософії тіло розглядалося як «інструмент душі» та водночас «дзеркало» космічного порядку. Аристотель наголошував на необхідності тренування тіла для досягнення гармонії та краси, що співвідноситься із завданнями виховання. У давніх культурах тіло виконувало сакральну роль, символізуючи зв’язок із містичним і релігійним світом.

Середньовічна християнська традиція трансформувала античні уявлення про тіло. Воно стало одночасно «посудиною гріха» і «знаряддям душі», перебуваючи в постійній напрузі між матеріальним і духовним. Аскетичні практики служили для приборкання фізичної природи людини, що було частиною середньовічної системи цінностей.

Епоха Відродження внесла нове розуміння тілесності, відновивши її самостійну цінність. У мистецтві та філософії цього періоду людське тіло символізувало ідею гармонії, яка відображала космічний порядок. Декарт

запропонував розрізнення між двома субстанціями — мислячою (душею) та протяжною (тілом), що заклало основу механістичного підходу до вивчення тіла в Новий час.

Філософи Шопенгауер, Ніцше та Бергсон критично переосмислили картезіанську традицію. Шопенгауер надавав тілесності онтологічного значення як посереднику у взаємодії людини зі світом. Ніцше бачив у тілесності джерело ірраціональних, спонтанних сил, що формують людське буття. Бергсон, розвиваючи доктрину тимчасовості, наголошував на важливості тіла як центру емоційного й розумового життя.

Феноменологія стала першим підходом, який зробив індивідуальне тіло предметом системного дослідження. Едмунд Гуссерль диференціював поняття «тіло-об'єкт» і «тіло-суб'єкт», підкреслюючи неоднорідність тілесного досвіду. Мерло-Понті розглядав тіло як складний чуттєвий феномен, що не обмежується лише фізичним простором.

У західній філософії існують різні моделі осмислення тілесності:

- тіло як система плинних образів (А. Бергсон);
- тіло як центральний принцип людського існування (Ф. Ніцше);
- тіло як пасивний символ (Е. Гуссерль);
- тіло як об’єкт державного контролю (М. Фуко);
- тіло як осередок взаємодії реального та віртуального (М. Мерло-Понті).

Ці підходи підкреслюють багатогранність концепту тілесності, що залишається однією з ключових тем у філософії та міждисциплінарних дослідженнях сучасності.

**Історико-філософський підхід до проблеми тілесності** дає змогу окреслити три фундаментальні парадигми, які визначають концептуальні підходи до розуміння співвідношення душі та тіла. Різниця у філософських позиціях полягає у тому, що одні мислителі (Р. Декарт) визнають рівноправність душі та тіла, тоді як

інші (Т. Гоббс, Е. Гуссерль) надають перевагу душі, розглядаючи її як вищу сутність.

На думку М. Косяка, тілесність означає не лише володіння тілом, а й певну інтеграцію з ним через феномени «вселення», «з'єднання» чи «перебування у тілі». Якщо тіло сприймається як матеріальний феномен, що є «річчю-для-нас», то тілесність, як рівень людської сутності, є ноуменом, «річчю-в-собі» та «річчю-для-себе». О. Муха, спираючись на ідеї М. Косяка, визначає тілесність як комплекс властивостей людини — внутрішніх і зовнішніх, статичних і динамічних, біологічних, фізіологічних, онтологічних і генетичних, що формуються у межах соціальних та культурних контекстів.

Категорія тілесності в сучасній системі цінностей охоплює елементи соціального регулювання: санкції, схвалення, осуд і підтримку, впливаючи на суспільну свідомість. Тілесність також слугує містком між поняттями «особистість» і «суб'єктивність». Вона проявляється у двох вимірах: паракорпоральному (одяг, косметика, прикраси) та метатілесному (продукти творчості).

На думку О. Гомілко, звернення до проблематики тілесності є однією з центральних тем західної метафізики. Водночас, тілесність не зводиться до поняття фізичного тіла. Вона онтологічно пов'язана з чуттєвістю, яка втілюється у реальності через суб'єктивний досвід.

Г. А. у своїх термінологічних дослідженнях визначає, що «тіло» і «тілесність» мають унікальні значення та глибину. Зокрема:

1. «Фізичне тіло» — це матеріальна річ, тоді як «живе тіло» — це суб'єктивний досвід.

2. «Організм» — це наукова конструкція, що розглядається у біології, а «тіло» — феномен, що переживається через індивідуальний досвід.

3. «Тілесність» — це усвідомлення зв'язку між тілом і свідомістю, формулюючи тезу «Я є моє тіло».

Тілесність також має три виміри:

1. **Біологічне тіло** — організм, який функціонує у матеріальному світі.
2. **Внутрішня тілесність** — досвід відчуттів, самоусвідомлення тіла.
3. **Зовнішня фізичність** — символічний прояв тіла у соціальних взаєминах, який сприймається іншими.

М. Колесник, спираючись на ідеї Ж. Ле Хоффа, стверджує, що простір є первинним місцем взаємодії між біологічною та соціальною сутностями. Простір, як культурний феномен, не є статичним: він змінюється залежно від соціально-історичних умов, відображаючи ідеологію та масштаби культурної діяльності. Тіло, будучи частиною простору, водночас є його активним учасником і символом.

Ж. Лакан акцентує увагу на зв'язку між тілесністю та мовою, зазначаючи, що соціальна мова впливає на формування суб'єктивного образу тіла. За його теорією, концепція тілесності формується через взаємодію із символічною мовою, яку диктує Інший.

О. Івашина вказує на зв'язок тілесності із матеріальністю мови, що була важливою темою для сюрреалістів, таких як П. Целан, А. Арто та Оберіуц. М. Можейко аналізує роль тілесності у постмодерній думці, досліджуючи концепції «текстового тіла» (Р. Барт), «соціального тіла» (Ж. Дельоз і Ф. Гваттарі) та тіла як об'єкта «біовлади» (М. Фуко).

В. Розін пропонує бачити тілесність як поведінкову основу, без якої неможливе формування культурних і семіотичних схем. Розмежовуючи поняття «тіло» і «тілесність», він звертає увагу на психічні процеси, які відіграють ключову роль у формуванні тілесності

Отже, узагальнюючи погляди різних вчених і філософів про те, що тілесність є відносно молодою філософською категорією, можна припустити, що її поява в науково-методологічному обігу збігається з початком Нового часу. Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що в європейській філософії сформувалися два ключових парадигмальних підходи до розуміння проблеми тілесності та її ролі.

Перший – це нормативний підхід, який стосується відносин між душею та тілом, і головним завданням є пошук систем норм для гармонізації складних відносин між душею та тілом. Друга — плюралістична, що виникла в умовах науково-технічних відкриттів у біології та інших природничих науках під впливом філософії постмодернізму, яка вилучила ідею конструктивізму з нормативної системи модернізму в його фундаментальній боротьбі за децентралізацію.

Радикальний фемінізм став важливим кроком у побудові постмодерністських концепцій тілесності, і його лідери поставили під сумнів не лише «природу» тіла як культурного конструкту, але також і ґендер. Якщо зробити спробу узагальнити наведений вище матеріал, то під тілесністю можна розуміти перетин і зв’язок біологічного, соціального та суб’єктивного: «біологічне (природне) тіло» – біологічний рівень; «образ тіла» («зовнішня тілесність») – соціальний рівень; «внутрішня тілесність» — це індивідуально-суб'єктивний рівень.

Останні два стосуються проблем соціальної та суб'єктивної мови. Відносини між тілом і психікою були науковими дослідженнями в різних галузях і в різні часи, в той же час психологія тілесності як дисципліна відносно молода і незалежна. Сама концепція психосоматичної єдності не є новою, але останні наукові праці свідчать про те, що психіка є специфічною інформаційною системою, діяльність якої запрограмована, на думку М. Решетникова, у соціальній інформації через мову середовища.

Соціально-гуманітарні науки підходять до проблеми тіла в контексті філософської проблеми співвідношення духовного і матеріального або ж у площині мистецтвознавства та фізичної культури [11]. Психоаналіз, як галузь психології, що вивчає внутрішні психічні процеси, розглядає питання про взаємозв’язок між тілом і розумом по-новому для класичної європейської думки. 3. Фрейд відкрив подвійність соматичного існування: людина має функціональне тіло - природне і, водночас, статево - культурне тіло.

Сексуальність стосується думок людини, які цензуруються свідомістю. Психосексуальний розвиток, відкритий З. Фрейдом, досі залишається важливою віхою в розумінні багатьох психічних функцій людини [12]. Він першим зрозумів взаємозв'язок між ерогенними частинами тіла та психічними уявленнями. Розвиваючи психоаналітичну теорію, він прагнув дослідити, як симптоми навернення можуть взаємодіяти з символічними значеннями придушеної сексуальності. Його можна вважати піонером, який почав переплітати психоаналітичну теорію з медичними та філософськими нитками, поєднуючи тілесне, суб’єктивне та символічне.

Однією з фундаментальних ідей, запропонованих Ж. Лаканом, є те, що людина не може переживати тіло таким, яким воно є «насправді», а завжди переживає його через фантазматичні уявлення про тіло. Саме тут виникає теорія відчуження, що стосується розриву між фактичним образом тіла та уявною тілесністю суб’єкта. Лакан вважав, що вся реальність, дана людині, є результатом соціальної конструкції мови, і тут знову виникає відчуження всередині мови, і про те, що значення, виражене мовою в суспільстві, не є таким же, як значення самої мови. .

Образ повного Его створюється в рамках повного фізичного образу, індивідуального і неподільного, який не є даністю. Його теорія бажання також описується як сплетіння «грязьових кілець» соціального, суб’єктивного та реального (фізичного) [7].

Відомий американський лікар Д. Енджел у своїй статті «Клінічне використання біопсихосоціальної моделі» зазначив, що біомедична модель використовує лінійну, механічну концепцію причинності, на відміну від поваги особистості, емоційної стани та потреби пацієнта На його думку, концепція лікування пацієнтів має бути комплексною і включати наступні рівні: клітина/атом, орган/тканина, індивід/психіка, діадичні стосунки, мікросоціальне середовище.

Методи тілесно-орієнтованої терапії відіграють важливу і важливу роль у сучасній психологічній науці, оскільки в них використовуються спеціальні засоби психотерапевтичного впливу, а саме робочі рухи, дихання, м'язовий тонус, що допомагає розуму, розуму і тілу інтегрувати відчуття. сприяє створенню умов для повноцінного і надійного контакту особистості з життям власного організму. Грамотно проведена психокорекційна робота за допомогою тілесно-орієнтованої терапії дозволяє людині відчути внутрішню свободу, зняти м'язові спазми, досягти гармонії в житті. Саме в тілі людини виражаються всі думки і переживання її життя з моменту формування тіла, з внутрішньоутробного життя, коли свідомість і свідома пам'ять ще повинні були існувати [4].

Тіло людини є ключовим інструментом для роботи з емоціями, самоприйняттям та взаємовідносинами. На цій основі розвивається тілесно-орієнтована психотерапія — напрямок психологічної практики, який спрямований на розвиток самосвідомості, виявлення особистісних здібностей, відновлення природності рухів і гармонії.

Цей підхід включає поєднання авторських методик, таких як вегетативна терапія (В. Райх), біоенергетика (О. Ловен), динамічна терапія (Ф. Александер), концентрована рухова терапія (Е. Гіндлер), методика усвідомлення і природних рухів (М. Фельденкрайз), структурна інтеграція або рольфінг (І. Рольф) та первинна терапія плачу (О. Янов). Окреме місце в тілесно-орієнтованій терапії займає унікальна методика танатотерапії, розроблена В. Баскаковим [1].

Важливість тілесно-орієнтованої психотерапії полягає у здатності працювати «поза цензурою свідомості». Це дозволяє проникнути в глибинні шари несвідомого, які часто проявляються через тіло. Методика спрямована на розпізнання та трансформацію негативних емоцій (гнів, страх, смуток), роблячи їх доступними для усвідомлення та зміни. Таким чином, цей підхід максимально ефективно підтримує психологічне благополуччя особистості [4].

Тілесність — це унікальний спосіб буття людини, що виходить за межі фізіології та охоплює особливості свідомості. За словами британського філософа

Стівена Пріста, взаємозв’язок свідомості і тіла є центральною філософською проблемою. Саме в лімінальній зоні їхнього взаємодії формується феномен, який в онтології людини називають «тілом». У цьому контексті фізичні об’єкти не можуть існувати поза межами несвідомого. Якщо позбавити тіло свідомості, воно стає лише матеріальним об’єктом із предметними характеристиками. Водночас тілесність не зводиться ні до фізичної, ні до ментальної сфери.

Феноменологія тіла розглядає його через призму двоїстості: об’єктивної «видимості» та суб’єктивності тілесних переживань. Ця багатозначність формувалася в різних культурно-історичних контекстах, часто протилежних за своїми підходами. У багатьох психотерапевтичних практиках тілесності приділяється другорядна роль, тоді як вона є важливим аспектом інтеграції психічної та фізичної реальності [18].

Тілесність включає біологічні, психологічні, соціальні, культурні та духовні компоненти, що створюють основу для взаємодії внутрішнього світу людини із зовнішнім середовищем. У межах психічної реальності тілесність проявляється через інтенсивність, спосіб і форму зовнішнього вираження суб’єкта.

Аналіз сучасної західної культури свідчить, що однією з найбільших проблем є втрата людиною зв’язку з реальністю. Сучасний світ усе більше наражається на симуляції, підробки та копії, які позбавляють предмети чуттєвості та значення. Ця втрата автентичності проектується на тіло, яке перестає бути опорою для екзистенційного досвіду. Відсутність «приземленості» призводить до відчуження від власних емоцій, думок і переживань.

Такі зміни прямо впливають на функціонування тіла, яке все більше сприймається як об’єкт маніпуляцій, позбавлений чуттєвості. У масовій культурі тіло часто зводиться до пасивного об’єкта, з яким можна проводити різні дії, але яке втрачає здатність автентично реагувати на внутрішні імпульси. У результаті тіло, втративши життєву силу, стає символом відчуженості, а не єдності з власним «я».

Масова культура посилює цю тенденцію, нехтуючи природністю тілесного досвіду та знижуючи його значущість у людському житті [20].

Аналізуючи «проблемну анатомію» тіла, опишемо існування чотирьох основних проблем, які вказують на порушення балансу процесів, що відбуваються в організмі та психіці людини:

• 1) проблема контролю/надконтролю – локалізована «в голові» та актуалізована при необхідності «зняти» такий контроль, що важко в ситуації його непоміркованості;

• 2) труднощі контакту - зосереджені в руках і грудях (дихання), що пов'язано з недоліками встановлення контактів і вираження почуттів;

• 3) сексуальна проблема - локалізована в області таза і живота, пов'язана з викидом сильних почуттів, особливо сексуально забарвлених, таких як еротика і сексуальна поведінка;

• 4) проблема допомоги - зібрана на ноги і супроводжується недостатнім відчуттям реальності та потребою в допомозі, як з боку себе (автономія), так і з боку інших.

Ці розлади мають різний психологічний зміст і можуть викликати багато проблем, особливо психосоматичного характеру. Тілесно-орієнтована терапія має величезну цілющу силу і може використовуватися як екзистенціальна форма психологічної допомоги. Існує послідовний підхід до покращення якості життя тих, хто проходить будь-яку форму фізичної терапії на основі рецептів та рекомендацій.

## 1.2 Аналіз підходів до роботи з тілом

У більшості методик тілесно-орієнтованої психотерапії розвиваючий аспект використовуваних методик - знання про розвиток фізичної працездатності людини, функціональних ресурсів організму і психосоматичних процесів. Фізична активність людини розглядається шляхом моделювання різних функціональних видів діяльності. Такі дії можуть відбуватися, коли зменшуються докази патернів (моделей) захисної, дезадаптивної або явно патогенної поведінки.

За методом роботи методи тілесної психотерапії поділяються на такі групи:

| Група методів | Основна характеристика | Приклади методів |
|---|---|---|
| **Аналітичні напрями** | Аналіз несвідомих (репресованих) аспектів тілесного та соціального досвіду, поєднання роботи з тілом і психоаналізу. | Вегетоаналітична характеротерапія (В. Райх), біоенергетичний аналіз (А. Ловен), біосинтез (Д. Боаделла), психосоматична терапія (Г. Аммон), хакомі-терапія (Р. Курц). |
| **Структурно-функціональні напрями** | Активна робота з тілом та інтеграція нового тілесного досвіду. | Вегетаційна терапія (О. Ракнес), техніка Ф. Александера, структурна інтеграція (І. Рольф), сенсорне усвідомлення (Ш. Селвер, Ч. Брукс), функціональна інтеграція (М. Фельденкрайз), біодинаміка (Г. Бойзен). |
| **Культурологічні напрями** | Врахування етичних, естетичних, культурних та екзистенційних аспектів тілесного досвіду. | Пластично-когнітивний підхід (В. Нікітін), танатотерапія (В. Баскаков), театральні та танцювальні практики на основі ẽ-рухової техніки. |
| **Духовно-фізичні напрями** | Використання психофізичних практик східної традиції та духовних тілесних технік. | Хатха-йога, янтра-йога, цигун, ушу, шаманські практики, акупунктура, точковий масаж, тілесні практики духовних традицій (чань-буддизм, тибетський буддизм, суфізм тощо). |

Цілями психотерапевтичної дії є приклади, що порушують природну динаміку і гармонію функціонування організму в процесі реалізації цілей і завдань, які ставить суб'єкт на даному етапі життя. Тілесна психотерапія також спрямована на активізацію механізмів самокорекції суб'єктивних станів, свідомий пошук компенсаторних ефектів, пов'язаних з психосоматичним дисбалансом.

Серед методів тілесної психотерапії виділяють наступні широкі типи технік:

| Тип техніки | Характеристика | Приклади та застосування |
|---|---|---|
| **Когнітивно-аналітичні техніки** | Орієнтовані на аналітичне дослідження психосоматичних джерел і наслідків травматичних переживань, зокрема дитячих травм, та їх проявів у тілесних структурах. | Аналіз психотравм і їхніх впливів на тіло, усвідомлення поточних тілесних процесів. |
| **Техніки дихання** | Зняття напруження в дихальних м'язах, контроль дихального циклу, оптимізація енергетики тіла за допомогою дихальних практик (гіпервентиляція, гіповентиляція). | Застосовуються для розслаблення, підвищення енергії або її регуляції через роботу з диханням. |
| **Техніки релаксації** | Поєднують розслаблення з психосоматичною самокорекцією, спрямовані на досягнення | Використовуються для зняття стресу, психоемоційного розвантаження. |

| | | |
|---|---|---|
| | аутогенного стану спокою і зниження м'язового тонусу. | |
| **Постізометричні та масажні техніки** | Використовують зовнішні впливи (тепло, розтягнення, тонічне напруження) для стимуляції відновлення і корекції організму, включаючи вплив на м’язи, суглоби та органи. | Різноманітні техніки масажу, пасивні розтяжки, постізометрична релаксація. |
| **Театральні техніки** | Спрямовані на досягнення психоемоційної свободи через театральну діяльність, творче самовираження, подолання внутрішніх бар’єрів. | Психодраматичні постановки, драматичні скетчі, інсценовані дії. |
| **Виразні прийоми** | Використання спонтанної рухової та мовної активності для катарсису, роботи з емоційними блоками та пригніченими почуттями. | Рухові та вокальні вправи для звільнення емоцій. |
| **Танцювально-рухові техніки** | Розвивають спонтанність, вільне самовираження через танець, подолання тілесних стереотипів. | Класичні, сучасні, спонтанні танцювальні рухи, трансові техніки. |
| **Тактильні та комунікативні техніки** | Орієнтовані на подолання внутрішніх бар’єрів через тактильне спілкування, підвищення чутливості тіла, формування глибшого розуміння себе й інших. | Терапевтичний дотик, вправи в груповій взаємодії. |
| **Рухові (локомотивні) техніки** | Спрямовані на усвідомлення руху, орієнтацію в просторі, розвиток фізичних навичок через різноманітні форми рухової активності. | Лікувальна фізкультура, рухи у водному середовищі, індивідуальні або групові вправи. |
| **Інші техніки** | Використовують етнокультурні психофізичні практики для створення психологічної рівноваги і гармонії. | Асани і пранаяма хатха-йоги, тайцзи-цюань, традиційні рухові та дихальні практики тибетської і китайської медицини. |

Керування дихальним циклом починається з того, що клієнт зручно сідає, відкидається на спинку крісла і послідовно розслабляє м’язи спини, плечей, рук, ніг і обличчя. Фоновероз-розслаблення – важливий етап підготовки, який в подальшому забезпечує пильну увагу клієнта до дихання та виключає відволікання на відчуття гіпертонусу м’язів у різних частинах тіла (що, у свою чергу, може бути пов’язане із занепокоєнням або потребою в компульсивний, а не контроль над своїм тілом).

Після досягнення фонового розслаблення робота з диханням дозволяє зосередити увагу клієнта на фазах дихального циклу. Йому рекомендується

стежити за диханням повільно, оскільки повітря повільно втягується в його легені, рівномірно наповнюючи їх і відчуваючи, як вони розширюються всередині. Основна увага зосереджена на цих ідеях. В кінці вдиху робиться невелика природна пауза, а потім починається плавний видих. Дихайте повільно, стисніть повітря. Після видиху може виникнути природна коротка пауза, і знову може відбутися перехід у фазу вдиху. З кожним вдихом і видихом дихання стає тихішим, глибшим і точнішим. Чим довший дихальний цикл.

Терапевт говорить подібним чином, можливо, в розгорнутому і детальному варіанті, свого роду «гіпнотичної пісні», створюючи і зберігаючи фокус уваги клієнта на власному диханні. «Занурення» в дихання забезпечує більш стійкий і узагальнений розслаблюючий ефект, ніж спроба розслабитися зусиллям волі. Виявлення подовженого дихання є важливою діагностикою стану клієнта.

Таку дихальну роботу можна проводити ізольовано, але кращим серед інших методів є поступовий процес усвідомлення в поєднанні з диханням - створення асоціативного сенсорного або візуально сприйнятого в очах клієнта внутрішнього бачення, що має діагностичну та катарсичну цінність, яку дає сам процес. в плані відновлення внутрішнього порядку душі [30].

Таким чином, саме дихання може віддавати або забирати при порушенні зв'язку між органічною природою тіла і психічним рівнем відображення процесів, зумовлених тілесною природою людини.

Більшість згаданих методик засновані на тілесно-орієнтованій терапії. Однак деякі з них можна використовувати як частину інших методів лікування. Це пов’язано із загальною тенденцією сучасної психотерапевтичної практики до поєднання різних підходів і методів, наприклад у психоаналітичній терапії, коли постає проблема соматизації симптому і необхідно розглядати питання тілесності.

Це справедливо для гештальт-терапії, когнітивно-поведінкової та екзистенціальної терапії. Зокрема, когнітивно-тілесні аналітичні техніки, широко використовувані в різних сферах психотерапії, ідентифікують події, стосунки та психічні механізми, які відповідають за трансформацію переживань на соматичний рівень; техніки дихання та релаксації. їх використання передбачає зняття

ситуативної чи стійкої психоемоційної напруги або створення гіпнотичного фону для терапевтичних втручань. Тактильно-комунікативні техніки часто використовуються гуманістично орієнтованими та екзистенціальними групами для розвитку більш довірливих, змістовних та відкритих стосунків за допомогою дотику.

Оволодіння фахівцем навичками роботи з тілесністю клієнта може значно підвищити його терапевтичну продуктивність, оскільки, як правило, саме тілесність людини виявляється на перетині ліній напруги симптомів, патологічних відносин і пережитих психотравмуючих ситуацій.

### 1.3 Вплив тілесно - орієнтованої терапії на психічний стан особистості

Тілесно-орієнтована терапія – це напрямок психотерапії, для якого характерним є вирішення індивідуальних психологічних проблем за допомогою особливостей функціонування організму. Принципова відмінність цього напрямку полягає в тому, що тут немає протиставлення розуму і тіла, а, скоріше, зосередженість на глибинних тілесних відчуттях, розшифровка незадоволених бажань особистості, які приховані в тілесному стані, вивчення використання рухової активності. [50]. Тілесно-орієнтована терапія є унікальним і ефективним способом посилення людського росту та цілісності, оскільки вона допомагає об’єднати думки, ідеї та тілесні відчуття в єдине ціле, відновити розірвані зв’язки між ними або, якщо ні, створити абсолютно нові, створюючи умови абсолютного контакту шкіри людини з життям [8].

А. Ловен сказав, що саме тілесно-орієнтована терапія закладає основу для особистісного зростання, активізує внутрішні сили особистості, може працювати як на свідомому, так і на несвідомому рівнях для підвищення самосвідомості, самовираження, само- та посилення контролю [24]. Цілями та основними видами діяльності тілесно-орієнтованої терапії є об’єктивація образу «Я», спрямована на розуміння автоматичних рухових патернів, пошук простіших шляхів вирішення

внутрішніх конфліктів, підвищення рівня адаптивності, когнітивних і творчих здібностей, спонукання бути індивідуальністю та ін.

Важливою особливістю тілесно-орієнтованої терапії є її здатність створювати унікальні можливості для терапевтичного впливу поза рамками свідомої цензури. Це дозволяє виявити глибинні джерела болісних переживань, занурюючись у несвідомі аспекти, які знаходять свій прояв у тілі. Саме завдяки цьому підходу можна ефективно підтримувати психологічний стан особистості, забезпечуючи умови для вирішення актуальних проблем, що визначають її життя (Малкіна-Піх І. Г.) [27].

Серед сучасних напрямів тілесно-орієнтованої психотерапії найбільш популярними є: Біоенергетичний аналіз (А. Ловен); Психологія тіла (В. Райх); Метод інтеграції рухів (Ф. Александер); Танатотерапія (В. Баскаков); Концепція тілесної свідомості (М. Фельденкрайз); Структурна інтеграція (І. Рольф); Методики Ш. Алса та С. Селвера (Ловен А.; Райх В.; Александер Ф.; Баскаков В. Ю.; Фельденкрайз М.) [25; 28].

Тілесно-орієнтована терапія також надає можливість отримати доступ до прихованої інформації, яка складно піддається усвідомленню за допомогою класичних психологічних методів, таких як вербальний діалог. Це сприяє досягненню глибоких особистих переживань і допомагає в інтеграції досвіду, який раніше був недоступний для розуміння на свідомому рівні.

Далі ми розглянемо переваги використання тілесної терапії для корекції стану тривоги. Слід зазначити, що під час горя значна частина енергії індивіда спрямовується на активацію механізмів психологічного захисту, щоб звільнитися від травматичних думок, зовнішніх стресорів і негативних емоційних переживань. Покращуючи потік енергії за допомогою дихальних вправ, можна зменшити підвищене навантаження на серце.

Таким чином, зниження рівня тривожності забезпечує вільний потік енергії в організмі людини, що є основою для функціонування здорової людини. З метою корекції рівня тривожності доцільно використовувати методи тілесно-орієнтованої терапії (О. Войтенко) [7]. Крім того, переваги використання тілесної терапії для

корекції рівня тривожності можна використовувати для різних вікових груп. Тому що в ситуації тривоги організм починає давати реакції з характерними ознаками, які проявляються в будь-якому віці. Наприклад, під час хвилювання відчувається стиснення в грудях, напруження м’язів тіла, прискорене дихання незалежно від віку (С. В. Яковлєв) [54].

Щастя людини виражається в поведінці, диханні, психосоматичних захворюваннях (Ахмедов Т. І.) [2]. Ф. Александер вважає, що виразка, тиск та інші соматичні захворювання зумовлені впливом тривалого стресу та хвилювання на організм людини (Александр Ф.) [1]. К. Рудестам зазначає, що в роботі з тривогою ефективнішими є тілесно-орієнтовані терапевтичні методи, оскільки більшість психотерапевтичних підходів надмірно цілеспрямовані та вимагають активної розумової діяльності. Натомість методи тілесно-орієнтованої терапії допомагають подолати існуючі психічні та фізичні бар’єри, сприяють інтеграції розуму та тіла, усвідомленню власного тіла, а отже, розширюють зону усвідомлення глибоких тілесних відчуттів. Дізнаючись, як бажання, почуття та бажання закодовані в різних тілесних відчуттях, людина вчиться точно й ефективно справлятися з внутрішньоособистісними конфліктами, які викликають дистрес (Рудестам К.) [30].

Як було сказано раніше, одним з напрямків тілесно-орієнтованої терапії є біоенергетичний аналіз А. Лоуена. Біоенергетичні методи також корисні при роботі з тривогою, оскільки їхня мета - стимулювати самовираження шляхом мобілізації енергії та повернення особистості до її первісної природи (стану щирого задоволення, свободи рухів і свободи від м'язової напруги). Іншими словами, здатність досягти задоволення сприяє процесам, які полегшують тривогу. Як висловлюється А. Лоуен: «свобода від тіла, його звільнення, звільнення наближає нас до первинного людського потенціалу і допомагає нам вирішити дискримінацію, яку відчуває більшість людей» (Лоуен А.) [25] .

Відповідно до біоенергетичної теорії, хронічне м'язове напруження гальмує імпульс, що виникає при розслабленні м'язів. Відповідно, сприяння свободі викликає імпульс і заблоковані почуття. Біоенергетичний підхід також

використовує специфічні прийоми: активні вправи, напруження пози тіла, вербальні процедури для виклику емоцій з метою мобілізації потоку енергії.

За словами Дж. Брауна, такі прийоми допомагають виявити наявну м'язову напругу, енергетичну блокаду та обмеження дихання, які, у свою чергу, допомагають послабити "екранування м'язів". Оскільки фізичні та психічні явища схожі, принципи тілесно-орієнтованої терапії дозволяють скутості на одному рівні з’являтися на іншому.

Терапевти, які працюють з тілом, також приділяють велику увагу зв'язку між прискореним диханням і внутрішнім дистресом. У своїй роботі А. Лоуен порівнює англійське слово «anxiety» з німецьким словом «angst», що буквально перекладається як «задуха в тісних місцях». Іншими словами, вчений вважав, що будь-який прохід у тілі, наприклад шия, може бути вузьким місцем у тілі. Це напруга м’язів шиї та горла, яка повністю блокує дихання, що призводить до виникнення тривоги. Існує також напруга м'язів для сильного і раптового полегшення, яке може статися однаково. Спеціальні прийоми і методи розслаблення м’язів за допомогою глибокого і повного дихання знижують рівень тривожності, а будь-які заблоковані почуття можна повністю звільнити і звільнити (Лоуен А.) [24].

Таким чином, наявність м'язової напруги, пов'язаної з різними стресовими і травматичними ситуаціями, необхідно розглядати окремо, а сам процес формування затискачів в тілі (званих «панциром», «оболонкою») є діалектичною єдністю організму і його психіки. Таким чином, загальна біоенергетична модель передбачає, що почуття, емоції та імпульси, які не можуть бути виражені через страх, спотворюються, приховуються, пригнічуються, що, у свою чергу, призводить до ригідності тіла, порушення життєвої енергії та змін на особисті голоси. Іншим підходом до тілесно-орієнтованої терапії є тілесна психологія В. Райха. Важливим фактором є «відчуття землі під ногами». При такому підході автор не тільки розуміє фізичну опору, а й використовує її як образ. Іншими словами, контакт людини з реальністю, з тілом, з самим собою сильніший, стресостійкіший, вищий рівень стресостійкості, кращий самоконтроль.

Переживаючи трагедію, людина відчуває себе безпідтримкою, «приземленим під ногами», і, як наслідок, бракує взаємної підтримки, автентичності, відсутності або навіть слабкої стабільності та довіри, яких немає.

У тілесно-орієнтованій терапії для створення цього відчуття використовуються спеціальні прийоми та прийоми, які допоможуть зменшити тривогу, створити впевненість і внутрішню стабільність (Райх В.) [38]. Таким чином, проведені теоретичні дослідження особливостей використання методів тілесно-орієнтованої терапії дозволяють зробити висновок, що рейхтерапія, біоенергетична та інші види тілесно-орієнтованої терапії є ефективними методами емоційного розряду та ефективних змін у почуттях, тілі та самому собі. характеристики. Методи зазначеного напрямку терапії полягають у приведенні людини до стану спокою, релаксації, зниження рівня тривожності, відчуття гармонії з навколишнім світом. Зняття тривоги при використанні будь-якого тілесно-орієнтованого методу [31].

Таким чином, тілесно-орієнтована терапія (терапевтична робота з енергетичним балансом, диханням, рухом, м’язовим тонусом, функціями тіла; робота з ресурсами розвитку та відчуття безпеки; енергетичні та міжособистісні межі тощо) є корисним і унікальним шляхом до індивідуального розвитку. зростання, особистісного вдосконалення і цілісного розвитку людини, оскільки це допомагає інтегрувати відчуття розуму, серця і тіла в єдине ціле, відновлювати втрачені або створювати нові речі, яких раніше не було, створювати відносини між ними, умови, що стикаються з повноцінність і впевненість фізичного життя особистості. Він також сприяє емоційній, вольовій, фізичній, інтелектуальній гармонізації особистості, формуванню вміння виявляти внутрішні бажання, потреби, почуття, сприяє розвитку творчої активності особистості шляхом підвищення рівня самоприйняття та зниження тривожності.

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз тілесно- орієнтованої терапії. А саме, розглянуто сутність методу тілесно- орієнтованої терапії в науковій літературі. Методи тілесно-орієнтованої терапії відіграють важливу і важливу роль у сучасній психологічній науці, оскільки в них використовуються спеціальні засоби

психотерапевтичного впливу, а саме робочі рухи, дихання, м’язовий тонус, що допомагає розуму, розуму і тілу інтегрувати відчуття. сприяє створенню умов для повноцінного і надійного контакту особистості з життям власного організму. Грамотно проведена психокорекційна робота за допомогою тілесно-орієнтованої терапії дозволяє людині відчути внутрішню свободу, зняти м’язові спазми, досягти гармонії в житті. Саме в тілі людини виражаються всі думки і переживання її життя з моменту формування тіла, з внутрішньоутробного життя, коли свідомість і свідома пам’ять ще повинні були існувати [4].

# РОЗДІЛ 2.
# ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ПТСР

## 2.1 Поняття травми в науковій літературі

Поняття «психічна травма» вперше з’являється в науковій літературі наприкінці 19 ст. Узагальнення еволюції раннього наукового розуміння природи і сутності поняття «психо-травма» можна знайти в працях Зигмунда Фрейда. Грунтуючись на дослідженні Д. Брейером його роботи з істеричною клієнткою, Фрейд вважав, що майже всі симптоми істерії викликані так званими психічними травмами.

Це привернуло тогочасну психологічну громадськість до активної уваги до глибинного змісту цієї теми та самого поняття «психічна травма». Поняття «психічна травма» зараз широко використовується в сучасній психологічній науці. Проте існують суттєві розбіжності в трактуванні цього явища. З одного боку, він зосереджується лише на конкретному аспекті (наприклад, науковій школі чи напрямі), який здається найважливішим. З іншого боку, нерегулярність у визначенні передбачає складність і суб’єктивність переживань травматичних подій, які важко чітко систематизувати та узагальнити за певними критеріями.

Термінологія, яка використовується для опису змістової складової поняття «психотравма», повністю відображає професійний напрямок автора (медицина, психологія) або наукові течії (психоаналіз, біхевіоризм, гуманістична психологія, екзистенціальна психологія тощо). вказує на приналежність .).

Н. Пезешкіан, основоположник методу позитивної психотерапії, розрізняє два типи психотравм: макротравми та мікротравми. Він вважає, що основна роль у житті людини належить макротравмі, яка стимулює розвиток особистісних рис, що сприяють адаптації до змінюваних умов і можуть стати каталізатором позитивних змін у житті людини. За його словами, серед психотравм є не тільки негативні аспекти, але й ті, що можуть бути сприйняті як корисні для розвитку [2].

Традиційне медичне визначення терміну «психічна травма» було сформульовано О. Черепановою. Вона трактує психічну травму як «травматичний стрес» — ситуацію, коли людина переживає подію, яка заважає її нормальній життєдіяльності та є для неї загрозою або шоком особливого характеру [32].

З медичної точки зору, психічне захворювання є наслідком надзвичайно сильних деструктивних переживань (страх, паніка, безпорадність), які виникають через події, що загрожують безпеці та виживанню людини (О. Осипов, О. Захаров, О. Черепанова та ін.). Психічна травма виникає, коли подія виходить за межі звичного досвіду, що викликає тривожні емоції, такі як сум, безпорадність і страх. Водночас варто зазначити, що термін «психотравма» не використовується в медичній літературі.

З точки зору психології, психічна травма — це порушення психічної цілісності, викликане певною ситуацією, яка інтерпретується як нездолання та незвичайна через недостатність захисних механізмів, що веде до глибоких емоційних переживань (Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна). У цьому контексті важливим аспектом є не сама подія, а її суб'єктивне сприйняття (Н. Пов’якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук).

Можна провести відмінність між психічною травмою та психологічною, оскільки одна й та сама подія може призвести до травматизації однієї особи, а інша може її не торкнутися, залежно від значущості ситуації та інтерпретаційних механізмів особистості.

Хоча визначення психологічної травми в медичному та психологічному контекстах мають певні відмінності, їх об'єднує те, що травма виникає через надзвичайні події, що супроводжуються інтенсивними негативними емоціями (страх, безпорадність, втрата контролю). Дональд Калшед, представник юнгіанського психоаналізу, у своїй статті «Внутрішній світ травми» зазначає, що поняття «психотравма» стосується будь-якого досвіду, що викликає глибоке душевне страждання [31].

За його словами, травмована психіка зазнає ушкодження, проявляючи синдром нав’язливого повторення, коли людина неусвідомлено потрапляє в

ситуації, які повторюють попередні травматичні переживання. Як стверджував З. Фрейд, «невроз долі» характеризується схильністю до повторення травматичного досвіду.

Наприклад, особа, що пережила приниження, може знову опинятися в подібних ситуаціях, або людина, яка зазнала зради, часто відчуває себе зрадженою. Калшед також зазначає, що є психічні ушкодження, що несумісні з життям особистості, як фізичні ушкодження, що несумісні з фізичним життям. В такому випадку особистість до травми вже не існує після неї, хоча ця втрата не є незворотною, на відміну від фізичної травми.

Враховуючи це, терапія психічної травми має починатися з побудови довіри, яка виникає через розуміння та емпатію з боку психолога, після чого відновлення захисних механізмів та нормального функціонування повинно відбуватися поступово. Загалом, можна сказати, що психічна травма визначається як інтенсивний стан страху, коли людина стикається з раптовою загрозою, що перевищує її можливості для контролю та реагування.

У психологічній енциклопедії термін «психологічна травма» описується як негативний вплив екстремальних факторів зовнішнього середовища або стресового впливу інших людей на психічне здоров'я [5]. Т. Титаренко у своєму словнику дає таке визначення: «Психологічна травма — це наслідки афективних переживань, спричинених зовнішніми чинниками, що викликають психічний дискомфорт і мають патогенний вплив на особистість» [6].

Ці два визначення відображають схожість між психологічною та психічною травмою. Водночас індивідуалізація поняття «психологічна травма» є новим напрямом в психологічній науці. Л. Існування зазначає, що психологічна травма — це суб'єктивна інтерпретація ситуації, яка базується на здатності контролювати ситуацію та зменшувати невизначеність і вразливість.

У багатьох сучасних практиках «психологічна травма» визначається як стан сильного страху, в якому людина стикається з раптовою небезпечною для життя ситуацією. Такий страх перевищує мотивацію індивіда і заважає йому використовувати та реагувати належним чином. Цікавою є ідея виявлення

руйнівної сили травми П. Левіна. Розвиваючи це, автор об’єднав відповідні знання не лише з психології та психотерапії, а й з біології, психофізіології та нейропсихології. Під травмою він розуміє порушення бар'єру, що захищає людину від впливу, і супроводжується надзвичайно сильним почуттям депресії та безпорадності.

Психологічна травма, як правило, виникає внаслідок нестачі індивідуальних ресурсів для подолання кризи. На його думку, деструктивна сила психічної травми безпосередньо залежить від індивідуальної значущості травмуючої події для особистості, ступеня її психологічної безпеки та здатності до саморегуляції [8; 9].

Е. Мазур вважає, що «психологічну травму в найзагальнішому розумінні можна визначити як реакцію індивіда на життєві події». До таких подій належать війни, терористичні акти, стихійні лиха, аварії та катастрофи, фізичне, емоційне та сексуальне насильство, важкі хвороби та медичні операції, ситуації втрат, горя, громадянські війни тощо [10].

Таким чином, травма узагальнює всі життєві етапи, які можна вважати складними етапами життя, особливо екстремальні, і, як представник напряму екзистенціальної психології, дає еквівалентний опис психологічної травми та психічної травми, що визнається більшістю вчених [11, стор. 2–3 і далі]. Для перевірки цієї думки можна звернутися до визначення категорії сенсу в концепції психотравми З. Фрейда і К. Юнга. Джерелом психопатології вони бачили не трагедію в житті людини, а жахливий вплив цього процесу на розуміння думок, афектів і речей, які торкаються внутрішніх структур душі [4]. У 2007 році було запропоновано соціально-гуманістичне розуміння психологічної травми як узагальнення для розуміння змісту та сутності поняття «психо-травма» з точки зору представника психології А. Красило. Автор стверджує, що психотравма не може бути подією, і дає визначення психологічної травми. На думку А. Красило, психологічна травма – це глибоке порушення особистісної самооцінки внаслідок втрати або неотримання значущих соціальних цінностей.

Стан підвищує значущість цих цінностей для особистісного розвитку в межах конкретної травматичної зони [12]. Вчені визначають травму втрати як психічну

травму від втрати близьких (фізичну – смерть, психологічну – розлучення), і зауважують, що події в житті людини майже завжди призводять до серії втрат. При цьому віддаленими наслідками кризи чи події ми фактично розглядаємо не лише розвиток реакцій на саму кризу, а й усі її наслідки. І невдовзі з'являється погляд на етапи розвитку травми втрати та горя як відповіді психіки, і накреслення чітких ознак, які потрібно подолати, і пошук інструментів для швидкого виходу з горя. Як ми бачили, в літературі сучасних психологів і психіатрів немає чіткого визнання таких понять, як «психічна травма», «психологічна травма», «травма втрати». Автори пояснюють функції людської психіки, аналізують їх механізми, подають їх трактування, наводячи приклади з власного досвіду, пропонують пояснення. Все це створило чудовий дослідницький інструмент. Безперечно, глибше розуміння психотравматизм є бажаним і цінним, але явно бракує єдиної теоретичної основи, яка б дозволила піонерам досягти консенсусу щодо термінології та глибшого розуміння проблеми».

Звичайно, багато ідей і методів сприяють науковому прогресу, наука збагачується новими теоріями, але важливо усвідомлювати, що нові теорії повинні нести новий підхід до явищ і процесів, заснований не на дуже хибній науковій основі, ні. чітко визначений, прийнятий і унікальний понятійний апарат. Однак для нас є що побачити в цих трьох поняттях, які ми вивчаємо: «психологічна травма», «психологічна травма», «травма втрати», тобто опис психотравмуючих ситуацій, їх руйнівного впливу на психіку людини та як їх подолати [9].

Тому можна зазначити, що поняття «психічна травма», «психологічна травма», «травма втрати» мають спільне те, що їхнє походження переплетене, насамперед, із життям і подіями, які виходять за межі індивідуального досвіду, а переживання страждань – почуття. безпорадний і наляканий. І ця спільність видається особливо важливою на практиці, тому що якщо травматичні ситуації впливають на психіку людини, то дуже ймовірно, що справжня катастрофа відбувається тоді, коли вплив елемента травматичних подій давно вичерпано. Тоді ж почалася допомога постраждалим. Встановлено, що приблизно 30% населення більш-менш успішно справляються лише з симптомами, а своєчасна медико-

психологічна підтримка може знизити частку розладів адаптації в популяції на 20 і 3–5% [29].

### 2.2 Формування посттравматичного розладу

За останні десятиліття розуміння посттравматичного стресового розладу розширилося і різко змінилося. Наприклад, вважається, що посттравматичний стресовий розлад виникає не тільки після гострої стресової реакції, але й у осіб, які не мали розладів після надзвичайної події. А в деяких випадках симптоми посттравматичного стресового розладу часто можуть бути спровоковані незначною психічною травмою. Крім того, вчені вважають, що психофізіологічні зміни є нормальною реакцією на психотравмуючу ситуацію, яка може зникнути сама по собі без надання психологічної допомоги. У той же час, проведене дослідження показує, що симптоми ПТСР у учасників бойових дій є більш вираженими, що вказує на потребу жертвам отримати психологічну підтримку для полегшення травми.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає у людей після пережитих травматичних подій, які залишають глибокий емоційний слід. Формування цього розладу залежить від різних чинників. Індивідуальні особливості, такі як генетична схильність, фізіологічні характеристики нервової системи, а також соціальна підтримка, можуть сприяти розвитку ПТСР. Люди, які мають проблеми зі стресовою адаптацією або в минулому мали психічні розлади, більше схильні до цього стану.

Травматичний досвід, зокрема насильство, катастрофи, нещасні випадки або участь у бойових діях, значно збільшує ймовірність розвитку ПТСР. Важливими є не тільки самі події, але й інтенсивність переживань і їх тривалість. Психологічна реакція на такі події може включати флешбеки, панічні атаки, відчуття постійної небезпеки та емоційну ізоляцію. Водночас, здатність людини адаптуватися до стресових ситуацій без професійної допомоги може стати вирішальним фактором у розвитку ПТСР.

Якщо людина не має змоги подолати стрес або знаходиться в умовах, які підтримують тривалий страх і тривогу, це створює умови для розвитку порушення. Важливими факторами є також відсутність належної психотерапевтичної допомоги і соціальної підтримки, які можуть значно полегшити процес відновлення.

Формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є складним і багатофакторним процесом, який визначається поєднанням зовнішніх і внутрішніх чинників. В основі розвитку ПТСР лежить травматичний досвід, що перевищує здатність людини адаптуватися до стресу. Травматичні події можуть бути різними, від природних катастроф до насильства або війни, і їх сприйняття сильно залежить від індивідуальних особливостей людини, таких як її психологічний стан, рівень стресостійкості, соціальна підтримка і навіть генетична схильність до розладів.

За даними досліджень, люди з підвищеною тривожністю або з історією психічних розладів більш схильні до розвитку ПТСР після пережитих травм. Крім того, тривалість і інтенсивність травми, а також її переживання (наприклад, відчуття безпорадності чи безвиході) значно впливають на ризик виникнення розладу. Люди, що стикаються з травмою без підтримки з боку близьких або професіоналів, більш схильні до хронічного розвитку ПТСР. Відсутність соціальної підтримки може не тільки підвищити рівень тривожності, а й затримати процес відновлення.

Дослідження показують, що навколишнє середовище, включаючи культурні, соціальні та економічні умови, також відіграють важливу роль у виникненні та перебігу ПТСР. Наприклад, у людей, які пережили військові конфлікти, ПТСР може мати більш складні симптоми, зважаючи на тривалість стресу та відсутність стабільного середовища для відновлення.

Ефективним методом допомоги в разі ПТСР є психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та травма орієнтовані методи лікування. Ці методи спрямовані на зменшення симптомів, таких як флешбеки, панічні атаки та емоційну ізоляцію, допомагаючи людині знову відчути контроль над власним життям і зменшити вплив травми на повсякденне існування.

Крім того, важливою є роль раннього втручання в разі виникнення ПТСР, оскільки чим раніше розпочати лікування, тим більша ймовірність запобігти хронізації розладу та покращити якість життя постраждалих осіб.

Психотерапевтичні методи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та інші травма орієнтовані підходи, сприяють зниженню симптомів ПТСР і допомагають людині повернутися до нормального життя.

Речі, які повторюються, переглядаються, а також образи, думки чи ідеї. Такі спогади виникають без будь-яких зовнішніх впливів і допомагають створити відчуття реальності події. Вони виникають мимоволі, навіть коли людина намагається забути пережите. Як правило, такі яскраві спогади у дорослих виникають під час неспання або під впливом алкоголю чи наркотиків. У дітей вони можуть проявлятися в іграх, які повторюються і демонструють елементи травмуючої події [27].

Відчуття, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди, ніби повторюються стресові події; дезорієнтація триває від хвилин до годин або днів, протягом яких людина повертається до незвичайних подій.

Виникнення стану психоемоційного напруження або гострого стресу, спровокованого зовнішніми або внутрішніми подразниками, які короткочасно нагадують про травматичну подію.

Фізіологічна реакція організму під впливом подразників, що символізують аспект стресової події, що проявляється пітливістю, зрощенням кінцівок, слабкістю, тремтінням, судомами в різних частинах тіла.

Намагання уникати думок, почуттів і розмов, пов’язаних із травмою. Спроби уникати діяльності, місць і людей, які викликають спогади про травму.

Часткове або повне забуття важливих складових травми. Не можна пригадати жодного епізоду, який з ним трапився.

Втрата інтересу до раніше важливих і важливих питань. Байдужості байдужості і небажання входити в те, чим людина колись насолоджувалася.

Почуття ізольованості від інших, ізольованості та самотності в колі родини та близьких друзів.

Нездатність будувати плани на майбутнє, орієнтація на довгострокові життєві цілі, почуття «несподіваності щодо майбутнього». Про своє життя можна згадати лише мить.

Підвищений рівень тривоги, неспокій, нервове виснаження, фізичний і психічний біль. Труднощі зі сном, проблеми з відходом до сну. Страждати від поганих снів, особливо якщо сни віщують неприємності. .

Зниження мотивації до навчальної діяльності та погіршення успішності. Проблеми полягають у зосередженні, концентрації, розподілі уваги, сприйнятті навколишнього світу та позитивному ставленні до нього.

Постійно очікує проблем, сприймаючи їх як зневіру. Це часто проявляється у фізичних труднощах, у належній турботі про інших людей, у готовності подолати труднощі в будь-який час. Такий екстремальний стрес вимагає багато життєвої енергії, виснажує її і не дає відпочити і розслабитися.

Виражена реакція переляку, яка проявляється невеликими звуковими подразниками (шум транспорту, крик тощо), є неадекватною реакцією (людина кричить, плаче, починає бігти) і актуалізує відчуття . бути нездатним до співпраці [24].

Клінічна картина може включати наступні додаткові ознаки: - схильність до фізичного насильства, імпульсивність, дратівливість; - зловживання алкоголем, наркотиками, седативними засобами для зняття тривоги; – антигромадська поведінка чи злочинна діяльність; – депресія, суїцидальні думки та спроби суїциду; – високий рівень психічної нестійкості; - неспецифічні соматичні розлади, соматичні та психосоматичні розлади, такі як хронічне м'язове напруження, виразка шлунка, коліт, захворювання серця.

Ми розглянемо стадії посттравматичного стресового розладу9. Перший період становить 48 годин після події. Іноді цю стадію називають шоком. Зовні це може проявлятися у вигляді паніки, ступору або інфантилізації, регресу. Інфантилізація людини – це шоковий стан, який потребує материнської любові та батьківської влади.

Його першим символічним проявом є суто фізичне тепло до жертви: обійміть його, потримайте, віднесіть у безпечне місце (і не вказуйте, куди йти), дайте йому тепла, якщо це необхідно; використовуйте будь-яке тепло і дайте теплі ванни , повторити кілька разів, поки все не зникне, у повній безпеці, і лише тоді залишити під нагляд іншого рятувальника, або з конкретними інструкціями щодо подальшої поведінки (наприклад, спокійно залишатися на місці, поки рятувальники отримають нові інструкції). Демонстрація батьківської сили має бути чіткою та послідовною у навчанні жертв, особливо у часи великого страху.

Така тактика не повинна бути спрямована на окремих осіб (наприклад, випадки виходу зі стадії паніки чи ступору), а скоріше на людей у групах. Прикладом психологічно грамотної роботи в умовах кризи є представлення послідовних, послідовних, послідовних правил жертвам. Тому важливо передбачити правила, які координують дії окремої особи чи групи осіб. Команди подаються через радіопідсилювачі чи гучномовці та регулюють місця зустрічей, поведінку та дії (складання списків, підрахунок чи взаємодія в групах), хоча ці правила є непрактичними з огляду на розгортання рятувальних операцій.

Психолог на місці катастрофи повинен спостерігати за психічним станом постраждалих, родичів і тих, хто вижив, щоб допомогти їм подолати трагедію. Для цього психолог може попросити людину з ознаками стресу допомогти іншим – заспокоїти колегу, направити в безпечне місце; замовити продукти, заварити чай. У цьому світі жертви майже ніколи не звертаються за допомогою до психологів. 80% постраждалих за сприятливих соціальних умов самостійно виходять із стресу після першої стадії. Деякі переходять на другий етап.

Друга фаза триває від одного до шести місяців (або восьми місяців). Він характеризується учасниками великих катастроф і ейфоричною єдністю людей, які пережили катастрофу. Без відповідних умов для цього особини можуть досягати стану агресії. В умовах єдності група може чинити агресію на оточення. Часто потреба в психологічній допомозі не усвідомлюється постраждалими.

На їхню думку, необхідна лише матеріальна підтримка. У цей час приблизно 20% учасників важкої кризи мають деякі з наступних: психосоматичні; труднощі у

виконанні службових обов'язків; питання, пов'язані з життям людини (взаємодія з навколишнім середовищем, дотримання соціальних норм тощо); сексуальні проблеми; афективні розлади. За цей період кількість звернень за допомогою до психолога була найбільшою. Експерти вважають, що це найкращий час для негайного та ефективного втручання, яке може запобігти погіршенню синдрому ПТСР [17].

На цьому етапі психолог повинен підтримувати процес інтеграції жертви. Він може організувати дискусійні групи з людьми, які мають спільний досвід виявлення та подолання стресового стану у формі зустрічних груп; журнали, участь у телевізійних програмах, де кожен може поділитися своїми спогадами, думками та міркуваннями про вплив трагедії на його подальше життя та життя його родини, а також про проблеми, які хвилюють сьогодні 'ayaraki. Характерною ознакою природного розвитку другої стадії травматичного стресу є надмірна ейфорія, яка при поверненні до повсякденного життя може перерости у важку депресію.

Заходом психопрофілактики на цьому етапі стресу є певне «заземлення» ейфоричних настроїв постраждалих. Для тих, хто не звертається за психологічною допомогою, а перебуває в стані «ейфоричного єднання», залишаються застереження впоратися зі стресом самостійно. Більшість людей, які переживають другу стадію стресу (почуття єдності, з одного боку, і порушення на одному рівні: соціальному, офіційному чи особистому), з іншого, бачать зменшення симптомів стресу ще до того, як ця стадія закінчиться. У деяких потерпілих (3-8% від загальної кількості) може спостерігатися різна динаміка симптомів, коли порушення спрямовані на декілька сфер життя. Такі постраждалі особи не в змозі оговтатися від стресу самостійно і можуть перейти до третьої стадії.

Третя чверть триває недовго, і в цей момент подолати біль поодинці практично неможливо. Ця стадія називається синдромом ПТСР. Повна картина включає проблеми на всіх трьох рівнях життя: соціальному, службовому та особистому. Постраждалі знають, що потребують психологічної допомоги, але важкий емоційний стан не дозволяє звернутися за нею самостійно, тому ведуть до психолога рідних чи близьких.

Проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в останніх досягненнях медичної науки все більше привертає увагу дослідників як за кордоном, так і в країні. Посттравматичний стресовий розлад - це хронічний психічний розлад, який може виникнути після травматичних життєвих подій, таких як: насильство, стихійні лиха, сексуальне насильство або втрата близьких. У всьому світі принаймні раз у житті 70,4% людей переживають травму, а 4% переживають ПТСР [32].

ПТСР може бути дуже шкідливим для пацієнта. Цікаво, що ПТСР спочатку вважався військовим розладом до того, як на цю тему було проведено багато досліджень. Таким чином, з кінця 19 століття до кінця 20 століття він був відомий як синдром, а зараз відомий як посттравматичний стресовий розлад у людей, які беруть участь у військових діях.

Тема знову стала актуальною у другій половині XX століття, коли світ охопили локальні військові конфлікти, а військова дисципліна та мужність не врятували його від серйозних проблем, які не зникли з часом. На сьогоднішній день дослідники посттравматичного стресового розладу та психологічної травми загалом погодилися, що посттравматичний стресовий розлад є психогенним захворюванням, спричиненим стресом \ що наша психіка не в змозі швидко й ефективно впоратися з раніше прийнятими рішеннями.

За словами Савчина та Василенка, посттравматичний стресовий розлад — це непсихотична пізня реакція на травматичний стрес, який може спричинити психічну травму майже будь-кому (наприклад, природні та техногенні катастрофи, бойові дії, катування, зґвалтування тощо).

На психологічному рівні симптоми ПТСР є сукупністю взаємопов’язаних психологічних особливостей (симптомокомплексу) у межах семантичного поля поняття «посттравматичний стрес».

Клінічна картина являє собою поєднання психопатичних розладів поведінки (асоціальних, вибухових, істеричних), що посилюються алкоголізмом, наркоманією, і вираженою невротичною симптоматикою. На думку військових психіатрів, симптомами посттравматичних стресових розладів є тривалі або

уповільнені умовно-пристосувальні зміни та психічні розлади, що виникають внаслідок впливу бойових факторів. Відомо, що деякі з цих змін ставлення є адаптивними під час конфлікту та іноді призводять до проблем у мирний час.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) описує психологічні симптоми, що є наслідком серйозних життєвих подій, які значно заважають нормальному функціонуванню. ПТСР спричиняють автомобільні аварії, стихійні лиха та насильство. Люди з травмою в анамнезі рідко переживають лише одну травматичну подію, як правило, кілька епізодів травматичної діяльності, які призводять до складних симптомів [24].

ПТСР складається з трьох груп симптомів, включаючи усвідомлення травми тут і зараз, уникнення травматичних спогадів і відчуття постійної загрози в сьогоденні, що характеризується підвищеною поведінкою, пов’язаною зі страхом, і посиленим моніторингом. Більш важка форма посттравматичного стресового розладу, яка називається комплексним посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), відрізняється від відомого травматичного синдрому п’ятьма компонентами: спогади, токсичне почуття провини, заперечення інтересів і потреб, внутрішня критика та соціальна тривога.

Визначення ПТСР за МКБ-11 включає три кластери ПТСР і три додаткові кластери, які представляють «розлади самоорганізації» та впливають на дисрегуляцію, негативну самооцінку та міжособистісні розлади. Дослідники вважають, що ці переваги, зазвичай пов’язані з тривалим, повторюваним або кількома типами травматичного впливу, відображають виснаження емоційних, психологічних і соціальних ресурсів під час тривалої травми.

Ряд дослідників також досліджували симптоми ПТСР: труднощі в регуляції афективних імпульсів; млявість, повільна обробка інформації, проблеми з увагою і концентрацією; диссоціативні епізоди і деперсоналізація; проблеми в самосприйнятті, хронічне почуття провини, пов'язане з сильним соромом; є питання довіри та близькості в системі значень, що постійно змінюється. Почуття самотності та нікчемності, перепади настрою, надмірна реакція на гострий стрес, підвищена чутливість до стресових ситуацій, суїцидальні думки.

Локтева та інші вважають, що посттравматичний стресовий розлад впливає на всі структури особистості - самооцінку, образи інших, цінності та ідеали, і призводить до переконання, що послідовність систематично руйнується нападом індивіда. ПТСР – це розлад, який виникає після впливу стресора, зазвичай сильного або тривалого, який важко або неможливо усунути. На сьогоднішній день більше досліджень розрізняють два профілі симптомів (понад 40 досліджень, проведених у 15 різних країнах, послідовно демонструють різницю між ПТСР і ХПТСР).

Симптоми ПТСР відрізняються залежно від тяжкості травми. Встановлено, що поширеність ПТСР становила 2,6% у загальній обстеженій популяції. Серед населення в цілому посттравматичний стресовий розлад спостерігається в 1-12% випадків і до 30% постраждалих від травматичної ситуації. Є також повідомлення про те, що травматична подія може викликати посттравматичний стресовий розлад у 50-80% людей.

Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність посттравматичних стресових розладів зростає в контексті локальних подій, включаючи військовий конфлікт, серед великої кількості людей. Виникнення ПТСР залежить від типу травми, статі, віку та соціокультурних особливостей. Поширеність цієї проблеми оцінюється в 0,5% серед чоловіків і 1,2% серед жінок.

Поширеність ПТСР у групах ризику (проживання в зонах підвищеного ризику стихійних лих, катастроф, військових конфліктів) зросла з 73-92%. ПТСР зустрічається у людей різного віку, але найчастіше у підлітків. Ця проблема також може спостерігатися у дітей. Як наслідок, є повідомлення, що приблизно у 80% дітей, які отримали опіки, розвивається ПТСР через 1-2 роки після травми, у порівнянні лише з 30% дорослих.

Автори пояснюють це тим, що маленькі діти ще не розвинули механізми, щоб справлятися з фізичними та емоційними наслідками травми. Ці автори припускають, що те ж саме стосується людей похилого віку, коли механізми подолання психічної травми ослаблені, а також оскільки вплив посилюється

наявністю інших захворювань. За даними деяких авторів, жінки старшого віку частіше переживають травматичні психічні ситуації, ніж чоловіки [34].

Водночас серед дітей таку тривогу частіше відчувають хлопчики, ніж дівчатка. Кілька досліджень показали, що ПТСР має багато травматичних подій, які значно підвищують ризик. Воно поширюється не лише серед безпосередніх жертв подій, а й серед тих, хто був свідком катастрофи, наприклад, рятувальників, родичів, лікарів, пожежників.

Таким чином, серед тих, у кого діагностовано ПТСР, можна виділити три категорії: тих, хто: 1) переживає прямий стрес; (2) надав допомогу або був присутній у будь-якій події; (3) дізнався після інциденту.

На сьогоднішній день складність діагностики ПТСР полягала не тільки в класифікації подій і факторів, що викликають ПТСР, а й у термінологічних труднощах психогенного фактора. У зв’язку з цим серед дослідників точиться суперечка щодо обґрунтованості встановлення діагнозу ПТСР за етіологічною ознакою. Спочатку ПТСР розглядався як військова проблема.

Так, з кінця 19-го до кінця 20-го століття у людей, які брали участь у бойових діях, був виявлений синдром, подібний до того, що зараз називається посттравматичним стресовим розладом. Перше, що помітили і описали солдати в 12 великих битвах Громадянської війни в США наприкінці 19 століття, це наявність серцевих захворювань, пов'язаних з психічними симптомами. З цієї причини такий стан називають «солдатським серцем», «роздратованим серцем», «синдромом напруження», «бойовим психоневрозом», «озброєним шоком», «військовим неврозом», «фронтовою втомою», «шоком від снаряда». "", який називається "втома від бою", "синдром тисячі поглядів" вважалося, що до Першої світової війни будь-які психологічні відхилення пов'язані з травмою або військовими умовами. визначалися з моральної точки зору як прояви боягузтва та слабкої військової дисципліни.

Багато інших досліджень, які ще тривають, були проведені щодо зв’язку між розвитком розладу змісту події та причинним фактором стресу. Подібна симптоматика, яка визначається бойовою психічною травмою, була виявлена під

час Другої світової війни у понад 75% в'язнів нацистських концтаборів. У той час ці розлади класифікувалися як невротичні та близькі. У подальшому, приблизно через 5-10 років після закінчення Другої світової війни, у деяких солдатів вперше виявляються тривога, мрії військового змісту, агресивність, смирення, труднощі в соціалізації [14].

Збільшується список травматичних подій, під час яких виявлялися симптоми психічних розладів, що нагадують посттравматичний стресовий розлад. Виявляється, такі симптоми, пов'язані з травмою голови, можуть виникати не тільки під час бойових дій, а й під час інших дій. Подібний клінічний приклад показаний у зв'язку з серйозними небезпечними для життя або фізичними стосунками.

Для розуміння катастрофи необхідні такі обставини: надзвичайна подія, яка спричиняє матеріальні руйнування, або спричиняє смерть, фізичну шкоду, страждання людей; процес повинен призвести до порушення адаптації всередині соціальної групи; спільнота втрачає відповідні соціальні форми реагування. Автор вважає, що для того, щоб кваліфікувати подію як катастрофу чи катастрофу, недостатньо просто описати її розмір, інтенсивність, раптовість чи непередбачуваність. Для цього слід враховувати фактор загрози чи негайного руйнування структури чи згуртованості спільноти, адаптацію до цієї події чи розуміння принципів домінуючої культури.

Зараз визнано, що посттравматичний стресовий розлад може викликати такі «події», які є незвичайними для людини, виходять за межі звичайного людського досвіду, очевидно, є стресом для будь-якої людини та супроводжуються страхом, жахом, почуттям безпорадності [34].

Сам стрес залежно від ступеня прояву може бути гострим і хронічним. Перша фаза психологічної травми - це гостра реакція на стрес. Якщо прояв стресової реакції триває місяці або роки, така реакція вважається хронічною. Комплексний посттравматичний стресовий розлад ґрунтується на травмі та негативному міжособистісному досвіді, якого неможливо уникнути. Наприклад, якщо в дитині закладено багато тривожності, батько в цьому випадку не допомагає дитині

впоратися зі стресом, а лише посилює його. Дослідження показали, що сексуальне насильство над дітьми пов'язане з травмою; висока схильність до стресів; нереалістичні, часто помилкові уявлення; низький рівень соціальної активності підвищує ймовірність розвитку складного ПТСР, який тісно пов’язаний із симптомами тривожно-депресивних розладів і призводить до суїцидальних тенденцій.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад, як правило, є результатом ранньої дитячої травми. Отже, це можна розглядати як пов’язане з глибоким відчуттям себе, миру та суспільства. Психологічна травма функціонує тут як фільтр, який пропускає інформацію, яка створює когнітивні викривлення, які індивід використовує у своєму свідомому житті. Так, наприклад, люди зі складним посттравматичним стресовим розладом вдвічі частіше стають власниками хронічного соматичного захворювання, при цьому більш ніж у 2 рази збільшуються спроби суїциду. Ряд авторів припускають, що клінічна картина ПТСР характеризується поліморфізмом і полісиндромністю. Так, Григоренко визначив ПТСР як складне полісиндромне утворення зі стійкими тривожно-депресивними, тривожно-фобічними, обсесивно-компульсивними структурами, з формуванням поведінки уникання в процесі захворювання.

Водночас, різна психопатологічна структура депресії ПТСР та кореляція з іншими симптомами, автор виділяє синдромоутворюючу роль домінантного депресивного афекту ПТСР від ранніх стадій розвитку психогенних розладів, різних типів хронічного ПТСР: тривожного, дисфоричного, апатичного та соматоформний.

Люди з посттравматичним стресовим розладом здаються ворожими, замкнутими та ворожими. З ними важко спілкуватися, тому що неможливо порозумітися, навіть якщо ми говоримо з ними різними мовами. Часто пацієнт виглядає образливим або нарочито зухвалим. Справа в тому, що людям з посттравматичним стресовим розладом важко знайти роботу і працювати, особливо якщо врахувати, що звичайні вимоги до дисципліни на робочому місці для них невідповідні. До негативного «вигляду» цих людей додається алкогольна

та наркотична залежність. Усі ці чинники сприяють їх соціальному відторгненню та потенційному залученню до пенітенціарних структур.

До невизначеності та різноманітності понять причини катастрофи відносяться «стрес», «катастрофа», «надзвичайні ситуації», «екстремальні ситуації» тощо. Одні автори визначають стрес як набір стереотипних, запрограмованих реакцій організму на вплив екстремальних факторів. По-третє, діяльність, що викликає стрес, наприклад катастрофи, значно збільшилася, оскільки люди можуть розвинути постстресові реакції. Немає чіткості у визначенні понять «психологічна травма» і «кризова ситуація». Так, Кисельова вважає, що про психічну травму можна говорити лише тоді, коли відбувається якась подія, яка змінює нинішнє життя людини, критерій, спрямований на визнання втраченого зв'язку між минулим і майбутнім, а також негативне забарвлення такого суб'єктивного сприйняття.

Деякі автори розглядають надзвичайну ситуацію з соціально-біологічної точки зору як порушення стабільності та цілісності індивідуальної системи, а також її макро- та мікросоціального середовища. Водночас залежно від їхнього сприйняття, чи стане та чи інша подія екстраординарною та якими будуть наслідки, залежить від людини [24].

Класифікація подій, надзвичайних ситуацій та визначення того, які події є «найбільш стресовими», що сприяють ПТСР, ще довго залишатимуться предметом суперечок і досліджень у науковому співтоваристві. Також обговорили формулювання інциденту: «стрес», «катастрофа», «надзвичайна ситуація», «екстремальна ситуація», «подія». Деякі дослідники йдуть далі і визначають свої критерії стресу, включаючи частини різних психологічних, психофізіологічних і соціальних теорій. Інші автори надають перевагу визначенню надзвичайних ситуацій як майже всіх подій, які відхиляються від повсякденного життя людини, таким чином розширюючи концепцію стресу та постстресових реакцій. Цілком можливо, що така полеміка триватиме дуже довго, поки одного дня, яку б термінологію ви не використовували, що вважатиметься початком кризи. Взявши за відправну точку той факт, що ПТСР розвивається у відповідь на сильний стрес,

важливо пам’ятати, що наслідки стресу можуть бути опосередковані будь-яким із психічних розладів.

Деякі автори вважають участь особи у військовому конфлікті нетиповим типом стресової ситуації. Якщо саму ситуацію у військовому конфлікті можна вважати психологічно травматичною, то вона затягнута в часі. Після того, як боєць приймає рішення, у нього залишається мало часу, його життя під загрозою. У цьому випадку відзначається сильне психоемоційне напруження, стан, повний перешкод і відсутність безпосередньої включеності в те, що відбувається. Враховуючи всі ці чинники, деякі автори вимагають виділити стрес військового конфлікту в окрему групу психопатології.

За наявності розуміння природи комплексного ПТСР в межах клінічних спостережень стає зрозуміло, що міжособистісна травма є самостійним фактором ризику розвитку комплексного посттравматичного стресового розладу.

Травма стає причиною, яка формує у дитини нереальний образ Я, порушується можливість саморегуляції емоційних проявів, що супроводжується порушенням нейробіологічних систем, які коригують емоції та реакції на стресові ситуації. Ця обставина стає ще однією причиною того, наскільки сильно посттравматичний стресовий розлад впливає на психічний стан людини, а не причиною, а можливо, і погіршенням психічного захворювання. Якщо симптоми посттравматичних стресових розладів вивчаються у великій кількості, а не в контексті військових дій, окремі симптоми вивчені недостатньо [14].

Комплексна теорія ПТСР може допомогти зрозуміти індивідуальні особливості переживання травми як порушення механізму міжособистісної взаємодії, що можна розглядати як варіант хронічної психічної травми з постійним психоемоційним стресом. Такі стреси, пов'язані з різними подіями, можуть повторюватися роками або навіть десятиліттями. Якщо одні люди знаходяться в самому епіцентрі негативної ситуації, то інші є ранніми свідками таких травм, які можна назвати соціально-психологічними. Пандемії та різноманітні техногенні катастрофи в контексті глобальної зміни клімату є важливими для вирішення впливу таких подій на те, як такі події сприймаються, інтерпретуються,

приймаються суспільством, і як засоби масової інформації можуть впливати на їх розвиток та посттравматичний стресовий розлад у його населення. зростання. Багато людей хочуть маніпулювати інформацією, яку вони отримують із зовнішнього світу.

Дослідники визнали важливим вивчити прогноз майбутніх подій після психічної травми. Якщо прогноз збігається, навіть тривожним чином, з існуючими уявленнями жертви про наслідки, це супроводжується впевненістю. Проблема – створює внутрішню невпевненість і страх перед майбутнім, змінюючи повсякденну поведінку, змінюючи роль індивідів у навколишньому мікросоціальному середовищі.

Далі автори підкреслюють основну роль процесу та описують, як його сприймають. У той же час вони підкреслюють, що на ранніх стадіях клінічна картина різних типів стресових реакцій практично ідентична, а характер стресової відповіді змінюється в залежності від тяжкості ситуації на наступних стадіях. Також встановлено, що розвиток ПТСР залежить від тривалості психічної травми. Чим довше тривалість впливу, тим більший ризик розвитку ПТСР. Отже, встановлено, що зростання ПТСР зумовлене такими чинниками: причина психічних розладів – війна, природна чи техногенна катастрофа, насильство тощо; інтенсивний стрес - легкий, помірний, важкий, сильний, небезпечний; час впливу впливу стресу - короткочасний, тривалий; раптовий - гострий або хронічний вплив стресу; проблеми організації - масові, індивідуальні; контролює індивідуальну діяльність; соціально-психологічна обстановка в місці, де сталася психічна травма (зовнішні фактори, середовище); прогноз оцінити кожен з наслідків події, що відбувається.

### 2.3 Механізми адаптивної регуляції при ПТСР

При посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) людина знову переживає травматичні події, що можуть проявлятися у вигляді кошмарів або уникання будь-яких ситуацій, що нагадують про травму. Крім того, особи з ПТСР

часто стикаються з підвищеною тривожністю, дратівливістю, порушеннями сну та проблемами з концентрацією уваги. Адаптивна регуляція — це здатність людини ефективно управляти своїми емоціями, думками та поведінкою, що дозволяє нормально функціонувати й адаптуватися до стресових ситуацій. При ПТСР механізми адаптивної регуляції можуть бути порушені, що сприяє посиленню симптомів та розвитку інших психічних розладів, таких як депресія чи тривожні розлади [25].

З розвитком особистості адаптивна регуляція стає більш складною. У перші роки життя дитина вчиться координувати свої емоції та поведінку в контакті з батьками та іншими важливими дорослими. У цей процес активно включаються батьки та інші підтримуючі дорослі, які допомагають дитині зрозуміти свої почуття та адаптуватися до навколишнього світу.

Травма, яка супроводжує ПТСР, може серйозно порушити ці механізми адаптивної регуляції. Це може призвести до розвитку численних психологічних проблем [32].

У контексті терапії для осіб із ПТСР використовуються різноманітні методи. Одним із таких є медитація, під час якої людина концентрується на своєму диханні або на іншому об’єкті, наприклад, свічці або картині. Це допомагає знизити стрес і покращити саморегуляцію.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — це ефективний метод для лікування ПТСР, який спрямований на зміну негативних думок і поведінкових патернів. КПТ використовує такі методи, як реструктуризація мислення, вплив і когнітивна переоцінка, щоб допомогти людині змінити своє сприйняття травми.

Когнітивна регуляція — це здатність контролювати та змінювати свої думки. Для людей із ПТСР важливо навчитися переформатовувати травматичні спогади, змінюючи негативні переконання й установки. Однією з технік є переформатування думок, яке допомагає людині замінити негативні, нераціональні думки на більш реалістичні та позитивні. Наприклад, людина може відчувати провину за пережите, і за допомогою цієї техніки вона може усвідомити, що не несе відповідальності за події, які не могла контролювати [24].

Експозиція — це ще одна техніка КПТ, яка поступово знайомить людину з ситуаціями чи об’єктами, що викликають у неї тривогу або фобії. Наприклад, особа, яка має соціофобію через ПТСР, може почати з того, що спостерігає за людьми з відстані, а потім, поступово, долати свої страхи, вступаючи в соціальні ситуації, такі як відвідування торгового центру або парку.

Когнітивна переоцінка дозволяє людині змінити своє ставлення до травматичних подій, перетворюючи їх на досвід, що додає сили та стійкості, замість того щоб залишатися джерелом постійного стресу.

Завершальним аспектом є біологічна регуляція, яка відіграє важливу роль у фізіологічному стані людини, регулюючи фізіологічні реакції, такі як серцевий ритм, дихання та інші фізіологічні показники, що також сприяє відновленню психологічного балансу.

При ПТСР важливо навчитися справлятися з фізіологічними симптомами, такими як тривога, дратівливість, порушення сну тощо. Це можна зробити за допомогою фізичних вправ. Вправи допомагають зменшити стрес і занепокоєння, а також допомагають краще спати. Рекомендується займатися спортом 30 хвилин на день 5 разів на тиждень[34]. Такі методи релаксації, як глибоке дихання, медитація та повільне розслаблення м’язів, допомагають зменшити стрес і тривогу.

Вони можуть допомогти при тривозі, дратівливості, порушеннях сну тощо. Однак ліки не є монотерапією і повинні використовуватися разом з іншими методами лікування, такими як психотерапія [35]. Окрім емоційної, когнітивної та біологічної регуляції, існують інші механізми адаптивної регуляції, які можуть мати значення при ПТСР. До них відносяться: спілкування. Це може допомогти людям із ПТСР і зрозуміти. Це можна обговорити з близькими, друзями, членами родини або психотерапевтом. Групова терапія може бути ефективним способом для людей з ПТСР налагодити зв’язок з іншими людьми, які пережили подібну травму.

Групова терапія може допомогти людям з ПТСР не почуватися самотніми та навчитись підтримувати один одного. Створення хобі може допомогти людям з ПТСР зосередитися на травматичних подіях і зосередитися на цікавих речах. Це

може включати будь-яке хобі, яке подобається, наприклад, спорт, музика, мистецтво тощо. Допомога іншим може допомогти людям з посттравматичним стресовим розладом відчути, що вони можуть зробити щось значуще і що їхнє життя має сенс. Це може включати волонтерську роботу, благодійність тощо [37].

Моніторинг, проектування та навчання тому, як ефективно використовувати власні ресурси, також можуть допомогти за допомогою моделі зняття стресу «BASIC Ph», розробленої професором Мулі Лахадом (директором Ізраїльського центру запобігання стресу) та його колегами [46].

З точки зору авторів цієї моделі, у кожного з нас є потенціал для виходу з кризи, для чого вони пропонують розкрити всі можливості особистості людини. Ця модель особливо цікава для нас, оскільки вона заснована на глибоких теоретичних і емпіричних дослідженнях і широко визнана в психологічній практиці, охоплюючи повний спектр стилів того, як людина справляється зі стресом і/або кризами. У 90-х роках 20 століття, працюючи з людьми, які перебували в ситуації, яка часто загрожувала їхньому життю, М. Лахад і його колеги виявили, що до 20% людей розвивали ПТСР, а інші 80% так чи інакше травма перемагає і відновлює здоров'я. Проводячи огляд ранніх психологічних теорій «зустрічі людини зі світом», а також власний багаторічний емпіричний аналіз, а також дослідження цих здорових способів, за допомогою яких людина справляється з негараздами, М. Лахад розробив власну багатовимірну модель « зустріч зі світом» - модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності для особистості.

Модель **«BASIC Ph»** можна розглядати як "міст через розрив", що дає змогу людині "піднятися" над проблемою, з'єднуючи внутрішнє "я" з зовнішнім світом. Виявлено, що кожен з ресурсів подолання стресу має свою унікальну комбінацію, що визначає індивідуальний підхід до подолання труднощів. Основна концепція цієї моделі полягає в тому, що кожна людина має власні сили та досвід, здатні допомогти їй впоратися зі стресовими ситуаціями, згідно з шістьма модальностями:

1. **B — Beliefs & Values** (Переконання та цінності) — це система вірувань, переконань та життєвих цінностей, що формує філософію життя.

Людина здатна долати труднощі через глибоку віру, яка може бути спрямована на Бога, людей або інші сутності.

2. **A — Affect** (Афект) — здатність виражати емоції та почуття. Цей аспект стосується уміння виявляти свої емоції та переживання, зокрема через вербальне спілкування, письмо, танець, малювання чи музику. Важливо не лише усвідомлювати емоції, але й навчитися правильно їх виражати.

3. **S — Socialization** (Соціалізація) — здатність до соціальної взаємодії, підтримки родини та близьких, а також звернення до кваліфікованих фахівців. Цей ресурс включає в себе не тільки отримання допомоги, але й допомогу іншим, що є важливим для подолання стресових ситуацій.

4. **I — Thought** (Думка) — процес мислення, мрії, спогади та дії. Це здатність аналізувати події, планувати майбутнє та приймати рішення, що дозволяє діяти конструктивно навіть у складних ситуаціях.

5. **C — Cognition** (Знання, розуміння) — включає концепції, стратегії мислення та розуміння ситуацій, що допомагають сформулювати правильні підходи до проблем і шукати ефективні рішення.

6. **Ph — Physical** (Фізичне) — стосується фізичних аспектів життя, включаючи фізичну активність, здоров'я та загальний фізичний стан. Це дозволяє зміцнювати тіло та витривалість для подолання стресу.

Ця модель допомагає зосередитися на внутрішніх і зовнішніх ресурсах людини, які є важливими для ефективного подолання стресових ситуацій і повернення до психоемоційної рівноваги. Вона сприяє гармонії між фізичним і емоційним станом, а також між індивідуумом і навколишнім світом.

Суть процесу – соціальна інклюзія, перебування серед людей, наявність різноманітних можливостей, бути частиною системи, організації тощо. Уява - цей спосіб боротьби зі стресом потребує нашої творчості, творчості нашої людяності. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати та знаходити рішення світу через гру та фантазію, думати про інше майбутнє та минуле, згадувати щасливі часи та зменшувати силу складних переживань ситуації

"тут і ... зараз". Це також включає почуття гумору, імпровізацію, мистецтво та ремесла різних видів. Пізнання - це спосіб подолання проблеми, стимулюючи наше мислення мислити логічно та критично, оцінювати, здатність навчатися та осягати нові ідеї , планування, навчання, збір достовірної інформації, аналіз та вирішення проблем. Це включає визначення пріоритетів, альтернативу, делегування та саморефлексію (розмова із самим собою - спосіб зняття стресу, який передбачає повернення до фізичної активності в нашому тілі). наші фізичні відчуття, такі як слух, зір, нюх, дотик, смак, тепло, біль і задоволення, а також внутрішня напруга або розслаблення.

Сюди також входять різні види активності (фізичні вправи або комплексні фізкультурні заняття, прогулянки, прогулянки на природі, походи в гори тощо) і фізичні навантаження (техніки релаксації, дихальні вправи тощо)[21]. Кожен має шість каналів управління стресом, з яких використовуються лише деякі. Зважаючи на це, важливо розуміти свої сильні сторони та створювати слабкі (пасивні) канали для просування та збагачення ваших продуктів. Важливо пам’ятати, що немає правильного чи неправильного, у кожного є свої переваги та недоліки. У той же час, щоб відновити і збільшити потенціал і ресурси, коли людина «забита» і втрачає ґрунт під ногами, необхідно враховувати частини наших ресурсів, які є в наявності, і спонукати їх використовувати їх ефективно. Якщо хтось опиняється в «глухому куті», йому потрібно звернутися до тих частин, які ще не розкрилися або ще є важкими. Сімейні стосунки важливі, і вони можуть забезпечити підтримку, розуміння та любов до людей з ПТСР. Це може допомогти їм почуватися менш самотніми та відчувати себе коханими та прийнятими.

Дослідження показують, що люди, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і мають підтримку міцних сімейних зв’язків, зазвичай переживають менш виражені симптоми цього розладу та мають більші шанси на успішне одужання. Іншим важливим фактором є практика вдячності, яка допомагає людині фокусуватися на позитивних аспектах її життя. Така практика здатна змінити негативні переконання на більш оптимістичні, а також зменшити рівень тривожності, депресії і стресу. Дослідження підтверджують, що вдячність може

суттєво покращити якість життя та психічне здоров’я [23]. Таким чином, процес адаптивної регуляції є багатогранним і включає кілька механізмів, які допомагають людям з ПТСР справлятися з їхніми симптомами і підвищувати якість життя. До таких механізмів належать емоційна, когнітивна та біологічна регуляція.

У другому розділі роботи здійснено теоретичний аналіз симптомів ПТСР. Розглянуто наукове трактування поняття «травма» та її вплив на психіку. З психологічної точки зору психічна травма – це порушення психічної цілісності, спричинене ситуацією, яку інтерпретується як надзвичайно важку та непереборну через недосконаліть захисних механізмів, що призводить до глибоких емоційних переживань. У цьому контексті основну роль у виникненні травми відіграє не сама подія, а її індивідуальна інтерпретація.

Також було проаналізовано формування посттравматичного розладу та механізми адаптивної регуляції при ПТСР. ПТСР є психологічним станом, який виникає внаслідок переживання екстремальних ситуацій, що суттєво порушують нормальне функціонування особистості.

# РОЗДІЛ 3.
# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТІЛЕСНО – ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЗМЕНШЕННЯ СИМПТОМІВ ПТСР

## 3.1 Опис вибірки та методів дослідження

В дослідженні взяли участь особи юнацького віку (студенти) віком від 18 до 23 років, які були свідками активних бойових дій у своєму місті. Загальний обсяг вибірки складає 35 осіб.

Характеристику вибірки продемонстровано на Рис.3.1, де можна побачити різницю між гендерними особливостями серед опитуваних.

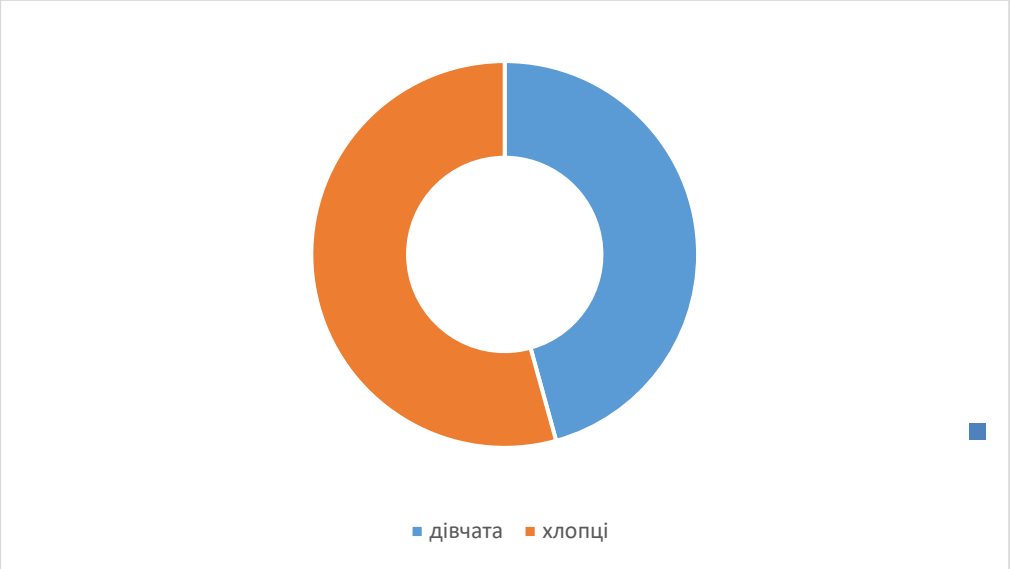


**Рис. 3.1 Гендерні особливості досліджуваних**

Розшифровка результатів за методикою Дембо – Рубінштейн надає можливість оцінити стан особистості, виявити потенційні проблеми, які можуть бути пов'язані з низьким або високим рівнем самооцінки, і допомогти психологу побудувати коректну стратегію для терапевтичного втручання.

Методика є досить популярною, особливо в умовах школ, університетів, а також у роботі з підлітками, оскільки дозволяє об'єктивно оцінити і допомогти людині знайти баланс у самооцінці.

Для практичного використання цієї методики зазвичай застосовуються стандартизовані шкали та таблиці, а також керівництва для інтерпретації

результатів тестування, які сприяють психологам у здійсненні аналізу отриманих даних. Методика включає визначення показників за різними шкалами, такими як: здоров’я, здібності, характер, авторитет серед однолітків, уміння працювати руками, зовнішність, впевненість у собі.

У процесі оцінювання учасникам пропонується на вертикальній лінії позначити поточний рівень розвитку певної якості. Далі, необхідно вказати бажаний рівень розвитку цієї характеристики, до якого вони прагнуть або який їх задовольняє. Кожна шкала має довжину 100 мм, що еквівалентно 100 балам.

Результати аналізуються за шістьма основними шкалами, за кожною з яких визначаються такі показники:

1. **Рівень домагань** — обчислюється через вимір відстані від нижньої межі шкали до позначеного рівня.
2. **Рівень самооцінки** — визначається аналогічно до рівня домагань.
3. **Розбіжність між рівнем домагань та самооцінкою** — це різниця між позначеним рівнем та нижньою межою шкали. Якщо рівень домагань нижчий за самооцінку, вказується негативний знак («-»).

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) використовується для вимірювання ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій. Шкала включає 39 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Випробуваним пропонується вибрати номер, що найбільше відповідає їх відчуттям. Результати оцінюються шляхом підсумовування балів, що дає змогу визначити ступінь впливу пережитої травми. Перевагою цієї шкали є її структура, що відповідає критеріям DSM, зокрема щодо симптомів вторгнення, уникнення та фізіологічної збудливості. Шкала також включає питання про почуття провини та суїцидальність. Ця методика дозволяє проводити дослідження на великій групі учасників одночасно.

Шкала самооцінки ПТСР оцінює наявність симптомів посттравматичного стресового розладу за допомогою 20 питань, що розподілені на чотири субшкали згідно з критеріями DSM: нав’язливі повторення, уникнення, негативні зміни в

когнітивно-емоційній сфері та збудливість. Інтерв’юер задає кожне питання та вибирає відповідь, яка найкраще відображає поточний стан особи.

Визначення рівня тривожності за шкалою Спілберга допомагає визначити, наскільки людина схильна до переживань тривоги як в моменті (станова тривожність), так і загалом у житті (особистісна тривожність). Ця шкала є корисним інструментом для психологічної діагностики, вимірювання рівня стресу та корекції поведінки чи терапії.

Шкала активно застосовується в клінічній психології, психотерапії, а також у дослідженнях, що стосуються стресу, тривожних розладів та інших емоційних розладів. У адаптації Ю. Л. Ханіна цей метод отримав назву «Шкала Спілбергера-Ханіна» та включає 40 запитань. В рамках цієї адаптації було розроблено дві субшкали. Перша з них — шкала стану тривожності (ситуаційна тривожність), яка оцінює рівень поточної тривожності, аналізуючи самопочуття учасників.

Друга субшкала — шкала особистісної тривожності, яка оцінює більш сталі аспекти особистості, такі як схильність до тривожних реакцій, а також рівень спокою, впевненості та відчуття безпеки. Загальна підсумкова оцінка за кожною з субшкал варіюється від 20 до 80 балів. Вищий результат вказує на більш високий рівень тривожності, будь то ситуаційна чи особистісна.

Для інтерпретації отриманих результатів методика пропонує такі критерії тривожності:

- до 30 балів — низький рівень;
- від 31 до 44 балів — середній рівень;
- від 45 і більше — високий рівень.

Порівнюючи дані з обох субшкал, можна оцінити значущість стресових ситуацій для респондента. Коефіцієнт кореляції Пірсона використовується для визначення ступеня взаємозв'язку між посттравматичним стресовим розладом і факторами, що впливають на тривожність.

### 3.2 Аналіз результатів дослідження

Згідно з результатами Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій, виявлено, що серед юнаків 58,5% мали індивідуальні прояви симптомів посттравматичного стресового розладу, які не досягали рівня клінічного діагнозу, мали транзиторну форму (симптоми були непостійними, змінювалися або зникали самостійно), з прогнозом без необхідності втручання вузьких спеціалістів.

Найпоширенішим симптомом є порушення сну, зокрема кошмари. Спостерігається також виражена лабільність настрою. 28,7% респондентів мали явні клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу згідно з МКБ-10. Для цієї групи посттравматичний стресовий розлад значно погіршує соціальну адаптацію, ускладнює фізичне та психологічне відновлення після травми. Лише 12,5% не мали симптомів ПТСР.

**Рис. 3.2. Симптоми ПТСР серед вибірки**

Серед респондентів найбільш часто зустрічалися такі симптоми: 87% відчували часті, тривожні спогади, образи, думки про пережиті стресові ситуації. 55,5% відзначали сильне засмучення при нагадуванні про події, пов’язані зі стресом. 48,1% зазначали, що у них виникали фізіологічні реакції (прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість) при таких нагадуваннях. 44,4% респондентів намагалися уникати будь-яких думок, спогадів або почуттів, пов’язаних зі стресовими ситуаціями. 66,6% юнаків вказали, що важливо пам'ятати ключові моменти стресових подій, в той час як 55,5% зізналися, що не подобається

те, що вони раніше думали або говорили про ці події. 77,7% респондентів відчувають себе віддаленими від інших людей навколо них.

Також 70,3% респондентів відзначили підвищену агресивність або спалахи роздратування як по відношенню до себе, так і до інших. 78% відчували надмірну настороженість або страх, часто піддавалися зляканим станам. 82% респондентів мали труднощі з концентрацією уваги та засипанням.

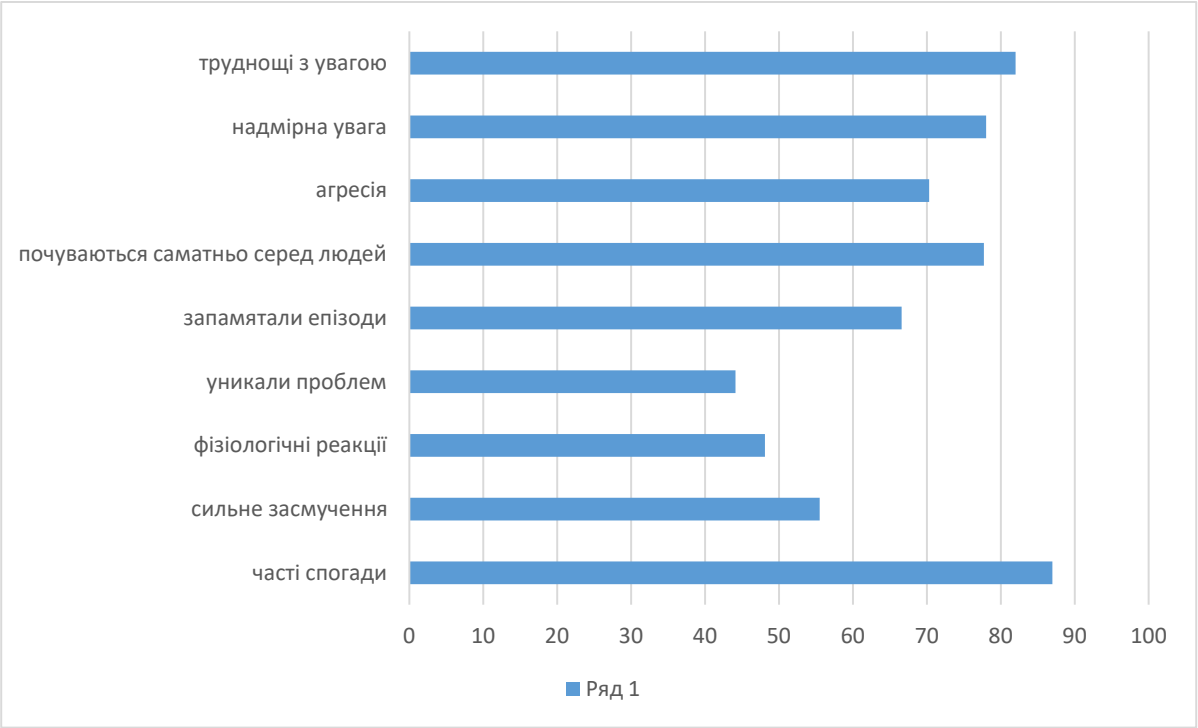


**Рис. 3.3 Характерні поширені симптоми ПТСР серед вибірки**

Таким чином, на основі результатів, отриманих цими двома методами, можна зробити висновок, що більшість опитаних молодих людей мають ПТСР,

Згідно з інтерпретацією методики оцінки рівня самооцінки, респонденти поділяються на три категорії: висока, середня та низька самооцінка. Високий рівень самооцінки характеризується позитивним ставленням до себе, активною життєвою позицією та здатністю досягати поставлених цілей. Така особа зазвичай має стабільне емоційне самопочуття і досягає успіхів у професійній діяльності. Натомість низький рівень самооцінки зазвичай проявляється в невпевненості, сумнівах, що заважають людині досягати бажаного, і відсутності прогресу в житті. Результати дослідження самооцінки серед молоді надані в таблиці 3.1.

**Таблиця 3.1**

**Самооцінка сучасної молоді**

| № п/п | | Кількість | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Високий | 4 | 20 |
| 2 | Середній | 11 | 55 |
| 3 | Низький | 5 | 25 |

Як бачимо в табл. 3.1 20% досліджуваних мають високий рівень самооцінки, що може свідчити про завищене ставлення до себе та до інших, інколи не адекватне сприйняття себе.

55% досліджуваних мають середній рівень самооцінки, що свідчить про адекватне само сприйняття, реальне сприйняття себе та оточуючих.

20% досліджуваних мають низьку самооцінку, яка характеризується невпевненістю в собі, важкістю в налагодженні соціальних контактів.

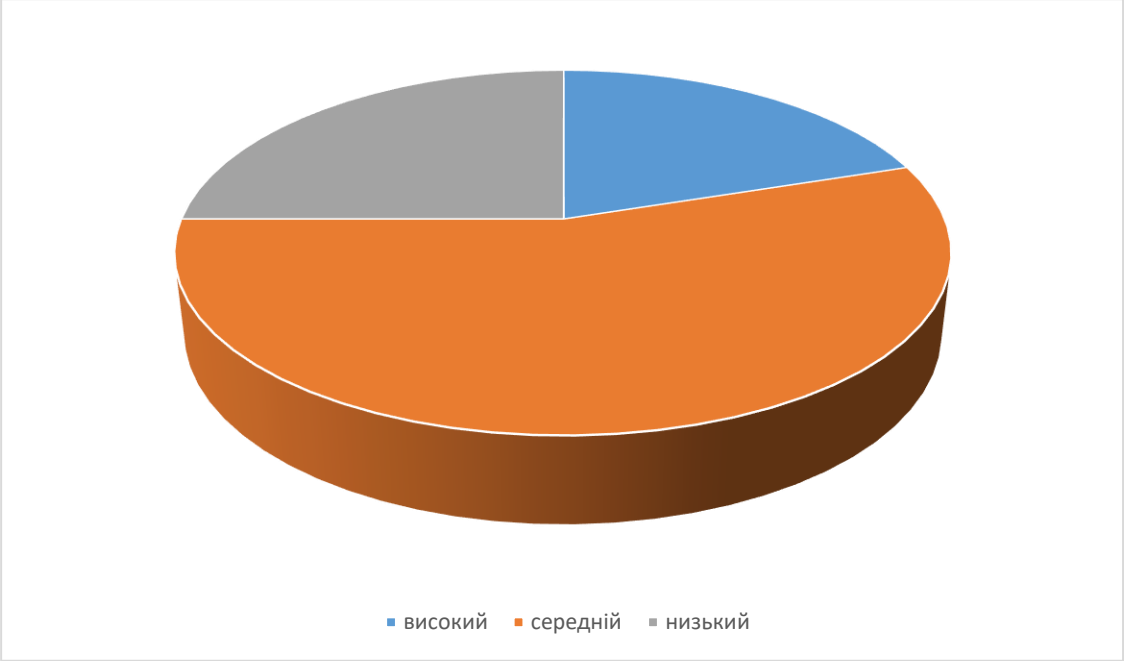


**Рис. 3.4 Результати самооцінки осіб юнацького віку**

Дані про рівень тривожності аналізували за **методом Спілбергера-Ханіна**.

Аналізуючи за результатами методики рівень тривожності опитаних студентів, можна зробити висновок, що помірна ситуативна тривожність характерна для 85% загальної вибірки, висока ситуативна тривожність – для 15% вибірки, висока особистісна тривожність у 58% і помірна особистісна тривожність 42% .

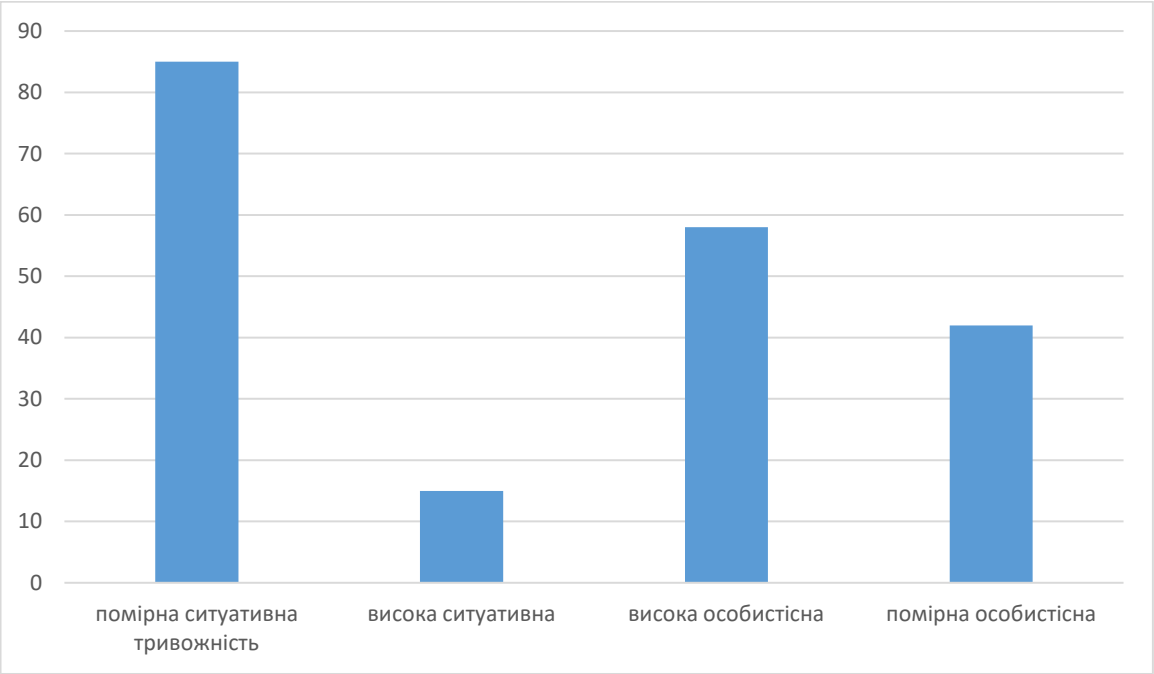


**Рис. 3.5 Прояви ситуативної та особистісної тривожності у студентів**

Тривога є єдиним психологічним проявом, який демонструє емоційне хвилювання та очікування негайних ускладнень.

Крім того, категорія «тривожність» відноситься до індивідуальних відмінностей у потребі індивіда відчувати цей стан. Рівень можна визначити частотою та тяжкістю тривожних станів у людини.

Під особистісною тривожністю часто розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб’єкта до тривоги та передбачає, що людина має тенденцію сприймати відносно широкий «спектр» ситуацій як загрозливі, з однією реакцією на кожну з них. Як тенденція особиста тривожність активізується, коли певні стимули сприймаються як шкідливі для самооцінки та самоповаги.

Ситуативна тривожність - це стан, що характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, хвилюванням, нервозністю. Цей стан є емоційною реакцією на стресову ситуацію, і його інтенсивність і динаміка можуть змінюватися з часом.

Низький рівень ситуативної тривожності, за словами дослідників, означає недостатнє оновлення потреб студентів у сьогоденні, оскільки для людини, чиї події не мають великого значення, ситуація здається керованою та не становить для нього загрози.

Тривога може бути внутрішньою боротьбою, яка виникає під час процесу виховання та подій у житті. З психологічної точки зору розрізняють ситуативну (реактивну) і особистісну тривожність. Оптимальний рівень тривожності необхідний для забезпечення найкращої адаптаційної адаптації особистості. Тривога, як висока, так і занадто низька, також може бути важко адаптуватися.

Тривожність людини розвивається в ранньому дитинстві в залежності від індивідуальних особливостей людини і впливу зовнішніх факторів, а також від характеру виховання.

Підвищення рівня особистісної тривожності, як правило, пов'язане з виникненням внутрішньо особистісного конфлікту і характеризується відчуттям постійної небезпеки, почуттям невизначеності, тривоги, напруженості та майбутньої невдачі, тривожним очікуванням, невизначеною тривогою або відчуття невідомої загрози, коли і де це не дозволено. Підвищений рівень внутрішньо особистісної тривожності важко піддається корекції і є основою важких невротичних розладів.

Люди із середнім рівнем тривожності, як правило, відчувають силу та здатність контролювати свої переживання та об’єктивно оцінювати ситуації, з якими вони стикаються, але не легко долають це через відсутність повної впевненості в собі, щоб змінити ситуацію.

Тому порушується тимчасова емоційна рівновага, знижується працездатність. Відновлення емоційного комфорту відбувається відразу після

купірування тривожного розладу або після повного включення механізмів особистісної регуляції і самоконтролю.

**Рис. 3.6 Співвідношення помірної ситуаційної та особистісної тривожності**

Ситуаційна тривожність відноситься до стану індивіда в даний момент часу і пов'язана із зовнішніми факторами. Така тривога є реакцією на зміну обставин, яку практикуючий розуміє як тривогу. Коли дратівливий фактор зникає, стан людини нормалізується. Реактивну тривогу можуть спровокувати різні чинники: політична та економічна криза, стихійні лиха, погані новини, сімейні та робочі проблеми, власний багаж незнайомих переживань, страх. На фізіологічному рівні тривожна реакція характеризується почастішанням серцебиття, почастішання дихання, підвищення артеріального тиску, зниження порогу чутливості і підвищення загальної збудливості у відповідь на зміну способу життя.

Ті, кого класифікують як дуже депресивні, часто відчувають загрозу своїй самооцінці та життю і реагують на це дуже вираженим станом тривоги. Їм потрібно перейти від зовнішнього попиту, категоризації, найважливіших завдань до змістовного розуміння завдань і конкретного планування підзавдань.

Юнаки із середнім рівнем особистісної тривожності відчувають себе комфортно, зберігають емоційну рівновагу, здатні функціонувати в ситуаціях, до яких вони вже звикли. Виникнення тривоги, неспокою, емоційного хвилювання

може статися, коли ситуація складна або виникають інші важкі ситуації, але він швидко адаптується і відновлює емоційну рівновагу.

Високий рівень особистісної тривожності означає, що більшість ситуацій сприймаються підлітками як такі, що загрожують престижу та самооцінці. Як правило, у таких студентів дуже висока емоційна чутливість, яка супроводжується підвищеною вразливістю, через що їм дуже важко спілкуватися з оточуючими.

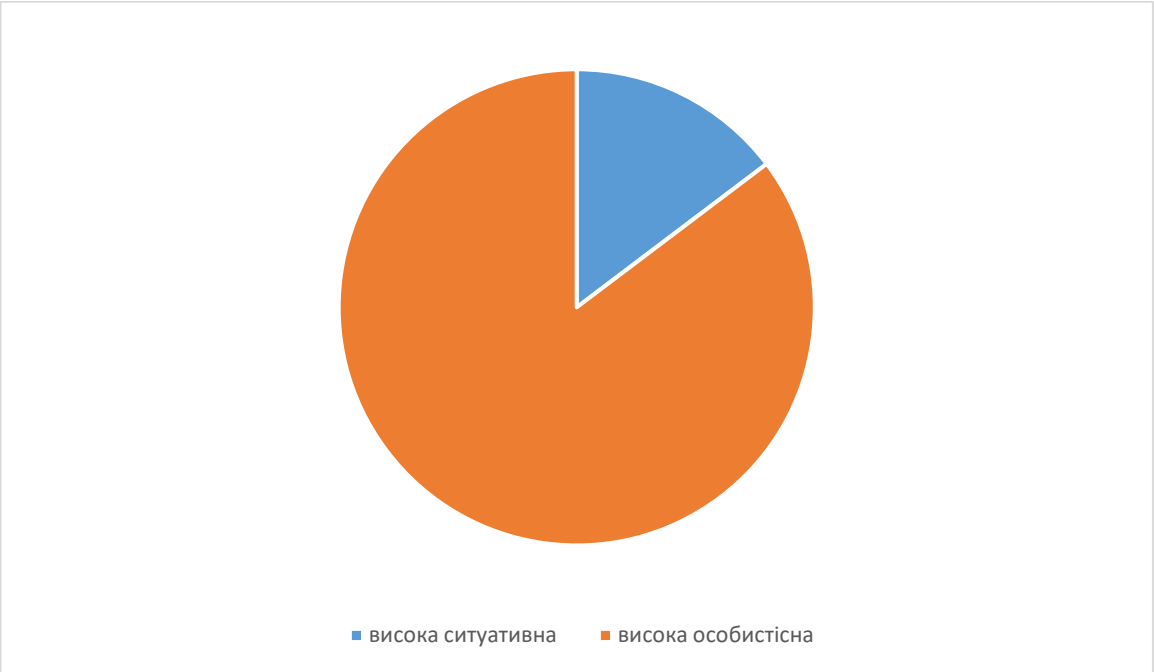


**Рис. 3.7 Співвідношення високої особистісної та ситуаційної тривоги серед вибірки**

Вибірка показала, що рівень тривожності серед досліджуваних студентів коливався здебільшого до помірного рівня ситуативної тривожності та переважно мав високий рівень особистісної тривожності.

Виходячи з отриманих результатів, чітко видно, що найбільш вираженою серед учасників вибірки була помірна ситуативна тривожність, яку виявляли 85% загальної вибірки юнаків, та виражена особистісна тривожність, яку виявляли 51% усіх респондентів.

Занепокоєння погіршує здатність юнаків виконувати свої дії, що, у свою чергу, впливає на його емоційний стан. Складність і суперечливість юнаків є фактором ризику багатьох небажаних проявів. Воно вимагає кропіткої, рішучої,

інтенсивної роботи для формування особистісних якостей і моделей поведінки, які забезпечують оптимальний розвиток особистості молодої людини.

Високий рівень тривожності знижує продуктивність розумових процесів, негативно впливає на використання знань, умінь і навичок і може призвести до низької успішності навіть за умов відмінності. Отже, люди з важкою депресією частіше залучаються до стресових, частих та інтенсивних переживань турбуватися, ніж ті, що знаходяться на нижчому рівні.

Кореляційний аналіз і коефіцієнт кореляції Пірсона використовували для дослідження зв'язку між рівнем особистісної тривожності, самооцінки та тяжкістю посттравматичного стресового розладу. На підтвердження цього було виявлено прямий значущий зв’язок між рівнем особистісної тривожності та тяжкістю ПТСР ($r=0,55$; $p\leq0,01$). Тому можна припустити, що в даній вибірці спостерігається така залежність: вищий рівень особистісної тривожності, низька самооцінка характерні для посттравматичного стресового розладу в юнацькому віці.

Щоб дослідити вплив тілесно орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР ми розробили 5 занять, які спрямовані на усвідомлення тіла, емоцій і взаємодії з оточенням. Мета: розвивати усвідомлення тіла, вчитися керувати стресом, покращити навички взаємодії та довіри в групі.

**Таблиця 3.2 Програма з 5 занять тілесно орієнтованої терапії для осіб юнацького віку**

| **Заняття** | **Тема** | **Ціль** | **Основні вправи** | **Тривалість** |
|---|---|---|---|---|
| **1** | Моє тіло і я | - Усвідомлення сигналів тіла.<br>- Релаксація. | - Сканування тіла.<br>- Дихальні вправи.<br>- Рухова медитація під музику. | 1 год. 30 хв. |
| **2** | Емоції у тілі | - Розпізнання зв’язку між емоціями й тілом. | - Вправа «Сканування | 1 год. 30 хв. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | - Зняття емоційної напруги. | емоцій у тілі».<br>- Вираження емоцій через звук і рух.<br>- Малювання емоцій на папері. | |
| **3** | Контакт і довіра | - Навчання довіри до партнера.<br>- Підтримка у фізичному контакті. | - Вправа «Ведучий і сліпий».<br>- Гра «Спільний баланс».<br>- Взаємний масаж плечей чи рук. | 1 год. 30 хв. |
| **4** | Робота з напругою | - Усвідомлення напружених зон у тілі.<br>- Зняття фізичного й емоційного стресу. | - Сканування напруги в тілі.<br>- Дихальна техніка «Хвиля».<br>- Вивільнення напруги через рухи, схожі на струшування. | 1 год. 30 хв. |
| **5** | Ресурси в моєму тілі | - Відновлення енергії.<br>- Усвідомлення внутрішніх ресурсів для підтримки емоційного балансу. | - Релаксаційна вправа «Тепле світло».<br>- Вправа на подяку своєму тілу.<br>- Обмін позитивними відгуками між учасниками. | 1 год. 30 хв. |

**Рекомендації:**

- Після кожного заняття виділяйте 10-15 хвилин на обговорення та рефлексію.
- Підтримуйте комфортну атмосферу, враховуйте емоційний і фізичний стан учасників.

Після проведення занять ми повторно провели діагностику та порівняли отримані результати.

Дані про рівень тривожності повторно аналізували за **методом Спілбергера-Ханіна**.

Аналізуючи за результатами методики рівень тривожності опитаних студентів, можна зробити висновок, що помірна ситуативна тривожність характерна для 90% загальної вибірки, висока ситуативна тривожність – для 10% вибірки, висока особистісна тривожність у 30% і помірна особистісна тривожність 70% . Таким чином, ми бачимо зміни у рівні тривожності після впровадження занять.

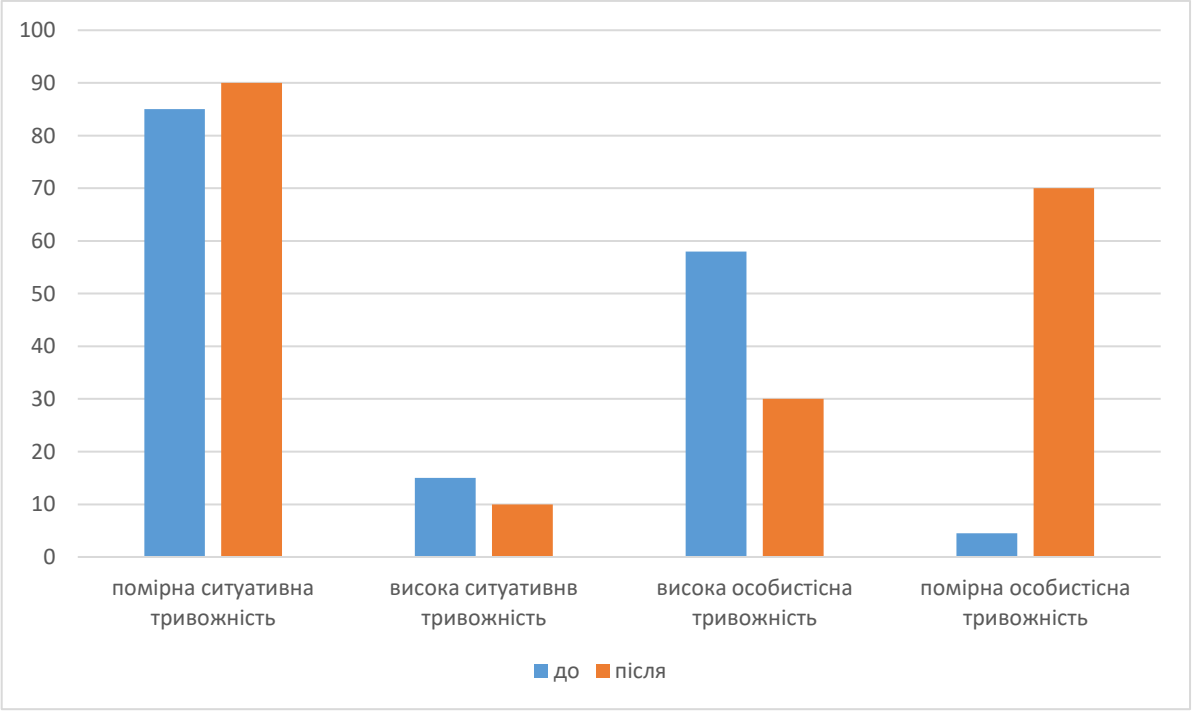


**Рис. 3.8 Порівняльний аналіз діагностики помірної та ситуативної тривожності**

Повторно дослідивши рівень самооцінки досліджуваних, ми бачимо, що 10% досліджуваних мають високий рівень самооцінки.

70% досліджуваних мають середній рівень самооцінки, що свідчить про адекватне само сприйняття, реальне сприйняття себе та оточуючих.

20% досліджуваних мають низьку самооцінку, яка характеризується невпевненістю в собі, важкістю в налагодженні соціальних контактів.

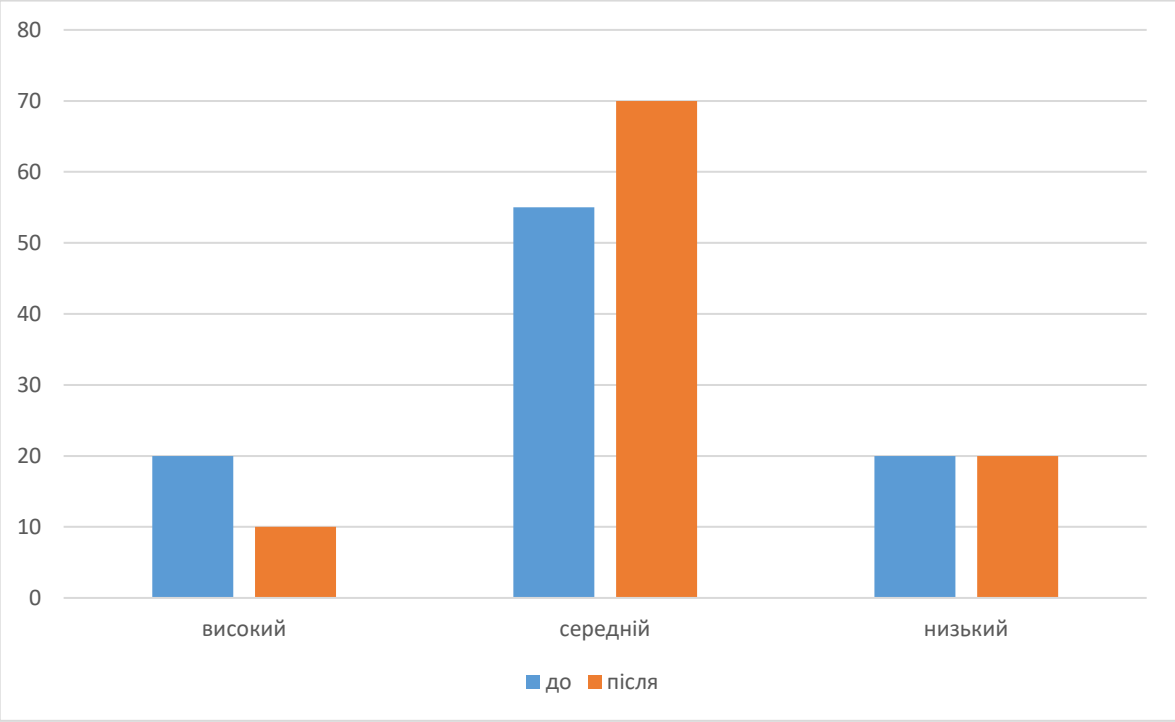


**Рис. 3.9 Порівняльний аналіз рівня самооцінки**

Відповідно до повторних **результатів Міссісіпської шкали** для оцінки посттравматичних реакцій виявили, що з усіх досліджуваних осіб юнацького віку 20% мали індивідуальні прояви симптомів посттравматичного стресового розладу.

20% мали чіткі ознаки наявності симптомів ПТСР з чіткими клінічними ознаками згідно з МКБ10, а 60% не мають симптомів ПТСР. Таким чином, повторне дослідження підтверджує вплив тілесно орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР.

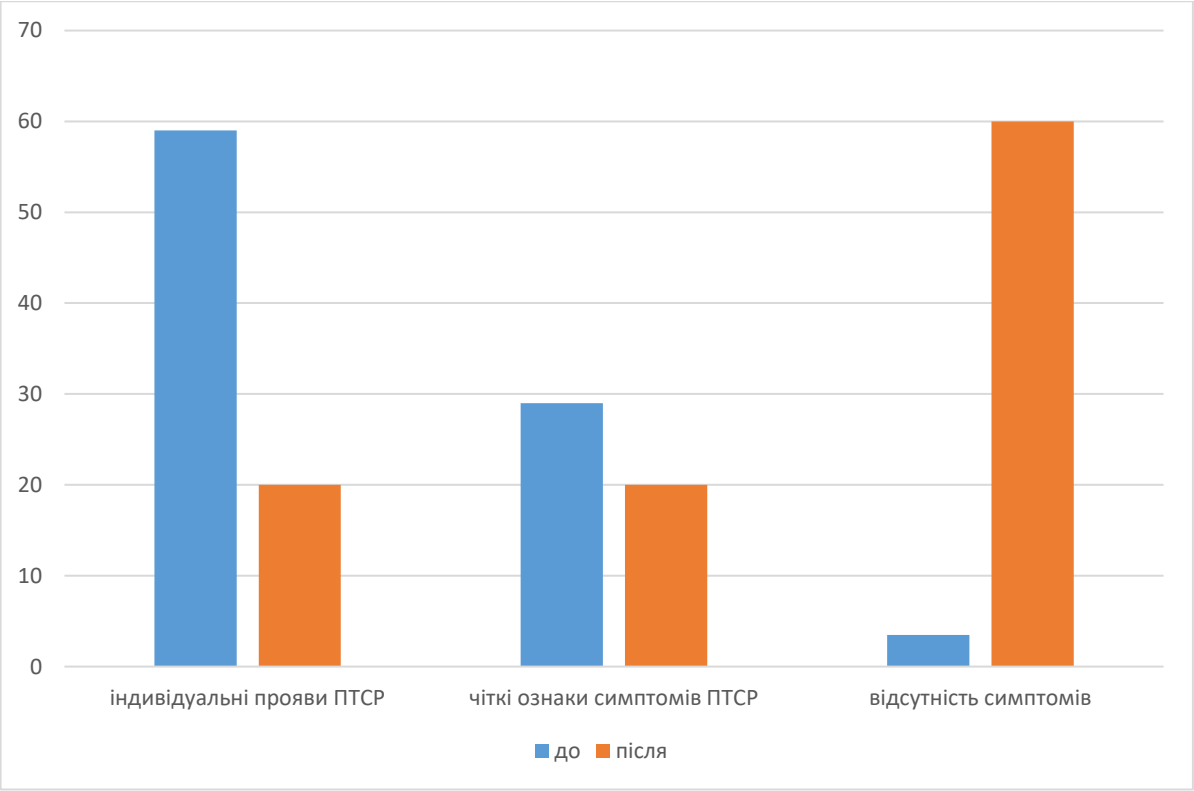


**Рис. 3.10 Порівняння результатів оцінки посттравматичних реакцій**

Отже, в емпіричній частині ми провели кореляційний аналіз для дослідження зв'язку між рівнем особистісної тривожності, самооцінки та тяжкістю посттравматичного стресового розладу. На підтвердження цього було виявлено прямий значущий зв’язок між рівнем особистісної тривожності та тяжкістю ПТСР ($r=0,55$; $p\leq0,01$). Тому можна припустити, що в даній вибірці спостерігається така залежність: вищий рівень особистісної тривожності, низька самооцінка характерні для посттравматичного стресового розладу в юнацькому віці.

Для вивчення впливу тілесно орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР ми розробили 5 занять, які спрямовані на усвідомлення тіла, емоцій і взаємодії з оточенням. Мета: розвивати усвідомлення тіла, вчитися керувати стресом, покращити навички взаємодії та довіри в групі.

Після впровадження занять ми повторно провели діагностику та порівняли отримані результати. В ході дослідження ми бачимо, що заняття з використання тілесно орієнтованої терапії сприяють зменшенню симптомів ПТСР.

### 3.3 Рекомендації щодо зменшення симптомів ПТСР

Для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) важливо застосовувати комплексний підхід, який включає різноманітні методи лікування і підтримки. Психотерапія є одним з основних способів лікування ПТСР. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найбільш ефективних форм психотерапії, яка допомагає змінити негативні або спотворені думки та навчити нових способів реагування на стресові ситуації. Також застосовується експозиційна терапія, де пацієнт поступово зіштовхується зі спогадами про травму в безпечному середовищі, щоб зменшити емоційне напруження. Діалектична поведінкова терапія є корисною для пацієнтів, які мають труднощі з емоційною регуляцією, і сприяє розвитку стійкості до стресу. Медикаментозне лікування може бути призначено для зменшення симптомів тривожності, депресії та дратівливості.

Лікарі можуть призначити антидепресанти, наприклад, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС), або бензодіазепіни. Водночас, психотропні препарати слід приймати під контролем лікаря. Поряд з терапевтичними методами, важливо практикувати релаксаційні техніки, які допомагають знижувати рівень тривожності. Це може бути майндфулнес, медитація або глибоке дихання, що сприяють зниженню фізичного напруження і заспокоєнню нервової системи. Фізична активність, такі як йога, плавання або прості прогулянки, також є важливою складовою для зменшення симптомів ПТСР. Регулярні фізичні вправи допомагають поліпшити настрій та знижують рівень стресу. Важливо також створювати підтримку з боку близьких, родини та друзів, а також брати участь у групах підтримки.

Це дозволяє людині відчути підтримку і розуміння, що є необхідним для зменшення симптомів ПТСР. Здоровий спосіб життя, правильне харчування, достатній сон і відмова від шкідливих звичок відіграють важливу роль у процесі відновлення. Стабільний режим сну також є важливим для нормалізації фізичного і психічного здоров’я. Ведення щоденника для запису емоцій і думок може допомогти людині краще зрозуміти свої переживання та зменшити рівень стресу.

Ці методи допомагають зменшити симптоми ПТСР і сприяють повільному, але впевненому процесу відновлення.

Ефективність психологічної підтримки базується на своєчасному впливі на постраждалий контингент ранніх етапів раннього втручання з метою попередження прогресування ПТСР. Це особливо важливо на першій і третій стадіях, коли потерпілі за законом не звертаються за допомогою до психолога, а тому така допомога їм повинна бути надана. Таким чином, дослідники ПТСР насамперед орієнтуються на контингент постраждалих від надзвичайної ситуації, який може бути у таких категоріях: - сім'ї загиблих; – постраждалих (поранених та тих, хто отримав хронічні захворювання внаслідок аварії) та їх сімей; – учасники (ті, хто пережив безпосередній інцидент, але вижив неушкодженим) та їхні родини; - рятувальники (різноманітні професійні підрозділи, які беруть участь у рятувальних роботах) та члени їх сімей; - глядачі (як безпосередні, так і ті, що спостерігають за подіями за допомогою телебачення); - психологи.

Діагностика посттравматичних розладів має ряд проблем. По-перше, це тому, що посттравматичний синдром — це набір симптомів, які можуть породжувати різні симптомокомплекси в різних стресових ситуаціях. Тому дуже важко розробити єдиний універсальний пошук і практично неможливо запропонувати єдиний стабільний набір діагностичних методів. Тому діагностика ПТСР має бути індивідуальною залежно від конкретної ситуації.

У своїй практичній роботі психолог повинен враховувати такі діагностичні критерії ПТСР згідно з DSM-IV. A. Особа занурена в травматичну подію, під час якої: 1. Особа є свідком або учасником подій, які представляють реальну або загрозу смерті або серйозної шкоди без небезпеки порушення фізичної цілісності для неї самої чи інших осіб.

2. Реакція людини є вираженням страху, безпорадності або страху. Вплив екстремального стресора визначено як три компоненти прояву ПТСР: вторгнення, уникнення та гіперактивність. B. Проблема виникає знову внаслідок однієї або кількох подій (вторгнення): 1. Часті, руйнівні спогади про образи, думки чи ідеї. 2. Сни про пережиту подію, яка часто трапляється і викликає тривогу. .

4. Сильний психологічний стрес, спричинений зовнішніми та внутрішніми подразниками, які навіюють або нагадують про певний аспект травматичної події. 5. Фізіологічна реактивність, стимульована зовнішніми та внутрішніми подразниками, які представляють або нагадують про якийсь аспект травматичної події.

Тілесно-орієнтована терапія – це комплекс різноманітних систем терапії, які фокусуються на тілі та дозволяють йому діяти природно та легко, а їх головна мета – навчити людину навчитися зменшувати звичну напругу в тілі.

Методи тілесно-орієнтованої терапії розглядають тіло і розум як єдине ціле, як психофізіологічний процес, в якому зміни на будь-якому рівні впливають на всі інші частини. Встановлено, що тілесно-орієнтована терапія позитивно впливає на психологічний стан військовослужбовця та дозволяє знизити рівень втоми від фізичних навантажень, виконання вправ для вивільнення внутрішніх переживань та емоцій через тіло.

Техніки тілесно-орієнтованої терапії спрямовані на усунення скутості м'язів, розвиток основних рухових навичок і встановлення зв'язку між тілом і психікою.

Це, у свою чергу, сприяє відновленню емоцій, формуванню позитивного погляду на життя, відкриттю для нових можливостей. Це також може допомогти зменшити стрес і занепокоєння, покращити якість сну, функцію опорно-рухового апарату та силу.

Система роботи включає наступні кроки: Крок 1: Виявлення проблеми. Етап 2: Навчання. На другому етапі отримується інформація, її причини та наслідки. Це дасть йому змогу краще зрозуміти стан і як з ним боротися.

Крок 3: Релаксація На третьому кроці вивчаються різні техніки релаксації. Відпочинок допомагає зменшити стрес і занепокоєння, які можуть призвести до втоми.

Крок 4: Робота над тілом На четвертому етапі виконуються різноманітні вправи, спрямовані на роботу з тілом. Ці вправи допомагають покращити роботу опорно-рухового апарату, зменшити м’язову напругу та збільшити силу.

Крок 5: Підтримка. На п’ятому етапі підтримка від психотерапевта або іншого спеціаліста. Це допоможе йому зберегти здобуті переваги та впоратися з будь-якими проблемами, які можуть виникнути на робочому місці

Розроблено 4-місячну програму тілесно-орієнтованої терапії:

1) Дихальна діяльність. Виконувати по 10-15 хвилин щодня 2 рази на день. (діафрагмальне дихання, 4-2-4, рівне дихання). 2) Методи заземлення та центрування. (Усвідомлення точок тіла, що торкаються землі/підлоги - сходинки, сідниці. Відчуття опори. 5-10 хв.

Вправи на усвідомлення тіла, розслаблення м'язів. (Техніка саморегуляції тіла. Почергове напруження та розслаблення груп м’язів тіла. Зміцнення всіх частин у різних напрямках. Кругові рухи, зміцнення м’язів спини та преса. Техніка захоплення – коливання різних м’язів для усунення скутості.

Дихальні вправи в поєднанні з тілом. руху . Структурна інтеграція за методом Рольфінга 1 раз на тиждень.

Фаза 3: 1) Навички дихання. Виконувати по 10-15 хвилин щодня 2 рази на день. (діафрагмальне дихання, 4-2-4, звукове дихання, ліктьове дихання, діафрагмальний сміх). 2) Сенсорна стимуляція рефлекторних зон стоп і долонь. Етап 4: 1) Розробити опановані техніки самодопомоги. (2) Запити щодо запобігання та очищення забруднення. Одним із найефективніших методів лікувальної фізкультури для боротьби з хронічною втомою солдатів є прийом тілесної саморегуляції.

В основі саморегуляції організму лежать принципи майстерності - активного стану нервових центрів організму. Спосіб простий, послідовне напруження і розслаблення основних груп м'язів на 5-10 секунд кожна. Це призводить до їх почергового домінування (активації) і гальмування.

Таким чином, відбувається перерозподіл нервових процесів, зниження загального тонусу і відновлення службових ресурсів [45, с. 139]. Переваги цього методу:

Ефективно зменшує напругу, стрес, тривогу та втому. Нормалізує роботу вегетативної нервової системи. Поліпшення кровообігу, дихання та обміну

речовин. Допомагає почуватися краще та контролювати своє тіло. Проста і недорога техніка, яка не вимагає умов і підготовки. Ідеально підходить для регулярного використання для зменшення стресу, покращення здоров’я та продуктивності.

Алгоритм: 1. Ляжте або сядьте зручно, заплющивши очі. Подихати 1-2 хвилини. 2. Розтягніть м’язи ніг і затримайтеся на 5 секунд 3. Зміцнити литкові м'язи 5 хвилин, потім відпочити. 4. Повторіть з м’язами стегон, сідниць, живота, грудей, рук, рук, шиї та обличчя. Напружуйте кожну групу м’язів протягом 5 секунд. 5. Остаточний відпочинок на тілі 2-3 хвилини. Цей процес допомагає швидко відновити ресурси організму, зменшити відчуття втоми та відновити стан фізичної та емоційної рівноваги.

Нижче наведено кілька корисних технік: Діафрагмальне дихання. Глибоке дихання животом, коли на вдиху живіт розтягується, а на видиху повертається назад. Він забезпечує максимальне насичення киснем. У результаті після 6 тижнів регулярного використання техніки спостерігалося зниження рівня стресу та втоми, тривоги та панічних атак. Він діє шляхом активації парасимпатичної нервової системи для розслаблення та відновлення.

Техніка 4-2-4. На рахунок 4 робиться глибокий вдих, на 2 день - перерва, на 4 день - повний вдих. Повторіть 4-6 циклів.

Дихання «лікоть всередину». Руки спираються на лікті, лікті спираються на корпус. На вдиху підніміть лікті вгору, на видиху опустіть. Діафрагмальний сміх. Видихайте кілька хвилин нижньою кінцівкою, сміючись. Зніміть діафрагму. Регулярні заняття сприятимуть стабілізації емоційного стану і відновленню життєвих сил [42, с. 59]

Lomi Body Work – це техніка тіла, яка поєднує в собі масаж, пасивні вправи та енергетичну роботу. Особливості техніки: плавні, ритмічні рухи долонь і передпліч з використанням всього тіла. Створюється ефект «погладжування». Злегка натискають на м’язи, щоб допомогти їм розслабитися та покращити кровотік. Пасивні вправи призначені для зміцнення і розслаблення 79 м'язів.

Виконується енергетична робота – очищення «блоків» в енергетичному меридіані [5, с. 48]

Переваги цієї методики протягом 4-місячного курсу: • Зменшення м’язової напруги та болю. • Зміна ЧСС. • Покращують кровообіг і лімфодренаж. • Поліпшення рухливості та гнучкості суглобів. • Загальне розслаблення і відновлення організму.

Алгоритм сеансу за цією методикою викладено нижче: 1. Первинна розмова з клієнтом, з’ясування скарг і проблем. 2. Стоячи і лежачи. Оцінка функціональних обмежень і дисбалансів. 3. Методи розслаблення м’язів включають м’які пасивні рухи та розтягування. 4. Видаліть хребет і кістки з метою вирівнювання та розслаблення. 5. Прийоми глибокої мускулатури для лімфо- і кровотоку. 6. Мануальна фракція хребта і суглобів для відновлення рухливості. 7. Біодинамічні вправи для інтеграції прийнятих змін і сприяння новим умовам організму. 8. Пропозиції щодо більш самостійних вправ і корекції поведінки. 9. Заняття таким чином допомагають усунути фізичні проблеми, які викликають втому. Відновлюється постава, гнучкість і життєва енергія [42, с. 36]

Тому методи тілесно-орієнтованої терапії є необхідними ПТСР. Було показано, що після 6 тижнів  були відчутні позитивні зміни, такі як: зняття накопиченої фізичної напруги, яка зазвичай викликає втому; сприяють кровообігу і лімфодренажу, що виводить живлення тканин і шлаки – ключовий механізм відновлення; дихання дихальної функції та покращення насичення організму киснем, що відновлює здатність концентрувати увагу та відновлює пам'ять; усунення перепадів настрою і стресів; відновлення зв'язку з власним тілом; відновлення фізичної підтримки та стабільності, подолання почуття слабкості; підвищення усвідомлення людських потреб і обмежень, що запобігає надмірній втомі. Фізична праця є основним і ефективним засобом відновлення життєвих ресурсів.

У третьому розділі здійснено аналіз емпіричного дослідження впливу тілесно - орієнтованої терапії на зменшення симптомів птср

В дослідженні взяли участь особи юнацького віку (студенти) віком від 18

до 23 років, які були свідками активних бойових дій у своєму місті. Загальний обсяг вибірки складає 35 осіб віком зазначеним вище.

Кореляційний аналіз і коефіцієнт кореляції Пірсона використовували для дослідження зв'язку між рівнем особистісної тривожності, самооцінки та тяжкістю посттравматичного стресового розладу. На підтвердження цього було виявлено прямий значущий зв’язок між рівнем особистісної тривожності та тяжкістю ПТСР ($r=0,55$; $p\leq0,01$). Тому можна припустити, що в даній вибірці спостерігається така залежність: вищий рівень особистісної тривожності, низька самооцінка характерні для посттравматичного стресового розладу в юнацькому віці.

# ВИСНОВОК

**У роботі** теоретично та емпірично досліджено особливості впливу тілесно - орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР

Розглянуто сутність методу тілесно- орієнтованої терапії в науковій літературі. А саме, розглянуто сутність методу тілесно- орієнтованої терапії в науковій літературі. Методи тілесно-орієнтованої терапії відіграють важливу і важливу роль у сучасній психологічній науці, оскільки в них використовуються спеціальні засоби психотерапевтичного впливу, а саме робочі рухи, дихання, м'язовий тонус, що допомагає розуму і тілу інтегрувати відчуття. сприяє створенню умов для повноцінного і надійного контакту особистості з життям власного організму. Грамотно проведена психокорекційна робота за допомогою тілесно-орієнтованої терапії дозволяє людині відчути внутрішню свободу, зняти м'язові спазми, досягти гармонії в житті. Саме в тілі людини виражаються всі думки і переживання її життя з моменту формування тіла, з внутрішньоутробного життя, коли свідомість і свідома пам'ять ще повинні були існувати [4].

Проаналізовано вплив тілесно - орієнтованої терапії на психічний стан особистості. Тілесно-орієнтована терапія – це напрямок психотерапії, для якого характерним є вирішення індивідуальних психологічних проблем за допомогою особливостей функціонування організму. Принципова відмінність цього напрямку полягає в тому, що тут немає протиставлення розуму і тіла, а, скоріше, зосередженість на глибинних тілесних відчуттях, розшифровка незадоволених бажань особистості, які приховані в тілесному стані, вивчення використання рухової активності. і аналізуючи те, що не так, показуючи (Шубіна О. В.) [50]. Тілесно-орієнтована терапія є унікальним і ефективним способом посилення людського росту та цілісності, оскільки вона допомагає об'єднати думки, ідеї та тілесні відчуття в єдине ціле, відновити розірвані зв'язки між ними або, якщо ні,

створити абсолютно нові. , створюючи умови абсолютного контакту шкіри людини з життям.

Описано поняття травми в науковій літературі. З психологічної точки зору психічна травма – це викликане такою ситуацією порушення цілісності функціонування психіки, суб'єктивно інтерпретоване як непереборне і незвичайне через недостатність захисних механізмів; згодом до глибоких переживань. У цьому контексті важливим критерієм виникнення травми є не сама травматична подія, а суб'єктивна інтерпретація.

Проаналізовано формування посттравматичного розладу та механізми адаптивної регуляції при ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) описує психологічні симптоми, що виникають внаслідок екстремальних життєвих ситуацій, які значною мірою заважають нормальному функціонуванню.

Адаптивна регуляція – це здатність людини саморегулювати емоції, думки та поведінку. Людині важливо нормально функціонувати та адаптуватися до стресових ситуацій. При ПТСР можуть бути порушені механізми адаптивної регуляції. Це може призвести до посилення симптомів ПТСР, а також інших психічних захворювань, таких як депресія, тривожні розлади тощо.[25] Пристосувальна регуляція посилюється з онтогенезом процесів розвитку.

Емпірично досліджено особливості впливу тілесно -орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР. Дослідження було проведено за допомогою наступних методик: 1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант). 2. Вивчення самооцінки за методикою Дембо - Рубінштейн. 3. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) . Методика PCL-5. 4. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна.

Відповідно результатів Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій виявили, що з усіх досліджуваних осіб юнацького віку 58,5% мали індивідуальні прояви симптомів посттравматичного стресового розладу, не досягали межі клінічного розладу, мали транзиторну форму прояву (симптоми

були нестійкими, змінювалися або проходити), сприятливий прогноз без втручання вузьких спеціалістів.

Найбільш частим симптомом є порушення сну. Помітна лабільність їхнього настрою. 28,7% мали чіткі ознаки наявності симптомів ПТСР з чіткими клінічними ознаками згідно з МКБ10. Для таких осіб посттравматичний стресовий розлад може заважати нормальному життю, погіршувати соціальну адаптацію, заважати процесу фізичного та психологічного відновлення після травми, а 12,5% не мають симптомів ПТСР.

20% досліджуваних мають високий рівень самооцінки, що може свідчити про завищене ставлення до себе та до інших, інколи не адекватне сприйняття себе.

55% досліджуваних мають середній рівень самооцінки, що свідчить про адекватне само сприйняття, реальне сприйняття себе та оточуючих.

20% досліджуваних мають низьку самооцінку, яка характеризується невпевненістю в собі, важкістю в налагодженні соціальних контактів.

Отже, в емпіричній частині ми провели кореляційний аналіз для дослідження зв'язку між рівнем особистісної тривожності, самооцінки та тяжкістю посттравматичного стресового розладу. На підтвердження цього було виявлено прямий значущий зв’язок між рівнем особистісної тривожності та тяжкістю ПТСР ($r=0,55$; $p\leq0,01$). Тому можна припустити, що в даній вибірці спостерігається така залежність: вищий рівень особистісної тривожності, низька самооцінка характерні для посттравматичного стресового розладу в юнацькому віці.

Для вивчення впливу тілесно орієнтованої терапії на зменшення симптомів ПТСР ми розробили 5 занять, які спрямовані на усвідомлення тіла, емоцій і взаємодії з оточенням. Мета: розвивати усвідомлення тіла, вчитися керувати стресом, покращити навички взаємодії та довіри в групі.

Після впровадження занять ми повторно провели діагностику та порівняли отримані результати. В ході дослідження ми бачимо, що заняття з використання тілесно орієнтованої терапії сприяють зменшенню симптомів ПТСР.

Розроблено рекомендації щодо щодо зменшення симптомів ПТСР. Ефективність психологічної підтримки базується на своєчасному впливі на постраждалий контингент ранніх етапів раннього втручання з метою попередження прогресування ПТСР. Це особливо важливо на першій і третій стадіях, коли потерпілі за законом не звертаються за допомогою до психолога, а тому така допомога їм повинна бути надана.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авдулова Т. П. Психологія підліткового віку : навч. посібник для студ. установ вищ. проф. освіти. Академія, 2012. 240 с.

2. Близнюкова О. М. Соціально-психологічні чинники фасилітації розвитку особистості підліткового віку: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Сєвєродонецьк, 2018. 203 с.

3. Булах І. С. Психологія особистісного зростання підлітка: монографія. Київ: 2013. 340 с.

4. Бура Л.В., Савіна Є.Г. Чинники психологічного травмування дітей, які перебували в зоні бойових дій. Проблеми сучасної педагогічної освіти. 2016. №53-2. С. 276-282.

5. Боришевський М.Й. Особистість у вимірах самосвідомості: монографія. Суми: Вид. будинок «Еллада», 2012. 608 с

6. Вікова та педагогічна психологія: навч. Посіб. / О. В. Скрипченко., Л. В. Волинська, З. В. Огороднійчук та ін. Київ: Просвіта, 2016. 416 с.

7. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

8. Веселова Н. П. Особливості переживання дітьми посттравматичних наслідків. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. 2017. Вип. 144. С. 234-238.

9. Ставицька С. О. Теоретичний аналіз проблеми механізмів розвитку духовної самосвідомості особистості в юнацькому віці. Проблеми сучасної психології. 2014. Вип. 24. С. 630-645.

10. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2012. Вип. 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48.

11. Семенова Ю. Сутність та зміст поняття психологічного феномену психотравма. URL: http:// oldconf.neasmo.org.ua/node/2374

12. Менделевич В. Д. Медична психологія: підручник.Фенікс-ХХ, 2018. 460 с.

13. Погодін І. А. Сутність та особливості психотерапівної техніки в психотерапії переживанням. Прикладна психологія та психоаналіз. 2016. №1. С. 12.

14. Ромек В. Г. Теорія вивченої безпорадності. Журнал практичного психолога. 2000. № 3-4.

15. Рупперт Ф. Психологічна травма. Питання ментальної медицини і екологіі.2012. Т. 18. №4. С. 81-92.

16. Ковальов В. В. Ситуаційні реакції, які проявляються в порушеннях поведінки, як форма психогенних (реактивних) розладів у дітей та підлітків. Журнал невропатології і психіатрії ім. С.С. Корсакова. № 10. С. 1386-1391.

17. Козаченко О.В., Гудзенко С.В., Шимчук Т.В. Ефективність застосування методів тілесно-орієнтованої терапії. Український медичний альманах. 2022. No 2. С. 28-31.

18. Марценковський Д. І., Марценковський І. А. Депресії у дітей та підлітків унаслідок психологічної травматизації. Міжнародний неврологічний журнал. 2021. Том 17. Випуск 4. С. 31-39.

19. Марціновська, І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки, 2018, 2: 178-184.

20. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини і психології. Український науково-медичний молодіжний журнал. 2011. № 3. С. 50-56.

21. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? World journal of psychiatry. 2018. Vol. 8. № 1. P. 12-19.

22. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.

23. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу студентами: індивідуально-психологічні характеристики. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; за ред. Максименка С. Д. Київ. 2010. Т. X, вип. 16. С. 564-574.

24. Шибрук О.В. Самооцінка та рівень домагань у структурі Я–концепції курсантів. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. Budapest. 2015. III (19). Issue: 38. 123 p.

25. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». № 7 (25). Київ : Громадська наукова організація «Всеукраїнська асамблея докторів наук з державного управління», 2022. С. 554-567.

26. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th edition, Text Revision). 2000, Washington, DC: Author.

27. Scheeringa, M.S., C.H. Zeanah, and J.A. Cohen, PTSD in Children and Adolescents: Toward an Empirically Based Algorithm. Depression and Anxiety, 2011. 28(9): p. 770-782

28. Scheeringa, M.S., et al., Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 2006. 163(4): p. 644-651.

29. Shalev, Arieh Y., et al. "Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP)." World Psychiatry 18.1 (2019): 77-87.

30. Bowlby, J. . Attachment and loss (Vol. 1). New York: Basic Books., 2017, 12.

31. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? World journal of psychiatry. 2018. Vol. 8. № 1. P. 12-19.

32. Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences. Psychiatric Clinics of North America, 29, 63-86.

33. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. American Psychological Assosiation. 2018. URL: https://www.apa.org/pubs/journals/tra/.

34. Magnusson A., Lindström M., Norrby-Teglund A. et al. The European Study Group on Chronic Fatigue Syndrome (ESGCFS): a multidisciplinary framework for research and clinical practice. The Lancet Infectious Diseases, 2011, 11(11), 979-984.

35. .Magnusson A., Lindström M., Norrby-Teglund A. et al. The Swedish Center for Research on Chronic Fatigue Syndrome: a new research initiative to advance the field of chronic fatigue syndrome. Journal of Clinical Sleep Medicine, 2015, 11(11), 1392-1394.

36. Southwick R. L., Friedman M. J., Krystal B. S. Chronic fatigue syndrome in military service members: A review of the literature. Military Medicine, 2003.

37. Southwick R. L., Friedman M. J., Krystal B. S. Chronic fatigue syndrome in military service members: A review of the literature. Journal of Traumatic Stress, 2004.

# ДОДАТКИ

Додаток А

**Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями** (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III) — це клінічна тестова методика, яка допомагає фахівцям в оцінці та діагностиці ПТСР, а також у моніторингу ефективності лікування посттравматичних стресових розладів.

## Текст

1. До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

2. Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби в армії.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

3. Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову службу, я дуже засмучуюсь.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

5. Люди, які добре мене знають, бояться мене.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

6. Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

8. Коли я згадую деякі речі, які я робив в армії, мені не хочеться жити.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

9. Зовні здається, ніби у мене немає почуттів

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу вбити себе.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно

- Вірно
- Абсолютно вірно

11. Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

12. Я задаю собі питання, чому я досі живий, коли інші загинули на війні.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

13. Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю себе так, ніби я знову в армії

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не спати.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

15. Я відчуваю, що більше не можу.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

17. Я все ще люблю робити багато речей, які мені подобалися раніше

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

18. Мої фантазії і сни дуже реалістичні і страшні.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

19. Мені легко було зберегти роботу після того, як я звільнився з армії.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

20. Мені важко зосередитися на виконанні завдань.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

21. Я плачу без поважної причини.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно

- Вірно
- Абсолютно вірно

22. Мені подобається товариство інших людей.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

23. Мене лякають мої прагнення і бажання.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

24. Я легко засинаю вночі.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

25. Від несподіваних звуків я здригаюся.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

26. Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

27. Я людина спокійна, врівноважена.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

28. Я відчуваю, що є певні речі, які я робив в армії, про які я ніколи не зможу нікому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

29. Були випадки, коли я вживав алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

30. Я почуваюся комфортно, коли знаходжусь у натовпі.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

32. Я боюся лягати спати.

- Абсолютно невірно
- Невірно

- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

33. Я намагаюся триматися подалі від усього, що може нагадати про те, що сталося під час моєї служби в армії.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

34. Моя пам’ять така ж хороша, як і раніше.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

35. Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі.

- Абсолютно невірно
- Невірно
- У деякій мірі вірно
- Вірно
- Абсолютно вірно

Додаток Б

**Методика Дембо-Рубінштейн (модифікація Прихожан)** – метод психодіагностики, спрямований на вивчення самооцінки випробуваного, розроблений Тамарою Дембо та доповнений Сусанною Рубінштейн. Обстежуваним пропонується на горизонтальних лініях відзначити рівень розвитку у них цих якостей (показник самооцінки) і рівень домагань, тобто, рівень розвитку цих якостей, який би задовольняв їх.

Методика може проводитися як фронтально – з цілою групою, так і індивідуально.

Позначте на першій прямій **рівень розвитку** у Вас позначених якостей та властивостей на даний момент,а на другій — **бажаний рівень розвитку** у Вас позначених якостей та властивостей.

## Методика

**1. Здоров'я.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100

**2. Розумові здібності.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100

**3. Характер.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100

**4. Авторитет у однолітків.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100

**5. Вміння багато робити своїми руками.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100

**6. Зовнішність.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100

**7. Впевненість в собі.**
рівень розвитку:
0100
бажаний рівень розвитку:
0100